

In questo numero ...

In this issue ...

...di *Rassegna* troviamo in apertura un **Commentario** di **Venerino Poletti** sulle recenti linee guida sulla diagnosi della fibrosi polmonare idiopatica, un riferimento importante per la pratica clinica in cui sono codificate le varie combinazioni fra quadro clinico, radiologico e, se necessario, istopatologico per formulare una diagnosi con elevato grado di confidenza. L'Autore pone l'attenzione sulla separazione fra quadri UIP, UIP probabile, quadri indeterminati e quadri suggestivi per altre diagnosi sia alla TAC che nella biopsia chirurgica e le (non) raccomandazioni sulle biopsie transbronchiali con criosonda. Alcuni punti del documento dovranno essere approfonditi e migliorati: i ruoli di nuove modalità di *imaging* quantitativa, della criobiopsia, delle nuove modalità di guida biptica adottabili, della biopsia chirurgica in paziente non intubato.

Segue il **Documento** di **Teresa Renda e collaboratori** sulle Unità di Terapia Intensiva Respiratoria (UTIR). Le novità tecnologiche degli ultimi decenni per la diagnosi e la cura dei pazienti critici respiratori, le nuove problematiche emergenti in merito alla cura dei pazienti acuti e/o cronicamente critici e l'aumentata *expertise* nella pratica clinica dello pneumologo hanno reso necessario un nuovo *update* del precedente documento AIPO pubblicato nel 2004. Nel documento attuale vengono confermati i tre differenti livelli di cura per i pazienti respiratori critici (Unità di Monitoraggio, Unità di Terapia Intermedia, UTIR) e aggiornati i criteri per l'ammissione in UTIR per le condizioni cliniche che necessitano invece di trattamento in Terapia Intensiva Generale. Le principali novità rispetto all'edizione precedente riguardano alcune nuove tecniche entrate a far parte delle attività svolte in Terapia Intensiva Respiratoria, nuovi capitoli relativi a palliazione e fine vita, riabilitazione respiratoria nel paziente critico e ruolo della medicina di transizione. Il documento riporta inoltre informazioni aggiornate rela-

tive alla gestione della qualità all'interno di queste strutture e affronta le problematiche del rapporto costo-beneficio, costo-utilità e dell'*outcome* sulla base dei recenti dati di letteratura. L'interesse per la cura e il monitoraggio del malato critico respiratorio in questo periodo di grande trasformazione dell'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale deve rafforzare il ruolo delle UTIR per ampliare razionalmente la rete della Pneumologia con competenze intensivologiche nella realtà italiana.

Segue un **Articolo originale** di **Elio Costantino e collaboratori** relativo ad una *survey* nazionale AIPO sulla Ossigenoterapia a Lungo Termine (OTLT) condotta per evidenziare gli aspetti normativo-istituzionali e clinici riguardo l'OTLT applicati nelle varie regioni italiane e verificare se i criteri di *Evidence Based Medicine* vengono rispettati. A tale scopo è stato predisposto un questionario di 35 quesiti inviato a tutti i presidenti regionali AIPO. La fonte di ossigeno fissa più utilizzata nella maggioranza delle regioni è l'ossigeno liquido (77%) rispetto al concentratore (23%); la fonte portatile più usata è lo *stroller* di ossigeno liquido, ma il concentratore portatile è in uso in più del 50% dei pazienti in 6 regioni su 19. Dalla *survey* emergono inoltre diversi dati positivi, come la redazione di documenti ufficiali regionali che normano l'OTLT nel 79% delle regioni e la crescente informatizzazione delle prescrizioni, e negativi, quali il rischio di inappropriata prescrizione poiché in alcune regioni i prescrittori non sono solo pneumologi, ma anche anestesisti, pediatri, internisti e geriatri. Altre criticità emerse sono la mancanza di criteri normativi restrittivi per i *current smoker* e il mancato consenso informato da parte del paziente cui si prescrive la OTLT. Gli Autori concludono sostenendo che le linee guida e i documenti di indirizzo internazionali, nazionali e regionali dovrebbero essere più in linea con le attuali evidenze scientifiche.



Mario De Palma

*Direttore Emerito
Rassegna di Patologia
dell'Apparato Respiratorio*

Nella sezione **Casi clinici** **Kim Lokar Oliani e collaboratori** presentano il caso di una donna con una prolungata storia clinico-radiologica suggestiva di tubercolosi, rivelatasi invece una nocardiosi polmonare a seguito di due broncoscopie con BAL. Le due infezioni si possono presentare con quadri clinico-radiologici sovrapponibili e la prevalenza della nocardiosi polmonare è bassa nei soggetti immunocompetenti. Pertanto, una stretta interazione tra pneumologo, radiologo, infettivologo e microbiologo è fondamentale per una diagnosi corretta e tempestiva e per l'impostazione di un efficace trattamento antibiotico mirato.

Segue il caso presentato da **Mario Tamburrini e collaboratori** relativo ad un paziente di 75 anni, forte fumatore che a seguito di biopsia polmonare percutanea su massa apicale inferiore ds, sotto guida ecografica, ha sviluppato uno pneumotorace (PNX) iatrogeno, essendo affetto da enfisema centro-lobulare. Si è deciso di procedere al drenaggio del PNX mediante un nuovo dispositivo, entrato in uso, la cui scelta, secondo gli Autori, è il miglior compromesso tra il trattamento con drenaggio in regime di ricovero e un trattamento stabile, ma minimamente invasivo e tale da permettere di dimettere il paziente in sicurezza. Gli Autori concludono sostenendo come la gestione ambulatoriale del PNX spontaneo o iatrogeno non complicato potrebbe portare con il metodo descritto ad un netto abbattimento dei costi.

Vincenzo Zagà in una **Corrispondenza** parla di Jeffrey Wigand, esperto nel mondo del tabacco, da anni impegnato nella prevenzione primaria del tabagismo con l'obiettivo di trasmettere le giuste informazioni ai ragazzi e smascherare le industrie del tabacco. In particolare con la sua attenzione denuncia la realizzazione intenzionale di sigarette che danno assuefazione e sempre maggiore dipendenza attraverso l'utilizzo di aromatizzanti e additivi edulcoranti mischiati alla nicotina.

Per la rubrica **Immagini in Pneumologia Interventistica** segue la presentazione di un caso da parte di **Maria Majori e collaboratori** relativo ad un uomo di 64 anni, non fumatore, affetto da linfoma non Hodgkin diagnosticato da 10 anni, trattato con 8 linee di terapia e trapianto di cellule staminali, con epatopatia HBV-relata, che giungeva all'attenzione per tosse e iperpiressia. La TAC torace-addome evidenziava una massa solida a margini sfrangiati nel lobo superiore destro in sede para-ilare con intenso iperaccumulo del traccianti alla PET. Il primo sospetto diagnostico era per una

recidiva del linfoma e la d.d. comprendeva la neoplasia broncopolmonare o un processo infettivo. L'analisi istologica dei campioni biotici, ricavati in endoscopia, documentava la presenza di "flogosi granulomatosa epitelioidica giganto-cellulare", secondaria ad infezione tubercolare alla luce dell'isolamento di *Mycobacterium tuberculosis* agli esami microscopico diretto e colturale del liquido di lavaggio. Il caso evidenzia come la diagnosi differenziale della tubercolosi endobronchiale con la patologia neoplastica possa essere difficile e provocare ritardi nella terapia.

Per la rubrica **Medical Humanities e Pneumologia** **Federico E. Perozziello** pubblica la terza e ultima parte di una serie di articoli sul dibattito filosofico e scientifico moderno e la medicina. In questo contributo l'Autore parla del filosofo ungherese Imre Lakatos le cui posizioni erano in contrasto con quelle di Popper e Kuhn. Egli definiva il principio di falsificabilità di Popper un falsificazionismo metodologico ingenuo. Secondo Lakatos una teoria veniva scartata non perché un'osservazione empirica la falsificasse, ma perché veniva proposta un'altra teoria che rispetto alla precedente possedeva un più rilevante contenuto empirico di sostegno. Lo sviluppo della scienza procedeva dunque dalla competizione tra teorie rivali in cui prevaleva la concezione che appariva più adeguata a spiegare i fatti. L'articolo prosegue nell'analisi della moderna filosofia della scienza e conclude con l'asserzione che vuole la conoscenza medica, anche filosofica, antropologica e originale come unico antidoto contro la prossima informatizzazione totale dei processi decisionali in medicina: una ragione umana e il sentimento opposti a una catena direttiva su base algoritmica.

Giorgia Dalpiaz per la rubrica **Radiology: Tips & Tricks** descrive il caso di un uomo di 60 anni con lieve dispnea lentamente ingravescente e *velcro sound* alle basi la cui presenza richiede la ricerca all'HRCT di segni compatibili con una pneumopatia diffusa fibrosante e in particolare la presenza di un *pattern* UIP spesso associato alla fibrosi polmonare idiopatica (IPF); i primi segni da ricercare sono la retrazione e la distorsione dell'architettura. L'HRCT ha rivelato una forte asimmetria e la presenza di verosimile DPO (ossificazione polmonare diffusa), indirizzando il sospetto diagnostico verso un *pattern* UIP, confermato dalla successiva biopsia chirurgica in VATS. La discussione multidisciplinare ha portato alla diagnosi finale di IPF. Il classico *memorandum* sull'argomento chiude l'articolo.