Autori: Valentina Rossi[4], Manuela Bonizzoli[3], Gianna Camiciottoli[2], Federico Lavorini[1]
[1] University of Florence, Department of Experimental and Clinical Medicine, Careggi University Hospital, Florence, Italy – valentina.rossi1@unifi.it, Via del Campo 3 località San Cipriano 52022 Cavriglia Arezzo, 3388085371
[2] University of Florence, Department of Experimental and Clinical Biomedical Sciences Mario Serio - Severe Asthma Unit, Careggi University Hospital, Florence, Italy
[3] Trauma and Emergency Intensive Care - ECMO Unit, Careggi University Hospital, Florence, Italy
[4] Department of Experimental and Clinical medicine, University of Florence - Florence (Italy)

Topic: Asma. "Il controllo dell'asma oltre i sintomi: importanza della terapia inalatoria continuativa e dell'aderenza terapeutica".

Titolo: Dal near-fatal asthma al controllo a lungo termine: appropriatezza e continuità della terapia inalatoria nell'asma late-onset

Introduzione
L'asma bronchiale è una patologia infiammatoria cronica delle vie aeree il cui controllo richiede una terapia di fondo adeguata e continuativa, anche in presenza di benessere clinico, reale o apparente, al fine di ridurre il rischio di riacutizzazioni severe e potenzialmente fatali. L'impiego della sola *rescue therapy* non garantisce un adeguato controllo della malattia; difatti l'efficacia del trattamento presuppone non solo una corretta aderenza, ma anche un'appropriata scelta terapeutica. Descriviamo il caso di una paziente con asma late-onset evoluta in near-fatal asthma in assenza di un'adeguata terapia di fondo.
Metodi
È stato analizzato retrospettivamente il decorso clinico dalla riacutizzazione acuta al follow-up a lungo termine, valutando parametri clinici, emogasanalitici e strumentali, strategie di supporto avanzato, ottimizzazione della terapia farmacologica e successivo decorso clinico-funzionale.
Risultati e conclusioni
La paziente è una donna di 43 anni, fumatrice attiva (25 pack-years), affetta da asma *late-onset*, mai trattata con terapia inalatoria di fondo per la pressoché completa assenza di sintomatologia. Dopo un episodio bronchitico nell'estate 2024 iniziava SABA al bisogno; a metà febbraio 2025 accedeva in Pronto Soccorso per insufficienza respiratoria acuta in corso di riacutizzazione asmatica e veniva dimessa con terapia inalatoria a base di LABA/LAMA e corticosteroide sistemico a scalare. Alla dimissione e al rientro a domicilio permaneva dispnea, tale da richiede dopo una settimana, un secondo accesso in PS per stato di male asmatico, con grave acidosi respiratoria che risultava refrattaria a terapia massimale, rendendo necessarie IOT e VMI con alte pressioni ventilatorie per bronscospasmo serrato e ventilazione alveolare assente. La TC documentava pneumomediastino e consolidamento del LSS e della lingula; il BAL risultava positivo per Influenza A, verosimilmente trigger della riacutizzazione. Nonostante il trattamento massimale, si assisteva a recidive di broncospasmo e necessità di VV-ECMO. Al quinto giorno, in assenza di una completa caratterizzazione dell'endotipo infiammatorio, venivano introdotti triplice terapia inalatoria, azitromicina e Tezepelumab. Nelle 48 ore successive si osservava un progressivo miglioramento respiratorio, con estubazione e svezzamento dalla VV-ECMO. Al rientro a domicilio, dopo un periodo in centro di riabilitazione respiratoria, proseguiva triplice terapia e Tezepelumab con ottima aderenza. Al controllo ad un anno dall'evento, riferiva dispnea solo per sforzi intensi (mMRC 1/4) e rari episodi di costrizione toracica, controllati con ICS/LABA a basso dosaggio; alle prove di funzionalità respiratorie FEV1 preBD 1,64L, pari al 73% del predetto (vs FEV1preBD 64%). La TC documentava completa riespansione del LSS e riduzione dell'ispessimento delle pareti delle vie aeree; le FOT mostravano un progressivo miglioramento.

Il caso evidenzia come l'assenza di sintomi non equivalga ad assenza di rischio e sottolinea il ruolo di appropriatezza prescrittiva, continuità terapeutica, aderenza e follow-up specialistico nel controllo dell'asma. Nei quadri refrattari, il riconoscimento tempestivo della gravità e il ricorso a strategie di supporto avanzato possono risultare determinanti.