Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Dispnea
Data 05 febbraio 2006 alle 16:37:00
Autore R Rossi

Ressa:
La dispnea o mancanza di respiro o fiato corto che dir si voglia...
Ecco un altro bel guazzabuglio dove non è facile districarsi

Rossi:
Non c'è che dire, sei un bel pessimista!
Classicamente la dispnea viene distinta in acuta e cronica. Le cause a cui pensare sono, in parte, diverse nei due casi.
Però direi che è anche utile dividere i pazienti in due grandi categorie:
1) pazienti che al momento della visita sono apparentemente asintomatici
2) pazienti che manifestano una dispnea evidente quando li visitiamo

Ressa:
Cominciamo...

Rossi:
Prima è bene spazzare il campo da un quadro che vediamo con un certa frequenza: si tratta di soggetti ansiosi con vari tipi di somatizzazioni che lamentano dispnea ma se poi vai ad interrogarli con calma (spesso sono donne) ti diranno che quello che li disturba non è tanto la mancanza di fiato quanto la necessità di fare dei bei respiri profondi. In gergo si parla di dispnea sospirosa. Inutile dire che in questi casi l'esame obiettivo è del tutto negativo, come sarebbero negativi gli eventuali accertamenti che però non trovano indicazione alcuna.

Ressa:
Ecco un esempio in cui la semplice anamnesi può permettere già da subito la diagnosi.
Passiamo alla dispnea acuta.

Rossi:
E' sicuramente una situazione molto drammatica, che credo sia simile a quella di chi sta per annegare. Le cause più comuni di dispnea acuta sono: l'asma bronchiale e la BPCO riacutizzata, la polmonite, l'insufficienza ventricolare sinistra acuta e l'iperventilazione.

Ressa:
Dicamo quindi che dobbiamo pensare ad una patologia polmonare, cardiaca o ad una causa ansiosa. Come facciamo a distinguerle?Rossi:
Spesso ci aiuta la conoscenza del paziente, che sappiamo essere un asmatico, un bronchitico cronico oppure un cardiopatico. Qualche volta le cose sono complicate dal fatto che possono coesistere varie patologie nello stesso paziente: per esempio un cardiopatico che fa una polmonite oppure un bronchitico cronico iperteso che va incontro ad un episodio di scompenso cardiaco sinistro acuto.
Alcuni sintomi possono aiutarci nella diagnostica differenziale. Per esempio la presenza di febbre ci indirizza verso un processo infettivo, l'ortopnea, la dispnea parossistica notturna, alterazioni del ritmo cardiaco come una fibrillazione atriale, una pressione elevata o edemi alle caviglie sono abbastanza tipici dello scompenso cardiaco

Ressa:
L'esame obiettivo ci aiuta?

Rossi:
Nell'asma il quadro è dominato da un espirio prolungato e dalla presenza di sibili. Nella BPCO si riscontra una varietà di rumori, dai rantoli ai ronchi fischianti e russanti, ai sibili. Nella polmonite si ha una ipofonesi e presenza di rantoli a medie piccole bolle localizzati. Nello scompenso ventricolare sinistro si possono avere dei sibili ma soprattutto dei fini rantoli bilaterali, talora estesi a quasi tutto l'ambito polmonare fino al quadro della cosiddetta marea montante. La presenza di escreato purulento è tipica della BPCO riacutizzata ma si può avere anche nella polmonite e nell'asma (dove però l'escreato è di solito più chiaro). Nell'edema polmonare invece l'escreato è più spesso rosato.

Stucchi:
Importante valutare sempre ogni rapido aumento del peso. Anche in assenza di rantoli basilari ed edemi periferici un aumento del peso può essere la spia di un peggioramento dello scompenso cardiaco. Sempre nello scompenso il sintomo più importante, per me, è l'ortopnea, e non solo notturna: far parlare un cardiopatico scompensato in posizione supina è molto istruttivo.

Ressa:
E nella iperventilazione?

Rossi:
Il paziente appare agitato, dice che gli manca il respiro e si sente soffocare ma l'esame obiettivo è perfettamente

normale. Più che dispnea si nota una tachipnea con talora associata tachicardia.
Può essere utile somminstrare un ansiolitico in gocce per via sub-linguale e far respirare il paziente in un sacchetto di carta.Ressa:
Qualche score diagnostico?

Rossi:
Cos'è? Prendi in giro? Ti accontento subito. Questo è lo score per la diagnosi di polmonite [1].
Allora: devi contare un punto per mialgie, sudorazione notturna ed escreato per tutto il giorno, due punti per frequenza respiratoria superiore a 25/minunto e febbre superiore a 37,8°C. Adesso si sottraggono due punti se è presente rinorrea ed altri due se c'è mal di gola. Poi fai la somma: per valori negativi la probabilità di polmonite è praticamente sotto il 2%; per 1 punto è dell 8,8%, per 2 punti del 10%, per 3 punti del 25% e per 4 o più punti del 30% circa.
Ressa:
Bah, non posso fare che lo stesso commento che ho fatto a proposito dello score per l'infarto! Uno che ha 38°C di febbre e mialgie ha il 25% di probabilità di avere una polmonite, figurarsi.
Andiamo avanti.
Qualche volta succede che il paziente riferisca di aver avuto una crisi acuta di dispnea, ma quando lo visitiamo è praticamente asintomatico o quasi.

Rossi:
Le due cause più frequenti sono l'asma accessionale e la dispnea parossistica dello scompenso cardiaco. Ovviamente la tipologia di soggetti è diversa e anche l'anamnesi sarà diversa: nello scompenso cardiaco per esempio è importante l'ortopnea, come ha appena detto Loris, mentre di solito l'asmatico è un paziente noto. Da non dimenticare però che potrebbe trattarsi anche di cause più rare, per esempio una embolia polmonare o un pneumotorace, soprattutto se coesiste dolore toracico. In particolare l'embolia polmonare può essere una patologia subdola che conviene sempre avere in mente nei casi di dispnea inspiegata.

Stucchi:
Ricordo il caso di un 76 enne iperteso ben compensato dalla terapia che viene in studio per una dispena da sforzo insorta da alcuni giorni, associata a dolore toracico. Un primo ECG risultò negativo, un secondo, il giorno dopo, mostrava un aumento di voltaggio dell'onda P indicativo di ingrandimento atriale destro causato da embolia polmonare.

Ressa:
D'accordo. Parlaci allora delle cause meno frequenti di dispnea acuta.

Rossi:
Come ho appena accennato possono essere una embolia polmonare, un pneumotorace o anche una pleurite con versamento pleurico cospicuo, una chetoacidosi diabetica o una improvvisa atelettasia polmonare dovuta all'ostruzione di un bronco causata per esempio da una neoplasia.Ressa:
Vi sono accertamenti da eseguire?

Rossi:
Se escludiamo i casi di iperventilazione e di asma acuto, in cui si può tentare di trattare il paziente a domicilio, in genere la dispnea acuta o di recente insorgenza è una indicazione al ricovero, vuoi perchè le condizioni sono gravi, vuoi perchè vi è incertezza sulla diagnosi e il semplice esame obiettivo non può escludere patologie potenzialmente gravi come un infarto o un'embolia polmonare. Tanto più se la dispnea è apparentemente immotivata o se ci sono sintomi associati come il dolore toracico. Neppure un ECG negativo ci può far stare tranquilli, come il caso riportato da Loris ci insegna.

Ressa:
Ricordo a questo proposito che se ci chiama un paziente che di notte ha avuto una crisi dispnoica acuta poi risoltasi e noi sospettiamo una insufficenza ventricolare sinistra è utile mandare comunque il malato in PS per accertamenti perchè l'evento potrebbe essere stato scatenato da un infarto miocardico o da una embolia polmonare (vedi il capitolo sull'edema polmonare acuto). A proposito dell'embolia polmonare ogni qual volta mi si riferisce una dispnea che non ha caratteristiche riconducibili a patologie ovvie perche' le risultanze dei "pezzi" anamnestici e dell'esame obiettivo non si incastrano, penso a questa patologia. E' un meccanismo automatico che mi scatta dopo che in passato ho fatto dei lisci clamorosi.

Rossi:
Il ricovero deve essere immediato, qualsiasi sia la causa della dispnea, in presenza di segni concomitanti come la cianosi, la retrazione toracica inspiratoria e l'uso dei muscoli respiratori ausiliari , uno stato confuzionale o una febbre molto elevata.Gli esami di laboratorio sono scarsamente utili per la diagnosi differenziale: l'emocromo può mostrare leucocitosi in caso di infezione o un'anemia. Se si sospetta una embolia polmonare può essere utile la determinazione del D-dimero mentre il dosaggio del BNP permette di escludere ragionevolmente, se negativo, uno scompenso cardiaco.
La radiografia del torace è un esame fondamentale per chiarire la diagnosi, insieme con l'ECG. L'emogasanalisi quantifica la gravità dell'ipossiemia.
Esami di secondo livello sono la TAC torace, la scintigrafia polmonare, ecc.

Ressa:
Passiamo alla dispnea cronica.

Rossi:
Una sensazione soggettiva di mancanza di respiro ad andamento cronico, di solito accusata come difficoltà dopo sforzi

più o meno modesti, può dipendere da varie cause. Come al solito esaminiamo le più frequenti: BPCO e asma cronico, scompenso cardiaco congestizio, obesità, anemia. Qualche volta nella pratica varie cause si sovrappongono e rendono non agevole la diagnosi differenziale. Pensiamo per esempio al soggetto con BPCO che sviluppa anche uno scompenso cardiaco o diventa anemico oppure è obeso. In realtà l'obesità da sola è una causa rara di dispnea a meno che non sia molto pronucnciata, è invece importante come concausa quando associata ad altre condizioni.

Ressa:
Rimarco l'importanza di un interrogatorio attento del paziente. Spesso, per esempio nella BPCO e nello scompenso cardiaco, l'andamento della dispnea è insidioso e si sviluppa lentamente per cui il soggetto si adatta ad eseguire sforzi via via meno impegnativi e non riferisce la dispnea. Poi lo interroghi e ti dice che deve fermarsi dopo 2-3 minuti di cammino perchè gli manca il respiro.
Come facciamo a differenziare le varie cause di dispnea cronica?

Rossi:
La storia clinica del paziente ci aiuta: se è un fumatore, se soffre di asma da molti anni, se ha una cardiopatia ischemica, un 'ipertensione, un diabete, un pregresso episodio di scompenso cardiaco, sono tutti elementi che possono indirizzarci verso la diagnosi corretta.
Poi ovviamente vanno indagate le caratteristiche della dispnea. Per esempio nella BPCO/asma cronico ci sono qausi sempre tosse ed escreato più o meno purulento, tuttavia questi segni potrebbero esserci anche nello scompenso cardiaco, a causa della stasi polmonare, associati ad edemi declivi. La dispnea dello scompenso cardiaco peggiora in clinostatismo. Nell'anemia può essere evidente pallore e scarsa irrorazione delle congiuntive. L' esame obiettivo nella BPCO/asma cronica evidenzia spesso dei rumori secchi russanti e sibilanti e dei rantoli a medie e grosse bolle, nello scompenso cardiaco sono presenti fini rantoli basali bilaterali.Ressa:
Oltre alle quattro cause più frequenti che hai elencato ci sono anche quelle più rare... che però è bene non dimenticarsi.

Rossi:
Ricordo le microembolie polmonari ricorrenti (o embolismo polmonare cronico) che possono portare ad un quadro di ipertensione polmonare, un tumore broncogeno, un versamento pleurico cronico importante, bronchiectasie, una fibrosi polmonare primitiva o una sarcoidosi, una stenosi aortica.

Ressa:
Non dimentichiamoci dell'ipertiroidismo, in cui uno dei sintomi dominanti può essere la dispnea cronica.
Quali sono gli esami da richiedere?

Rossi:
In prima battuta: radiografia del torace ed emocromo. Metterei anche una spirometria se si sospetta una BPCO (per esempio nei fumatori) o nell'asma cronico.
Aggiungerei un ECG (può mostrare varie anomalie, se normale esclude con una certa ragionevolezza uno scompenso cardiaco). Una emogasanalisi mostrerà se vi sono ripercussioni a carico della ossigenazione ematica.
Esami di secondo livello sono l'ecocardiogramma, la TC torace, la scintigrafia polmonare: da valutare caso per caso.

BIBLIOGRAFIA
1. J Chronic Dis 1984;37:215-25.