

Ruolo attivo del medico di famiglia nella diagnosi di bronchiectasie

In presenza di tosse cronica produttiva e dispnea e dopo aver escluso asma e BPCO, la diagnosi di bronchiectasie dovrebbe essere sospettata con l'esecuzione di una TAC ad alta risoluzione, cercando di definirne l'eziologia, per mettere in atto terapie specifiche e dare una valutazione prognostica. Il ruolo del Mmg è importante nella terapia a breve e a lungo termine, soprattutto nell'educare il paziente riguardo all'importanza dell'utilizzo costante delle terapie prescritte per migliorare l'igiene bronchiale

Anna Dighera - Medico in Formazione, Milano

Giovanni Antonio Filocamo - Tutor Corso Pre Laurea Medicina Generale, Università degli Studi di Milano

Marco Elli - Responsabile delle Attività Didattiche, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Polo Vialba, Università degli Studi di Milano

Durante lo svolgimento dell'attività di tutoraggio presso l'ambulatorio di Medicina Generale abbiamo potuto valutare una paziente che giunge alla nostra osservazione per disturbo respiratorio cronico. La signora si presenta presso l'ambulatorio del Mmg, richiedendo alcuni chiarimenti riguardanti la persistente difficoltà respiratoria e la sua incapacità ad uscire dalla propria abitazione e abbiamo quindi sviluppato alcune osservazioni.

La nostra paziente è la signora Serafina, di 74 anni, che vive insieme al marito ed esce poco di casa. Serafina è in buone condizioni generali, è stata sottoposta a bilobectomia inferiore sinistra per ascesso polmonare nel 1966. Da allora riferisce frequenti riacutizzazioni respiratorie, almeno una ogni 2 o 3 mesi.

Come esito delle ultime terapie antibiotiche, la paziente riferisce una riduzione delle secrezioni bronchiali e degli episodi di riacu-

tizzazione infettiva nell'ultimo anno. Afferma di eseguire quotidianamente esercizi di ginnastica respiratoria, ma di non uscire quasi mai di casa a causa del grave affaticamento respiratorio.

La paziente soffre da molti anni di un disturbo ansioso-depressivo e nel 2012 ha subito un ricovero per crisi depressiva con ideazione suicidaria.

Abbiamo cercato di comprendere se il mancato desiderio di uscire dalla propria abitazione fosse da attribuire al grave deficit ventilatorio oppure alla deflessione dell'umore. La paziente, pur non attribuendo la causa al disturbo, ha aumentato spontaneamente i farmaci antidepressivi che assumeva, riconoscendone uno scarso beneficio.

► Approfondimento

Le bronchiectasie sono dilatazioni irreversibili delle vie aeree che possono essere idiopatiche o secon-

darie a molte altre condizioni patologiche (fibrosi cistica, sindromi da immunodeficienza, discinesia ciliare, infezioni broncopulmonari cronico recidivanti, ostruzioni bronchiali intrinseche o estrinseche) (*figura 1*).

Secondo dati della British Thoracic Society l'incidenza sembra essere in progressiva riduzione dagli anni 50, in parte per la maggiore diffusione di terapie antibiotiche che limitano lo sviluppo di esiti post-infettivi. L'incidenza non è nota e presenta notevoli variazioni in riferimento al periodo e alla nazione di riferimento. In USA è segnalata una quota di ospedalizzazione di 16.5 casi con un aumento del 2.4% negli uomini e 3% nelle donne. Uno studio britannico suggerisce che il numero di decessi stia aumentando annualmente del 3%. La malattia della nostra paziente inizia proprio negli anni in cui questa patologia era piuttosto frequente, ma gli strumenti

Sequenza cronologica

1966	A 24 anni: lobectomia inferiore sinistra allargata al segmento linguare per ascesso polmonare.
1984	Dai 40 anni frequenti episodi di riacutizzazioni infettive (circa uno al mese) con segnalati episodi di atelettasia segmentaria a carico del polmone residuo sinistro per cui eseguiva fibroncoscopia con rimozione di tappi di secrezioni catarrali.
Gennaio 2012	Ricovero per crisi depressiva con ideazione autolesiva.
Marzo 2014	Ricovero per riacutizzazione infettiva trattata con ceftazidima ev e corticosteroidi. Prescritta terapia broncodilatatrice con beclometasone, salbutamolo e tiotropio. Contemporaneamente riscontro di desaturazione notturna e sotto sforzo per cui veniva impostata ossigenoterapia a domicilio.
Maggio 2015	Ricovero per grave acidosi respiratoria tale da richiedere ventilazione invasiva e in seguito tracheotomia. Durante il ricovero la signora ha avuto numerosi episodi di ostruzione del bronco principale sinistro con atelettasia del polmone ed è stato isolato <i>Pseudomonas</i> multiresistente. Trasferita al reparto di riabilitazione pneumologica la paziente è stata sottoposta a un ciclo riabilitativo con l'obiettivo di migliorare gli scambi respiratori e la detersione delle vie aeree e ottenere un discreto recupero dell'autonomia deambulatoria. Accertamenti approfonditi (emogasanalisi, studi meccanica respiratoria e spirometria) hanno confermato la presenza di una sindrome ostruttiva di grave entità con ridotta forza muscolare e scarsa tolleranza allo sforzo. Viene perciò stabilita la necessità di introdurre ventilazione non invasiva a domicilio.
Luglio 2016	Ricovero riabilitativo. Peso Kg 80, H 154, BMI 33.73. Sovrappeso trattato con dieta da 1500 kcal. Test del cammino interrotto per dispnea. Nonostante solo lieve innalzamento degli indici di flogosi, iniziata terapia con levofloxacina per os + steroide con miglioramento del test del cammino. È stata modificata la terapia inalatoria iniziando terapia con fluticasone, vilanterolo, + umeclidinio bromuro, con miglioramento del quadro ventilatorio. È stato inoltre sostituito l'antidepressivo, utilizzando SRRI a somministrazione sublinguale.

diagnostico-terapeutici per affrontarla erano carenti.

La storia d'infezioni recidivanti in giovane età in un contesto di scarsa disponibilità antibiotica hanno portato la paziente all'intervento di lobectomia, come causa di bronchiectasie.

Non possiamo sapere cosa sia stato fatto a suo tempo per inquadrare il problema della signora, ma oggi tutti i maggiori autori sottolineano l'importanza di una diagnosi eziologica in un paziente con riscontro TC di bronchiectasie, per

la possibilità di mettere in atto terapie specifiche e dare valutazione prognostica.

Il quadro bronchiectasico attuale interessa entrambi i polmoni: a sinistra potrebbe essere stato peggiorato da un effetto di rimodellamento della struttura polmonare residua post-chirurgia. Il lobo polmonare residuo sinistro potrebbe andare incontro a processo di dislocazione e a possibili fenomeni disventilatori.

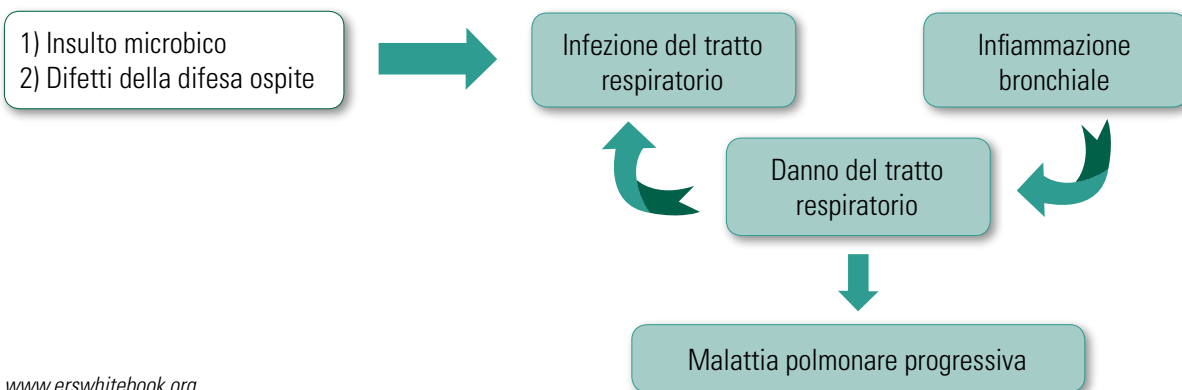
Nel corso della sua vita la signora ha avuto numerose riacutizza-

zioni infettive. Secondo le linee guida GOLD è importante trattare tempestivamente l'episodio acuto con terapia antibiotica preferibilmente specifica sulla base dell'agente patogeno sospettato o dimostrato con l'analisi dell'escreato (considerando che i più frequenti sono *H. influenzae* e *Pseudomonas aeruginosa*). Nei soggetti portatori di bronchiectasie sono frequenti le infezioni respiratorie da *Pseudomonas aeruginosa*. Si possono avere sia episodi di polmonite acuta sia

Figura 1

Bronchiectasie e malattia polmonare progressiva*

*Il circolo vizioso dell'infezione e dell'infiammazione nelle bronchiectasie che conduce alla malattia polmonare progressiva



infezioni croniche del tratto respiratorio.

Le linee guida IDSA (Infectious Diseases Society of America) raccomandano l'uso di terapia combinata, scegliendo gli antibiotici sulla base dell'antibiogram-

ma. Gli schemi più utilizzati sono un betalattamico (piperacillina/tazobactam o cefalosporina di II/III gen) + aminoglicoside (tobramicina); carbapenemici + fluorochinolone (ciprofloxacina) + aminoglicoside (tabella 1).

Nei pazienti con infezione cronica sono utilizzati gli stessi schemi con la presenza quasi costante di un aminoglicoside perché i ceppi resistenti ai beta lattamici sono molto frequenti.

In questi pazienti vi è spesso ri-

Tabella 1

Terapie delle bronchiectasie*

Miglioramento della detersione delle vie aeree	Detersione meccanica delle vie aeree (ACBT, dispositivi PEP, autodrenaggio) Inalazioni di soluzione ipertonica Mannitolo per via inalatoria [#]
Riduzione della broncocostrizione	β ₂ -agonisti a breve e lunga durata di azione
Riduzione dell'infiammazione	Corticosteroidi per via inalatoria Azitromicina orale [#]
Terapia dell'infezione	Antibiotici per via orale nelle riacutizzazioni Colistina/aminoglicosidi per via inalatoria per eradicazione o soppressione a lungo termine

*Molte di queste terapie sono utilizzate senza che nessuna di esse sia stata approvata dalla European Medicines Agency per supportare il loro uso a lungo termine in questo ambito.

ACBT: cicli attivi di tecniche respiratorie; PEP: pressione positiva espiratoria. #: studi clinici recenti di fase 3

www.erswhitebook.org

sposta clinica alla terapia, ma raramente si riesce a eradicare completamente il microrganismo. Sono stati proposti cicli periodici di terapia antibiotica; in particolare l'utilizzo di tobramicina per via inalatoria migliora la funzionalità polmonare, riduce il rischio di ospedalizzazione e riduce la densità di *Pseudomonas* nell'espettorato anche se l'uso della tobramicina inalatoria è da considerare off-label.

Da quando è in cura presso questo ambulatorio è sempre stata prescritta terapia con broncodilatatori e inalatorie con fisioterapia respiratoria per favorire la clearance delle secrezioni bronchiali ma il livello di aderenza alla cura proposta non è sempre stato ottimale.

Molti dei pazienti con IRC riferiscono frequenti riacutizzazioni e riduzione della propria autonomia respiratoria residua con peggioramento della qualità di vita del soggetto. È stato dimostrato che i pazienti con bronchiectasie hanno un rischio aumentato di sindrome ansioso-depressiva e i livelli di depressione sono correlati ai livelli di dispnea.

Nella paziente la presenza di una comorbidità depressiva ha inciso molto sul percorso di cura in termini di aumentato rischio per la salute, manifestando tendenze autolesive e una ridotta collaborazione al trattamento. La paziente mostra grande reticenza a uscire di casa e una ridotta autonomia motoria. È difficile comprendere se alla base di tale comportamento vi sia esclusivamente una ridotta funzionalità respiratoria, oppure si aggiunga una condizione di abulia depressiva. È utile ricordare che nel ca-

so in discussione, la terapia anti-depressiva poteva essere considerata non ottimale.

► Conclusioni

La valutazione del caso ci ha permesso di fare alcune riflessioni:

1 Secondo le linee guida della British Thoracic Society la diagnosi di bronchiectasie dovrebbe essere sospettata in tutti i pazienti con tosse cronica produttiva e dispnea, dopo aver escluso asma e BPCO. L'esame gold standard per la diagnosi è la TC ad alta risoluzione.

2 È importante cercare di definire l'eziologia delle bronchiectasie. Tra gli esami raccomandati vi sono il test per la fibrosi cistica per soggetti con meno di 40 anni, l'elettroforesi delle proteine sieriche e il dosaggio Ig per la diagnosi di immunodeficienze. La presenza della sovrainfezione da *P. aeruginosa* è una complicanza che va sempre considerata in pazienti con storia clinica, tosse e escreato purulento persistenti, infatti, la presenza di *P. aeruginosa* determina un maggior numero di riacutizzazioni periodiche flogistiche. La ricerca dell'*Aspergillus* per la diagnosi di aspergillosi broncopolmonare è consigliata nei pazienti con bronchiectasie centrali.

3 Il ruolo del medico di medicina generale è importante nella terapia a breve e a lungo termine. Occorre educare il paziente riguardo all'importanza dell'utilizzo costante delle terapie prescritte per migliorare l'igiene bronchiale. Devono essere prescritti broncodilatatori per aerosol, nebulizzatori con soluzioni

saline o mucolitici e fisioterapia respiratoria: il drenaggio posturale, la percussione meccanica del torace e altre tecniche di ginnastica respiratoria sono risultate molto efficaci e ne viene raccomandata la pratica almeno 3-4 volte/die.

4 Questi pazienti dovrebbero essere candidati a terapia vaccinale annuale e antipneumococcia preventiva.

5 Per migliorare l'aderenza alla terapia, che i dati OSMED suggeriscono come piuttosto bassa, viene rivista la terapia e consegnato un prospetto di assunzione farmaci con le prescrizioni. L'utilizzo di un prospetto cartaceo di assunzione dei farmaci da consegnare al paziente al termine della visita è molto utile nel garantire una migliore aderenza alla terapia e ridurre il rischio di errori in pazienti che richiedono una complessa terapia farmacologica cronica.

6 La valutazione del contesto psicosociale e della presenza di comorbidità psichiatriche in un paziente con malattia cronica è un compito fondamentale del medico di medicina generale. Laddove presente una sindrome ansioso-depressiva è necessario non sottovalutare il problema, ma instaurare una terapia medica adeguata con SSRI e benzodiazepine volta al controllo dei sintomi e al miglioramento della qualità di vita del paziente. Nel caso in esame, non era sufficientemente chiaro quanto della riduzione dell'autonomia motoria fosse da attribuire all'IRC e quanto alla deflessione del tono dell'umore.

Bibliografia disponibile a richiesta