

## Negli adulti con polmonite comunitaria lieve-moderata nessun antibiotico è nettamente superiore a un altro

*In adults with mild to moderate community-acquired pneumonia, no antibiotic is clearly more effective than any other.*

ALICE SERAFINI<sup>1,2</sup>, ALLEN SHAUGHNESSY<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena, Italia; <sup>2</sup>Dipartimento di Scienze biomediche, metaboliche e neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena, Italia; <sup>3</sup>Department of Family Medicine, Tufts University School of Medicine, Boston, Massachusetts, Usa.

E-mail: [alice.serafini@hotmail.it](mailto:alice.serafini@hotmail.it)

**Domanda clinica.** Qual è il miglior trattamento antibiotico per os per la polmonite lieve-moderata dell'adulto acquisita in comunità?

**Punto chiave.** Continuate a trattare la polmonite acquisita in comunità nel modo in cui lo state facendo. Alla luce dei risultati degli studi esistenti, non sembrano esserci differenze di efficacia significative tra i vari antibiotici per os utilizzati per il trattamento della polmonite comunitaria di entità lieve-moderata. Claritromicina, telitromicina, azitromicina, amoxicillina/clavulanato, levofloxacina e nemonoxacina portano a benefici simili in termini di risposta clinica e mortalità. Amoxicillina e penicillina potrebbero, tuttavia, non funzionare altrettanto bene, anche se questa minore efficacia non è statisticamente significativa. Non ci sono, invece, evidenze sufficienti per determinare l'efficacia della doxiciclina, raccomandata in molte linee guida come terapia di prima scelta.

*Finanziamento:* nessuno.

*Disegno dello studio:* revisione sistematica e network meta-analisi.

*Livello di evidenza:* 1a.

*Setting:* vario (meta-analisi).

**Sinossi.** Due meta-analisi precedenti, di cui una della Cochrane collaboration<sup>1,2</sup>, avevano già nel 2008 e nel 2014 messo in evidenza come non ci fossero prove del fatto che un determinato antibiotico o classe di antibiotici potessero essere più efficace di altri. In questa revisione sistematica (SR) aggiornata (le meta-analisi citate erano state condotte oltre 10 e 16 anni or sono) gli autori di questo studio hanno eseguito ricerche sistematiche in 2 banche dati, Medline e Cochrane Central, nonché nelle bibliografie di linee guida e revisioni precedenti. Sono stati inclusi studi in lingua inglese, francese, spagnola e tedesca<sup>3</sup>.

I ricercatori hanno così identificato 24 pubblicazioni di 23 studi randomizzati e controllati (Rct) che hanno confrontato una terapia antibiotica orale in adulti con polmonite comunitaria lieve-moderata con un placebo o un altro antibiotico. Per essere inclusi nella

revisione, la diagnosi doveva essere confermata mediante una radiografia del torace e il trattamento doveva essere iniziato in un setting ambulatoriale. Due ricercatori hanno selezionato gli articoli da includere in maniera indipendente, estratto i dati e valutato gli studi inclusi per il loro rischio di bias utilizzando lo strumento RoB 1.0 della Cochrane collaboration<sup>4</sup>. Poiché pochi studi confrontavano direttamente gli antibiotici, e per poter eseguire anche confronti indiretti, gli autori hanno eseguito una network meta-analisi, una tecnica statistica che consente di confrontare l'efficacia di diversi trattamenti anche se non sono stati direttamente confrontati tra loro negli studi inclusi nelle analisi stesse<sup>5</sup>. Nessun antibiotico ha mostrato esiti clinici statisticamente superiori alla claritromicina, l'antibiotico usato come confronto, in quanto il più studiato. Rispetto alla claritromicina, la risposta clinica è stata migliore (ma comunque simile alla claritromicina) con nemonoxacina, levofloxacina e telitromicina. La nemonoxacina, la levofloxacina, l'azitromicina e l'amoxicillina/clavulanato sono, invece, in testa alla classifica per la minore mortalità. Penicillina e amoxicillina hanno prodotto una risposta clinica inferiore. Tutti gli intervalli di confidenza erano ampi e nessuno dei risultati era statisticamente significativo.

La metà degli studi è stata considerata ad alto rischio di bias, principalmente a causa del fatto che alcuni studi non fossero in cieco o l'allocazione ai gruppi negli Rct inclusi non fosse mascherata. Solo 3 dei 23 Rct inclusi sono stati eseguiti in assenza di conflitti di interesse con l'industria farmaceutica. Gli autori, inoltre, riportano di non aver trovato bias di pubblicazione, ma sono stati esclusi gli studi sulla doxiciclina, un antibiotico utilizzato in molti paesi per la polmonite acquisita in comunità, in quanto molto datati (>20 anni).

**Contesto italiano.** Il manuale degli antibiotici Aware pubblicato dall'Agenzia italiana del farmaco (versione originale inglese dell'Organizzazione mondiale della sanità)<sup>6</sup> consiglia, come terapia empirica di prima scelta della polmonite comunitaria di entità lieve, amoxicillina 1 g ogni 8 ore per 5 giorni complessivi di durata di terapia.

Amoxicillina-acido clavulanico 875/125 mg ogni 8 ore per 5 giorni oppure doxiciclina 100 mg ogni 123 ore per 5 giorni sono indicati come terapie empiriche di seconda scelta. Alla luce di questo studio recente, le indicazioni terapeutiche segnalate nel manuale riprodotto appaiono ragionevoli.

*Una selezione di POEMs è gratuitamente concessa a Il Pensiero Scientifico Editore da Wiley-Blackwell Inc. È possibile abbonarsi alla newsletter Va' Pensiero per ricevere i POEMs del mese in lingua italiana direttamente sul proprio indirizzo e-mail (<https://pensiero.it/va-pensiero>).*

*Per avere accesso a tutti i POEMs in lingua inglese e ad altre risorse per un aggiornamento professionale basato sulle evidenze, quelle che vale la pena conoscere, informati su Essential Evidence Plus (<https://EssentialEvidencePlus.com>).*

---

## Bibliografia

1. Pakhale S, Mulpuru S, Verheij TJM, Kochen MM, Rohde GGU, Bjerre LM. Antibiotics for community-acquired pneumonia in adult outpatients. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 2014: CD002109.
2. Maimon N, Nopmaneejumrulers C, Marras TK. Antibacterial class is not obviously important in outpatient pneumonia: a meta-analysis. *Eur Respir J* 2008; 31: 1068-76.
3. Kurotschka PK, Bentivegna M, Hulme C, Ebell MH. Identifying the best initial oral antibiotics for adults with community-acquired pneumonia: a network meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2024; 39: 1214-26.
4. Higgins JPT, Altman DG, Sterne JAC (eds). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JPT, Green S (eds). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Disponibile su: [www.handbook.cochrane.org](http://www.handbook.cochrane.org) [ultimo accesso 27 settembre 2024].
5. Caldwell DM, Ades AE, Higgins JPT. Simultaneous comparison of multiple treatments: combining direct and indirect evidence. *BMJ* 2005; 331: 897-900.
6. Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa). *Manuale degli antibiotici AWaRe*. 2023. Disponibile su: <https://lc.cx/jl2nqf> [ultimo accesso 27 settembre 2024].