

Abstract 25

ENDOSCOPIA IN FIBROSI POLMONARE IDIOPATICA: SUPPORTO ALLA DIAGNOSI O DRIVER SILENTE DI PEGGIORAMENTO FUNZIONALE RESPIRATORIO?

Bertagna De Marchi L., [L"Abbate G.*](#), Nesser N.

Università degli Studi di Padova ~ Padova ~ Italy

introduzione:

La fibrosi polmonare idiopatica (IPF) è una pneumopatia infiltrativa diffusa fibrosante di origine sconosciuta caratterizzata da un decorso cronico e progressivo.

In accordo con le nuove linee guida, in alcuni casi è possibile porre diagnosi di IPF sulla base della concordanza clinico-radiologica espressa da appositi gruppi multidisciplinari. Il ricorso alla broncoscopia quale procedura diagnostica è sempre meno frequente, anche in considerazione del rischio procedurale e della possibilità di indurre una riacutizzazione della patologia.

Lo studio ha lo scopo di verificare se la diagnosi di IPF ottenuta mediante broncoscopia con biopsie possa associarsi a distanza di 12 mesi a un più marcato peggioramento delle prove di funzionalità respiratoria (PFR), in assenza di una franca riacutizzazione della malattia.

metodi:

È stato disegnato uno studio retrospettivo su un campione di 24 pazienti con diagnosi di IPF transitati presso l'Azienda Ospedale Università di Padova, nel periodo compreso tra Ottobre 2021 e Settembre 2023. Sono stati esclusi i pazienti che non avevano un follow up a 12 mesi, quelli sottoposti a toracoscopia chirurgica e quelli che, nel periodo di osservazione, avevano sviluppato una riacutizzazione o erano stati ricoverati per qualsiasi motivo.

Sono stati quindi suddivisi in due gruppi sulla base del fatto che la diagnosi provenisse da una concordanza clinico-radiologica (gruppo 1) o da una broncoscopia con biopsie (gruppo 2). Sono poi state analizzate caratteristiche generali (età, genere, abitudine tabagica, BMI, ossigenoterapia, terapia antifibrosante, classificazione radiologica alla diagnosi) e PFR (FEV1, FVC, TLC, DLco); queste ultime alla diagnosi (T0) e dopo 12 mesi (T1).

risultati e conclusione:

Di 24 pazienti arruolati, 17 (71%) hanno ricevuto la diagnosi sulla base della concordanza clinico-radiologica mentre 7 (29%) hanno necessitato di broncoscopia con biopsie. L'età media del gruppo 1 è risultata significativamente maggiore rispetto a quella del gruppo 2 (72 vs 66 anni, $p = 0.046$). Sono risultati simili invece il genere, con una preponderanza di quello maschile (82% vs 71%), l'abitudine tabagica (76% vs 71%), il BMI (26.4 vs 25.8 kg/m²); nel gruppo 1 si nota una maggiore presenza di pazienti in ossigenoterapia (29% vs 14%) e di classificazione radiologica UIP definite (41% vs 17%), entrambi non statisticamente significativi. Tutti i pazienti considerati sono stati posti in antifibrosante dopo la diagnosi. Per quanto riguarda le PFR al T0, le medie tra i valori assoluti e in percentuale sul predetto, non presentavano differenze significative tra i due gruppi: FEV1 (2.28 vs 2.63 L, 87% vs 95%), FVC (2.66 vs 3.13 L, 81% vs 87%), TLC (4.13 vs 4.60 L, 68% vs 65%), DLco (45% vs 56%). Dopo 12 mesi si è assistito in entrambi i gruppi a una riduzione media di FEV1 (-66 vs -57 mL, +0.4% vs -1.3%), FVC (-79 vs -31 mL, -2% vs -0.9%), e mediana di TLC (-130 vs -25 mL, -2.5% vs -1.0%) e DLco (0 vs -4%).

Lo studio non ha mostrato differenze statisticamente significative tra i pazienti dei due gruppi in termini di PFR a 12 mesi dalla diagnosi. In entrambi i gruppi la funzionalità respiratoria dei pazienti esaminati è pressochè conservata a un anno dalla diagnosi. L'utilizzo di antifibrosanti potrebbe aver rallentato il declino funzionale tipico della malattia in entrambi i gruppi. Le limitazioni principali dello studio sono l'essere retrospettivo, monocentrico, la numerosità ridotta, la differenza di età.