

A proposito di polmoniti: raffronto tra passato e presente

P. Altucci*, A. Parlato**

Parole chiave: Glucocorticoidi, infiammazione, immunità, GILZ

Key words: Glucocorticoids, inflammation, immune response, GILZ

Summary

Past and present of pneumonias

A comparison is made between the most common types of pneumonias usually observed when Vincenzo Cuomo was active and those of the present day. Socially-transmitted pneumonias are contrasted with hospital-acquired pneumonias, mostly due to Gram negative bacteria, often multiresistant to antibiotics.

Additional pneumonias are due to mycoplasmas, rickettsiae and Legionella and also to viruses, such as Cytomegalovirus, for example.

Introduzione

Scorrendo il curriculum del compianto Dott. Vincenzo Cuomo, spicca il contributo, talvolta “antesignano”, dato allo studio delle Malattie Infettive. Tra queste, mi fa piacere citare le Polmoniti.

Su questo tema desidero, con grande sintesi, riportare alcune osservazioni personali, mie e della mia Scuola, relative alle Pneumopatie in Medicina Interna, che hanno contraddistinto il decennio 1970-80 e oltre. Esse possono fornire certamente uno spunto di continuità e documentare come questo tema sia sempre vivo e attuale non solo per lo Specialista Pneumologo ma anche nel-

l'ambito della Medicina Interna vissuta dal Clinico Medico.

Materiali e metodi

Ci si riferisce naturalmente alle pubblicazioni personali che vengono riportate in bibliografia (1-10).

Risultati

Parimenti, essi non vengono riportati in dettaglio ma per concetti, dato il carattere estremamente sintetico di questo contributo:

* Professore emerito di Clinica Medica Generale, Dipartimento Medico Chirurgico di Internistica Clinica e Sperimentale “F. Magrassi - A. Lanzara”, Seconda Università degli Studi di Napoli

** Specializzanda in Allergologia ed Immunologia Clinica, Dipartimento Medico Chirurgico di Internistica Clinica e Sperimentale “F. Magrassi - A. Lanzara”, Seconda Università degli Studi di Napoli

anche per questi si rinvia eventualmente in lettura ai nostri lavori in calce.

Discussione e conclusioni

1) Esiste una profonda differenza tra le polmoniti insorgenti entro l'ambiente ospedaliero e quelle che intervengono al di fuori, cosiddette in "comunità".

Mentre queste seconde, che possono riguardare maggiormente il medico pratico, sono dovute ad una varietà di agenti, tra i quali resta ancora lo Pneumococco più altri agenti patogeni prevalentemente gram+, le forme acquisite in ambiente nosocomiale risultano nell'insieme più severe, riguardano le competenze del personale ospedaliero, possono essere sostenute da germi resistenti agli antibiotici per selezione e vedono in posizione di preminenza lo Stafilococco (aureo patogeno) ma anche epidermidis (non sempre solo saprofita), i bacilli coliformi gram- in senso lato (vedi soprattutto *Klebsiella pneumoniae*), nonché altre categorie batteriche meno frequenti. Nella sorveglianza e terapia di queste ultime vanno impiegate maggiori precauzioni e frequentemente differenze di scelta antibiotica (3, 5, 7).

2) nel tempo una sempre maggiore evidenza ha finito col riguardare le pneumopatie a eziologia virale: tutte le categorie di virus cosiddetti respiratori, con alcune aggiunte per i pazienti immunodepressi (vedi Citomegalovirus ed altri).

Nell'ambito di queste forme un'importanza preminente, spetta, però, ad agenti non propriamente virali come Rickettsie (soprattutto *Coxiella Burneti*) e i Micoplasmi: questi ultimi sono microrganismi simili ai batteri ma con numerose caratteristiche peculiari, come la mancanza di cell-wall ed altre.

Prototipo respiratorio ne è il *Mycoplasma Pneumoniae* (vecchio agente di Eaton), che è stato riconosciuto come l'agente più frequente e importante (4-7, 9).

3) tradizionalmente, dal punto di vista anatomo-patologico le pneumopatie si sono divise in lobari o lobitiche (vedi la vecchia polmonite lobare da pneumococco) quando prevale l'addensamento lobare da parte di essudato flogistico e, viceversa, "interstiziali", quando prevale l'ispessimento reticolare dei setti.

Mentre le prime hanno sempre un'evidenza obiettiva, le seconde possono essere più subdole dal punto di vista obiettivo respiratorio ed estrinsecarsi con maggiore abbondanza di segni generali (febbre, interessamento dello stato generale) e segni radiologici (tramiti e ispessimento reticolare dell'interstizio polmonare). Le forme lobitico-alveolitiche sono per solito di eziologia batterica, mentre le forme interstiziali sono di natura micoplasmica o virale (1-2, 4-5).

4) le nostre esperienze di allora documentano come l'assioma lobari-batteriche e interstiziali non batteriche non sia sempre costante.

Questo è un importante aspetto di "patomorfosi" eziologica e clinica.

Esistono, soprattutto nell'ambito nosocomiale, forme batteriche (vedi ad es. la *Legionella Pneumophila*, patogeno di più recente valorizzazione), e forme micoplasmiche o virali ad espressione anche prevalentemente lobitica. Si tratta, per queste ultime forme, di quadri prevalentemente severi che possono comportare anche errori diagnostici di rilievo se non si conosce questa notizia e se non si valutano sufficientemente gli aspetti complessivi della forma morbosa (1-2, 4-5).

5) un tratto che trascende la malattia infettiva ed è di più squisita pertinenza della Medicina Interna Respiratoria riguarda l'evoluzione delle polmoniti interstiziali di particolare estensione ed importanza in Fibrosi Polmonari Evolutive.

Queste forme, se le manifestazioni iniziali non vengono riconosciute, anche dal punto di vista anamnestico, se la clinica

non sia stata sufficientemente esplicativa, possono mentire fibrosi polmonari apparentemente primitive e rientrare in un capitolo nosologico e diagnostico di particolare complessità (vedi l'eventuale evoluzione in insufficienza ventilatoria e successivamente respiratoria).

Queste ultime forme hanno, come si può intendere anche sconfinamenti sempre infiammatori ma non necessariamente infettivi, sebbene anche immunologici (1, 4, 7-8, 10).

6) infine, non ci si può soffermare sulle diverse modalità terapeutiche: antibiotiche tradizionali per le forme batteriche in comunità e non complicate, specificamente anti-staphilococciche o mirate al relativamente ampio spettro per i gram-, macrolidi se *Mycoplasma Pneumoniae*, ecc. (8, 10).

Conclusioni

Questo breve excursus non pretende che fornire altro che notizie generali e riguardanti esperienze personali. È importante soprattutto la patomorfosi eziologica, anatomopatologica, clinica. Essa dimostra come questo capitolo della Medicina, come altri, rivesta una palpitante attualità e richieda il costante aggiornamento del ricercatore e soprattutto del medico.

Riassunto

Gli AA illustrano la evidente complessità della patologia infettiva polmonare dei tempi moderni, paragonandola a quella presente nell'epoca in cui agiva il Dott. Vincenzo Cuomo: se là prevalevano le forme da *Str pneumoniae* e le polmoniti lobari, tutte di natura comunitaria, ed erano misconosciute le forme virali, oggi il quadro si è complicato con l'affermarsi delle forme a genesi ospedaliera, sostenute da

Gram negativi, spesso poliresistenti agli antibiotici; e sono emerse forme polmonari indotte da virus (citomegalovirus e altri), da rickettsie e da micoplasmi.

Bibliografia

- 1) Abbate GF, Rossano F, Altucci P. Le virosi respiratorie: meccanismi immunologici del danno. Lotta contro la TBC e Malattie Polmonari Soc 1991; **61**: 91-8.
- 2) Altucci P, Abbate GF. Criteri diagnostici nelle broncopneumopatie interstiziali. In: Atti Infettivologia '94 "Progressi in Diagnostica e Terapia", 1994.
- 3) Altucci P, Abbate GF. Infezioni broncopolmonari da virus e rickettsie. In: La patologia respiratoria: Fisiopatologia Clinica, Terapia. Contributi internazionali di Aggiornamento. Vol. 2. Torino: Ed. Medico-scientifiche, 1978: 83-110.
- 4) Altucci P, Abbate GF. Le Micoplasmosi: aggiornamento etiologico e clinico. Atti 94° Congr Soc It Medicina Interna. Roma: L. Pozzi ed, 1993: 273-314.
- 5) Altucci P, Abbate GF. Le nuove Pneumopatie Infettive. 3° Congr Naz Soc It Terapia. Padova, 17-20 giugno 1990. Terapia Moderna 1991; **5**: 55-65.
- 6) Altucci P, Abbate GF, Alagia I, Leonessa V. Attuali aspetti etiopatogenetici e clinici delle broncopneumopatie. Rec Progr Med 1975; **59**: 531.
- 7) Altucci P, Abbate GF, Astarita C, Leonessa V. Stato attuale delle conoscenze sul *Mycoplasma pneumoniae* e sulle forme polmonari e pleuriche ad esso correlate. Giorn Mal Infett Parass 1975; **27**: 284.
- 8) Altucci P, Abbate GF, Cristiano P, Ravioli L, Piegari V. The prophylaxis of Bacterial Pulmonary Complications in Departments of General Surgery. Proc Internat Congr for Infectious Dis. Wien, 1983. Roma: L. Pozzi ed, 1984: 197-208.
- 9) Altucci P, Abbate GF, Micillo E, Catena E. Etiologia e patogenesi delle infezioni respiratorie acute: aspetti attuali. XX Congr Naz Soc It Mal Infett Parass. Giorn Mal Infett Parass 1979; **31**: 536.
- 10) Micillo E, De Angelis CP, Pericoloso A, Abbate GF, Altucci P. Peculiarità clinico-evolutive di infezioni broncopolmonari in soggetti immunodepressi. Arch Monaldi per la Tisiologia e Mal App Respiratorio 1983; **37**: 157.