

Parole chiare sulla terapia steroidea nei pazienti critici.

Chaudhuri D, Nei AM, Rochweg B, et al. 2024 Focused Update: guidelines on use of corticosteroids in sepsis, acute respiratory distress syndrome, and community-acquired pneumonia. Crit Care Med. 2024 May 1;52(5):e219-e233.

Parole chiave: corticosteroidi; shock settico, ARDS; polmonite severa.

Da circa 15 anni si indica con l'acronimo CIRCI (Critical Illness-Related Corticosteroid Insufficiency) (CIRCI) uno stato di infiammazione con associata disregolazione dell'asse ipotalamo - ipofisi-surrene, alterazione del metabolismo del cortisolo e resistenza ai glucocorticoidi che interessa pazienti con diverse condizioni di criticità clinica. L'impiego dei corticosteroidi in questi pazienti ha un suo razionale, ma gli studi clinici hanno prodotto fino ad oggi risultati non univoci. Considerando la recente produzione di vari nuovi studi randomizzati sul tema, queste linee guida si propongono di aggiornare le indicazioni su tre principali condizioni cliniche: sepsi, ARDS e polmonite comunitaria grave (CAP).

In estrema sintesi, i ventidue Autori che rappresentano diverse società scientifiche internazionali sono giunti alle seguenti conclusioni:

1. Si **suggerisce** (raccomandazione di grado moderato) la somministrazione di corticosteroidi nei pazienti con shock settico. L'indicazione in caso di sepsi senza shock è dubbia, ma i corticosteroidi dovrebbero essere somministrati se la sepsi è legata a CAP grave o ARDS (vedi oltre). Non è possibile dare precise raccomandazioni di dosaggio, ma vengono sconsigliate le alte dosi (>400 mg idrocortisone) per brevi periodi (<3 giorni) a causa degli effetti collaterali di questo regime, mentre si citano come da preferire dosi più basse (200-300 mg di idrocortisone) per 5-7 giorni.
2. Si **suggerisce** (raccomandazione di grado moderato) la somministrazione di corticosteroidi nei pazienti con ARDS. Anche in questo caso non viene indicato un preciso regime da seguire, ma i diversi possibili regimi sono riassunti in una chiara tabella. Una terapia prolungata oltre i 7 giorni sembra associarsi a risultati migliori.
3. Si **raccomanda** (raccomandazione di grado elevato) la somministrazione di corticosteroidi nei pazienti con CAP di grado severo. In questo gruppo di pazienti le linee guida indicano un rischio relativo di mortalità intraospedaliera dello 0,66 nei pazienti trattati in confronto a quelli non trattati. Anche in questo caso vengono presentati diversi possibili regimi terapeutici con indicazioni ad usare dosi equivalenti a <400 mg di idrocortisone per almeno 5-7 giorni.

Al di là delle raccomandazioni aggiornate, che non differiscono più di tanto rispetto a quelle del 2017, queste linee guida si raccomandano per la loro leggibilità, per la precisa indicazione dei metodi di decisione utilizzati, per la chiara distinzione dei confini tra quanto è (quasi) certo e quanto è ancora in attesa di ulteriore ricerca. Tra questi ultimi aspetti, il trattamento della popolazione pediatrica, i pazienti con sepsi senza shock e con polmonite non severa, la sepsi dei pazienti chirurgici (dove gli steroidi potrebbero facilitare le infezioni e rallentare la guarigione della ferita). È infine di particolare interesse la discussione sui criteri diagnostici di polmonite severa che, una volta di più, ci invita a non generalizzare troppo facilmente i risultati di studi che sono stati effettuati su popolazioni con precise (e limitate) caratteristiche.

(Daniele Coen)