

Coinvolgimento di uno studente di medicina nella valutazione dei sintomi respiratori per migliorare la diagnosi precoce di malattia polmonare nel paziente HIV positivo.

Neri S.

Introduzione

Le linee guida GOLD definiscono la Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) come una condizione di malattia prevenibile e trattabile caratterizzata da permanente e irreversibile limitazione del flusso delle vie aeree.

La sua diagnosi richiede l'esame spirometrico: un rapporto tra Velocità di Espirazione Massimale (VEMS)/ Capacità Vitale Forzata (CVF) inferiore a 0,7 dopo somministrazione di broncodilatatore conferma la presenza di limitazione del flusso d'aria nelle vie aeree.

La diagnosi di BPCO dovrebbe essere considerata in tutti i pazienti che presentino i sintomi di tosse, espettorazione, dispnea, e una storia di esposizione ai fattori di rischio.

Precedenti analisi epidemiologiche hanno dimostrato un aumento di rischio di malattia polmonare cronica ostruttiva, unitamente ad un aumentato carico di sintomi respiratori nei pazienti infetti da HIV.

Obiettivo

L'obiettivo di questo studio era di identificare fattori di rischio clinici, respiratori e laboratoristici predittivi di un cattivo stato di salute respiratoria.

Metodi

Abbiamo somministrato il St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) ad un gruppo di pazienti HIV-positivi e determinato i fattori predominanti contribuenti ad un cattivo stato di salute respiratoria.

Il SGRQ è uno strumento di indagine specificamente orientato alla malattia respiratoria, designato per misurare l'impatto sulla salute globale, la vita quotidiana e lo stato di benessere percepito dal paziente con malattia cronica respiratoria.

I punteggi venivano calcolati nei 3 domini del SGRQ (Sintomi, Attività, Impatto), da cui è stato calcolato un punteggio globale (SGRQ-T) compreso tra 0 e 100, con punteggio più alti implicanti un peggior stato di salute respiratoria.

Dato che solo il SGRQ-T era designato alla valutazione del globale stato di salute respiratoria, è stato usato come variabile di outcome nelle analisi. Per confrontare la relazione tra il SGRQ-T e i parametri clinici, respiratori e laboratoristici in esame, abbiamo diviso la nostra coorte in quartili di SGRQ-T.

I criteri di inclusione nello studio erano: età superiore a 18 anni, documentata infezione da HIV e stabile terapia antiretrovirale da almeno 6 mesi.

L'esame spirometrico e la valutazione dello score di enfisema in TAC torace facevano parte della normale valutazione medica.

Risultati

150 pazienti (88% maschi) sono stati arruolati nella clinica metabolica di Modena. Il SGRQ veniva somministrato tramite I-Pad ai pazienti in attesa del prelievo ematico al mattino.

Il questionario era auto-somministrato, ma il mio ruolo era di aiutare il paziente a familiarizzare col dispositivo elettronico. I dati demografici, infettivologici e clinici venivano normalmente raccolti nella cartella elettronica del paziente.

L'età media della coorte era 52 anni (SD \pm 6,53), la durata media di infezione da HIV era 19 anni. La conta corrente dei CD4+ era in media 724 cell/mL.

La prevalenza di enfisema, misurata con TAC torace (enfisema score > 4) era del 19% (29 pz).

La prevalenza di BPCO, misurata con spirometrica (VEMS/CVF < 0,7) era del 9,8% (15 pz).

La prevalenza di sintomi respiratori misurata con SGRQ era (SGRQ>10 punti) 66% (100 pz).

I punteggi del SGRQ non erano associati con diagnosi di BPCO (p=0,248)

In analisi logistica univariata, peggiori punteggi SGRQ venivano associati a variabili di tipo respiratorio, come una storia di abitudine tabagica, misurata in pack-year (p=0,008) e minor rapporto VEMS/CVF (p=0,01).

Inoltre, anche variabili legate all'infezione da HIV erano correlate, come una storia di AIDS espressa dalla classe di diagnosi CDC-C (p=0,007) e durata di infezione da HIV (p=0,002).

È interessante notare come l'età non fosse correlata a un peggior SGRQ-T (p=0,94).

In modelli di regressione multipla, solo la durata dell'infezione da HIV (p=0,03) rimaneva un contributore significativo a un peggior stato di salute respiratoria.

Discussione

Abbiamo riscontrato significative limitazioni respiratorie nel paziente infetto da HIV nonostante un sostanziale risparmio del flusso d'aria respiratorio, misurato dalla spirometria.

Questo dato sottende che la raccolta dei sintomi fornisce utili dati clinici altrimenti non catturati da test radiologici e funzionali.

La spopolata prevalenza di alti punteggi SGRQ-T rispetto alle misurazioni spirometriche solleva la possibilità che lo stato di salute respiratoria nella popolazione infetta da HIV non sia semplicemente determinato dall'ostruzione delle vie aeree ma da fattori di rischio specifici legati ad HIV, come una pregressa AIDS, una PCP o anche polmoniti comunitarie ricorrenti, che influenzano la limitazione respiratoria percepita nonostante l'avvenuta ricostituzione immunitaria.

L'età non era associata con sintomi respiratori, mentre lo era la misura dei pack-year. Entrambe questi parametri sono tempo-dipendenti, ma la durata e l'intensità dell'abitudine tabagica sembrano oscurare l'effetto del fisiologico invecchiamento.

Data la relativa mancanza di sensibilità della comune spirometria nel rilevare un significativo carico di sintomi respiratori, la raccolta di sintomi respiratori da parte di uno studente di medicina può aumentare la consapevolezza di malattia respiratoria da parte del medico curante.

Questo enfatizza il ruolo del medico che tratta i pazienti infetti da HIV nell'indirizzare i propri sforzi alla riduzione degli altri fattori di rischio correlati alla malattia polmonare, come il fumo di sigaretta.