Scheda informativa e supporto decisionale per la prescrizione di antibiotici in caso di tosse dovuta a infezioni acute delle vie respiratorie

Sintesi dei principali dati di ricerca che possono essere utilizzati per il processo decisionale congiunto con i pazienti.

Epidemiologia

Epidemiologia

- La tosse è una delle più comuni cause di consulto medico nell'ambito della medicina di base e costituisce circa l'8 % di tutti i casi.[1,2]
- La prevalenza della tosse nella popolazione è compresa tra il 9 e il 33 %. La maggioranza dei casi (73-92 %) è causata da infezioni delle vie respiratorie.[1,3-5]

Classificazione:

Non esiste una definizione unitaria di tosse infettiva acuta. La tosse può essere provocata da un'infezione delle alte (**IAVR**) o delle basse (**IBVR**) vie respiratorie, che sono spesso concomitanti.[1,6] L'anamnesi e l'esatta interpretazione dei risultati sono la chiave per la diagnosi corretta.[7-9] Nelle malattie acute delle vie respiratorie (inclusa la bronchite), la tosse è il sintomo principale e si associa ad almeno **un altro sintomo respiratorio** (muco, respiro affannoso, dolore toracico) senza **altra spiegazione** dei disturbi.[8,10] La tosse dura circa 4 settimane (nel 75 % dei casi) o più a lungo (nel 25 % dei casi).[1,3,4,7]

Patogenesi[3,4,7,11,12]:

Virale: **> 90%**

- Rhinovirus (30-50%)
- Virus influenzale
- Adenovirus
- Coronavirus (compreso SARS-CoV-2)
- Altri: VRS e virus parainfluenzale

Batterica: **< 10%**

- S. pneumoniae
- Haemophilus influenzae
- Mycoplasma pneumoniae
- Chlamydophila pneumoniae
- Bordetella pertussis / Bordetella parapertussis

Quadro clinico[1,3,4,7,13,14]

- Tosse (produttiva o non produttiva/secca)

Sintomi opzionali:

- Febbre
- Secrezione nasale / starnuti
- Mal di gola / rossore dell'anello linfatico faringeo
- Cefalea e/o dolori muscolari
- Malessere / stanchezza

Segni clinici:

- Sono spesso presenti muco, rumori respiratori (p. es. rantoli) e febbre

Bandiere rosse[1,7,13]

- Impressione clinica globale negativa (LR^+ 6,3)
- Pressione arteriosa sistolica < 90 mmHg
- Tachipnea (> 24 atti respiratori/min.) (LR^+ 3,8)
- Sangue nell'escreato o nell'espettorato
- Stridore
- Malattie polmonari quali BPCO o TBC gravi
- Tumori maligni o immunodeficienza

→ Ulteriori accertamenti o trasferimento

Diagnosi

Diagnosi[13-17]

Malattia respiratoria acuta con tosse

Basso rischio di polmonite (< 1–3 %) con sintomi di IAVR (≥ 2):
- secrezione nasale
- mal di gola o raucedine
- febbre lieve (< 38,5°C)

senza difficoltà respiratorie, tachicardia né crepitii all'auscultazione (LR^- 0.25)[13,14,16,17]

Moderato rischio di polmonite (3–20 %):
assenza di sintomi di IAVR (LR^+ 1,5) **e presenza di ≤ 2** dei seguenti segni:
- difficoltà respiratorie (LR^+ 1,5)
- crepitii all'auscultazione (LR^+ 2)
- TC > 38,5°C (rettale/auricolare), ma di durata < 3 giorni (LR^+ [3,5])
- pulsazioni > 100/min. (LR^+ 2,1)

e impressione globale clinica *positiva* (LR^- 0.54) [10,13,14,17-20]

Alto rischio di polmonite (> 20 %):
assenza di sintomi di IAVR (LR^+ 1,5) **e presenza di ≥ 3** dei seguenti segni:
- difficoltà respiratorie (LR^+ 1,5)
- crepitii all'auscultazione (LR^+ 2)
- febbre > 38,5°C (rettale/auricolare) ≥ 3 giorni (LR^+ 3,5)
- pulsazioni > 100/min. (LR^+ 2.1) [13,14,17,20]

→ Preferenze del paziente in merito alla terapia **(usa lo StrAC)**

→ Nessun test aggiuntivo → Trattamento sintomatico

→ ***Esegui il test di tua scelta***

→ **PCR**[14,15,18,19,21,22]

- **< 50 mg/l** → Trattamento sintomatico
- **> 50 o < 100 mg/L** → **StrAC** → Antibiotici
- **> 100 mg/L** → Antibiotici

→ Infiltrati polmonari all'Rx o all'ecografia del toracel[23,24]

- Si → Antibiotici
- No → Trattamento sintomatico

Il **Likelihood Ratio positivo (LR^+)** indica la variazione nella probabilità di una diagnosi nei pazienti con un test positivo.
Il **Likelihood Ratio negativo (LR^-)** indica la variazione nella probabilità di una diagnosi nei pazienti con un test negativo.
Attualmente, il costo delle analisi della procalcitonina presso gli studi dei medici di famiglia non è assunto dalle casse malati (18.8.2023).

Opzioni terapeutiche:

Terapia sintomatica

1. **Terapia sintomatica**

- I **FANS sono** idonei **solo** per i pazienti adulti con febbre, cefalea e/o dolori muscolari.[25]
- **Sedativi della tosse / oppioidi** (p. es. destrometorfano o codeina): il destrometorfano può alleviare la tosse non produttiva, ma la sua efficacia è dibattuta.[26] In base alle linee guida NICE[7,27], la codeina non è più efficace del placebo.
- I **broncodilatatori** dovrebbero essere somministrati solo quando la tosse acuta è conseguente a una malattia respiratoria sottostante.[28]
- **Steroidi orali**: Non è stata trovata alcuna prova per supportare l'uso di steroidi per IAVR/IBVR nei pazienti con asma clinicamente non riconosciuta.[41,42]
- **Steroidi locali**: Non ci sono prove sufficienti per raccomandare l'uso routinario di corticosteroide inalatorio.[43]
- **Fitoterapici / miele**: una combinazione di edera e timo può alleviare la tosse.[29,30] L'echinacea non ha dimostrato alcun effetto.[31] Il miele può ridurre la frequenza e l'intensità della tosse e migliorare la qualità del sonno.[32,33]
- **Antistaminici e decongestionanti** difficilmente alleviano la tosse.[25,26]
- **Espettoranti**: l'acetilcisteina non ha dimostrato alcun effetto (riduzione della tosse al 7° giorno) di assunzione, ma l'evidenza è debole.[40]

Terapia antibiotica

2. **Terapia antibiotica**

- **Vantaggi**[3,4,27,29,34-37]:

Dopo 7 giorni di terapia antibiotica, altre 4 persone su 100 presentavano un miglioramento della tosse (62 % nel gruppo placebo vs 66 % nel gruppo di trattamento).
Dopo 14 giorni di antibiotici, altre 6 persone su 100 presentavano un miglioramento della tosse (75 % nel gruppo placebo vs 81 % nel gruppo di trattamento), ma la terapia antibiotica non ha influenzato il tempo di risoluzione completa della tosse.
Complessivamente, gli antibiotici hanno dimostrato un miglioramento della tosse più rapido di mezza giornata (media: 0,46 giorni) rispetto al placebo. Questo leggero vantaggio dovrebbe essere soppesato rispetto ai possibili effetti collaterali degli antibiotici.[2]
Gli antibiotici riducono il rischio di polmonite di meno dell'1 % (NNT > 120) nelle persone < 65 anni e al massimo del 3 % (NNT almeno 39) nelle persone > 65 anni.[7]
Non sono emerse differenze nella durata dei sintomi tra antibiotici e placebo, nonostante la potenziale presenza di batteri sensibili agli antibiotici.[26]

- **Svantaggi / rischi**:

Effetti indesiderati quali nausea, vomito, diarrea, cefalea, eruzioni cutanee e vaginite si manifestano nel 5-29 % dei casi (NNH 4-20).[29,35,38]

Scelta, posologia e durata della terapia antibiotica[24]

In regime ambulatoriale (polmonite lieve): - senza comorbilità: amoxicillina 1 g ogni 8 ore per os; dose giornaliera massima 3 g
- con comorbilità: amoxicillina-acido clavulanico 1 g ogni 8 ore per os

Alternative: bambini e adulti ≥ 8 anni senza comorbilità: doxiciclina 100 mg ogni 12 ore per os (non in gravidanza) o claritromicina 500 mg ogni 12 ore.

Durata della terapia: 2-3 giorni dopo la defervescenza / stabilizzazione clinica; normalmente 5 giorni. In caso di polmonite lieve/moderata con rapido miglioramento clinico, il trattamento può essere più breve.[40]

Vantaggi generali di una prescrizione ridotta di antibiotici

- Riduzione della diffusione dell'antibiotico-resistenza nei batteri e degli effetti collaterali causati dalla prescrizione di antibiotici.
- La terapia antibiotica immediata alimenta l'aspettativa, in caso di nuova malattia, di potersi recare dal medico e di poter ottenere una nuova prescrizione di antibiotici.[35]

References: see https://www.biham.unibe.ch/research/tools_to_facilitate_shared_decision_making/index_eng.html