

In questo numero ...

In this issue ...

... di *Rassegna* troviamo in apertura un **Articolo di revisione** di **Edoardo Piervincenzi e coll.** relativo al danno da ventilazione meccanica in pazienti con ARDS, patologia che, nonostante i progressi terapeutici realizzati negli ultimi anni, presenta ancora una mortalità molto elevata. Il paziente con ARDS manifesta spesso una grave insufficienza respiratoria ipossiémica non correggibile con alti flussi di O₂; l'elevato tasso di mortalità è legato in genere alla diffusione extra-polmonare del danno d'organo, spesso a causa di modelli ventilatori che amplificano il danno polmonare (VILI) condizionando negativamente l'*outcome*. Gli Autori descrivono le diverse strategie di trattamento, ventilatorie e non, che vengono applicate al fine di ridurre al minimo il danno.

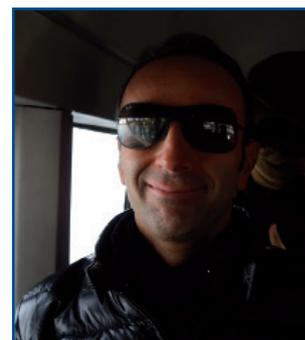
Segue un **Articolo originale** di **Antonio Corrado e coll.**, i quali hanno valutato gli effetti cardiopolmonari della ventilazione a pressione negativa e positiva (NPV e PPV). Il presupposto dello studio è che l'inspirazione spontanea e la NPV inducono un aumento della pressione pleurica negativa, e quindi una riduzione della pressione intratoracica che viene trasmessa all'atrio di destra, mentre la PPV intermittente genera un aumento della pressione intratoracica e quindi della pressione atriale destra. L'ipotesi è che l'applicazione di una pressione negativa, tramite polmone d'acciaio in soggetti adulti, possa determinare vantaggi emodinamici rispetto alla pressione positiva. Gli effetti emodinamici sono stati studiati in 10 soggetti sani sottoposti a NPV e PPV; i risultati ottenuti dimostrano che la respirazione spontanea e la NPV generano analoghi effetti sul ritorno venoso in soggetti sani.

Per la **Serie Malattie respiratorie occupazionali** troviamo la prima parte del contributo di **Elisabetta Cocconcetti** e **Paolo Spagnolo** che descrivono le pneumopatie infiltrative diffuse di origine profes-

sionale. Gli Autori analizzano in particolare la polmonite da ipersensibilità, sindrome complessa che insorge con un meccanismo immuno-mediato, e ne riportano i dati epidemiologici, le manifestazioni cliniche variabili in base al tipo di agente causale, alla durata di esposizione e alla suscettibilità individuale, i criteri diagnostici delle diverse forme e le strategie terapeutiche.

Nella **Serie Ipertensione polmonare** troviamo un contributo di **Carlo Albera e coll.** che discutono dell'associazione tra l'ipertensione arteriosa polmonare (*Pulmonary Arterial Hypertension*, PAH) e la sclerosi sistemica, elemento prognostico fortemente sfavorevole sia in termini di qualità di vita sia di sopravvivenza. I pazienti sono quasi sempre asintomatici all'esordio della malattia o con sintomi aspecifici difficili da inquadrare; pertanto sono stati ideati algoritmi diagnostici con l'obiettivo di favorire un riconoscimento precoce e una migliore gestione dei pazienti con sclerosi sistemica ed elevato rischio di sviluppare PAH. Gli Autori infatti sottolineano che il trattamento precoce permette di migliorare i parametri emodinamici, la capacità di esercizio fisico e la sopravvivenza, anche se in minor misura rispetto ad altre forme di PAH. Inoltre, i nuovi farmaci disponibili e le nuove strategie terapeutiche potrebbero ottimizzare la risposta clinica dei pazienti.

Segue un lavoro di **Paola Martucci e Antonella Serafini** per la **Serie Cure palliative precoci non oncologiche** in cui viene evidenziata la forte necessità di cure palliative precoci nel campo delle patologie polmonari e in particolare con pazienti affetti da BPCO, malattie interstiziali e tubercolosi multiresistente, a fronte di una bassa offerta di cure palliative di qualità rispetto ai pazienti oncologici. Molti medici per inadeguata conoscenza identificano le cure palliative solo come cure terminali e terapia del dolore; a tale proposito le Autrici affermano che è importante chiarire che l'obiettivo



Rocco Trisolini

*Direttore Esecutivo
Rassegna di Patologia
dell'Apparato Respiratorio*

delle cure palliative è quello di dare sollievo dalla sofferenza durante tutti gli stadi della malattia, integrando la terapia tradizionale, controllare precocemente i sintomi, mantenere una QoL elevata e un certo stato di indipendenza per quanto possibile e fornire supporto psicocosciale, spirituale e pratico a pazienti e familiari.

Per la sezione **Casi clinici Carmine Guarino e coll.** descrivono due casi di lipoma endobronchiale, un tumore benigno molto raro che colpisce l'albero tracheo-bronchiale e che origina dal tessuto adiposo della sottomucosa. La rarità del tumore e la variabilità della sua presentazione rendono difficile individuare una strategia di trattamento. Nei casi descritti è stato possibile attuare un trattamento endoscopico tramite broncoscopia flessibile con ansa diatermica ed escissione totale della formazione e della sua base di impianto; gli Autori sostengono che tale approccio terapeutico rappresenti un metodo semplice e sicuro con bassi rischi intraoperatori e che la terapia chirurgica dovrebbe essere riservata a tutti i casi non suscettibili di trattamento endoscopico.

Sempre per la sezione **Casi clinici Mara Maria Zapparoli e coll.** riportano il caso di un paziente di 65 anni, ex fumatore ed ex operaio saldatore in osservazione in seguito ad un evento flogistico acuto bronchiale. La TAC del torace evidenziava una pneumopatia interstiziale associata ad adenopatia mediastinica e l'esame istologico mostrava diffusi fenomeni di antracosi con focale deposizione di emosiderina. Un'attenta anamnesi rivelava l'esposizione durante tutto l'arco della vita lavorativa del paziente ad ossidi di ferro, silicati di alluminio e nichel e i dati dell'*imaging* e funzionali correlavano con la diagnosi di siderofibrosi. Il caso riportato conferma l'importanza di una attenta anamnesi ogni volta che ci si trova di fronte ad una pneumopatia interstiziale diffusa. Gli Autori infatti ricordano che un'esposizione professionale può determinare circa il 15% dei casi di ILD e qualora l'anamnesi lavorativa risulti

difficoltosa andrebbe coinvolto più spesso e anche precocemente il medico del lavoro.

Nella Sezione **Immagini in Pneumologia Interventistica Maria Majori e coll.** descrivono il caso di un paziente di 26 anni non fumatore che si presentava con tosse secca associata a lieve iperpiressia e dispnea. La TAC evidenziava una formazione solida ovalare in sede ilare destra, a struttura ipodensa e multipli linfonodi ingranditi a livello del mediastino anteriore. La broncoscopia mostrava una stenosi subtotale del bronco principale destro da neoformazione polilobata il cui campionamento biotico indicava una flogosi ulcerativa bronchiale ad impronta eosinofila con vasculite. La negatività delle indagini microbiologiche e sierologiche portava ad effettuare una biopsia osteomidollare che dimostrava una infiltrazione midollare di linfoma di Hodgkin, evento estremamente raro.

Per la rubrica **Medical Humanities e Pneumologia Federico E. Perozziello** presenta la terza parte di un articolo (vedi fascicolo 6/2016, pag. 346 e 2/2017, pag. 132) sull'opera del filosofo Michel Foucault dedicata al costituirsi della malattia come oggetto di indagine, di repressione e di controllo sul corpo. L'Autore descrive il percorso di mutazione comportamentale nei confronti del tema della povertà e della diversità al termine del quale si costituiscono le case di internamento, come conseguenza della laicizzazione della carità.

Per la rubrica **Radiology: Tips & Tricks Giorgia Dalpiaz** descrive il caso di un uomo di 60 anni presentato con lieve dispnea ingravescente e "velcro sound" alle basi. All'RX veniva segnalata una interstiziopatia prevalente alle basi e sporadiche minute iperdensità nodulari visibili in sede basale periferica e solo nelle aree di fibrosi. La presenza di multiple minute iperdensità nelle sole aree fibrotiche è fortemente sospetta per ossificazione polmonare diffusa la cui presenza rinforza la diagnosi di UIP rispetto a quella di altre malattie fibrosanti.