

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 cellulata, 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

Il confronto tra ecoendoscopia e broncoscopia convenzionale nella diagnosi di sarcoidosi

Questo studio multicentrico randomizzato, è stato disegnato per confrontare la resa diagnostica di due differenti tecniche endoscopiche, l'ecoendoscopia e la broncoscopia tradizionale, nella identificazione dei classici granulomi non necrotizzanti e non caseosi della sarcoidosi³. I risultati mostrano chiaramente che la resa diagnostica della ecoendoscopia è nettamente superiore alla endoscopia tradizionale. Sono stati raccolti 304 casi consecutivi di sospetta sarcoidosi in stadio I e II. I pazienti sono stati randomizzati in due gruppi, il primo gruppo costituito da 155 pazienti sottoposti a ecoendoscopia con agoaspirato trans-esofageo o trans-bronchiale dei linfonodi mediastinici. Il secondo gruppo, di 149 pazienti, è stato sottoposto a broncoscopia tradizionale senza ausilio di guida ecografica con biopsie parenchimali transbronchiali e biopsie mucose endobronchiali. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a lavaggio broncoalveolare. Obiettivi secondari dello studio erano confrontare le complicanze delle due metodiche e valutare la sensibilità e specificità del BAL nella diagnosi di sarcoidosi. I risultati mostrano che nel gruppo sottoposto a ecoendoscopia sono stati identificati granulomi in un numero significativamente più elevato di pazienti, (114 vs. 72 pazienti; 74% vs. 48%; $P < 0,001$). La resa diagnostica nella identificazione dei granulomi è del 80% (95% CI, 73%-86%) per la ecoendoscopia del 53% (95% CI, 45%-61%) per la broncoscopia tradizionale, con una differenza significativa ($P < 0,001$). Si sono verificati un evento avverso nel gruppo della ecoendoscopia (ascesso mediastinico che ha richiesto trattamento chirurgico) e due eventi avversi (un pneumotorace drenato e una insufficienza respiratoria post anestesia generale) nel gruppo della broncoscopia tradizionale, tutti risolti senza sequele a lungo termine. La sensibilità del BAL basata sulla ratio CD4/CD8 è del 54% (95% CI, 46%-62%) per la citofluorimetria e del 24% (95% CI, 16%-34%) per l'analisi citologica. Sappur con alcuni limiti rilevanti, primo tra tutti la mancanza di un gruppo controllo con una metodica ampiamente utilizzata in broncoscopia convenzionale che è l'agoaspirato linfonodale non ecoguidato, questo studio fornisce informazioni utili sulla resa diagnostica e sulle possibili applicazioni delle nuove tecniche ecoendoscopiche nella diagnosi di sarcoidosi.

La terapia della fibrosi polmonare idiopatica con ambrisentan

Questo studio multicentrico, randomizzato e controllato in doppio cieco con placebo è stato disegnato con l'obiettivo di valutare se l'Ambrisentan, inibitore selettivo dell'Endotelina-1, potesse essere efficace nel trattamento della IPF (Idiopathic Pulmonary Fibrosis)⁴. L'ipotesi si basava sull'osservazione sperimentale che l'Endotelina-1 attraverso la stimolazione del recettore

ETA (endotelina A) esplica un'azione stimolante sulla proliferazione fibroblastica. Lo studio è stato precocemente interrotto dopo l'arruolamento di 492 pazienti, 75% di quelli previsti, con una durata media di trattamento di 34,7 settimane. L'interruzione è stata giustificata dai dati che hanno documentato una maggiore probabilità di progressione di malattia nel gruppo trattato rispetto al placebo, 90 (27,4%) pazienti trattati con ambrisentan vs. 28 (17,2%) pazienti trattati con placebo, $P = 0,010$; hazard ratio, 1,74 [95% CI, 1,14 to 2,66] ed un maggiore numero di ospedalizzazioni per problematiche respiratorie, 44 (13,4%) pazienti nel gruppo trattato e 9 (5,5%) pazienti nel gruppo placebo ($P = 0,007$). Si è osservato inoltre un trend di mortalità sfavorevole, anche se non statisticamente significativo, per il gruppo trattato, 7,9% pazienti trattati con ambrisentan e 3,7% pazienti trattati con placebo sono deceduti, ($P = 0,100$). Anche nel sottogruppo costituito dal 10% dei pazienti che avevano ipertensione polmonare all'inizio del trattamento, i dati di progressione di malattia sono risultati a sfavore del trattamento con Ambrisentan. Le conclusioni di questo studio sono chiare, Ambrisentan non è efficace nel trattamento della IPF e può essere associato ad un maggior rischio di progressione della malattia ed a un maggior rischio di ospedalizzazioni per problemi respiratori.

Bibliografia

- 1 American Thoracic Society, European Respiratory Society. *An official american thoracic society/european respiratory society statement: update of the international multidisciplinary classification of the idiopathic interstitial pneumonias*. Am J Respir Crit Care Med 2013;188:733-48.
- 2 American Thoracic Society, European Respiratory Society. *American Thoracic Society/European Respiratory Society international multidisciplinary consensus classification of the idiopathic interstitial pneumonias*. Am J Respir Crit Care Med 2002;165:277-304.
- 3 von Bartheld MB, Dekkers OM, Szlubowski A, et al. *Endosonography vs conventional bronchoscopy for the diagnosis of sarcoidosis: the GRANULOMA randomized clinical trial*. JAMA 2013;309:2457-64.
- 4 Raghu G, Behr J, Brown KK, et al; ARTEMIS-IPF Investigators. *Treatment of idiopathic pulmonary fibrosis with ambrisentan: a parallel, randomized trial*. Ann Intern Med 2013;158:641-9.