

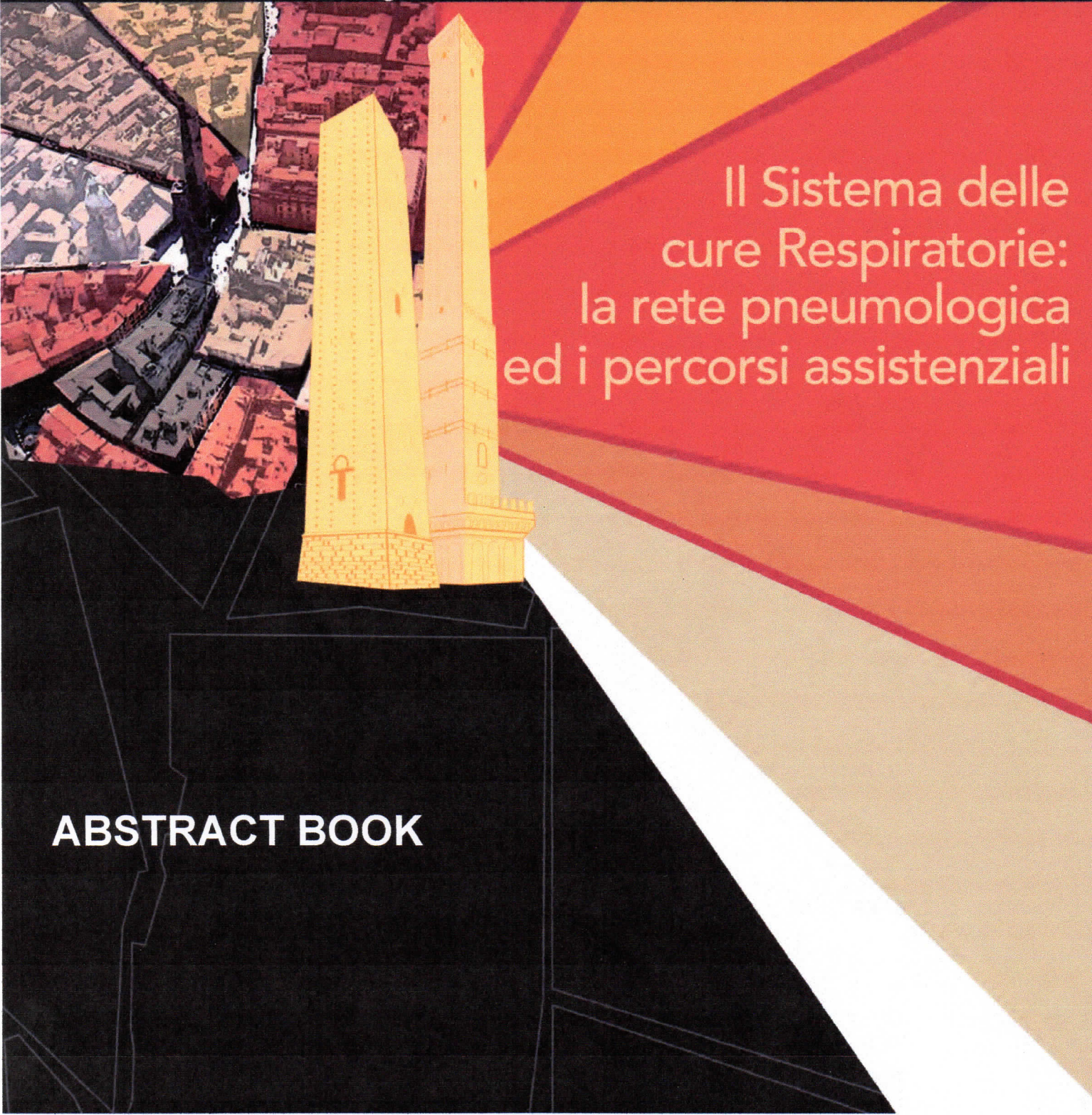
XII  **UIP**
CONGRESSO
NAZIONALE
UNIONE ITALIANA
PER LA PNEUMOLOGIA

XLI  **AIPO**
CONGRESSO
NAZIONALE
ASSOCIAZIONE ITALIANA
PNEUMOLOGI OSPEDALIERI

Bologna

Palazzo della Cultura e dei Congressi

30 Novembre
3 Dicembre **2011**



Il Sistema delle
cure Respiratorie:
la rete pneumologica
ed i percorsi assistenziali

ABSTRACT BOOK

Valutazione della risposta bronchiale ai respiri profondi mediante HRCT nell'asma e nella BPCO

Benfante Alida [1], Bellia Maria [2], Scichilone Nicola [1], Midiri Massimo [2], Brown Robert [3], Bellia Vincenzo [1] *DIBIMIS, Università degli Studi di Palermo, Pneumologia, Palermo [1], DIBIMEF, Università degli Studi di Palermo, Scienze Radiologiche, Palermo [2], Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Department of Environmental Health Sciences, Baltimore (MD, USA) [3]*

Introduzione o premessa

Nelle malattie respiratorie ostruttive croniche, le alterazioni funzionali sono definite non soltanto dal grado di ostruzione bronchiale, ma anche dall'entità della risposta delle vie aeree ai respiri profondi. Questa diminuisce con la gravità dell'asma e della BPCO ed è associata alla distensibilità bronchiale (AD) valutata tramite tomografia computerizzata ad alta risoluzione (HRCT).

Obiettivi

Lo studio si è proposto di analizzare le variabili che influenzano nell'asma e nella BPCO l'AD valutata tramite HRCT.

Metodi

Dodici asmatici (M/F: 7/5) e otto BPCO (M/F: 7/1), con sovrapponibile grado di ostruzione bronchiale, sono stati sottoposti ad HRCT eseguita a capacità funzionale residua (FRC) e capacità polmonare totale (TLC). L'AD è stata calcolata dal rapporto della differenza del diametro del lume bronchiale misurato a TLC e a FRC diviso il diametro a FRC. Lo spessore della parete bronchiale, il volume polmonare totale e la densità polmonare sono stati misurati tramite software VIDA. Le scansioni HRCT sono state eseguite mediante CT spirale, setting di 120 KVp, 200 mAs e spessore di 0.9 mm.

Risultati

Sono state analizzate 701 vie aeree. Il grado di ostruzione bronchiale non differiva tra asmatici (FEV1 % predetto: $69.0 \pm 4.8\%$, media \pm SEM) e BPCO (FEV1% predetto: $61.3 \pm 5.9\%$; $p=0.31$). L'AD non differiva tra i due gruppi ($14 \pm 3.5\%$ negli asmatici e $17 \pm 4.3\%$ nei BPCO; $p=0.58$). Negli asmatici, l'AD è risultata associata al FEV1% predetto ($r^2=0.45$, $p=0.018$), mentre nei BPCO correlava con RV% predetto ($r^2=0.51$, $p=0.046$) e RV/TLC ($r^2=0.68$, $p=0.01$).

Conclusioni

Il nostro studio ha dimostrato che il grado di distensione bronchiale indotta dai respiri profondi non differisce tra asmatici e BPCO di pari ostruzione bronchiale. La diversa correlazione della AD con i parametri funzionali pone l'accento sui diversi meccanismi patogenetici (rispettivamente ostruzione bronchiale ed air trapping) che influenzano nelle due patologie la risposta broncodilatatrice ai respiri profondi.

P6219

Ventilo terapia, aerosol antibiotico medicata e FKT nella prevenzione delle riacutizzazioni in BPCO GOLD II-IV

Cesaro Cristiano

Istituto Riabilitativo del Mezzogiorno italiano, Pneumologia, Giugliano in Campania (NA)

Introduzione o premessa

Le Riacutizzazioni infettive nei pazienti affetti da BPCO rappresentano un problema clinico e socio economico, determinando inoltre un significativo decadimento globale della qualità di vita dei pazienti associato ad un aumento dell'incidenza dei ricoveri e di periodi di inabilità, oltre che di costi sociali per ospedalizzazioni e utilizzo di farmaci.

Obiettivi

L'obiettivo principale dello studio è stato quello di valutare l'impatto del protocollo terapeutico proposto sul numero e sull'entità delle riacutizzazioni infettive. L'obiettivo secondario è stato quello di valutare l'impatto del protocollo terapeutico sull'andamento dell'ostruzione bronchiale, misurato con il FEV1 nel corso dei 24 mesi di osservazioni.

Metodi

Lo studio è stato condotto in due anni arruolando 116 pazienti affetti da BPCO in stadio GOLD II-IV. I pazienti arruolati avevano in anamnesi 5 o più riacutizzazioni nell'ultimo anno. È stata uniformata la terapia con broncodilatatori e steroidi inalatori ed a questa è stato aggiunto un trattamento ventilatorio polmonare termale associato ad aerosolterapia antibiotico medicata e FKT respiratoria. Sono stati eseguiti inoltre controlli clinico funzionali dopo 6/12/18/24 mesi e valutata la frequenza delle riacutizzazioni e l'andamento nel FEV1.

Risultati

Nel 37% dei pazienti non è stata riscontrata alcuna riacutizzazione. Nel 32% è stata riscontrata 1 sola riacutizzazione. Nel 22% dei pazienti sono state riscontrate 2 riacutizzazioni. Nel 9% dei pazienti sono state riscontrate 3 o più riacutizzazioni, in 3 casi con necessità di ricovero. (fig1). Lo studio ha inoltre evidenziato che il 94,6% dei pazienti mostrava un incremento medio del FEV1 del 6,5% e che solo il 5,35% dei pazienti mostrava un decremento medio del FEV1 del -3,8%.

Conclusioni

La ventiloterapia termale, l'aerosol terapia domiciliare antibiotico medicata la FKT respiratoria in associazione alla terapia bronco dilatante e steroidea standard del paziente, determinano una netta riduzione del numero e dell'entità delle riacutizzazioni nei Bronchitici Cronici in stadio GOLD II-III-IV, ed un moderato incremento del valore di FEV1 e pertanto dovrebbero sempre essere tenuti in debita considerazione specialmente in quei casi complicati da più eventi riacutizzativi nel corso dell'anno.