- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.144.161.116 Mon, 29 Apr 2024, 14:04:45

RECENTI PROGRESSI IN MEDICINA

Vol. 100, N. 10, Ottobre 2009
Pagg. 487-488

CONTROLLO E RIACUTIZZAZIONI DELL'ASMA BRONCHIALE
Un rapporto dell'American Thoracic Society e dell'European Respiratory Society

L'asma bronchiale (AB) è una condizione patologica eterogenea la cui storia naturale comprende episodi acuti di aggravamento, definiti riacutizzazioni, che insorgono su una base di infiammazione cronica e/o alterazioni strutturali che possono associarsi a una sintomatologia e a una riduzione della funzione polmonare. Il controllo dell'AB ha fondamentale importanza nella valutazione della risposta al trattamento e grande rilevanza nella storia naturale dell'AB hanno le riacutizzazioni. L'American Thoracic Society (ATS) e l'European Respiratory Society (ESR) hanno pubblicato una presa di posizione sul controllo e sulle riacutizzazioni dell'AB per fornire una definizione di questi due aspetti dell'AR e, conseguentemente, della gravità della malattia (**Reddel HK, Taylor R, Bateman ED, et al on behalf of the American Thoracic Society/European Respiratory Society Task Force on Asthma Control and Exacerbations. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: Asthma control and exacerbations. Am J Respir Crit Care Med 2009; 180: 59**).

Il controllo dell'AB è definito dall'ATS/ESR come il grado al quale le varie manifestazioni dell'AR sono state rimosse o ridotte dal trattamento. Il controllo ha due componenti: 1) il livello di controllo clinico che è valutato dai sintomi e dal grado con cui il paziente può compiere le sue normali attività e ottenere un'ottimale qualità di vita e 2) il rischio di futuri eventi avversi, come la perdita del controllo, le riacutizzazioni, l'accelerato declino della funzione polmonare e gli effetti collaterali della terapia.

L'ATS/ERS sottolinea che la difficoltà di controllare l'AB con il trattamento definisce la gravità della malattia. La gravità dell'AB, una volta esclusi i fattori modificabili, come l'insufficiente collaborazione del paziente, il fumo di tabacco e le malattie associate, riflette il livello richiesto di adeguata terapia e l'attività delle condizioni patologiche associate presenti nel corso del trattamento, che possono variare in rapporto al fenotipo del paziente, ai fattori ambientali e alle stesse malattie associate (**Taylor DR, Bateman ED, Boulet LP, et al. A new perspective on concepts of asthma severity and control. Eur Respir J 2008; 32: 545**). L'ATS/ERS precisa che questi concetti differiscono da quelli che in precedenza hanno definito la gravità dell'AR, in quanto questi facevano riferimento all'attività delle malattie associate prima dell'inizio del trattamento. L'ATS/ERS rileva, inoltre, che è utile distinguere pazienti con AB "difficile a trattare", cioè con AB "grave", da pazienti con AB "facile a trattare", cioè "lieve".

Per quanto riguarda il controllo dell'AB, l'ATS/ESR ricorda che l'AB comprende quattro aspetti: 1) la sintomatologia, 2) la variabile ostruzione delle vie aeree, 3) l'iperreattività delle vie aeree e 4) l'infiammazione delle vie aeree e che nessuno di questi aspetti è essenziale per la diagnosi. È sottolineato inoltre che spesso la diagnosi viene basata soltanto sui sintomi e che ciò può portare a una diagnosi inesatta a motivo della mancanza di specificità. Inoltre la conferma della diagnosi di AB, una volta iniziato il trattamento, è ancora più difficile. Queste difficoltà hanno indotto a rivolgere l'attenzione all'importanza dei differenti fenotipi nella pratica clinica e delle loro differenti risposte al trattamento (**Wenzel SE. Asthma: defining of the persistent adult phenotypes. Lancet 2006; 368: 804**).

L'ATS/ERS elenca i punti chiave del controllo dell'AB.

1) La sintomatologia e la funzione polmonare, rappresentando differenti aspetti dell'AB, corrispondono scarsamente tra loro nel decorso della malattia nei singoli pazienti; pertanto nella pratica clinica debbono essere entrambi controllati.

2) Nella maggioranza dei casi non è necessario tenere un diario a lungo termine, che peraltro può essere utile nei pazienti che presentano difficoltà nell'avvertire una ostruzione delle vie aeree (i cosiddetti "poco percettori") oppure in quelli con frequenti riacutizzazioni.

3) Quando i pazienti riferiscono di avere effettuato a domicilio un monitoraggio della funzione polmonare, è necessario che queste prove siano ripetute nello studio del medico con le stesse apparecchiature, per un preciso confronto.

4) Per la diagnosi di AB è consigliabile un monitoraggio giornaliero della funzione polmonare, ritenendo come limite massimo normale una variazione media del monitoraggio due volte al giorno dell'8% e non dalla tradizionale percentuale media dal 15 al 20%.

Nei bambini, l'ATS/ERS ritiene che i diari devono essere adeguati specificamente a questi pazienti. Inoltre, nei bambini di età inferiore ai 12 anni i diari debbono essere tenuti da chi assiste il paziente. Viene infine sottolineato che nei bambini il monitoraggio della funzione polmonare ha scarsa importanza nel controllo dell'AB.

Per quanto concerne il ruolo delle prove funzionali respiratorie del controllo dell'AB, l'ATS/ERS elenca i punti chiave.

A) *Spirometria*:

1) la spirometria, eseguita con la misura pre-broncodilatazione del volume espiratorio massimo nel primo secondo (VEMS o, secondo l'acronimo d'uso internazionale, FEV_1: "forced expiratory volume in one second") rappresenta la prova fondamentale nel controllo dell'AB;

2) il valore pre-broncodilatazione del FEV_1 è un indice predittivo indipendente di rischio di riacutizzazioni;

3) la spirometria pre- e post-broncodilatazione dovrebbe essere la prima prova funzionale respiratoria per il controllo dell'AB nei pazienti di età superiore ai 6 anni;

4) la spirometria fornisce informazioni complementari a quelle ottenibili dal quadro clinico ed ai biomarcatori;

5) il FEV_1 va incluso come punto di riferimento (end point) primario per valutare la terapia broncodilatatrice; il FEV_1 è utile nella valutazione dell'effetto della terapia nell'AB grave, tranne che i soggetti con valori di partenza normali.

A cura di Giuliano Rossi.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.144.161.116 Mon, 29 Apr 2024, 14:04:45

6) il FEV_1 post-broncodilatazione è utile nella valutazione a lungo termine del declino della funzione polmonare e del rimodellamento delle vie aeree.

B) *Iperreattività delle vie aeree*:

1) questa misura è considerata un indice dei molteplici meccanismi fisiopatologici dell'AB che può essere utilmente adoperato per prevedere il futuro rischio di riacutizzazioni e del declino della funzione polmonare sia negli adulti e nei bambini;

2) la valutazione dell'iperreattività delle vie aeree è utile per identificare le variazioni dell'attività della malattia a medio e lungo termine.

Per quanto riguarda in generale l'uso delle prove funzionali respiratorie l'ATS/ERS ritiene che esse debbano essere accuratamente eseguite nella valutazione dell'AB fin dall'assistenza di base e avverte che un valore normale non esclude la diagnosi della malattia. Inoltre le misure del picco di flusso aereo debbono essere eseguite con la stessa strumentazione.

Nei bambini la spirometria è utile, non soltanto per il controllo dell'AB, comprese le riacutizzazioni, ma anche per valutare lo sviluppo del polmone. La spirometria può essere eseguita di routine in bambini di 6 anni e oltre, sebbene, con opportuno addestramento, anche bambini in età prescolare possono eseguirla. Nell'esecuzione del FEV_1 i bambini più piccoli possono presentare qualche difficoltà; in questi casi possono essere accettabili, se riproducibili, più brevi tempi espiratori. Le tecniche per la misura della resistenza delle vie aeree possono essere applicate, secondo l'ATS/ERS, anche a bambini di 3 anni di età.

L'ATS/ERS definisce le riacutizzazioni come eventi caratterizzati da una modificazione delle condizioni del paziente.

Sono considerate gravi le riacutizzazioni che richiedono un intervento urgente per prevenire un ulteriore aggravamento e/o l'*obitus*. La comparsa di riacutizzazioni gravi dovrebbe servire come indice di scarso controllo dell'AB.

La definizione di riacutizzazione grave comporta almeno uno dei seguenti punti: 1) ricorso a corticosteroidi per via sistemica oppure aumento della dose di corticosteroidi, finora usata come mantenimento stabile, per almeno tre giorni. Si precisa che la necessità di cicli di corticosteroidi separati da una o più settimane dovrebbero essere trattati come riacutizzazioni separate gravi, 2) necessità di ricovero in ospedale o dipartimento di emergenza per un'AB che richiede corticosteroidi per via sistemica.

L'ATS/ERS ricorda che l'inclusione di variazione del picco di flusso respiratorio non è attualmente consigliata come criterio di riacutizzazione grave. Peraltro, se ci si vuole affidare a questi aspetti, le variazioni del picco di flusso respiratorio e/o dell'uso di beta2-agonisti per almeno 2 giorni possono definire grave una riacutizzazione.

La definizione di una riacutizzazione moderata comporta i seguenti punti: 1) evento che, una volta riconosciuto, richiede una temporanea variazione del trattamento intesa a prevenire l'aggravamento della riacutizzazione, 2) presenza di uno o più dei seguenti aspetti: a) aggravamento dei sintomi, b) declino della funzione polmonare e 3) ricorso urgente al trattamento broncodilatatore. Queste situazioni debbono durare 2 giorni o più, ma non presentarsi gravi al punto da giustificare l'uso di corticosteroidi per via sistemica e/o ricovero in ospedale. Si precisa che può essere ritenuta moderata una riacutizzazione che richiede soltanto una visita in dipartimento di emergenza. È inoltre da tenere presente che l'intensità di queste variazioni di presentazione clinica possono essere differenti in rapporto alle diverse popolazioni esaminate e alle differenti variazioni delle condizioni di base dei singoli pazienti.

Per quanto concerne la definizione di una riacutizzazione asmatica lieve, l'ATS/ERS ritiene che questa non sia giustificabile con gli attuali metodi di indagine, perché i sintomi o le modificazioni del flusso aereo durante questi episodi possono rappresentare soltanto una variazione oltre i limiti delle variazioni caratteristiche del singolo paziente che possono riflettere una transitoria perdita del controllo dell'AB piuttosto che un indice di fase iniziale di una riacutizzazione grave.

La frequenza delle riacutizzazioni dovrebbe, secondo l'ATS/ESR, essere valutata come parte del controllo dell'AB. A questo riguardo l'ATS/ERS ritiene che definire una riacutizzazione asmatica in base all'uso di corticosteroidi per via sistemica comporta una bassa sensibilità.

Per quanto concerne le riacutizzazione asmatiche nei bambini, l'ATS/ERS ricorda che in questi pazienti le riacutizzazioni sono molto frequenti, probabilmente a causa delle infezioni virali frequenti in questa età. Sebbene non vi siano metodi attendibili per un precoce riconoscimento di queste evenienze, l'ATS/ESR ritiene utile, in questi pazienti, valutare la comparsa dei sintomi respiratori da infezioni virali. Nei bambini è difficile valutare la gravità delle riacutizzazioni, perché tutto dipende da quanto e come riferiscono i familiari dei pazienti e alla difficoltà di eseguire le prove di funzione respiratoria.

Finito di stampare nell'ottobre 2009 dalle Arti Grafiche Tris, in Roma, per conto de Il Pensiero Scientifico Editore