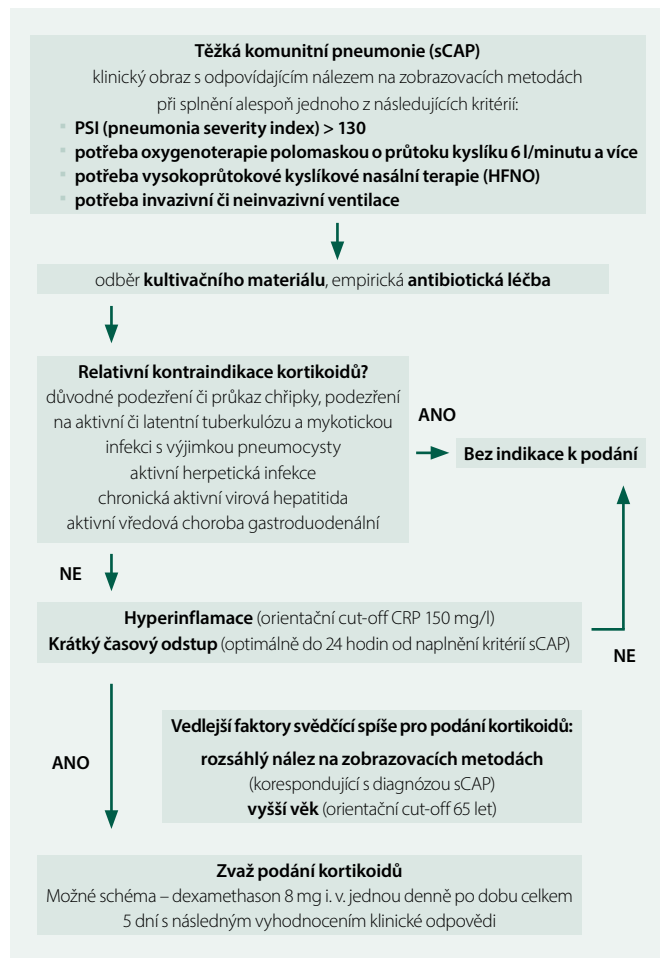


Pneumonie je akutní zánětlivé onemocnění plicního parenchymu definované přítomností alespoň dvou příznaků či symptomů infekce respiračního traktu (kašel, dušnost, bolest na hrudi, teplota a/nebo odpovídající poslechový nález) a zároveň korespondujícím nálezem na zobrazovacích metodách. Z klinického hlediska je zásadní epidemiologické dělení, kdy za komunitní (CAP – Community Acquired Pneumonia) považujeme pneumonii vzniklou mimo zdravotnické zařízení nebo do 48 hodin od přijetí do nemocnice. Závažná komunitní pneumonie (sCAP – severe Community Acquired Pneumonia) je definována různě, nejčastěji na základě míry oxygenační či ventilační podpory, nutnosti přijetí na jednotku intenzivní péče, laboratorních biomarkerů zánětu a poruchy oxygenace, dle komplexních skórovacích systémů (např. PSI – Pneumonia Severity Index) [1] či kombinace těchto parametrů. S jistotou ale víme, že se jedná o jednu z nejčastějších příčin rozvoje syndromu akutní dechové tísně [2]. Časná intervence snižující plicní hyperinflamaci by teoreticky mohla snížit nejen mortalitu, ale zasáhnout také řadu „měkkých“ cílů (tzv. patient-centered), jako je délka pobytu na jednotce intenzivní péče, délka hospitalizace nebo délka umělé plicní ventilace. Potenciální terapeutický prostor naznačují i data ukazující, že nejvyšší riziko závažného průběhu mají pacienti, u kterých dochází k progresi do těžké pneumonie až po přijetí do nemocničního zařízení [3]. Kortikosteroidy se zdají být vhodným nástrojem přesně k takovému zásahu, pochopitelně pod podmínkou vyloučení příčin plicního infektu, u kterého máme signály svědčící spíše v jeho neprospěch, jako je chřipka (a se specifickými výjimkami) i mykotická etiologie [4, 5]. Jakkoliv lákavé se použití kortikoidů jeví, je interpretace současných dat sledujících jejich efekt v této indikaci jízdou na horské dráze. Příčin je mnoho – chybí přesná definice onemocnění, standardizovaná diagnostika (typ a načasování odběru mikrobiologického materiálu), heterogenita populace pacientů zařazené pod zastřešující termín pneumonie, typ antimikrobiální léčby, rozdílná dávkovací strategie kortikoidů a v neposlední řadě také ulpívání na definitivním průkazu mortalitního benefitu jakékoliv terapeutické intervence jako hlavního cíle studií kriticky nemocných [6].

Až do minulého roku jsme měli k dispozici několik studií, které vesměs naznačovaly prospěch z časného podání kortikoidů u pacientů s těžkou komunitní pneumonií. Závěr první větší studie u nemocných s CAP a podáním prednisolonu vyzníval spíše negativně [7]. Sekundární post hoc analýza pacientů, kteří nebyli přijati na jednotku intenzivní péče (a tvořili 90 % studované populace), nicméně ukázala trend k rychlejší klinické stabilizaci definované jako zlepšení dušnosti a kašle, absence horečky, pokles C-reaktivního proteinu a adekvátní perorální příjem [8]. Podobně vyzněla i další studie, ve které autoři pozorovali zkrácení délky hospitalizace jako primárního cíle ve skupině léčené dexamethasonem [9]. Také Blum et al. ukázali pozitivní efekt kortikoidů, v tomto případě methylprednisolonu, na rychlost klinické stabilizace pacientů s těžkou pneumonií [10]. Přítomnost hyperinflamace jako možného indikátoru prospěšnosti kortikoidů naznačila práce z roku 2015 [11], ačkoliv zde byl dominantní efekt v kompozitním primárním cíli (nutnost intubace, rozvoj šoku, smrt či radiologická progresie) způsoben primárně redukcí nálezu na zobrazovacích metodách. Definitivní odpověď nepřinesli ani Wittermans et al. ve své multicentrické studii z roku 2020 [12]. I zde je

Schéma 1. Možný postup při rozhodování o podání kortikoidů u pacientů s sCAP



Legenda: Hlavní kritéria rámuji optimálního kandidáta léčby kortikoidy, tedy pacienta s sCAP fenotypu plicní hyperinflamace. Vedlejší faktory svědčící spíše pro podání kortikoidů mohou pomoci v rozhodování u nejasných případech. Preferenční typ a délka podání kortikoidů je snahou o sjednocení s dalšími plicními indikacemi ke kortikoidům a reflektuje některé farmakologické přednosti (intermittentní podávání, dlouhý biologický poločas, absence mineralokortikoidní aktivity), ale data prokazující superioritu některého z kortikosteroidů chybí. Délku léčby je nutno vždy korelovat s klinickým stavem pacienta

však pozorovatelné snížení rizika přijetí do intenzivní péče a zkrácení délky hospitalizace v kohortě nemocných léčených kortikoidy. Není proto překvapením, že ani metaanalýzy těchto nepřesvědčivých studií nejsou konkluzivní. V loňském roce vyšla prospektivní dvojitě zaslepená placebem kontrolovaná studie na téměř 600 pacientech, ve které nebyl prokázán žádný mortalitní ani jiný benefit z podání methylprednisolonu u kriticky nemocných s CAP [13]. Reflektování této (do té doby největší) práce v nových European Respiratory Society / European Society of Intensive Care Medicine / European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases / Latin American Thoracic Association (ERS / ESICM / ESCMID / ALAT) guidelines pro léčbu sCAP vedlo autory k doporučení podání kortikoidů pouze u pacientů se současně přítomným septickým šokem [14]. To je v souladu s doporučeními American Thoracic Society / Infectious Diseases Society of America (ATS / IDSA) [1].

K odlišnému závěru dospěla nová dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná multicentrická studie (CAPE COD) na dosud největším vzorku pacientů (n = 800) přijímaných na jednotku intenzivní péče i intermediární lůžko pro diagnózu komunitní pneumonie. Závažná ko-