

Note file: Interpretiamo le spirometrie

Slide 2: Solo per la prima spirometria illustrare bene il modo di interpretare la spirometria e come è animato il Power Point : Un possibile commento relativo ai click del mouse:

- 1) Appare la spirometria che dal fondo sarà praticamente illeggibile, per cui diremo che proprio per questo animeremo le spirometrie in modo da renderle giudicabili anche alle file più lontane compatibilmente con la potenza del videoproiettore
- 2) Apparirà la parentesi graffa, diremo che gli indici da valutare saranno al solito FEV1,CVF, e rapporto FEV1/CVF, e che mostreremo poi i valori,
- 3) Al click apparirà la freccia che indica il volume estrapolato, il commento si riferirà a quanto ci hanno detto gli specialisti lo scorso anno , ma che non è presente nei software meno recenti, ma se c'è va controllato che il suo valore sia <150
- 4) Appare la curva ingrandita, con evidenziata la parte inspiratoria ed espiratoria, il commento richiamerà velocemente, quanto detto nella relazione teorica sull'importanza della morfologia della curva, soprattutto espiratoria.
- 5) Al click sparisce la curva
- 6) Al click appare la curva volume tempo, accenno ai 6 secondi, col puntatore laser magari
- 7) Appaiono i valori del FEV1,CVF, e rapporto, si invitano i colleghi a interpretare la spirometria coi cartoncini colorati, fatto questo
- 8) Al click appare il referto

Slide 3 : Solito procedimento, ma rapido, evidenziare :

La freccia rossa indica che in alcuni software la curva volume tempo viene iscritta insieme alla curva flusso/volume e non separatamente (sei secondi ecc...)

Si può accennare anche come in questo software vengono presentate le tre curve anche in fase espiratoria, nella precedente spiro invece era solo nella fase espiratoria.

Slide 4 : Prevenire domande :

Mancano le tre prove, detto questo proviamo ad interpretarla lo stesso

Lieve concavità verso l'alto

La mancata reversibilità orienta verso una diagnosi di BPCO, con ostruzione spirometrica lieve

Slide 5 : Commento prima della diagnosi : Spiro ospedaliera senza le tre prove, ma con test di BD

- 1) Evidenziare come la forma della curva stavolta sia fortemente indicativa per una patologia ostruttiva, (netta concavità verso l'alto) anche prima della valutazione dei valori numerici...
- 2) Andare avanti fino alla conclusione analizzando i valori e concludendo per sindrome ostruttiva grave non reversibile, da BPCO.
- 3) In caso di domande o anche in assenza di domande
- 4) Nel commento si può anche accennare al FEF 25-75 %= 21 %, che viene in genere ritenuto indice di danno delle piccole vie aeree, anche se poco riproducibile ed infatti non è entrato fra gli indici da valutare nella gravità della spirometria.

Slide 6 : Paziente con sospetto di Asma bronchiale. ACT=15. Ha assunto con beneficio LABA/ICS. Sospesa la terapia da 30 giorni.

Pre broncodilatazione : FEV1/CVF= 69,2, FEV1= 102% = Ostruzione lieve

Post broncodilatatore = FEV1=+14%, 450 ml FEV1/CVF = 78,7

Prova di reversibilità positiva e completa

Diagnosi asma bronchiale

PEF= 121%

Conferma diagnosi Asma

Slide 7 : Possibile sindrome restrittiva

Evidenziare : Come non si può fare diagnosi di sindrome restrittiva, perché vanno sempre valutati il volume residui e la CPT e il loro rapporto. L'attenzione va posta qui sulla possibile sindrome restrittiva, con il richiamo finale al peso del paziente indicato dalla freccia finale (188 Kg).

Slide 8 : Caso clinico nel setting della medicina generale,

La spirometria di base è normale, e spesso non viene fatta la prova di broncodilatazione, ma quando la clinica è indicativa del sospetto di Asma, spesso conviene farlo, perché comunque, si può trovare come in questo caso, una reversibilità positiva, specie nei soggetti, giovani e sportivi, accenno ai valori di riferimento di alcuni software, che risalgono ad alcuni decenni fa, problema che ora dovrebbe essere superato dai nuovi GLI 2012. Possibile accennare anche al fatto che come in questo caso, una spirometria normale, non esclude la diagnosi di Asma e che nelle ultime GINA viene consigliato di effettuare l'esame spirometrico nel più breve tempo possibile, possibilmente prima dell'inizio terapia, che può normalizzare la funzione polmonare e comunque ripetere più volte la spirometria per documentare una variabilità di essa.

Possibile accenno anche al fatto che nelle ultime GINA, non sia più riportato il test alla metacolina, cui è stata inviata la paziente per una migliore definizione diagnostica, e che ha confermato il sospetto diagnostico.

Ovviamente mancano le tre prove ecc.. per la riproducibilità e ripetibilità.

Slide 9 : Poco da commentare, nessuna nota

Slide 10 : Non vi sono le tre prove, quindi impossibile valutare riproducibilità e ripetibilità.

Non effettuato test di broncodilatazione. Notare la concavità verso l'alto della curva F/V che indica spirometria grave

Slide 11 : Paziente sospetta per Asma bronchiale.

Criticità della spirometria : principalmente manca la curva volume tempo e lo dobbiamo annunciare subito. E' una spirometria normale, e nella maggior parte dei casi non viene fatto il test di broncodilatazione, stavolta invece vista la storia clinica di Asma, il test di broncodilatazione è stato fatto e come si può vedere risulta + 18 % e + 399 ml, cioè un test di broncodilatazione più che positivo. Il concetto da trasmettere ai colleghi è che in caso di Asma specie se soggetti giovani (ma non è questo il caso =53 anni) il test di BD non è sbagliato effettuarlo anche in presenza di una spirometria normale.

Slide 12 : Classica spirometria con colpi di tosse. Espirazione breve. Possibile refertazione: Esame inficiato dai colpi di tosse per quanto valutabile volumi dinamici entro i limiti della norma.

Slide 13 : Anche qui poco da dire, nessuna nota

Slide 14 : Espirazione breve, tutto detto nel referto finale.

