Congresso "NEXT PNEUMOLOGY 11" 25-26 settembre 2026 – Sassari

Titolo: Un caso complesso di Asma Quasi Letale

M. Frontera[1], D. De Luca[1], C. De Lucia[1], C. Longo[1], M. Majori[2], G. Bertorelli[1], M. Aiello[1], G. Caramori[1]

[1]Clinica Pneumologica, Dipartimento ad attività integrata Cardio-Toracico-Vascolare, AOU di Parma

[2]Unità di Terapia Semintensiva Respiratoria, Dipartimento ad attività integrata Cardio-Toracico-Vascolare, AOU di Parma

Introduzione

Si definisce Asma Quasi Letale la necessità di intubazione orotracheale e ventilazione meccanica invasiva durante la riacutizzazione asmatica, sebbene non siano presenti ancora criteri diagnostici universali. Si può manifestare in pazienti con asma severo non controllato e può esitare in un evento letale. Si conoscono due fenotipi: esordio graduale, l'80% dei casi, che insorge in giorni a predominanza eosinofilica e lenta risposta al trattamento; esordio improvviso, insorge in poche ore, riveste il 20% dei casi, a predominanza neutrofilica e con rapida risposta alla terapia.

Metodi

Tutti i dati necessari sono stati raccolti nel rispetto dell'anonimato previo consenso da parte del paziente e svolgimento della procedura aziendale per autorizzazione da parte della Direzione Sanitaria della nostra Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma.

Risultati

Viene riportato un caso di una donna di 25 anni, moldava con barriera linguistica parziale, addetta alle pulizie, mai fumatrice, allergica a lidocaina, ibuprofene, metamizolo e naprossene. A settembre 2025 è stata rinvenuta al lavoro collassata per verosimile crisi asmatica dopo assunzione di 1 compressa di naprossene per cefalea. Si eseguiva ciclo di rianimazione cardio-polmonare con ripristino della funzione cardio-circolatoria, poi intubata e trasferita nel reparto di Rianimazione dell'Ospedale Maggiore di Parma. Veniva ricoverata per insufficienza respiratoria acuta parziale secondaria a verosimile asma quasi letale. Alla TC encefalo-torace non presenza di segni di tromboembolia polmonare o patologia aortica acuta. A livello encefalico si osservava opacamento delle fosse nasali da pansinusite diffusa, esami all'ingresso mostravano neutrofilia (11770/mm^3, 69%). Dopo estubazione, veniva impostato

ossigeno ad alti flussi, glucocorticoidi per via endovenosa e trasferita nel reparto di Terapia Semintensiva Respiratoria. La consulenza otorinalaringoiatrica evidenziava quadro di poliposi nasale per cui si aumentava la terapia con glucocorticoidi. Dato il miglioramento, iniziava ossigeno a bassi flussi e si concordava trasferimento presso la Clinica Pneumologica; si assisteva ad un miglioramento fino a risoluzione dell'insufficienza respiratoria acuta. Terapia alla dimissione: 2 inalazioni al mattino e sera di beclometasone/formoterolo/glicopirronio 172/5/9 mcg, montelukast 10 mg 1 cp/die, prednisone 25 mg da ridurre e lansoprazolo 30 mg 1 cp/die. In ottobre in post ricovero, eseguiva una visita allergologica che poneva diagnosi di triade di Samter (asma, allergia ai FANS e poliposi nasale) e visita pneumologica di controllo in cui la paziente riferiva benessere e di non aver utilizzato farmaco al bisogno. La spirometria globale con test di broncodilatazione riportava questi valori: VEMS pre BD 2.55 L 76% del teorico, CVF pre-BD 3.69 L 96% del teorico, VEMS/CVF pre-BD 69%, VEMS post BD 2.90 L 86% del teorico +350 ml e 10% come % del teorico, CVF post BD 3.67 L 95% del teorico, VEMS/FVC 79%. Ora la paziente si trova in Moldavia e presenta un quadro clinico controllato.

Conclusione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità gli asmatici nel mondo sono circa 300 milioni. Ogni anno si registrano circa 250.000 decessi riconducibili a questa patologia con una frequenza variabile a seconda del paese, età e gruppi etnici. Si è passati da 6287 decessi nel 1985 a 1164 nel 2012. L'asma è una patologia da non sottovalutare in quanto si verificano ancora dei decessi per quadri non controllati.