

Asma (al di fuori dell'asma acuto)

A. Justet, C. Taillé

L'asma è una malattia eterogenea caratterizzata da un'inflammatione cronica delle vie aeree che porta a un'ostruzione bronchiale reversibile. Si tratta di una malattia comune e potenzialmente grave che può essere trattata efficacemente nella maggior parte dei casi, per controllare i sintomi e minimizzare il rischio di esacerbazione o di crisi. La diagnosi della malattia è, prima di tutto, clinica. Si basa sui dati dell'anamnesi e deve essere confermata dalla messa in evidenza di un disturbo ventilatorio ostruttivo e della sua reversibilità alla spirometria. L'identificazione di tutti i fattori che aggravano e/o attivano la malattia (allergeni, rinite e sinusite, irritanti, ecc.) è fondamentale per la gestione della malattia. La gravità dell'asma è giudicata dall'importanza dei sintomi, dalla funzione polmonare e dalla gestione terapeutica necessaria. La gestione terapeutica deve essere personalizzata e adattata secondo il controllo dell'asma, valutato ad ogni visita. Il controllo è focalizzato sulla frequenza dei sintomi clinici respiratori, sull'impatto sulla qualità della vita e sui parametri di funzionalità respiratoria (il volume espiratorio forzato in un secondo [FEV] o il picco di flusso espiratorio [PEF]). Il trattamento farmacologico associa, il più delle volte, secondo la gravità della malattia, dei corticosteroidi dati generalmente per via inalatoria, e degli agonisti β_2 adrenergici. L'educazione del paziente è fondamentale per l'aderenza al trattamento.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Asma; Disturbo ventilatorio ostruttivo; Allergia; Corticosteroidi per via inalatoria; Agonisti β_2 adrenergici; Educazione

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Definizione	1
■ Diagnosi positiva	2
Anamnesi	2
Esame obiettivo	2
Test di funzionalità	2
Altri test	2
■ Forme cliniche e diagnosi differenziali	3
Asma grave, asma scarsamente controllato	3
Asma a dispnea continua	3
Asma da sforzo	3
I "cattivi percettori"	3
Asma acuto grave	3
Tosse isolata	3
Aspergilloso broncopolmonare allergica	3
Granulomatosi eosinofila con poliangite (ex vasculite di Churg-Strauss)	3
L'asma negli anziani	3
Asma della donna in gravidanza	3
■ Principali classi di antiasmatici	3
Trattamento di base dell'asma	3
Trattamento delle riacutizzazioni e dei sintomi di breve durata	4
Futuri trattamenti dell'asma	5

■ Gestione del paziente asmatico (fuori dalla crisi)	5
Instaurazione di un trattamento di base iniziale	5
Valutazione del controllo dell'asma e regolazione terapeutica	5
Screening e gestione dei fattori aggravanti	7
Educazione, prevenzione	8
■ Conclusioni	8

■ Introduzione

L'asma rimane un problema di salute pubblica in Francia. La prevalenza dell'asma negli adulti è aumentata dal 5,8% nel 1998 al 6,7% nel 2006 [1]. L'evoluzione della mortalità, tuttavia, è diminuita significativamente, con 2500 morti all'anno nel 1990 contro 1100 morti all'anno nel 2006 [2]. Tuttavia, i ricoveri per asma restano frequenti (più di 43 000 ricoveri tra il 2005 e il 2007) e contribuiscono in modo significativo al costo della malattia [1].

■ Definizione

L'asma è una malattia eterogenea caratterizzata da un'inflammatione cronica delle vie aeree che causa sintomi respiratori: dispnea, sibili, tosse, sensazione di oppressione toracica e limitazione variabile del flusso espiratorio [3].

La fisiopatologia dell'asma è complessa. Sarebbe la conseguenza di un'inflammatione delle vie aeree, polimorfa, che implica mediatori della risposta immunitaria innata, cellule dendritiche, cellule linfoidi innate, granulociti eosinofili e neutrofili, mastociti e mediatori della risposta immunitaria specifica, i linfociti. Questa infiammazione è favorita da fattori genetici e/o ambientali e provoca un'iperreattività bronchiale, responsabile di un'ostruzione bronchiale diffusa, variabile e reversibile spontaneamente o sotto trattamento. Genera anche un rimaneggiamento dell'epitelio bronchiale, un'iperplasia delle ghiandole mucose, un ispessimento della membrana basale e un'ipertrofia delle cellule muscolari lisce bronchiali. Queste alterazioni strutturali del bronco partecipano al mantenimento dell'inflammatione e all'ostruzione bronchiale [3].

■ Diagnosi positiva

La diagnosi di asma è focalizzata sull'associazione di sintomi episodici evocatori di un'ostruzione bronchiale e dell'evidenziazione alla spirometria di questa ostruzione e della sua reversibilità, almeno parziale. La combinazione dei due elementi è indispensabile. La diagnosi si basa su un'anamnesi precisa della storia della malattia e dei sintomi, sull'esame clinico e sulle prove funzionali respiratorie. Il resto della valutazione deve, poi, focalizzarsi sull'eliminazione di un'altra diagnosi e sulla ricerca dei fattori scatenanti o aggravanti.

Anamnesi

La sintomatologia clinica dell'asma è variabile da un paziente all'altro e nello stesso paziente nel corso del tempo. Spesso è presente una tosse cronica o sotto forma di tosse prolungata, respiro sibilante, senso di costrizione toracica e mancanza di respiro. La reversibilità, spontanea o sotto trattamento e la variabilità di questi sintomi sono due elementi importanti da ricercare.

La durata dei sintomi è variabile. Si arrestano nel giro di pochi minuti fino a diverse ore dopo l'inalazione di un broncodilatatore a breve durata d'azione (BDBA) e sono convenzionalmente seguiti da una fase di tosse produttiva ("espettorato perlato"). Quando durano più di 24 ore e richiedono un cambiamento nel trattamento, si parla di riacutizzazione o esacerbazione. L'esacerbazione può avere un esordio improvviso o presentarsi sotto forma di un progressivo deterioramento della funzione respiratoria nell'arco di alcuni giorni. Riconoscere i sintomi da parte del paziente è importante per la realizzazione di un piano d'azione.

L'insorgenza o il peggioramento dei sintomi con l'esercizio fisico e il freddo e durante un episodio virale, quando si è esposti a sostanze irritanti, polline, polvere o muffa o a una forte emozione, nel periodo mestruale, in presenza di animali domestici con pelo o nel contesto di una patologia sinusale non controllata sono elementi che orientano la diagnosi e che devono essere ricercati.

Esame obiettivo

L'esame clinico, fuori dall'esacerbazione, è convenzionalmente normale. In particolare, i sibili durante l'espiazione non forzata e l'allungamento del tempo espiratorio, tipici dell'ostruzione bronchiale, possono essere assenti al di fuori dell'esacerbazione. L'esistenza di una dermatite atopica o di un eczema costituiscono degli elementi a favore della diagnosi. I segni di rinite o di poliposi nasale devono essere ricercati tramite un esame otorinolaringologico (ORL) minuzioso (il 75% degli asmatici ha una rinite). La revisione deve, ancora una volta, concentrarsi sulla rimozione di un'altra diagnosi (soffio cardiaco in particolare). Una sintomatologia predominante di tosse e di broncorrea deve allertare e far ricercare altre diagnosi (soprattutto dilatazione dei bronchi).

Test di funzionalità

La messa in evidenza di un'ostruzione bronchiale e della sua reversibilità è un elemento fondamentale di diagnosi, anche se

Tabella 1.

Asma dell'adulto: diagnosi differenziale.

Broncopneumopatia cronica ostruttiva
Insufficienza cardiaca congestizia
Embolia polmonare
Bronchiectasie
Disfunzione delle corde vocali e sindrome da iperventilazione
Fibrosi cistica
Corpo estraneo
Tracheobroncomalacia
Cancro tracheobronchiale

non specifica e incostante. La spirometria deve, quindi, essere parte della valutazione di ogni paziente con asma sospetta e, poi, del suo follow-up. L'ostruzione bronchiale induce una diminuzione del volume espiratorio massimale (FEV) e del rapporto FEV/capacità vitale (CV) (indice di Tiffeneau). La reversibilità dell'ostruzione è definita dall'aumento di almeno il 12% e di 200 ml in valore assoluto del FEV rispetto ai valori basali, dopo l'inalazione di un β_2 mimetico ad azione rapida. Tuttavia, la risposta è incostante e la sua assenza non esclude la diagnosi.

Al di fuori delle esacerbazioni, la funzione polmonare può essere normale, cosa che non esclude, ancora, la diagnosi di asma, la cui caratteristica è la variabilità. È possibile, quindi, mettere in evidenza l'esistenza di un'iperreattività bronchiale non specifica con un test di provocazione alla metacolina. Questa prova ha un buon valore predittivo negativo e viene utilizzata maggiormente per escludere la diagnosi di asma. L'iperreattività bronchiale non è un elemento specifico dell'asma, perché può essere osservata in caso di scompenso cardiaco, di bronchite cronica post-tabagica, di bronchite o di rinite allergica. Il test di provocazione, a causa del rischio di broncostrizione severa, deve essere effettuato da un'equipe addestrata ed è controindicato se il FEV è inferiore al 65% del valore predetto [4].

Infine, quando il paziente ha dei sintomi di asma, ma la spirometria è normale, la ricerca della variabilità nel corso della giornata del picco di flusso espiratorio (PEF o *peak flow*, che è il massimo flusso generato dall'espiazione forzata) per un periodo di una o due settimane può aiutare la diagnosi. Il PEF è, in genere, più basso al risveglio e più alto in mezzo alla giornata. Una variazione di oltre il 20% tra il PEF misurato al risveglio, prima di prendere un BDBA, e quello della sera (in modo ottimale quello del pomeriggio), misurato dopo l'assunzione del β_2 agonista, è un elemento a favore della diagnosi di asma. È importante verificare come il paziente usi il suo flussometro e utilizzare sempre lo stesso dispositivo di misurazione [5].

La presenza di un'ostruzione bronchiale durante un episodio di esacerbazione e, poi, il miglioramento del FEV a distanza sono degli elementi che mettono in evidenza la variabilità dell'ostruzione e che possono aiutare la diagnosi.

Altri test

Mirano essenzialmente a eliminare una diagnosi differenziale (Tabella 1).

Una radiografia del torace deve imperativamente essere eseguita solo alla prima visita, quando la diagnosi non è ancora nota, per eliminare un'altra diagnosi. Eseguita durante una riacutizzazione, può mostrare delle opacità transitorie relative a dei tappi di muco.

Si stima che l'80% dei pazienti con asma abbia un'allergia associata [6]. L'esposizione agli allergeni favorisce, quindi, la perdita di controllo. La valutazione allergologica deve essere sistematica in tutti gli asmatici di più di 3 anni. Evidenziare la sensibilizzazione a un allergene ha importanza per consentire l'istituzione di misure di evitamento o per discutere una desensibilizzazione.

La prima fase della valutazione è un'anamnesi minuziosa in modo da ricercare un'atopia familiare e dei sintomi respiratori o sinusali ripetuti in un'unità di tempo e di luogo. I *prick test* costituiscono l'elemento centrale di questa valutazione. Ricercano una sensibilizzazione vis-à-vis degli pneumoallergeni perenni e stagionali più frequenti. La diagnosi di allergia impone una correlazione tra la sensibilità dimostrata dai test cutanei e la storia clinica.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757764>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757764>

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