

Trattamento non farmacologico dell'asma negli adulti per il fisioterapista

F. Everard, G. Reyhler

Sebbene la terapia farmacologica rimanga la principale modalità di trattamento nei pazienti asmatici, sono stati proposti vari trattamenti non farmacologici. Gli interventi non farmacologici sono numerosi nel trattamento dell'asma e i pazienti mostrano un crescente interesse per terapie complementari al trattamento farmacologico, per gestire la propria malattia. Queste includono, in maniera non esaustiva, il breathing retraining (BR) (rieducazione respiratoria) e altre tecniche di fisioterapia respiratoria, l'omeopatia, l'agopuntura, l'aromaterapia, la riflessologia, il massaggio e il rilassamento. In questo articolo saranno discussi solo i trattamenti non farmacologici gestiti dal fisioterapista. Tra queste modalità di trattamento, il BR è il più utilizzato ed è ben tollerato dai pazienti con asma. Esso comprende diverse tecniche: i metodi Buteyko e Papworth, la rieducazione respiratoria diaframmatica, l'allenamento dei muscoli inspiratori, lo yoga e il biofeedback. In un senso più ampio di fisioterapia toracica, al BR aerobico possono essere aggiunte tecniche di decongestione respiratoria, esercizi acquatici e il metodo Lotorp. La letteratura non raccomanda sempre l'uso di uno dei metodi del BR né di un'altra tecnica di fisioterapia respiratoria. Tuttavia, le tecniche di respirazione che mirano a ridurre l'iperventilazione (Buteyko e Papworth) sembrano le più attraenti, da una parte per migliorare i sintomi dell'asma e la qualità della vita dei pazienti e, dall'altra, per diminuire l'uso dei farmaci, anche se queste tecniche non sembrano migliorare la funzione polmonare.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Asma; Breathing retraining; Buteyko; Iperventilazione; Trattamento non farmacologico

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ “Breathing retraining”	3
Metodo Buteyko	3
Metodo Papworth	6
Rieducazione respiratoria diaframmatica	6
Allenamento dei muscoli inspiratori	7
Yoga	7
Biofeedback “training”	8
■ Altre tecniche di fisioterapia respiratoria	8
Allenamento aerobico	8
Tecniche di decongestione respiratoria	8
Esercizi acquatici	8
Metodo Lotorp	9
■ Conclusioni	9

■ Introduzione

L'asma è un grave problema di salute su scala mondiale. Infatti, questa malattia colpisce 300 milioni di persone di tutte le età ^[1]. Inoltre, i pazienti con asma persistente grave e non controllato (5-10% dei pazienti con asma) presentano spesso una qualità della vita alterata ^[2] e sono esposti a un aumentato rischio di esacerbazioni, di ricoveri e di decessi ^[2].

Questa condizione porta a un impatto socioeconomico a causa dei costi rilevanti associati ai ricoveri e ai farmaci ^[3].

L'asma è una malattia polmonare cronica caratterizzata dall'infiammazione cronica ^[4], da una broncocostrizione variabile a seconda del grado di danno e da un'iperreattività bronchiale associata a un aumento della produzione di secrezioni ^[5]. Queste contribuiscono all'ostruzione delle vie aeree che rende difficile l'espiazione ^[2]. Questa ostruzione è reversibile, ma diventa permanente nei pazienti con asma grave.

Tabella 1.

Classificazione dei trattamenti dell'asma a seconda della gravità della malattia.

Trattamento 1	Beta-2-agonista a breve durata d'azione (SABA), se necessario
Trattamento 2	Beta-2-agonista a breve durata d'azione, se necessario, e piccole dosi di corticosteroidi inalatori (CSI)
Trattamento 3	Piccola dose di CSI/beta-2-agonista a lunga durata d'azione (LABA)
Trattamento 4	Media-alta dose di CSI/LABA
Trattamento 5	Ulteriore trattamento (anticorpi monoclonali per neutralizzare le immunoglobuline di tipo E)

Nella vita, le vie aeree sono continuamente esposte agli agenti patogeni, agli inquinanti, agli allergeni e alle sollecitazioni meccaniche, contro le quali il sistema immunitario deve difendersi. Negli asmatici, questo processo innato è alterato, con conseguenti infiammazione cronica e cambiamento nella geometria e nelle proprietà biomeccaniche di queste [2]. La riduzione della funzione polmonare e la comparsa di un'ostruzione delle vie aeree grandi e piccole sono il risultato dell'infiammazione bronchiale. Questa provoca cambiamenti nella struttura delle vie aeree e un rimodellamento massivo di queste ultime [2].

I cambiamenti strutturali sono refrattari alle terapie esistenti e non ci sono ancora mezzi per prevedere né la progressione della malattia né la risposta al trattamento [2].

Il quadro clinico dell'asma è caratterizzato dalla comparsa di sintomi tipici come episodi ricorrenti di respiro sibilante espiratorio, tosse, dispnea e senso di costrizione toracica [2]. Questi sintomi variano nel tempo e in intensità, portando, talvolta, a delle esacerbazioni, quando peggiorano [6-8].

Inoltre, i pazienti asmatici possono sviluppare altri disturbi respiratori funzionali, come una frequenza respiratoria irregolare o aumentata [9-11] e una respirazione squilibrata con uno sforzo respiratorio a predominanza toracica piuttosto che diaframmatica [9, 10]. L'iperinflazione dinamica è un segno clinico, comunemente osservato nei soggetti asmatici, che completa il quadro clinico [12].

La gravità della malattia viene valutata in base all'intensità del trattamento richiesto per controllare i sintomi e le esacerbazioni asmatiche. Perciò, le raccomandazioni Global Initiative for Asthma (GINA) permettono di classificare i trattamenti in cinque categorie (Tabella 1) [7].

L'asma è a volte (10% dei casi di asma) confusa con la "sindrome di iperventilazione" [8, 10-13]. Questa iperventilazione porta a ipocapnia e alcuni esperimenti sostengono la presenza di un'associazione tra ipocapnia e broncoostruzione [14-16]. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che bassi livelli di CO₂ alveolare erano associati a un aumento del tono della muscolatura liscia [17, 18], portando a un ciclo di ipocapnia progressiva e di broncospasmo crescente [14, 15]. Da qui l'interesse di alcune tecniche che utilizzano diverse strategie per ridurre questa iperventilazione [19]. Uno studio ha confrontato gli effetti dell'ipoventilazione e di un allenamento respiratorio per aumentare la CO₂ alla fine della respirazione, assistito da una capnografia (CART). Queste due tecniche portano a un maggiore controllo dell'asma, della funzionalità polmonare, dell'uso di broncodilatatori, dell'iperreattività delle vie aeree e della qualità della vita dei pazienti. Tuttavia, gli autori distinguono questi due metodi perché il metodo CART migliora ulteriormente la funzionalità polmonare e i sintomi presenti a lungo termine [20].

Fattori psicologici (ansia, paura, depressione, disturbi dell'umore, ecc.) possono influenzare l'insorgenza e/o il decorso dell'asma [21] e viceversa [22]. Perciò, l'asma aumenta il rischio di sviluppare attacchi di panico, ansia e depressione [22]. Questi fattori aumentano il ricorso a cure sanitarie e a farmaci e diminuiscono la qualità della vita dei pazienti [23].

La diagnosi di asma è stabilita sulla base della storia clinica del soggetto e dei risultati dell'esame clinico e delle misure di funzionalità polmonare [19]. La spirometria (volume espiratorio forzato

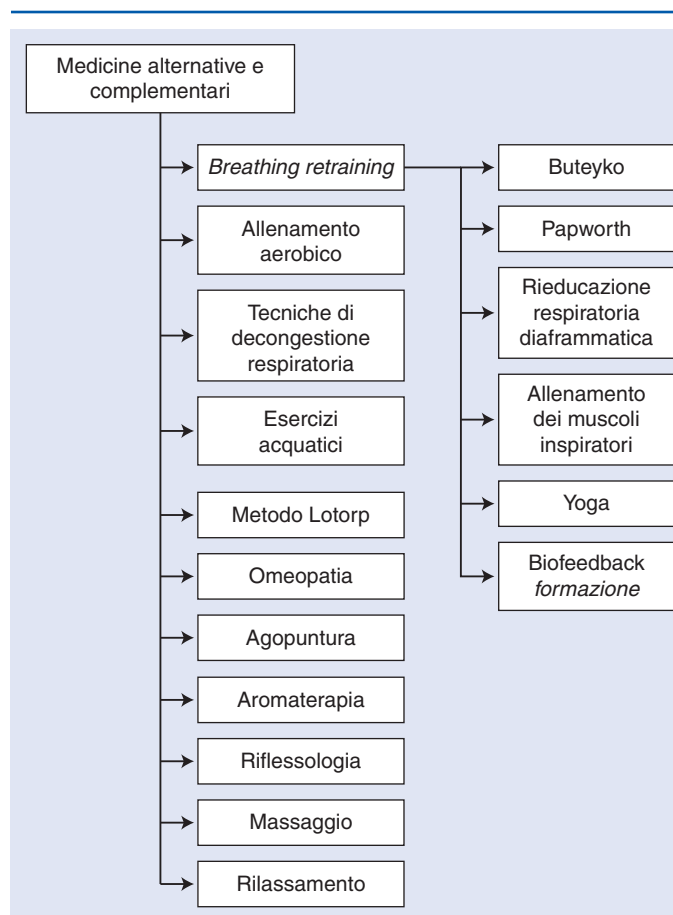


Figura 1. Algoritmo decisionale. Trattamenti non farmacologici dell'asma.

in un secondo, capacità vitale forzata [CVF] e picco di flusso espiratorio [PEF]) e il test di reversibilità delle anomalie della funzione polmonare sono le misure abituali per valutare la limitazione del flusso aereo (ostruzione) [7].

Fino a oggi, non esiste un trattamento curativo [19]. Tuttavia, un trattamento ottimale dell'asma permette di controllare e alleviare i sintomi nella maggior parte dei pazienti [6, 19]. La gestione dell'asma negli adulti include la terapia farmacologica (terapia inalatoria) e non farmacologica [7, 19].

I farmaci per via inalatoria per i pazienti asmatici (non discussi in questo articolo) si dividono in trattamento "controller" (corticosteroidi e broncodilatatori a lunga durata d'azione) per il trattamento di base e in trattamento di "salvataggio" (broncodilatatori a rapida azione) in caso di crisi [19, 24]. Questi sono la pietra miliare del trattamento dell'asma [7].

Gli interventi non farmacologici sono numerosi nel trattamento dell'asma e i pazienti mostrano un crescente interesse per terapie complementari rispetto al trattamento farmacologico per gestire la loro malattia [19]. Uno studio fa notare che il 20-30% degli adulti asmatici dichiara di aver fatto ricorso alla medicina complementare e alternativa [25].

Questa medicina complementare e alternativa al trattamento farmacologico comprende il *breathing retraining* (BR) e altre tecniche di fisioterapia respiratoria (l'allenamento aerobico, le tecniche di decongestione respiratoria, gli esercizi acquatici e il metodo Lotorp), l'omeopatia, l'agopuntura, l'aromaterapia, la riflessologia, il massaggio e il rilassamento (Fig. 1) [19].

Saranno discussi, in questo articolo, solo i trattamenti non farmacologici gestiti dal fisioterapista. Tra queste modalità di fisioterapia respiratoria, si trova la rieducazione respiratoria, che, nella terminologia anglosassone, è il BR.

Utilizzando le parole chiave *asma*, BR e *adulti*, il motore di ricerca Pubmed mostra 15 articoli di cui 7 corrispondenti all'argomento di questo articolo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8558622>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8558622>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)