Criteri pratici per la gestione del paziente asmatico nel setting della Medicina Generale

Coordinamento: Germano Bettoncelli
Mario Berardi, Mauro Calzolari, Bruno Franco Novelletto, Federico Franzoso, Giovanni Invernizzi, Italo Paolini, Nicolò Seminara, Patrizio Soverina, Marzio Uberti, Maria Teresa Zedda
Gruppo di lavoro SIMG Area Pneumologica

Introduzione

Come nel caso precedente della BPCO, questo modello per la gestione dell'asma in Medicina Generale tiene conto di come prevalentemente il problema si presenta nella routine ambulatoriale e di come possa essere affrontato sulla base delle risorse di cui il medico abitualmente dispone.

Scenario n. 1 – Area Nascosta: paziente con diagnosi nota di asma, asintomatico

Obiettivi

- Verificare l'effettivo controllo della malattia.
- Controllare la compliance al trattamento (verifica regolarità delle prescrizioni in archivio).
- Ricordare interventi profilassi (influenza).
- Verificare il reale livello di controllo se non eseguito recentemente.
- Considerare/pensare lo *step-down*.

In base al livello di controllo, si raccomanda:

Livello di controllo	Azione	Note
Controllato	Mantenere lo stesso step di terapia o effettuate *step-down*	Favorire lo *step-down*, sia in termini di dose di farmaci che in termini di modalità di assunzione
Parzialmente controllato (vedi scenario 2)	Valutare l'opportunità di uno *step-up* (se non si complica molto l'intensità e la modalità della terapia)	Valutare l'aderenza del paziente al trattamento e le modalità di assunzione dei farmaci
Non controllato (vedi scenario 2)	Fare immediatamente lo *step-up* per raggiungere il controllo e rivalutare in seguito	Valutare le altre opzioni oltre a quella principale per ogni step
Riacutizzazione (vedi scenario 2)	Trattare la riacutizzazione e rivalutare la necessità dello *step-up*	Rivalutare il paziente alla fine della riacutizzazione

Se il paziente risulta controllato da almeno 3-6 mesi, favorire lo *step-down*:

- ridurre la dose del corticosteroide inalatorio (CSI) nella combinazione;
- passare da una combinazione a bassa dose a una singola somministrazione giornaliera;

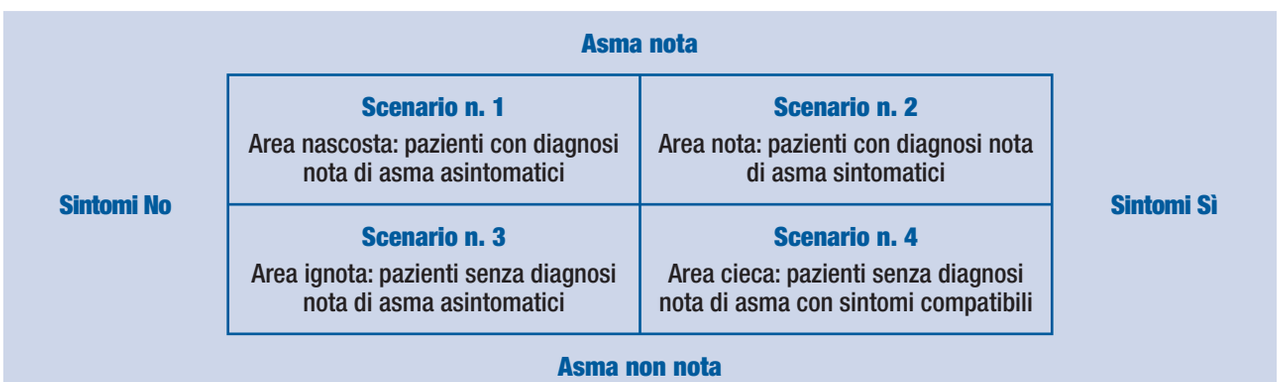

Figura 1.
Analisi Diagnostica a Quattro Quadranti (4Q) applicata all'asma in Medicina Generale.

- passare infine alla monoterapia con CSI a bassa dose;
- tentare la completa sospensione del trattamento solo dopo un anno di completa remissione della malattia.

Scenario n. 2 – Area Nota: paziente con diagnosi nota di asma, sintomatico

Obiettivi

- Verificare la diagnosi, definire lo stadio di gravità, distinguere un peggioramento della malattia da un episodio di esacerbazione.
- Re-impostare il trattamento in base alla diagnosi attuale.
- Rivedere il piano di cura.

2a) Paziente di nuova (recente?) diagnosi, sintomatico

Diagnosi

Nei pazienti di nuova (recente) diagnosi il re-inquadramento del paziente, necessario per la scelta della terapia farmacologica, deve essere fatto in base a:

- livello di gravità dell'asma (Tab. I);
- eventuali altri elementi clinici;
  - presenza/assenza di ostruzione bronchiale;
  - età del paziente (bambini);
  - presenza di rinite;
- la precedente intensità del trattamento farmacologico del paziente;
- valutare la necessità di controllo spirometrico e/o consulenza specialistica specialmente se non adeguata responsività alla terapia.

Terapia

In generale, si consiglia di iniziare la terapia regolare con le opzioni dello step 2 o dello step 3 (Tab. II).

- Asma lieve persistente: monoterapia con CSI o, in alternativa, con antileucotrieni (specie nei bambini e nei pazienti con rinite concomitante).
- Asma moderato persistente: una combinazione CSI/LABA a dose medio-basse di CSI (specie se presente ostruzione bronchiale).

Se il paziente è stato visto in corso di riacutizzazione ed ha iniziato terapia con alte dosi di farmaci, opportuna rivalutazione del livello di terapia alla risoluzione della riacutizzazione

Piano di cura

Altri interventi da fare al momento dell'impostazione del piano di trattamento:

- intervento educativo: rinforzo (verifica *compliance*, utilizzo *devices*, ecc.);
- programmare la/le visita/e di follow-up per la valutazione del controllo.

TABELLA I
Classificazione di gravità: caratteristiche cliniche in assenza di terapia.

	Sintomi	Sintomi notturni	FEV_1 o PEF
STEP 4 Grave Persistente	Continui Attività fisica limitata	Frequenti	FEV1 ≤ 60% predetto Variabilità PEF > 30%
STEP 3 Moderato Persistente	Quotidiani Attacchi che limitano l'attività	> 1 volta alla settimana	FEV1 60-80% predetto Variabilità PEF > 30%
STEP 2 Lieve Persistente	> 1 volta/settimana ma < 1 volta/giorno	> 2 volte al mese	FEV1 ≥ 80% predetto Variabilità PEF 20-30%
STEP 1 Intermittente	< 1 volta/settimana	≤ 2 volte al mese	FEV1 ≥ 80% predetto Variabilita PEF < 20%

TABELLA II
Approccio progressivo alla terapia dell'asma nell'adulto.

	Step 1	Step 2	Step 3	Step 4	Step 5
Opzione principale	**beta2-agonisti a breve azione al bisogno**	**CSI a bassa dose**	**CSI a bassa dose + LABA**	**CSI a media dose + LABA**	**CSI a alta dose + LABA**
Altre opzioni (in ordine decrescente di efficacia)		Anti-leucotrieni Cromoni	CSI a bassa dose + anti-leucotrieni CSI a bassa dose + teofilline-LR CSI a dose medio-alta	Aggiungere 1 o più: anti-leucotrieni teofilline-LR	Aggiungere 1 o più: anti-leucotrieni anti-IgE (omalizumab) teofilline-LR CS orali
		β_2-agonisti a rapida azione al bisogno			
	Programma di educazione				
	Controllo ambientale, immunoterapia quando indicata				

TABELLA III
Livelli di controllo dell'asma.

Caratteristiche	Controllato	Parzialmente controllato	Non controllato
Sintomi giornalieri	Nessuno (< 2/settimana)	> 2/settimana	3 o più aspetti presenti nell'asma parzialmente controllato
Limitazione delle attività	Nessuna	Qualche	
Sintomi notturni/risvegli	Nessuno	Qualche	
Necessità di farmaco al bisogno	Nessuna (< 2/settimana)	> 2/settimana	
Funzione polmonare (PEF o FEV_1)	Normale	< 80% del predetto o del *personal best* (se noto)	
Riacutizzazioni	Nessuna	1 o più per anno	1 in qualsiasi settimana

Alla visita di follow-up (dopo circa 3 mesi), dovrebbe essere valutato il livello di controllo dell'asma, sulla base dei seguenti elementi:
- frequenza dei sintomi diurni e notturni;
- utilizzo del farmaco al bisogno;
- limitazioni nella vita quotidiana;
- numero e gravità delle riacutizzazioni.

Tale valutazione porta facilmente a giudicare il livello di controllo dell'asma (Tab. III).

Da ricordare
- Semplici questionari validati (come l'ACT) consentono la stima del controllo del paziente in modo semplice e rapido. Va favorito il loro utilizzo, se possibile integrato nella cartella elettronica del medico di medicina generale (MMG).
- La spirometria può essere utile per definire meglio il livello di controllo, specie nei casi dubbi (paziente scarso percettore dei suoi sintomi).
- Un breve periodo di monitoraggio del picco di flusso espiratorio (mattino e sera) con registrazione dei sintomi diurni e notturni può essere utile in casi selezionati.

2b) Paziente noto con diagnosi di asma non recente, sintomatico

- Valutare l'entità del non controllo.
- Decidere sullo *step-up*, considerando eventuali opzioni secondarie all'interno dello stesso *step*.
- Programmare visita di follow-up.

3) Riacutizzazioni

Diagnosi

Le riacutizzazioni di asma consistono in un marcato, spesso progressivo deterioramento dei sintomi di asma e dell'ostruzione bronchiale, che compaiono nello spazio di ore o giorni, e che possono durare fino a settimane. Dovrebbero essere distinte dai periodi di scarso controllo dell'asma

Le riacutizzazioni lievi-moderate possono essere trattate con successo ambulatorialmente. I cardini del trattamento sono:
- broncodilatatori *short-acting*, da 2 a 4 *puffs* ogni 3-4 ore;
- corticosteroidi per os, brevi cicli di 3-5 giorni. Dal punto di vista dell'efficacia, non vi è necessità di riduzione graduale della dose.

Le riacutizzazioni gravi sono emergenze mediche potenzialmene fatali.

L'assistenza deve essere immediata e il trattamento deve essere somministrato preferenzialmente in ospedale o in un PS, per motivi di sicurezza.

Criteri di ricovero ospedaliero
- Non risposta al trattamento iniziale.
- Note di insufficienza respiratoria.
- Età e comorbilità.
- Pregressi episodi di asma grave.

Scenario n° 3 – Area Ignota: paziente senza diagnosi nota di asma, asintomatico

Obiettivi

- Verificare l'esistenza di condizioni di rischio.
- Ricordare interventi di prevenzione.

Valutare la presenza di condizioni a rischio per lo sviluppo o la coesistenza di asma:
- fattori individuali (predisposizione genetica, atopia, iperresponsività delle vie aeree;
- fattori ambientali (allergeni, sensibilizzanti professionali, fumo di tabacco, inquinamento atmosferico, fattori socio-economici, abitudini alimentari e farmaci);
- pazienti con rinite (nel 70-80% dei pazienti con asma).

Scenario n° 4 – Area cieca: paziente senza diagnosi nota di asma, con sintomi compatibili

Obiettivi

- Confermare/escludere un sospetto diagnostico.
- Impostare se necessario un trattamento immediato.
- Predisporre un eventuale piano di gestione sul medio-lungo periodo.

Diagnosi

Elementi per individuare precocemente i soggetti con sospetto di asma:
- sintomi acuti recenti o ricorrenti;

- tipici (tosse, dispnea accessionale, respiro sibilante, costrizione toracica);
- atipici (solo tosse, presenza di espettorato, dispnea da sforzo);
- valori di PEF ridotti;

- fattori di rischio per asma (allergia, in particolare rinite allergica, familiarità, riscontro di precedente uso di broncodilatatori o antinfiammatori inalatori);
- assenza di possibili diagnosi alternative.

Iniziare fin dal primo momento l'iter diagnostico:
- spirometria con test di reversibilità o test di provocazione bronchiale aspecifica (*invio dallo specialista per indagine funzionale)* (Fig. 2);
- radiografia del torace (in casi dubbi).

SPIROMETRIA

f
OSTRUZIONE PRESENTE
e
TEST DI REVERSIBILITÀ

d
OSTRUZIONE ASSENTE
e
TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE ASPECIFICO

Figura 2

Terapia

- Trattare il paziente se sintomatico. Criteri:
  - intensità di trattamento in base alle indicazioni delle Linee Guida per il livello di gravità ipotizzato;
  - informare il paziente (della possibilità che i sintomi dipendano dall'asma, della necessità di confermare la diagnosi, del conseguente motivo della scelta dei farmaci, anche come criterio *ex-adiuvantibus*).
- Rivalutare a breve il paziente per osservare gli effetti del trattamento iniziale.
- Rivedere il paziente dopo la definizione diagnostica per la terapia definitiva.

Da ricordare

- L'asma può iniziare a tutte le età, anche se è più facilmente identificabile nel bambino e nel giovane-adulto.
- Una storia di asma o respiro sibilante nell'infanzia rende più probabile la diagnosi di asma nell'adulto e nell'anziano.
- L'abitudine al fumo non esclude la diagnosi di asma (il 20% degli asmatici fuma).
- Ricordare il problema della *steroid-resistance*.
- I fattori di rischio non sono sempre identificabili.
- Dopo la prima diagnosi consigliabile un controllo a 3 mesi e poi ogni 6-12 mesi in base alla gravità.

Esami aggiuntivi (inviando il paziente dallo specialista):

- test allergologici cutanei (in presenza di stagionalità, fattori scatenanti noti, contemporanea rinite);
- invio allo specialista per indagine funzionale completa in casi dubbi di diagnosi differenziale (specificare quali test si intendono per "indagine funzionale completa").

Una volta ottenuta la conferma diagnostica di asma si passa all'impostazione del trattamento medico (vedi scenario 2 a pagina precedente: paziente sintomatico con diagnosi nota di asma).

Gestione a lungo termine del paziente con asma

Impostare il piano di educazione (*minimal advice*)

Comprendente i concetti:
- asma come malattia infiammatoria cronica persistente, che richiede lunghi periodi di trattamento;
- importanza dello stile di vita:
  - cessazione dal fumo;
  - allontanamento da allergeni o altri fattori scatenanti noti;
  - riduzione del peso negli obesi;
  - attività fisica moderata;
- importanza della corretta modalità di assunzione dei farmaci inalatori;
- riconoscimento precoce e trattamento appropriato delle riacutizzazioni:
  - piano scritto per valutare la gravità della riacutizzazione;
  - piano scritto per l'uso di farmaci aggiuntivi;
  - piano scritto per richiedere l'intervento medico.

Svolgere l'attività educativa

- Al momento della diagnosi.
- Ad ogni visita di controllo:
  - verifica dell'aderenza al trattamento (numero di prescrizioni);
  - verifica delle modalità di assunzione dei farmaci;
  - sorvegliare su possibili interazioni con altri farmaci o patologie;
  - individuare possibili fattori responsabili di riacutizzazioni o perdita di controllo dell'asma.

Migliorare l'aderenza del paziente al piano terapeutico

- Favorire l'autogestione del paziente (nei buoni percettori).
- Consigliare l'uso di farmaci efficaci a bassa dose.
- Semplificare la terapia :
  - unico inalatore;
  - massimo due inalazioni al giorno, meglio una;
  - strategia SMART;
  - favorire lo *step-down*.

Attivare la consulenza specialistica

- Pazienti con asma non controllato sotto terapia da step 4.
- Pazienti con importanti comorbilità, da studiare e trattare (rinosinusite, poliposi nasale, reflusso gastro-esofageo, intolleranza all'aspirina).
- Pazienti per valutazione di immunoterapia specifica.
- Pazienti con sospetta asma professionale.
- Asmatici in attività sportiva agonistica.