

Abstract 16

QUANDO L'ASMA È DAVVERO LIEVE E QUALE TRATTAMENTO CONSIDERARE COME PRIMA SCELTA?

Valente M.*, Carbonieri L., Carzoli A., Ronchetti A., Clini E., Beghè B.

Malattie apparato respiratorio, Policlinico di Modena ~ Modena ~ Italy

La definizione di “asma lieve” rimane tutt’ora complessa per la natura eterogenea della malattia, la variabilità dei sintomi e spesso per la discrepanza tra gravità clinica, in particolare rischio di riacutizzazioni anche gravi e gravità percepita dal paziente. È infatti noto che nei pazienti con asma lieve, intesa come pochi sintomi e funzionalità respiratoria conservata, il rischio di riacutizzazioni anche gravi, benchè minore rispetto a quello dei pazienti affetti da asma moderato/grave, non è trascurabile ed è dovuto alla persistenza dell’infiammazione delle vie aeree che caratterizza la malattia. Tuttavia, nella pratica clinica questo “buon controllo” viene spesso inteso dal paziente come guarigione con conseguente abbandono della terapia di fondo con steroidi inalatori e il ricorso al solo broncodilatatore al bisogno (SABA) ponendo il paziente a rischio riacutizzazioni potenzialmente gravi. Nei pazienti con asma lieve, sia studi clinici (Sygma 1 e 2) che studi in real life (Practical e Novel start) hanno mostrato che l’uso al bisogno della combinazione ICS/formoterolo previene le riacutizzazioni moderate/gravi in misura simile al trattamento continuativo con ICS con risparmio delle dosi cumulative di steroidi inalatori.

Riportiamo il caso clinico di un paziente caucasico di 18 anni, nato a termine, studente, fumatore occasionale, con familiarità per asma ed atopia, affetto da asma sin dall’infanzia in terapia con ICS/LABA fino ai 16 anni, poi solo con SABA al bisogno con riferito buon controllo (ricorso a SABA <1 volta/mese e solo nei mesi primaverili) giunto alla nostra osservazione dopo un accesso al Pronto Soccorso per riacutizzazione asmatica. Qualche settimana prima lamentava tosse secca con qualche risveglio notturno risoltosi con assunzione di SABA (1-2 vv/sett). Accedeva in PS nell’agosto 2023 per dispnea al rientro da una vacanza in riviera romagnola durante la quale per aumento dei sintomi era ricorso al SABA fino a 3-4 vv/die. All’obiettività toracica presentava sibili diffusi bilateralmente, SaO₂: 93 - 94% in a.a. L’EGA evidenziava un quadro di ipossiemia con normocapnia (pO₂ 71.5, pCO₂ 36,7 pH 7.42 SpO₂ 94,6%). Agli esami ematochimici GB 13.98 con EOS 1.08 migl/mmc, 7.7 %. Venivano somministrati terapia steroidea ev 40 mg, magnesio solfato, aerosolterapia e O₂ al flusso di 1L/min. Veniva dimesso con prednisone a scalare e terapia aerosolica (ICS, SABA e SAMA). Alla visita di controllo dopo 2 settimane: MV presente con qualche raro sibilo sparso, SaO₂ 99% in a.a a riposo. Spirometria nei limiti di norma con tuttavia buona risposta al broncodilatatore (FEV₁ post bd + 280 ml; +105%). Si prescriveva terapia domiciliare: beclometasone/formoterolo 100/6 2 inal. 2 vv/die + al bisogno. A 4 mesi il paziente stava bene: ACT: 25, nessuna riacutizzazione, spirometria nella norma. A 6 mesi: per quadro stabile si passava a beclometasone /formoterolo 100/6 1 inal. 2 vv/die + al bisogno. Buon controllo anche a 12 mesi.

La scarsità dei sintomi porta spesso i pazienti con asma lieve ad una bassa aderenza alla terapia regolare con ICS e al ricorso al solo SABA al bisogno con conseguente rischio di eventi avversi e di riacutizzazioni gravi, addirittura fatali. Pertanto, il trattamento di scelta in questi casi (STEP 1-2 del GINA) dovrebbe essere sempre la combinazione ICS/formoterolo, più sicuro e più facile per il paziente, che al momento della comparsa del sintomo ha un unico erogatore contenente sia steroide che broncodilatatore.