

L'ERGOMETRIA CARDIORESPIRATORIA NELLA VALUTAZIONE DELLA DISPNEA DA SFORZO

Qualche domanda a: *Piergiuseppe Agostoni, Vito Brusasco, Alfredo Chetta, Alberto Durigato, Marco Guazzi, Giancarlo Pomari, Livio Simioni. Modera: Andrea Rossi*

La prima edizione de "Principles of exercise testing and interpretation", testo ormai classico di Karlman Wasserman, risale al 1987.

Da allora l'ergometria cardiorespiratoria di strada ne ha fatta parecchia, ed oggi non c'è laboratorio di fisiopatologia respiratoria che ne possa fare a meno.

Una classica indicazione al test da sforzo è la valutazione della dispnea da sforzo, quando non risulti chiara in entità e origine dopo gli esami di primo livello.

A livello teorico molti concetti appaiono chiari e distinti. Nella pratica clinica però i problemi interpretativi non mancano per molteplici ragioni: la coesistenza di più patologie, la scarsa integrazione tra conoscenze pneumologiche e cardiologiche, la tendenza della ricerca a privilegiare solo l'analisi degli aspetti con potenziali ricadute farmacologiche.

La conseguenza di tutto questo è che molte volte la mera applicazione dei consueti algoritmi diagnostici non porta alla soluzione dei problemi. Per questi motivi abbiamo ritenuto di destinare una intera giornata alla diagnosi differenziale della dispnea da sforzo e alle modalità interpretative delle prove funzionali.

La mattinata sarà dedicata alla parte teorica ed il relativo programma lo abbiamo esplicitato in dettaglio mettendo "in chiaro" le domande che abbiamo posto via mail ai Relatori.

Nel pomeriggio, con una metodica che auspichiamo sia originale e "accattivante", verranno presentati alcuni casi clinici valutati mediante prospettive semeiologiche nuove, allo scopo di verificare se strumenti logici diversi e talvolta alternativi ai classici diagrammi di flusso possano portare a qualche utile conclusione diagnostica.

Di certo non mancheranno né la discussione né il confronto.

RELATORI

Prof. Pier Giuseppe Agostoni
Cardiologo, Centro Cardiologico Monzino, Università di Milano

Prof. Vito Brusasco
Pneumologo, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Genova

Prof. Alfredo Chetta
Pneumologo, Università di Parma

Dott. Riccardo Drigo
Pneumologo, Ospedale S. Maria del Prato, Feltre

Dott. Alberto Durigato
Pneumologo, Ospedale Cà Foncello, Treviso

Dott. Marco Guazzi
Cardiologo, Ospedale S. Paolo, Università di Milano

Dott. Carlo Pomari
Pneumologo, Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria, Negrar

Dott. Andrea Rossi
Pneumologo, Ospedale di Borgo Trento, Verona

Dott. Livio Simioni
Internista, Ospedale S. Maria del Prato, Feltre

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Riccardo Drigo, U.O.C. Pneumologia, ULSS2

Francesca De Cian, U.O. Cardiologia, ULSS2

Guido Ciccarone, Servizio di Medicina dello Sport, ULSS2

COORDINAMENTO ORGANIZZATIVO

Saveria De Bacco

Pellin Antonella

Segreteria U.O. Pneumologia, ULSS2

tel. 0439 883381

pneumologia@ulssfeltre.veneto.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

De Prato Congressi

Corso del Popolo 86/D

30172 Venezia

tel + fax 041 0993580

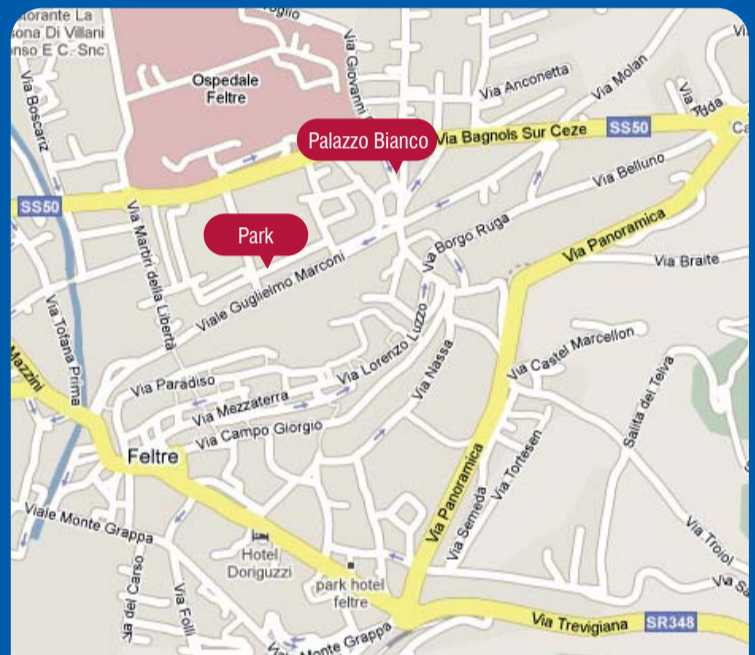
info@silviadeprato.it

www.silviadeprato.it

ECM

È stato richiesto accreditamento ECM Regionale per *medici di Cardiologia, Medicina dello Sport, Pneumologia e Infermieri*

N. chiuso di 70 partecipanti



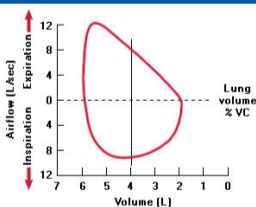
SEDE DEL CONGRESSO

Rustici Palazzo Bianco

Via Ligont, 4 - 32032 Feltre

Si ringrazia:

ABBOTT, ACTELION, ASTRAZENACA, BOEHRINGER INGELHEIM, CAREFUSION, CHIESI FARMACEUTICI, GLAXO SMITHKLINE, MENARINI, MERCK SHARP & DOHME, NOVARTIS, NYCOMED, PFIZER



"Il laboratorio aperto":

corsi di Fisiopatologia Respiratoria e di Medicina Respiratoria del Sonno organizzati dalla U.O.C. di Pneumologia, Ospedale "S. Maria del Prato", Feltre
Direttore *Franco Maria Zambotto*



L'ERGOMETRIA CARDIORESPIRATORIA NELLA VALUTAZIONE DELLA DISPNEA DA SFORZO

Qualche domanda a:

Piergiuseppe Agostoni, Vito Brusasco, Alfredo Chetta, Alberto Durigato, Marco Guazzi, Giancarlo Pomari, Livio Simioni

Modera:

Andrea Rossi

PALAZZO BIANCO - FELTRE (BL)

1 ottobre 2010

L'ERGOMETRIA CARDIORESPIRATORIA NELLA VALUTAZIONE DELLA DISPNEA DA SFORZO

Qualche domanda a: Piergiuseppe Agostoni, Vito Brusasco, Alfredo Chetta, Alberto Durigato, Marco Guazzi, Giancarlo Pomari, Livio Simioni. Modera: Andrea Rossi

PROGRAMMA

8.30 Presentazione del corso "Perché lo abbiamo fatto e perché lo abbiamo fatto così. Istruzioni per l'uso"

Modera: **Andrea Rossi**

"Caro Andrea,

moderatore non mi sembra il lemma più adatto. Tu dovresti tenere il filo di Arianna di tutto il discorso.

Da questo incontro non mi aspetto certezze in un'area dove certezze non ci sono.

Se non altro si potrà parlare, al di fuori degli schemi argomentativi convenzionali, su temi di cui poco sappiamo senza passare per colpevoli ignoranti: condividere i dubbi e le incertezze può essere più fruttuoso che non condividere false certezze o pregiudizi.

Così facendo però si corre il rischio di perdersi per strada, e per evitarlo serve il tuo aiuto."

I SESSIONE Qualche domanda a:

9.00 **Alberto Durigato**

"Caro Alberto,

hai venti minuti per dirci qual è il modo migliore per raccogliere l'anamnesi quando la dispnea da sforzo è di origine poco chiara.

Quale definizione impiegare? Come quantificarla? Quali "trucchi" o scorciatoie euristiche possiamo impiegare per giungere ad una diagnosi corretta? Mettici poche teorie di percezione neurosensoriale e molta della tua pratica clinica."

9.30 **Piergiuseppe Agostoni**

"Caro Piergiuseppe,

nel valutare il come e il quanto circa la questione "dispnea da sforzo" ci sono cose alle quali si fatica nel dare il giusto peso, perché in un certo senso sono "parafisiologiche". Devi affrontare tre problemi.

Primo problema: qual è il giusto peso del peso? Come faccio a dire nell'obeso/sovrappeso se la dispnea è dovuta solo ai chilogrammi di troppo o se c'è dell'altro? Secondo problema: come faccio a quantificare in maniera semplice l'influenza di alcuni grammi in meno di emoglobina (o della carbossiemoglobina che volenti o nolenti spesso respiriamo?). Terzo problema: come faccio a capire quando una dispnea è dovuta a decondizionamento fisico o a malattia?

Anche per te una raccomandazione: so che alcune soluzioni ti vengono "facili" perché misuri la portata cardiaca. Sarebbe troppo bello, di solito i comuni mortali non lo possono fare. Dacci suggerimenti che siano alla "portata"... di tutti."

10.15 **Alfredo Chetta**

"Caro Alfredo,

plottare la curva flusso/volume del volume corrente durante esercizio dentro la curva flusso/volume massimale forzata è divenuta pratica corrente. I problemi interpretativi non mancano.

In primo luogo quelli metodologici. Misurare da questi grafici l'iperdistensione dinamica durante un test incrementale può non essere facile. Drift del segnale, inspirazione a CPT non completa e via dicendo. Come facciamo a capire e a ottenere una misura corretta e attendibile? Quali errori dobbiamo evitare nell'esecuzione della misura? In secondo luogo, quale è la normalità e quali pattern patologici possono esserci di aiuto nell'interpretare la dispnea da sforzo?

Qualche raccomandazione anche a te. Innanzitutto fatti fare un po' di ripasso sul comportamento delle curve nel normale, nell'atleta e nell'anziano. Il grave ostruito che respira quasi a CPT si capisce abbastanza bene perché faccia fatica a respirare, ne son piene le diapositive d'ogni congresso. Ma quale significato dare ai pattern "anomali" che si repertano nel cardiopatico e nell'obeso? Quali sono i rapporti con la dispnea e la flow-limitation? Ci sono pattern patognomici, per esempio, sulla base dei quali si possa diagnosticare una dispnea su base "non organica", ansiosa, emotiva? Dobbiamo prestare attenzione al comportamento delle corde vocali, e se sì, come? (ammesso che il problema abbia una dignità che vada oltre il "case report").

In altre parole, al di là delle ovvietà, quali sono i vantaggi e i limiti interpretativi dell'approccio grafico?"

11.00 pausa caffè

11.30 **Vito Brusasco**

"Caro Vito,

una delle cose che meno si riesce a capire è la dispnea dello sportivo agonista che pratica intensa attività aerobica. Tolti i casi banali di asma da sforzo, restano una serie di situazioni di interpretazione poco chiara: test da sforzo positivi per broncospasmo in assenza di iperreattività alla metacolina, di storia di asma o atopia; sintomi di dispnea o in generale tosse e "difficoltà respiratoria" in assenza di alterazioni oggettivabili della funzionalità; e così via dicendo.

Questi casi pongono diverse problematiche: quali test diagnostici conviene impiegare? Esiste una malattia bronchiale che non si può chiamare asma ma che deriva dall'intenso stress ventilatorio che lo sport aerobico impone? Come si diagnostica? Come si cura? Quali sono le problematiche circa l'idoneità sportiva e la prescrivibilità dei farmaci in questi casi? Mi fermo qui, ma si potrebbe continuare ancora."

12.15 **Marco Guazzi**

"Caro Marco,

una delle cose più interessanti dell'ergometria era la diagnosi differenziale tra la dispnea cardiogena e pneumogena. All'inizio sembrava tutto semplice. Poi vi siete messi a misurare diffusione, slope, VE/VCO₂, e le cose si sono complicate. Se slope, spazio morto, diffusione e pattern ventilatorio possono essere alterati in entrambi i casi, quali sono i parametri più importanti per la diagnosi differenziale e come vanno interpretati? Considerando che spesso polmoni e cuore si fanno del male a vicenda, e che se il paziente è un fumatore i problemi possono coesistere, è un mito o una realtà il poter differenziare, al di là dei casi ovvi, la dispnea cardiaca da quella polmonare? Quali sono i pro e i contro di tale approccio?

Mi sembra inoltre che molto sia stato detto in tema di parametri cardiologici quando la funzione di pompa è chiaramente compromessa, come per esempio nello scompenso cardiaco cronico. Ma quali siano i rapporti, in una cardiopatia ischemica con funzione a riposo conservata, tra la dispnea e i parametri tipicamente cardiologici (soglia anaerobica, polso di ossigeno, frequenza cardiaca, ECG e via dicendo) mi sembra molto meno chiaro. Cosa c'è di nuovo?"

13.00 **Giancarlo Pomari**

"Caro Giancarlo,

certe volte nella diagnosi della dispnea da sforzo non trovi alcunchè né di cardiaco né di respiratorio, soprattutto nei giovani. In queste situazioni spesso il sintomo è vago e ha qualcosa a che fare con il reflusso gastro esofageo. Ma non sempre il caso è ovvio, il reflusso lampante (anche alla pH metria esofagea), la terapia efficace. Come facciamo a capire quando il reflusso gastroesofageo è all'origine della "dispnea"? Quali test diagnostici e quali prove possiamo fare in merito? Vedi di farci "digerire" questo argomento pneumogastrico."

13.30 colazione di lavoro

14.30 **Livio Simioni**

"Caro Livio,

nella scienza, il metodo è questione importante. Sul modo di procedere di un ragionamento diagnostico sono stati scritti tomi interi. La realtà è che non avremo mai il tempo di leggerli. Sta di fatto però che probabilmente certi ritardi o errori diagnostici non dipendono tanto dall'ignoranza del sapere medico, quanto dal modo in cui il sapere viene applicato.

Da parecchi anni vanno di moda i diagrammi di flusso. Sarà che comincio ad invecchiare, ma sono sempre più insofferente di questo modo di lavorare. Mi sembra, con un po' di cattiveria, che vada bene per menti senza intuito che non hanno il tempo o la voglia di ragionare. Forse è per questo che la nuda lavagna del dr. House mi è stata subito simpatica. Potrei intitolare questo intervento "dai diagrammi di flusso al dr. Gregory House". Facci capire come potremmo ragionare."

II SESSIONE Presentazione e discussione casi clinici

15.00 **Riccardo Drigo**

"Casi clinici multidisciplinari. Approccio farmacologico alla dispnea nell'asma e nella broncopneumopatia cronica ostruttiva."

17.00 Test di valutazione dell'apprendimento