

## Abordarea de tip „puzzle” pentru construirea, în timp, a diagnosticului de astm, în asistența medicală primară

**Nu există un test diagnostic obiectiv unic, pentru astm. În schimb, propunem o abordare bazată pe colectarea și asamblarea diferitelor informații clinice, ca și cum am face un puzzle, pentru a întregi o imagine clară a diagnosticului de astm. Pentru a susține un diagnostic clinic, aceste piese de puzzle ar trebui să includă demonstrarea variabilității în timp a simptomelor și a căilor respiratorii și/sau a răspunsului la bronhodilatatoare. Experiența face ca acest proces să devină mai ușor, pe măsură ce tiparele devin mai lesne de recunoscut. Pentru clinicienii mai puțin siguri în diagnosticarea astmului, acest instrument demonstrează cum se poate construi treptat tabloul clinic împreună cu pacientul, ideal pe parcursul mai multor consultații programate.**

### INTRODUCERE

Astmul este un sindrom clinic ce constă în simptome de wheezing/respirație suierătoare, senzație de presiune toracică și lipsă de aer, uneori cu tuse, care variază în intensitate și în timp (figura 1).<sup>1</sup> Astmul este una dintre cele mai frecvente boli cronice întâlnite în asistența medicală primară și cea mai frecventă boală cronică la copii. Prevalența raportată a astmului variază de la o țară la alta, de la 1% până la 18% din populație.<sup>2</sup> Stabilirea diagnosticului corect este esențială pentru a asigura pacienților îngrijirea adecvată, implicând tratamentul farmacologic cu medicamente inhalatorii și intervenții nefarmacologice [Asthma Right Care]. Combinația dintre lipsa unui test diagnostic unic și natura heterogenă și variabilă a simptomelor în timp constituie o dificultate pentru diagnostic. O provocare deosebită o reprezintă faptul că testele funcționale pulmonare, cum ar fi debitul expirator de vârf (VEMS) sau VEMS/CVF și răspunsul la administrarea de bronhodilatator (testele de reversibilitate), sunt frecvent normale atunci când un pacient este asimptomatic și, prin urmare, cel mai bine este ca ele să fie efectuate atunci când pacientul este simptomatic. O dificultate suplimentară constă în faptul că unele dintre semnele și simptomele clinice pe care le prezintă persoanele investigate pentru un posibil diagnostic de astm pot aparține și altor boli sau tulburări respiratorii sau pot să nu se încadreze în diagnosticul de astm (figura 2). Totuși, spre deosebire de acestea, simptomele de astm variază în timp, adesea zilnic sau în funcție de loc. Din aceste motive, „asamblarea” diagnosticului de astm necesită construirea în timp, a unei imagini, prin colacionarea dovezilor justificative, ca într-un puzzle. Piesele de asamblat sunt reprezentate de simptome, istoricul bolii, examenul clinic și investigații, piesele-cheie fiind testele care identifică variabilitatea căilor respiratorii și răspunsul la bronhodilatator în cazul limitării fluxului expirator (disfuncția căilor respiratorii). (figura 3).<sup>1,2,4,5</sup> În situația în care piesa sau

piesele-cheie nu se potrivesc, ar trebui luate în considerare diagnostice alternative. Diagnosticul de astm necesită înțelegerea (1) prezentării, inclusiv a motivului (motivelor) pacientului pentru o vizită la medicul de familie; (2) simptomelor, inclusiv evaluarea istoricului simptomelor respiratorii, factorilor declanșatori identificați și a altor factori de risc tratabili, precum și a rezultatelor examenului clinic, incluzând cel puțin nasul, gâtul, pielea, plămânilor, inima, frecvența respiratorie, frecvența și ritmul cardiac și (dacă este disponibilă) pulsoximetria; (3) anamnezei, inclusiv istoricul personal, profesional și familial și (4) rezultatelor testelor obiective. Abordarea de tip „puzzle” combină aceste elemente în timp, acordă prioritate acelor dintre ele care susțin diagnosticul de astm și identifică piesele care nu se potrivesc, necesitând reevaluarea de către medic.

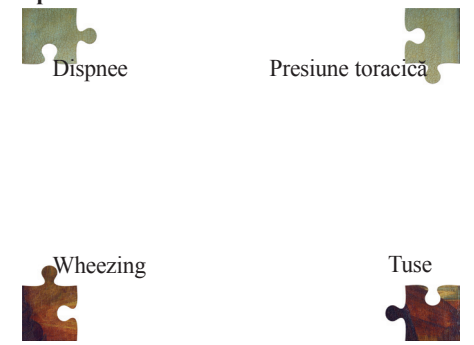
Niciun puzzle nu va fi complet în proporție de 100%, dar imaginea ar trebui să fie suficient de clară pentru a permite stabilirea unui diagnostic (figura 4).

### CONSTRUIREA UNEI IMAGINI ÎN TIMP PENTRU A OBTINE DIAGNOSTICUL UNEI BOLI CARACTERIZATE PRIN VARIABILITATE

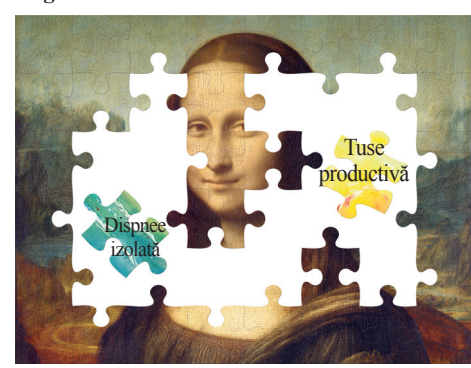
#### De făcut

Construiți o imagine de ansamblu, întrebând pacientul motivul (motivele) pentru care a venit acum la medic și evaluați istoricul și simptomele respiratorii actuale. Dacă pacientul nu este simptomatic, luați în considerare monitorizarea

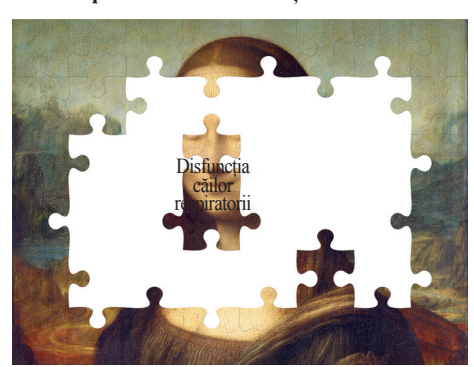
**Figura 1: Simptomele cardinale ale astmului - wheezing, tuse, senzație de presiune toracică, dispnee**



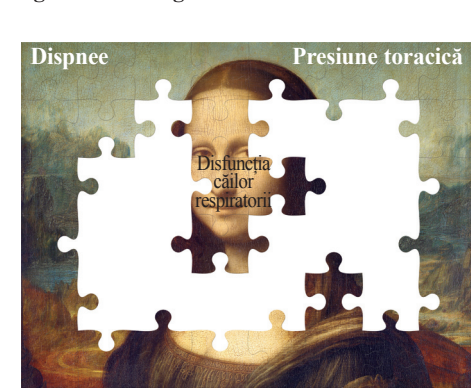
**Figura 2: Piese care nu corespund diagnosticului de astm**



**Figura 3: Testele disponibile privind disfuncția căilor respiratorii confirmă raționamentul nostru**



**Figura 4: O imagine clară**



**Tabel: Construirea “imaginii” de astm: prezentare, simptome, istoric și teste obiective care susțin sau infirmă diagnosticul de astm**

<p><b>Prezentare (fig. 1)</b></p>	<p><b>Identificați motivul sau motivele pentru care persoana a venit la consultație.</b> <i>Ce pot face pentru dumneavoastră astăzi?</i></p> <p><b>Indicii suplimentare:</b> Aveți aceste simptome în fiecare zi? Sunt mai grave noaptea? La efort? Vă amintiți când ați simțit prima dată [senzația de lipsă de aer]? Simptomele dumneavoastră dispar pentru anumite perioade de timp?</p>
<p><b>Simptome și examen clinic</b></p>	<p><b>Întrebați, mai pe larg, despre întreaga gamă de simptome respiratorii cu care persoana se confruntă, în special despre cele tipice pentru astm, pe care aceasta este posibil să nu le fi menționat, cum ar fi dispnee, senzație de presiune toracică, wheezing/respirație șuierătoare, tuse, simptome nazale.</b> <i>Aveți și alte simptome? Tușiți chiar și atunci când vă simțiți bine? Aveți simptome noaptea? Există momente în care nu aveți simptome?</i></p> <p><b>Indicii suplimentare:</b> Ați observat ceva care vă declanșează simptomele sau le agravează (exemplele ar putea include: infecții virale, efortul fizic, expunerea la alergeni, schimbări de vreme/anotimp, răsul, iritanți, mirosuri puternice)? Simptomele dumneavoastră sunt mai severe sau mai puțin severe în zilele în care sunteți la serviciu sau faceți anumite activități? Sunteți expus la fum (de tutun)? Ați fost vreodată tratat în spital sau în alt serviciu medical pentru dificultăți respiratorii acute severe? Vi s-a administrat vreodată un medicament inhalator pentru dificultăți de respirație?</p> <p><b>Efectuați un examen clinic</b> care include cel puțin nasul, gâtul, pielea, plămâni, inima, IMC, frecvența respiratorie, frecvența și ritmul cardiac, precum și pulsoximetria, dacă este disponibilă.</p>
<p><b>Piese care nu se potrivesc (fig. 2)</b></p>	<p><b>Simptomele care sugerează un diagnostic alternativ pot include:</b> tuse izolată, în special în asocieri cu hemoptizie, producție cronică de spută, durere toracică, dificultate respiratorie asociată cu amețea, senzație de plutire sau fumețături periferice, febră, anorexie, scădere în greutate. Aceste simptome sugerează luarea în considerare a diagnosticilor alternative. Luați în considerare: tuberculoza, cancerul pulmonar, respirația disfuncțională (cu funcție normală a căilor respiratorii), bronșiectazia, boala de reflux gastroesofagian (BRGE) etc.</p>
<p><b>Istoricul clinic</b></p>	<p><b>Întrebați despre istoricul personal și condițiile de viață.</b> <i>Cât de des ați mai avut această problemă înainte? Simptomele dvs. sunt mai grave în anumite perioade ale anului? Aveți rinită alergică? Aveți eczemă acum sau ați avut în copilărie? Cu ce vă ocupați? Care sunt hobby-urile dvs.? Strănuțați și vă curge nasul atunci când sunteți expus la praf, fum, aer rece sau poluare? Ați avut infecții respiratorii repetate (răceli sau infecții toracice) când erați mai tânăr? Dvs. sau altcineva din casă sau de la locul de muncă fumează? Acasă utilizați un foc deschis pentru gătit sau pentru încălzire? Există mușcați în casa dvs.?</i></p> <p><b>Indicii suplimentare:</b> Mai are cineva din familia dvs. probleme similare? Îmi puteți spune despre locurile dvs. de muncă actuale și din trecut? Există vreo instalație industrială poluantă în apropierea locuinței dvs.? Cu ce vă ocupați atunci când nu sunteți la locul de muncă?</p> <p><b>Antecedentele care sugerează un diagnostic alternativ pot include istoric familial sau personal de alte afecțiuni respiratorii cronice, cum ar fi fibroza chistică, TBC, fibroza pulmonară, insuficiența cardiacă.</b></p>
<p><b>Teste obiective (fig. 3)</b></p>	<p><b>Teste obiective care susțin diagnosticul.</b></p> <p>Teste de răspuns ale căilor respiratorii la bronhodilatator:<sup>2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efectuați o peakflow-metrie (PEF), administrați 200-400 mcg de salbutamol inhalator sau o combinație CSI/formoterol (cu cel puțin 4,5mcg de formoterol); repetați PEF după 10-15 minute (interval în care puteți vedea un alt pacient). Creșterea PEF de <math>\geq 20\%</math> este compatibilă cu diagnosticul de astm.<sup>2,3</sup></li> <li>Măsurări PEF înainte, în timpul și după 2-4 săptămâni de tratament antiinflamator (fie cu CSI, fie cu un inhalator CSI/formoterol); dacă există un răspuns pozitiv, dar PEF nu a fost monitorizat, luați în considerare oprirea tratamentului antiinflamator (dacă nu există recidivă, astmul este puțin probabil, dacă există recidivă, reluați tratamentul)</li> </ul> <p>Teste pentru depistarea sindromului obstructiv expirator variabil:<sup>2,6</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizarea PEF timp de 2-4 săptămâni, de două ori pe zi, inclusiv în weekenduri și sărbători (dacă este posibil), în special dacă sunt suspectați factori de risc ocupaționali<sup>a</sup></li> <li>Microspirometrie</li> <li>Spirometrie cu test bronhodilatator<sup>b</sup> (standardul de aur; poate necesita trimiterea la un medic specialist pneumolog (din spital sau la un serviciu de diagnostic)</li> </ul> <p>Alte teste care pot contribui la diagnostic:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Teste de sensibilizare alergică (testare cutanată skin prick test și/sau IgE specifice). Determinarea IgE totale nu are niciun rol.</li> <li>Teste pentru biomarkerii inflamației subiacente:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Eozinofilele din sânge</li> <li>Oxidul nitric fracționat în aerul expirat (FeNO) poate fi util pentru confirmarea astmului, monitorizarea inflamației căilor respiratorii și sprijin pentru deciziile terapeutice</li> </ul> </li> <li>Teste de provocare cu manitol, metacolină, histamină, la efort și la frig (pot fi efectuate în asistența medicală secundară)</li> </ul> <p><b>Testele obiective care sugerează un diagnostic alternativ includ: absența răspunsului la administrarea de bronhodilatator sau a sindromului obstructiv expirator variabil la testele obiective.</b></p>

<sup>a</sup>Dovezi clare și repetate ale variabilității de 20% a PEF, colectate utilizând un jurnal PEF; <sup>b</sup>Criterii pentru reversibilitate: îmbunătățirea VEMS sau CVF post-bronhodilatație de 10%

repetată a debitului expirator de vârf (PEF), în timp (de exemplu, 2 săptămâni). În cazul în care pacientul are simptome, administrarea a 2-4 pufuri de BADSA (de preferință prin intermediul unui spacer), precedată (și urmată) de citirea PEF (dacă este posibil), ar trebui să inducă atât o ameliorare rapidă a simptomelor, cât și a PEF înregistrat.

Demonstrarea obiectivă, prin spirometrie, a răspunsului la bronhodilatator, în cazul obstrucției căilor respiratorii, reprezintă standardul de aur pentru diagnosticul de astm, dar limitările practice țin de faptul că pacientul ar trebui să fie instabil sau simptomatic în

momentul efectuării spirometriei, cât și de disponibilitatea testării. De aceea, în anumite locații s-ar putea utiliza, de asemenea și alte dispozitive de testare de proximitate, cum ar fi un microspirometru electronic.

### Etapele următoare (figura 4)

Dacă “imaginea” este clară, înregistrați în fișa medicală criteriile de stabilire a diagnosticului și data, apoi inițiați tratamentul recomandat de ghiduri, inclusiv un antiinflamator inhalator.<sup>2</sup> În cazul în care persoana continuă să aibă simptome sau starea sa nu se ameliorează, efectuați o reevaluare structurată (a se vedea

DTH2) pentru a-i permite să (re)dobândească și să mențină controlul simptomelor. În acest caz ar putea fi necesară revizuirea diagnosticului.

#### Referințe bibliografice

- Porsbjerg C, et al. Lancet 2023; doi: 10.1016/S0140-6736(22)02125-0.
- GINA. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2023. Available at: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/05/GINA-2023-Full-Report-2023-WMS.pdf> Accessed June 2023.
- <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02770903.2023.2209172?src=&journalCode=ijas20>.
- Louis R, et al. ERJ 2022;2101585.
- Ryan D, et al. Allergy 2022;77:2618-33.
- Stanojevic S, et al. Eur Respir J 2022;60:2101499.



Autori: Dermot Ryan, Janwillem Kocks, Jaime Correia de Sousa și Siân Williams din partea grupului de experți (see [www.ipcr.org/dth15](http://www.ipcr.org/dth15))  
 Recenzori: Monica Barne, Izolde Bouloukaki, Antonio G. Caviglia, Luke Daines, Erol Gaillard, Cristina Isar, Vince Mak, Anders Østrem, Kirsten Romberg, Amanda Barnard  
 Editor: Tracey Lonergan

**Declarație privind finanțarea:** Proiectul Asthma Jigsaw a fost finanțat în comun de IPCRG, GlaxoSmithKline, AstraZeneca și Vitalograph. Sponsorii din industrie nu au luat parte la redactarea Desktop Helper sau a materialelor didactice.

Acest desktop helper este consultativ; este destinat utilizării generale și nu trebuie considerat ca fiind aplicabil unui caz specific. Mai multe informații: [www.ipcr.org/dth15](http://www.ipcr.org/dth15)

Licență Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike

IPCRG este o organizație caritabilă înregistrată [SC nr. 035056] și o societate cu răspundere limitată prin garanție (Company No 256268). Adresa de corespondență: 19 Armour Mews, Larbert, FK5 4FF, Scoția, Regatul Unit