

## L'approccio "a puzzle" per costruire un quadro diagnostico dell'asma nelle cure primarie nel corso del tempo

Non esiste un unico test diagnostico oggettivo per l'asma. Sugeriamo pertanto un approccio che consiste nel raccogliere e assemblare diverse informazioni cliniche, al fine di creare un quadro diagnostico, come se si trattasse di comporre un puzzle. Le diverse tessere dovrebbero includere la dimostrazione della variabilità dei sintomi e della pervietà delle vie aeree e/o della risposta ai broncodilatatori nel tempo, allo scopo di supportare una diagnosi clinica. Questo processo diventa più facile con l'esperienza, poiché i modelli diventano più riconoscibili. Per i medici che hanno meno confidenza con la diagnosi di asma, questo desktop helper mostra come costruire il quadro con il paziente nel tempo, idealmente mediante visite mediche programmate.

### INTRODUZIONE

L'asma è una sindrome clinica che consiste in sintomi quali respiro sibilante/rumoroso, oppressione toracica e dispnea, talvolta con tosse, che variano in intensità e nel tempo (fig. 1).<sup>1</sup> L'asma è una delle malattie croniche più comunemente osservate nelle cure primarie e la malattia cronica più comune nei bambini. La prevalenza dell'asma varia da un Paese all'altro e va dall'1% al 18% della popolazione.<sup>2</sup> Il raggiungimento di una diagnosi corretta è essenziale per garantire che i pazienti ricevano le cure giuste, tra cui il trattamento farmacologico con farmaci inalatori e interventi non farmacologici [Asthma Right Care]. La combinazione tra la mancanza di un singolo test diagnostico e la natura eterogenea e variabile dei sintomi nel tempo rappresenta una sfida diagnostica. Una sfida particolare è rappresentata dal fatto che i test di funzionalità respiratoria, quali il picco di flusso espiratorio (Peak Expiratory Flow, PEF) o il rapporto FEV1/FVC e la risposta ai broncodilatatori (reversibilità), sono spesso normali quando il paziente è asintomatico; pertanto, è meglio eseguirli quando il paziente è sintomatico. Un'ulteriore sfida è rappresentata dal fatto che alcuni dei segni clinici e dei sintomi avvertiti dalle persone sottoposte a indagini per la diagnosi di asma possono essere presenti anche in altre malattie e disturbi respiratori o non corrispondere alla diagnosi di asma (fig. 2). Tuttavia, a differenza di quanto accade in tali condizioni o patologie, i sintomi dell'asma variano nel tempo, spesso quotidianamente o in base al luogo. Per questi motivi, l'assemblaggio di un quadro diagnostico di asma richiede la raccolta di prove di supporto per costruire un quadro nel tempo, come con le tessere di un puzzle. Le varie tessere, a partire dai sintomi, dall'anamnesi, dagli elementi emersi all'esame obiettivo e dagli esiti delle indagini diagnostiche effettuate, vengono assemblati; elementi fondamentali sono i test che identificano la variabilità del calibro delle vie aeree e la risposta ai broncodilatatori della limitazione del flusso aereo espiratorio (disfunzione delle vie aeree) (fig. 3).<sup>1,2,4,5</sup> Si devono prendere in considerazione diagnosi alternative quando una o più tessere chiave non si incastrano

correttamente. La diagnosi di asma richiede la comprensione di (1) modalità di presentazione, compresi i motivi della visita del paziente in ambito di cure primarie; (2) sintomi, compresa la valutazione anamnestica dei sintomi respiratori, dei fattori scatenanti identificati e di altri fattori di rischio trattabili; esame obiettivo, relativo almeno a naso, gola, cute, polmoni, cuore, frequenza respiratoria, frequenza e ritmo cardiaci e pulsossimetria (se disponibile); (3) anamnesi, compresa quella personale, lavorativa e familiare e (4) risultati dei test diagnostici obiettivi. L'approccio a puzzle combina questi elementi nel tempo, dà priorità a quelli che supportano una diagnosi di asma e identifica le eventuali tessere che non si incastrano, obbligando, in tal caso, il medico a riconsiderare l'ipotesi diagnostica iniziale. Nessun puzzle sarà completo al 100%, ma il quadro finale dovrebbe essere abbastanza chiaro da consentire una diagnosi corretta di asma (fig. 4).

### COSTRUIRE UN QUADRO NEL TEMPO AL FINE DI OTTENERE LA DIAGNOSI DI UNA MALATTIA CHE E' PER SUA NATURA VARIABILE

#### Cosa è necessario fare

Costruire il quadro chiedendo al paziente il motivo per cui si è recato a visita nell'ambito delle cure primarie e valutando i sintomi respiratori attuali e anamnestici. Se il paziente non è sintomatico, considerare il monitoraggio seriale del picco di flusso espiratorio (PEF) nel tempo (ad esempio, quotidianamente per 2 settimane consecutive). Se il paziente è sintomatico, la somministrazione di 2-4 puffi di un broncodilatatore a breve durata d'azione (Short Acting Beta Agonist) SABA (preferibilmente attraverso un distanziatore),

Figure 1: Sintomi principali dell'asma: respiro affannoso, tosse, oppressione toracica, dispnea.



Figura 2: Elementi che non rientrano nella diagnosi di asma



Figura 3: I test disponibili sulla disfunzione delle vie aeree confermano il nostro ragionamento

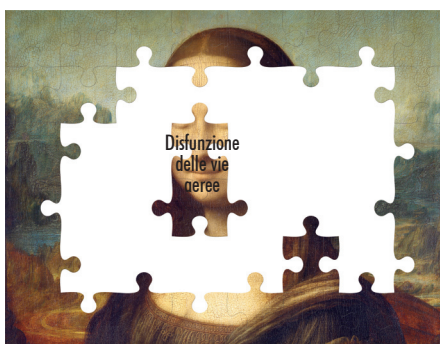


Figura 4: Esempio di un quadro chiaro: la presenza concomitante di



## Box: Costruire il quadro: Presentazione, sintomi, anamnesi e test oggettivi per sostenere o confutare una diagnosi di asma

<b>Presentazione (fig. 1)</b>	<p>Identificate il motivo o i motivi per cui la persona si è presentata a visita <i>Come posso aiutarla, in relazione al suo problema clinico?</i></p> <p><b>Spunti successivi:</b> I sintomi che lei riferisce: sono presenti tutti i giorni? sono peggiori durante le ore notturne; si presentano quando lei effettua attività fisica? scompaiono per alcuni periodi di tempo? Quando è la prima volta che ricorda di aver provato la sensazione di sentirsi senza fiato?</p>
<b>Sintomi ed esame obiettivo</b>	<p>Chiedere informazioni più ampie sulla gamma di sintomi respiratori che la persona potrebbe avvertire, in particolare quelli tipici dell'asma che potrebbe non aver menzionato, come dispnea, oppressione toracica, respiro affannoso o rumoroso, tosse, sintomi nasali. <i>Ha altri sintomi? Tossisce anche quando, in generale, si sente bene? I sintomi si manifestano durante la notte? Ci sono periodi in cui non ha sintomi?</i></p> <p><b>Domande successive.</b> <i>Ha notato se qualcosa scatena i suoi sintomi o li peggiora (ad esempio: infezioni virali a carico delle vie aeree, esercizio fisico, esposizione ad allergeni, cambiamenti di tempo/stagione, risate, sostanze irritanti, odori forti)? I sintomi peggiorano o migliorano nei giorni in cui lei è al lavoro o svolge determinate attività? È esposta al fumo (di tabacco)? È mai stata trattata in ospedale o altrove per una grave dispnea acuta? Le è mai stato somministrato un farmaco per inalazione per controllare la dispnea?</i></p> <p>Eseguire un esame obiettivo relativo almeno a naso, gola, cute, polmoni, cuore, BMI, frequenza respiratoria, frequenza e ritmo cardiaci e pulsossimetria, se disponibile.</p>
<b>Elementi discordanti (fig. 2)</b>	<p>I sintomi che suggeriscono una diagnosi alternativa a quella di asma possono essere: tosse isolata, soprattutto se associata a emottisi, produzione cronica di espettorato, dolore toracico, dispnea associata a vertigini, giramenti di testa o formicolii periferici, febbre, anoressia, perdita di peso. La presenza di uno o più tra questi sintomi suggerisce di considerare diagnosi alternative. Considerare la tubercolosi, il cancro ai polmoni, la respirazione disfunzionale (con funzione normale delle vie aeree), le bronchiectasie, la malattia da reflusso gastroesofageo (GORD), ecc.</p>
<b>L'anamnesi</b>	<p><b>Effettuare un'accurata anamnesi e informarsi sulle condizioni di vita del/la paziente.</b> <i>Quanto spesso ha avuto questo problema in passato? I sintomi peggiorano in determinati periodi dell'anno? Soffre di rinite allergica? Soffre di una dermatite o ne ha sofferto in età pediatrica? Che lavoro fa? Quali sono i suoi hobby? Starnutisce o le cola il naso quando è esposta a polvere, fumo, aria fredda o inquinamento? Ha avuto ripetute infezioni respiratorie (raffreddori o infezioni alle vie aeree) quando era giovane? Lei o qualcuno in casa sua o al suo posto di lavoro fuma? Ha un fuoco aperto per cucinare o riscaldare la casa? C'è muffa alle pareti di casa sua?</i></p> <p><b>Domande successive:</b> <i>Qualcun altro nella sua famiglia ha problemi simili? Può fornirmi dettagli sulla sua occupazione attuale e su quelle che ha eventualmente svolto in passato? Ci sono impianti industriali inquinanti vicino alla sua abitazione? Quali attività svolge, quando non è al lavoro?</i></p> <p>L'anamnesi che suggerisce una diagnosi alternativa può comprendere anamnesi familiare di e/o la presenza di altre condizioni respiratorie croniche, ad esempio fibrosi cistica, tubercolosi, fibrosi polmonare, insufficienza cardiaca.</p>
<b>Test oggettivi (fig. 3)</b>	<p><b>Test oggettivi suggeriti a supporto della diagnosi</b></p> <p>Test di responsività ai broncodilatatori:<sup>2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eseguire un test del picco di flusso espiratorio (PEF), somministrare 200-400 mcg di salbutamolo/albuterolo per via inalatoria o un preparato ICS/formoterolo contenente almeno 4,5 mcg di formoterolo; ripetere il test del picco di flusso espiratorio dopo 10-15 minuti (ad esempio, dopo aver visitato il paziente successivo). Una variazione <math>\geq 20\%</math> è compatibile con la diagnosi di asma<sup>2,3</sup></li> <li>Misurare il PEF prima, durante e dopo 2-4 settimane di trattamento antiinfiammatorio (un ICS o ICS/formoterolo per via inalatoria)<sup>1</sup>; se la risposta è positiva, ma il picco di flusso non è stato monitorato, considerare la possibilità di sospendere il trattamento antiinfiammatorio (se non vi è ricaduta, la diagnosi di asma è improbabile; se vi è ricaduta, reinstaurare il trattamento)</li> </ul> <p>Test per la limitazione variabile del flusso aereo espiratorio:<sup>2,6</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoraggio seriale del picco di flusso espiratorio (PEF) per 2-4 settimane, due volte al giorno, compresi i fine settimana e i giorni festivi, se possibile, soprattutto se si sospetta la responsabilità, nella genesi dei sintomi, di fattori professionali.<sup>a</sup></li> <li>Microspirometria</li> <li>Spirometria con reversibilità<sup>b</sup> (gold standard; può richiedere l'invio del paziente a uno specialista ospedaliero o a un servizio diagnostico)</li> </ul> <p>Altri test che possono contribuire alla formulazione di una diagnosi corretta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Test di sensibilizzazione allergica (prick test cutanei e/o ricerca delle IgE specifiche sieriche). Non vi è alcun ruolo per la ricerca delle IgE totali.</li> <li>Test per i biomarcatori dell'infiammazione sottostante:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Eosinofili nel sangue periferico</li> <li>La valutazione della concentrazione della frazione di ossido nitrico esalato (Fractional Exhaled Nitric Oxide, FeNO) può essere utile per escludere l'asma, monitorare l'infiammazione delle vie aeree e guidare il processo decisionale del trattamento.</li> </ul> </li> <li>Test di provocazione bronchiale (possono essere eseguiti in centri di secondo livello): tali test possono impiegare l'inalazione di mannitolo, metacolina, istamina, o aria fredda, o la registrazione delle prove di funzionalità respiratoria durante l'effettuazione di esercizio fisico.</li> </ul> <p>Suggerisce una diagnosi alternativa il riscontro, ai test oggettivi, di assenza di responsività ai broncodilatatori e di una variabile limitazione del flusso aereo espiratorio</p>

<sup>a</sup>Evidenza chiara e ripetuta di variabilità del 20% del Peak Expiratory Flow Rate (PEFR) raccolta utilizzando un diario del PEFR; <sup>b</sup>Criteri di reversibilità: miglioramento del FEV1 o della FVC postbroncodilatazione del 10%.

preceduta (e seguita) dalla lettura dei valori del picco di flusso (se possibile), dovrebbe indurre sia un rapido miglioramento dei sintomi sia un miglioramento dei valori del picco di flusso. La dimostrazione oggettiva della risposta dell'ostruzione delle vie aeree ai broncodilatatori attraverso la spirometria rappresenta il gold standard per la diagnosi di asma, ma presuppone che il paziente sia instabile o sintomatico al momento dell'esecuzione del test e sulla possibilità di effettuarla. In alcuni contesti, è possibile utilizzare un dispositivo di analisi di pronto impiego, come un microspirometro elettronico.

### Passi successivi (fig 4)

Se il quadro è chiaro, registrare in cartella clinica i criteri per la diagnosi e la data di loro acquisizione e iniziare un trattamento basato sulle linee guida, che includa un farmaco antiinfiammatorio per via inalatoria 2. Se il/la paziente continua ad avere sintomi o non migliora, eseguire una revisione strutturata (vedi DTH2) al fine di consentirle di (ri)ottenere e mantenere il controllo. Ciò potrebbe richiedere una revisione della diagnosi.

### Bibliografia

- Porsbjerg C, et al. Lancet 2023; doi: 10.1016/S0140-6736(22)02125-0.
- GINA. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2023. Available at: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/05/GINA-2023-Full-Report-2023-WMS.pdf> Accessed June 2023.
- <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02770903.2023.2209172?src=&journalCode=ij> as20.
- Louis R, et al. ERJ 2022;2101585.
- Ryan D, et al. Allergy 2022;77:2618-33.
- Stanojevic S, et al. Eur Respir J 2022;60:2101499.

Autori: Dermot Ryan, Janwillem Kocks, Jaime Correia de Sousa e Siân Williams a nome del gruppo di esperti (vedi [www.ipcr.org/dth15](http://www.ipcr.org/dth15))  
 Revisori: Monica Barne, Izolde Bouloukaki, Antonio G. Caviglia, Luke Daines, Erol Gaillard, Cristina Isar, Vince Mak, Anders Østrem, Kirsten Romberg, Amanda Barnard  
 Editore: Tracey Lonergan

Dichiarazione di finanziamento: Il progetto Asthma Jigsaw è stato finanziato congiuntamente da IPCRG, GlaxoSmithKline, AstraZeneca e Vitalograph. Gli sponsor del settore non hanno partecipato alla stesura del Desktop Helper o del materiale didattico.  
 Questo Desktop Helper ha carattere consultivo; è destinato a un uso generale e non deve essere considerato applicabile a un caso specifico. Ulteriori informazioni: [www.ipcr.org/dth15](http://www.ipcr.org/dth15)



Licenza Creative Commons AttribuzioneNon commercialeCondividi allo stesso modo

LIPCRG è un ente benefico registrato [SC n. 035056] e una società a responsabilità limitata (Company n. 256268). Indirizzo per le comunicazioni: 19 Armour Mews, Larbert, FK5 4FF, Scozia, Regno Unito.