

Keith B. Holten,
Thomas E. Comte

Clinton Memorial Hospital,
University of Cincinnati
Family Medicine Residency,
Wilmington, Ohio

Postępowanie w pozaszpitalnym zapaleniu płuc

Czy znasz najnowsze zalecenia?

W nowych zaleceniach dąży się do leczenia pacjentów w trybie ambulatoryjnym, jeśli jest to możliwe, oraz do uzyskania lepszego wskaźnika szczepień

Przedrukowano za zgodą z: The Journal of Family 2007; 56 (9): 720–722

STRESZCZENIE

Kiedy właściwe jest leczenie ambulatoryjne pozaszpitalnego zapalenia płuc (PZP)? Jakie antybiotyki są zalecane w leczeniu ambulatoryjnym? Jakie są najlepsze strategie zapobiegania chorobie? Odpowiedzi na te pytania znalazły się w uzgodnionych zaleceniach opublikowanych na początku 2007 roku przez *Infectious Diseases Society of America* oraz *American Thoracic Society* (IDSA/ATS). Najnowsze zalecenia stanowią uaktualnienie wytycznych IDSA opublikowanych w 2003 roku.

Forum Medycyny Rodzinnej 2009, tom 3, nr 4, 310–314

WSTĘP

Postępowanie w PZP (a także zapobieganie jemu) jest niespójne, dodatkowo obserwuje się narastającą oporność pneumokoków na antybiotyki makrolidowe.

Poniższe zalecenia powstały w celu szybkiego ujednoczenia opieki nad pacjentami z zapaleniem płuc, świadczonej przez opiekunów i szpitale. Dokonano oceny możliwości leczenia tej choroby w warunkach ambulatoryjnych, stopnia ciężkości choroby, decyzji dotyczących leczenia w warunkach szpitalnych, na oddziałach intensywnej terapii medycznej, wyboru antybiotyków dla pacjentów dużego ryzyka oraz w przypadku *S.*

pneumoniae opornych na leczenie. Komisja wspólna wydała zalecenie standaryzacji opieki szpitalnej oraz stworzenia strategii pozwalających na uzyskanie wzrostu wskaźnika szczepień.

Zgodnie z definicją, PZP jest nabywane poza szpitalem i ośrodkami opieki długoterminowej. Jednakże najnowsze zalecenia objęły także mieszkańców domów opieki.

Zalecenia dotyczą dorosłych pacjentów z PZP, z wyłączeniem pacjentów z niedoborami odporności, chorobą nowotworową w trakcie chemioterapii, leczonych dużymi dawkami steroidów oraz osób poniżej 18. roku życia.

Adres do korespondencji:
Keith B. Holten, Thomas E. Comte
Clinton Memorial Hospital,
University of Cincinnati Family Medicine
Residency, Wilmington, Ohio
e-mail: keholtenmd@cmhregional.com

Copyright © 2009 Via Medica
ISSN 1897-3590

PRAKTYCZNE ZALECENIA

Dla celów niniejszego opracowania klasyfikację badań oparto na przeglądzie jakościowym literatury, nie zaś opinii ekspertów, i jest ona uaktualniona zgodnie z zasadami klasyfikacji SORT*

ZALECENIA KLASY A

- Skale do oceny ciężkości choroby mogą być zastosowane do identyfikacji pacjentów z PZP, których można leczyć w warunkach ambulatoryjnych.
 - Kryteria CURB-65 pozwalające na stratyfikację pacjentów: splątanie, stężenie azotu mocznika (BUN \geq 20 mg/dl), częstość oddechów \geq 30/min, hipotonia wymagająca płynoterapii oraz wiek $>$ 65 lat. Należy przyjąć do szpitala, jeśli spełnione są 2 lub więcej z powyższych kryteriów.
 - Wskaźnik ciężkości zapalenia płuc (PSI, *Pneumonia Severity Index*) [1] jest alternatywną metodą pozwalającą określić pacjentów, którzy mogą być bezpiecznie leczeni w warunkach ambulatoryjnych.
- Leczeniem z wyboru w warunkach ambulatoryjnych w przypadku uprzednio zdrowej osoby bez czynników ryzyka infekcji *S. pneumoniae* odpornej na leczenie (DRSP) jest makrolid (azytromycyna, klarytromycyna lub erytromycyna).
- Pacjenci z grupy wysokiego ryzyka: z chorobami towarzyszącymi (przewlekła choroba serca, płuc, wątroby lub nerek, cukrzyca, alkoholizm, nowotwory złośliwe, asplenia, immunosupresja) lub

stosujący antybiotyki w ciągu ostatnich 3 miesięcy powinni być leczeni fluorochinolonom stosowanym w chorobach układu oddechowego — moksyflokscyna, gemifloksacyna lub lewofloksacyna (w dawce 750 mg).

- Antybiotyk β -laktamowy (amoksylicyna w dużej dawce, amoksylicyna z kwasem klawulanowym, ceftriakson, cefpodoxym lub cefuroksym) z makrolidem jest leczeniem alternatywnym dla pacjentów z grupy wysokiego ryzyka.
- Wykonanie posiewów krwi i płwociny przed włączeniem leczenia ambulatoryjnego jest opcjonalne.
- Należy rozważyć użycie antybiotyku β -laktamowego z doksykliną na obszarach geograficznych, gdzie $>$ 25% szczepów pneumokoków wykazuje oporność na makrolidy.
- Antybiotykoterapię należy stosować przynajmniej przez 5 dni.
- Pracownicy szpitali, przychodni i ośrodków opieki długoterminowej powinni być co roku poddawani szczepieniu przeciwko grypie.

ZALECENIA KLASY B

- Skale oceniające stopień ciężkości choroby powinny być w każdym przypadku uzupeł-

niane subiektywną oceną lekarską danego pacjenta. Należy rozważyć możliwości bezpiecznego i prawidłowego przyjmowania leków drogą doustną oraz dostępność leczenia ambulatoryjnego.

- Pacjenci z PZP, przy podejrzeniu wysuniętym na podstawie oceny klinicznej, powinni być badani pod kątem obecności specyficznych patogenów, która mogłaby wpłynąć na zmianę standardowych (empirycznych) decyzji terapeutycznych.
- Antybiotyk β -laktamowy z doksykliną stanowi alternatywę dla połączenia β -laktamu z makrolidem u pacjentów z wybranyimi chorobami współistniejącymi z grupy wysokiego ryzyka.
- Polisacharydowa szczepionka przeciwko pneumokokom jest zalecana u osób $>$ 65 lat oraz u pacjentów z określonymi chorobami towarzyszącymi z grupy wysokiego ryzyka.

ZALECENIA KLASY C

- Obok cech klinicznych, do rozpoznania zapalenia płuc konieczna jest obecność nacieku na zdjęciu RTG klatki piersiowej w innym badaniu obrazowym.
- Doksyklina stanowi dobre leczenie w przypadku uprzednio zdrowych pacjentów bez czynników ryzyka infekcji DRSP.
- Należy stosować środki ochrony (higiena rąk, maski, chusteczki) wobec pacjentów kaszlących w warunkach ambulatoryjnych.

*Ebell M., Siwek J., Weiss B.D. i wsp. Strength of recommendation taxonomy (SORT): A patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *J. Fam. Pract.* 2004; 53: 111–120

EPIDEMIOLOGIA

Rocznie na terenie Stanów Zjednoczonych notuje się około 5,6 miliona przypadków PZP, których koszt leczenia szacuje się na 8,4 miliarda dolarów [1].

Obserwuje się wzrost wskaźników śmiertelności przy występowaniu chorób towarzyszących i w starszym wieku. Nie obserwuje się różnic w śmiertelności w zależności od rasy i płci.

OGRANICZENIE WYTYCZNYCH

Decyzja dotycząca przyjęcia pacjenta z PZP do szpitala jest kluczowa, gdyż większość kosztów leczenia zapalenia płuc związana jest z leczeniem szpitalnym [2]. Zalecenia nie odnoszą się do wyników leczenia oraz do zdarzeń niepożądanych związanych z zastosowanym leczeniem. Słabą stroną zaleceń jest brak analizy kosztów oraz algorytmów klinicznych.

JAK KLASYFIKOWANO DOWODY

Przeszukano elektroniczne bazy danych do czerwca 2006 roku. Eksperti dokonali analizy prac pogładowych i metaanaliz oraz określili ich moc zgodnie ze schematem klasyfikacji badań. Następnie sklasyfikowali każde z wytycznych pod względem jakości piśmiennictwa (klasy I, II lub III) i według opinii eksperta (silna, umiarkowana lub mała). Zalecenie uznano za silne, jeśli więcej niż 50% ekspertów oceniło je jako silne, a większość pozostałych oceniło je jako umiarkowane.

Większość pacjentów z PZP powinna otrzymywać interwencję ocenianą jako silna, a powody odmiennego postępowania powinny w jasny sposób wynikać z historii choroby. W przypadku umiarkowanego lub słabego zalecenia — jak zasugerował komitet — większość lekarzy postępowałaby zgodnie z zaleceniami, wielu jednak nie zastosowałoby się do tych zaleceń.

PRZYPADKI

— SPRAWDZIAN UMIEJĘTNOŚCI

■ Przypadek 1

Zgłasza się 45-letni mężczyzna z kaszlem, gorączką i dreszczami. Pacjent jest obciążony zespołem metabolicznym oraz nałogiem palenia tytoniu — 40 paczkolet. Chory czuje się źle od tygodnia, od wyjazdu pod namiot w czasie deszczowej pogody. Przez ostatnie 2 dni miał silne dreszcze, produktywny kaszel z odkrztuszaniem zielonej plwociny i dostaje zadyszki przy wchodzeniu po schodach. Chory zastanawia się, czy to zapalenie płuc. Ma nadwagę, nie występują żadne ostre objawy.

Temperatura 38,3°C • tętno 88/min • częstość oddechów 18/min • waga 99,8 kg • wzrost 170 cm

Badanie fizykalne. Bez odchyień od normy z wyjątkiem rzężeń grubołańkowych w tylnej części lewego pola płucnego; saturacja O₂ wynosi 96%.

Zaproponuj rozpoznanie i wstępne postępowanie

Które z poniższych stwierdzeń są prawdziwe w odniesieniu do postępowania w zapaleniu płuc w warunkach ambulatoryjnych?

- A. Pacjent powinien być przyjęty do szpitala, jeśli są spełnione 2 lub więcej kryteriów w skali CURB-65
- B. Makrolid jest lekiem z wyboru u uprzednio zdrowej osoby, u której nie występuje ryzyko lekooporności
- C. Dodatni wynik zdjęcia RTG klatki piersiowej lub innego badania obrazowego jest niezbędny do postawienia rozpoznania
- D. Należy wykonać posiewy krwi i plwociny
- E. Leczenie antybiotykiem powinno trwać nie krócej niż 10 dni

Rozpoznanie. Pozaszpitalne zapalenie płuc — płatowe lewostronne.



Rycina 1



Rycina 2

Wstępne postępowanie. Opierając się na wynikach skali oceny (np. CURB-65) ciężkości choroby, pacjent może być leczony w warunkach ambulatoryjnych. Chory powinien otrzymywać antybiotyki przez co najmniej 5 dni. Z uwagi na choroby towarzyszące możliwe schematy antybiotykoterapii są następujące: 1) fluorochinolon, 2) antybiotyk β -laktamowy z makrolidem lub 3) (na obszarach o dużej oporności na makrolidy) antybiotyk β -laktamowy z doksycykliną.

Odpowiedzi: A, B i C

■ **Przypadek 2**

Siedemdziesięcio sześciolatekni mężczyzna został przyprowadzony do gabinetu przez swoją siostrzenicę. Mówi, że nie czuje się zbyt dobrze. Stan pacjenta pogarszał się stopniowo w ciągu ostatniego tygodnia i jego siostrzenica obawia się, że ma on trudności w oddychaniu. Chory bagatelizuje swoje objawy, lecz w czasie zbierania wywiadu zauważa się wyraźną duszność i przerywaną mowę. Potrzebował wózka inwalidzkiego, aby dotrzeć do gabinetu z parkingu (pacjent jest zwykle żwawy i chodzi samodzielnie). W wywiadzie zastoinowa niewydolność serca, nadciśnienie, cukrzyca typu 2, depresja oraz choroba zwyrodnieniowa stawów. Pacjent przyjmuje: furosemid, potas, enalapril, insulinę Lantus, sertralinę oraz doraźnie paracetamol. Nigdy nie palił tytoniu. Zaprze-

cza napadowej duszności nocnej oraz występowaniu ortopnoe. Ma wyraźne duszności i jest w średnim stanie ogólnym.

Temperatura 37,2°C • tętno 102/min • częstość oddechów 36/min • waga 117,9 kg • wzrost 175 cm

Badanie przedmiotowe. Wyraźne rozlane rżżenia grubobańkowe oraz świsty nad wszystkimi polami płucnymi; saturacja O_2 wynosi 89%.

Zaproponuj rozpoznanie i wstępne postępowanie

Diagnostyka różnicowa u tego pacjenta obejmuje:

- A. Bakteryjne zapalenie płuc
- B. Wirusowe zapalenie płuc
- C. Depresję
- D. Zastoinową niewydolność serca
- E. Zatorowość płucną

Rozpoznanie. Za obraz zmian śródmiąższowych widocznych na niniejszym zdjęciu klatki piersiowej może odpowiadać wiele czynników etiologicznych, zarówno infekcyjnych, jak i nieinfekcyjnych. Są to na przykład: zapalenie płuc, infekcje oportunistyczne u pacjentów zakażonych wirusem HIV, infekcje atypowe, w tym mykoplazmatyczne, zastoinowa niewydolność serca oraz zatorowość płucna.

Leczenie wstępne. Opierając się na wynikach skali oceny ciężkości choroby, pacjent

powinien być leczony w warunkach szpitalnych. Należy przeprowadzić dalsze badania w celu określenia etiologii.

Odpowiedzi: A, B, D, E

KONFLIKT INTERESÓW

Nie odnotowano żadnego potencjalnego konfliktu interesów związanego z tym artykułem.

PIŚMIENNICTWO

1. Lutfiyya M.N., Henley E., Chang L.F., Reyburn S.W. Diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia. *Am. Fam. Physician* 2006; 73: 442–450.
2. Niederman M.S., McCombs J.S., Unger A.N., Kumar A., Popovian R. The cost of treating community-acquired pneumonia. *Clin. Ther.* 1998; 20: 820–837.