

Riacutizzazione di BPCO in un paziente con I.R.C. ipossiémica e versamento pleurico, trattato a domicilio

Summary

Viene descritto il caso clinico di una paziente con Riacutizzazione di BPCO e I.R.C. ipossiémica trattato a domicilio. La terapia è stata prescritta dallo specialista pneumologo attraverso un monitoraggio clinico strumentale del paziente con il coinvolgimento del medico di Medicina Generale fino alla risoluzione dell'evento e stabilizzazione clinica. Poiché la richiesta di interventi sanitari per malattie dell'Apparato Respiratorio è destinata ad aumentare nel tempo, credo che un corretto programma d'intervento e la collaborazione tra lo specialista, il medico di medicina generale e gli infermieri professionali sarà sempre più alternativa al ricovero ospedaliero e contribuirà a ridurre i costi sociali.

La Fauci G. Acute exacerbation of COPD in a patient with I.R.C. hypoxemic and pleural effusion, treated at home. Trends Med 2012; 12(2):67-68.

©2012 Pharma Project Group srl. ISSN: 1594-2848

Considerazioni sulle Riacutizzazioni di BPCO

Sebbene ad oggi non sia ancora presente una definizione ampiamente accettata, le Riacutizzazioni della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) rappresentano un evento sicuramente grave del decorso clinico della patologia. Negli ultimi anni in Italia abbiamo avuto un incremento del numero dei ricoveri per causa di Riacutizzazione di BPCO con un aumento dei costi per la gestione di questi pazienti. Spesso la fase di riacutizzazione della BPCO si accompagna ad una serie di alterazioni che colpiscono diversi organi quali per esempio il sistema cardiocircolatorio e in particolare il sistema muscolare. Pertanto la fase di riacutizzazione della BPCO rappresenta sicuramente una condizione clinica che provoca un cambiamento rilevante della vita del paziente e non soltanto dal punto di vista respiratorio. Nonostante siano già presenti importanti raccomandazioni su come gestire tale patologia (Linee Guida GOLD) mancano protocolli condivisi (come interventi riabilitativi, personale specializzato, ecc.), in grado di valutare le conseguenze sistemiche di una Riacutizzazione di BPCO dal punto di vista extrafarmacologico.

Il signor S. A. anni 85 è affetto da IRC ipossiémica, BPCO (stadio GOLD III), pratica ossigeno terapia con occhiali nasali con flusso di 1,5 L/m a riposo da circa

un anno. Nell'anno 2010 è stato ospedalizzato una volta. In data 20/05/2011 il paziente si presentava presso l'ambulatorio di Pneumologia del Territorio poiché da qualche giorno è comparsa una dispnea ingravescente a riposo, nonostante l'utilizzo di ossigeno terapia a 1,5 L/M per 18 ore al giorno. Da circa due giorni è presente febbre 38° C trattata con la somministrazione di 1 cp da 500 mg di paracetamolo, consigliata dal medico di famiglia.

Anamnesi familiare

Padre e madre deceduti per cause non precisate, due fratelli in apparente stato di buona salute.

Anamnesi Fisiologica

Sesso maschile, nato a Naso (Messina) il 05/10/1925. Ex fumatore, pensionato, agricoltore. Dieta varia, gestione e alvo regolari.

Anamnesi patologica remota

Da circa cinque anni presenta Iperensione arteriosa, Diabete Mellito tipo II, BPCO. Da circa due anni riferisce tosse cronica e dispnea da sforzo; da un anno visto e considerato il persistere della dispnea a riposo e in concomitanza di un altro ricovero ospedaliero veniva diagnosticata I.R.C. e sottoposto a trattamento di OTLT.

Esame Obiettivo

Paziente vigile, collaborante, toni cardiaci validi e ritmici, FC 100 b/mm PA: 140/80. Emitoraci ipoespandibili, riduzione del MV, iperfonesi su tutto l'ambito polmonare con sibili diffusi.

 **Giuseppe La Fauci**
Pneumologia del Territorio
A.S. P. Messina

Figura 1. L'esame RX del torace mette in evidenza la presenza di versamento pleurico a sinistra.



Esami Ematochimici

Leucociti 17'3 migl/Nl, Neutrofilo 63%, Linfociti 23%, Monociti 23%, VES: 34 mm.

Esame EGA in aria ambiente: PaO₂: 58%; PaCO₂: 43,4%; SATO₂: 87,3 %; ph: 7,36; HCO₃: 26,3 .

RX Torace

Nonostante l'esame RX del torace nelle riacutizzazioni di BPCO non subisce sostanziali modificazioni, si è preferito eseguirlo ugualmente per valutare eventuali segni di addensamenti e/o versamento.

Esame dell'Espettorato

L'Espettorato si presentava aumentato di volume con un viraggio verso il colore verde. L'analisi dell'espettorato sottoposto ad esame chimico-fisico e batteriologico ha fornito indicazioni sulla natura dell'affezione respiratoria. Il campione di espettorato si presentava denso con materiale purulento (pus) ricco di leucociti, risultando positivo per *Haemophilus influenzae*.

Dopo una attenta valutazione delle condizioni cliniche del paziente e d'accordo con i familiari e il medico di Medicina Generale, si decide di trattare il paziente presso il proprio domicilio.

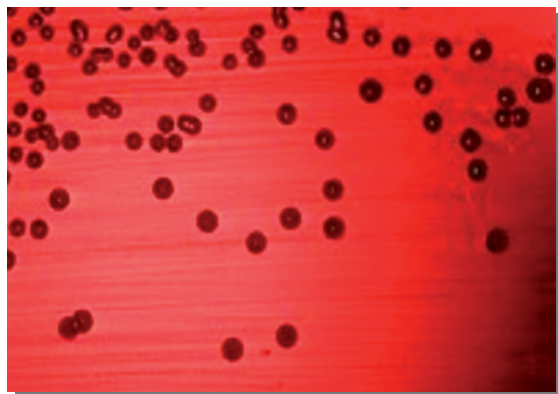
Terapia

Ceftriaxone bisodico 3,5 H₂O 1,193 g pari a ceftriaxone 1 g: una fiala I.M. ogni dodici ore per sette giorni. Dopo tale periodo veniva, somministrata Prulifloxacin 600 mg: una cps una volta al giorno per dieci giorni, Indacaterolo maleato 150 mcg breezhaler: due puff una volta al giorno, Tiotropio 2,5 mcg: due puff alle ore 13,00.

Aereosol-Terapia: Beclometasone Dipropionato un flaconcino più Tiamfenicolo glicinato acetilcisteinato (810 mg) un flaconcino (pari a Tiamfenicolo mg 500), due volte al giorno per sette giorni, controllando i valori della glicemia giornalmente.

Resveratrolo Forte XR bustine orodispersibili: una

Figura 2. *Haemophilus Influenzae* in agar.



bustina al giorno dopo colazione per 12 giorni.

OTLT: 1'5/1 m per 18 ore al giorno.

A distanza di sette giorni il paziente mostrava un sostanziale miglioramento con notevole diminuzione della dispnea, scomparsa della febbre, riduzione volumetrica dell'espettorato con viraggio del colore verso la normalità. Poiché risulta noto che il recupero del paziente nei casi di riacutizzazioni è molto lento il signor S.A. è stato altresì sottoposto ad un intervento riabilitativo motorio sin dalle prime fasi della patologia.

Discussione

In conclusione, ove esiste la possibilità di valutare le condizioni del paziente, attraverso un corretto monitoraggio clinico-strumentale che vede impegnati oltre lo specialista pneumologo anche il medico di medicina generale, il riabilitatore, i familiari del paziente, e quando la risposta al trattamento terapeutico risulta efficiente e non sono presenti nuovi segni obiettivi quali: (cianosi, edemi periferici, aritmie e disturbi del sensorio), i pazienti che presentano riacutizzazioni con sintomatologia clinica di infezione bronchiale possono trovare beneficio da una terapia mirata anche a domicilio. Se poi prendiamo in considerazione il paziente ospedalizzato sottopostosi a importanti trattamenti, ma esclusivamente di tipo farmacologico: ventilatori e/o di O₂ terapia, ci si accorge che mancano gli interventi extrafarmacologici quali ad esempio la riabilitazione motoria. Essa rappresenta una fase molto importante nel trattamento acuto e post-acuto di queste patologie; infatti mentre la sintomatologia clinica regredisce nel giro di una settimana, guarda caso la durata media di un ricovero, il recupero motorio specie in un soggetto anziano è molto più lungo. Da quanto espresso se si dovessero trovare protocolli condivisi da più figure, non solo saranno abbattuti i costi ma si ridurrebbero anche le conseguenze extrarespiratorie che si presentano nei pazienti con BPCO Riacutizzata.

Bibliografia

1. **Rodriguez-Rossin R.** Toward a consensus definition for COPD exacerbations. Chest 2000; 117:398S-401S.
2. **ATS/ERS Statement Pulmonary Rehabilitation.** Am Respir Crit Care Med 2006; 173:1399-1413.