

matica di sistemi di valutazione e misura validati; 3) necessità di avere linee guida per la gestione dei farmaci. Per quanto riguarda il dolore sottolinea la necessità di utilizzo di scale, sia per pazienti "able to self-report" che "unable to self-report", come ad esempio rispettivamente NSR e Behavioral Pain Scale (BPS). Dal punto di vista farmacologico, puntualizza l'importanza dell'uso degli oppioidi, in alcuni casi affiancati dai non oppioidi per consentirne la riduzione del dosaggio. Per la sedazione, invece, l'articolo mette in risalto l'utilizzo di propofol e dexmedetomidina come prima linea, lasciando le benzodiazepine come seconda linea. Molto utili infine le schede riepilogative alla fine dell'articolo. Un

aspetto importante a nostro avviso, ma non trattato, è la sedazione per os nei pazienti stabilizzati (> 72 ore), che invece meriterebbe uno spazio adeguato.

Bibliografia

- 1 Choudhuri AH. *Ventilator-associated pneumonia: when to hold the breath?* Int J Crit Illn Inj Sci 2013;3:169-74.
- 2 Walden AP, Jones QC, Matsa R, et al. *Pleural effusion in the intensive care unit; hidden morbidity with therapeutic potential.* Respirology 2013;18:246-54.
- 3 Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al; American College of Critical Care Medicine. *Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive Care Unit.* Crit Care Med 2013;41:263-306.

Pneumologia Interventistica e Trapianto

Nel corso degli ultimi anni l'EBUS-TBNA si è affermata come tecnica di riferimento nello studio del mediastino, sia per quanto riguarda la stadiazione del tumore del polmone, che per lo studio delle patologie neoplastiche ed infiammatorie coinvolgenti il mediastino.

Studi comparativi ¹ hanno dimostrato la superiorità dell'EBUS-TBNA rispetto alla TBNA convenzionale.

Ormai la metodica si è molto diffusa ed è a disposizione di numerosi centri di Pneumologia Interventistica. La bassa incidenza di complicazioni riferita in letteratura potrebbe essere dovuta al fatto che la maggior parte dei lavori è prodotta da centri di eccellenza.

Per questo motivo l'analisi di un registro fornisce indicazioni su un setting più ampio e dunque più vicino alla comune pratica clinica.

I risultati dell'AQuIRE Registry, pubblicati su Chest nel 2013 ², confermano il profilo di sicurezza dell'EBUS-TBNA rilevando solo 19 complicazioni su 1317 pazienti. La maggior parte di queste sono spesso dovute ad altre metodiche di prelievo associate e in particolare alla biopsia transbronchiale (TBB), unico fattore di rischio per complicazioni durante EBUS-TBNA. I dati del registro hanno anche rilevato come l'utilizzo della ROSE ha ridotto in modo significativo la necessità di ricorrere alla TBB.

Non sembrano concordare i risultati di una survey della *Japan Society for Respiratory Endoscopy* ³ che rilevano complicanze severe anche se in numero ridotto (1,23%

totale) associate all'EBUS-TBNA ed in particolare infezioni (mediastiniti, polmoniti, una caso di pericardite ed uno di sepsi).

In conclusione, l'EBUS-TBNA è una metodica certamente sicura anche se non scevra da complicazioni che, pur se molto rare, possono essere temibili e per tale motivo sarebbe auspicabile un monitoraggio che deve necessariamente essere di competenza delle società scientifiche.

Da alcuni anni è entrata nella pratica clinica la riduzione di volume endoscopica per il trattamento dell'enfisema polmonare. Diverse metodiche sono state proposte, ma le valvole endobronchiali unidirezionali sono le più studiate e gli unici devices rimovibili.

Lo studio VENT ⁴ ha dimostrato, con l'utilizzo delle valvole EBV-Zephyr, un modesto miglioramento nella tolleranza allo sforzo e nella funzione polmonare. L'analisi dei sottogruppi ha evidenziato che il miglioramento era associato all'esclusione lobare completa, non ottenibile in tutti i pazienti per la presenza in molti di essi di ventilazione collaterale.

Nel 2013 è stato pubblicato il primo studio che ha indagato l'efficacia del sistema Chartis nel predire la risposta al trattamento con valvole endobronchiali, misurando la ventilazione collaterale ⁵.

Ottanta pazienti sono stati sottoposti a valutazione pretrattamento con Chartis. Una TC ad alta risoluzione e una valutazione clinico-funzionale sono state effettuate subito prima e 30 giorni dopo l'impianto. Dei 51 pazienti in cui il sistema Chartis non



Mario Salio

UOC Pneumologia, IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, IST, Genova



Mario Salio
salio@libero.it

ha dimostrato ventilazione collaterale 36 erano responder al trattamento, rispetto ai 5 su 29 in cui veniva rilevata ventilazione collaterale. È stato dunque dimostrato come il sistema Chartis sia in grado di predire l'efficacia della riduzione di volume endoscopica con un'accuratezza del 75%, riducendo gli interventi inutili e ottenendo migliori risultati clinici con contenimento dei costi.

L'AIR 2⁶ è stato lo studio di riferimento sulla Termoplastica Bronchiale (BT) che ha dimostrato l'efficacia della metodica nell'asma grave non sufficientemente controllata dalla terapia medica.

Nel 2013 sono stati pubblicati i risultati del follow up a 5 anni dei pazienti che avevano partecipato all'AIR 2⁷. Centosessantadue dei 190 pazienti trattati con BT hanno completato il follow up a 5 anni.

L'incidenza di esacerbazioni severe e di accessi in pronto soccorso sono rimasti significativamente più bassi rispetto ai 12 mesi prima del trattamento (rispettivamente 44 e 78%). Le TC ad alta risoluzione eseguite a 5 anni dal trattamento non hanno dimostrato alterazioni strutturali attribuibili alla BT.

Lo studio ha dunque confermato l'ottimo profilo di sicurezza della BT e come i benefici del trattamento permangano dopo 5 anni.

Bibliografia

- Herth F, Becker HD, Ernst A. *Conventional vs endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration: a randomized trial*. Chest 2004;125:322-5.
- Eapen GA, Shah MA, Lei X, et al. *Complications, consequences, and practice patterns of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration. Results of the AQUIRE Registry*. Chest 2013;143:1044-53.
- Asano F, Ohsaki Y, Okada Y, et al. *Complications associated with endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration: a nationwide survey by the Japan Society for Respiratory Endoscopy*. Respir Res 2013;14:50.
- Sciurba FC, Ernst A, Herth FJ, et al. *A randomized study of endobronchial valves for advanced emphysema*. N Engl J Med 2010;363:1233-44.
- Herth FJ, Eberhardt R, Gompelmann D, et al. *Radiological and clinical outcomes of using Chartis™ to plan endobronchial valve treatment*. Eur Respir J 2013;41:302-8.
- Castro M, Rubin AS, Laviolette M, et al., for the AIR2 Trial Study Group. *Effectiveness and safety of bronchial thermoplasty in the treatment of severe asthma: a multicenter randomized, double-blind, sham-controlled clinical trial*. Am J Respir Crit Care Med 2010;181:116-24.
- Wechsler ME, Laviolette M, Rubin AS, et al. *Bronchial thermoplasty: long-term safety and effectiveness in patients with severe persistent asthma*. J Allergy Clin Immunol 2013;132:1295-302.

Pneumopatie Infiltrative Diffuse e Patologia del Circolo Polmonare

Aggiornamento delle linee guida internazionali ATS/ERS sulla classificazione delle PID idiopatiche

È stata pubblicata quest'anno¹ la revisione critica delle linee guida ATS/ERS del 2002² che modifica la precedente classificazione delle pneumopatie infiltrative diffuse (PID) idiopatiche. Tra le novità si annoverano: la abolizione del termine CFA ("cryptogenic fibrosing alveolitis") per indicare la fibrosi polmonare idiopatica (IPF "idiopathic pulmonary fibrosis"); il riconoscimento della polmonite interstiziale non specifica (NSIP "nonspecific interstitial pneumonia") come distinta entità patologica e non più come categoria diagnostica provvisoria; la suddivisione delle PID idiopatiche in tre gruppi 1) fibrosanti croniche (IPF e NSIP), 2) fumo-relate (respiratory bronchiolitis-interstitial lung disease [RB-ILD] and desquamative interstitial pneumonia [DIP]), 3) acute/subacute (cryptogenic organizing pneumonia [COP] and

acute interstitial pneumonia [AIP]). È stata inoltre proposta una classificazione basata sull'andamento clinico delle malattie interstiziali che distingue tra forme reversibili (es. RB-ILD), forme reversibili ma con rischio di progressione (es. NSIP cellulare, alcune NSIP-fibrosanti, DIP, COP), forme stabili, ed infine forme progressive ed irreversibili (IPF, NSIP-fibrosante). L'enfisema è considerato un elemento patologico coesistente, e la sindrome combinata enfisema-fibrosi (CPFE, combined pulmonary fibrosis and emphysema) non è considerata un'entità a se stante, ma viene inclusa nell'ampio spettro di variabilità di presentazione clinica dell'IPF. Infine vengono identificate due nuove categorie diagnostiche, una che include le forme rare di PID che raccoglie la polmonite interstiziale linfocitaria (LIP lymphocytic interstitial pneumonia) e la fibroelastosi pleuro-parenchimale idiopatica (PPFE pleuro-parenchymal fibroelastosis), e la seconda categoria per le PID inclassificabili, che raccoglie i casi in cui il team multidisciplinare non è in grado di fare diagnosi.



Sara Tomassetti

U.O. Pneumologia,
Ospedale G.B. Morgagni,
Forlì



Sara Tomassetti
s.tomassetti@ausl fo.it