

	TEST BRONCODINAMICO ALLA METACOLINA	ALL53_IOqual001_ORG	Pag. 1 di 3
		Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 0
		Approvazione Dr M Ugolini - Dir SOC Pneumologia	Del 16.11.2008

La presente scheda informativa viene consegnata al paziente prima dell'esecuzione del test, ne viene spiegato esaurientemente il contenuto al fine di ottenere il consenso informato.

In particolare, vengono descritti gli scopi, le indicazioni, le controindicazioni, le modalità di esecuzione e gli eventuali effetti collaterali indesiderati.

VERIFICA SU EVENTUALE ASSUNZIONE DI FARMACI CHE RIDUCONO LA RESPONSABILITÀ BRONCHIALE

Prima di eseguire il test broncodinamico alla metacolina si verifica se il paziente ha assunto farmaci che riducono la responsabilità bronchiale e, quindi, che influiscono sul risultato. In caso di avvenuta assunzione, il test deve essere rinviato.

FARMACO	INTERVALLO MINIMO TRA ULTIMA DOSE E TEST ALLA METACOLINA
SABA (salbutamolo, terbutalina)	8 ore
LABA (formoterolo, salmeterolo)	24 ore
Anti colinergici (tiotropio)	1 settimana (forse)
Teofillina	24 ore
Teofillina Long Acting	48 ore
Beta2 agonisti tablets	12 ore
Beta2 agonisti Long Acting tablets	24 ore
Nedocromil (Tilade)	48 ore
Antistaminici (cetirizina)	3 giorni
Antileucotrieni (montelukast)	24 ore

Altri fattori che riducono la risposta alla metacolina sono : caffè, tea, coca cola, cioccolato (assunti nel giorno dell'esame).

Fattori che aumentano la risposta alla metacolina sono : concomitanza di infezioni respiratorie virali o di esposizione ad allergeni, fumo di sigaretta, inquinanti atmosferici.

SCOPI e INDICAZIONI

Il test di provocazione bronchiale alla metacolina serve ad evidenziare un aumento della reattività bronchiale nei soggetti predisposti; tale aumento, definito come iperreattività bronchiale è considerato proprio, anche se non specifico dell'Asma bronchiale e può riscontrarsi anche in altre patologie quali la BPCO, la Fibrosi Cistica , la Sarcoidosi ecc..

CONTROINDICAZIONI

Le contro indicazioni al test possono essere assolute o relative.

Le assolute sono : grave ostruzione al flusso ($FEV1 < 50\%$ del predetto o $FEV1 < 1,0$ L), infarto miocardio o angina o stroke nei 3 mesi precedenti, ipertensione arteriosa non controllata (sistolica > 200 ; diastolica > 100), aneurisma aortico o cerebrale noto, orticaria colinergica.

Le controindicazioni relative sono : ostruzione al flusso moderata ($FEV1 < 60\%$ del predetto o $FEV1 < 1,5$ L), incapacità ad eseguire spirometria di qualità accettabile, gravidanza, allattamento, trattamento continuo con inibitori della colinesterasi (miastenia grave), epilessia in trattamento.

MODALITÀ' DI ESECUZIONE

Il test broncodinamico alla metacolina si esegue, dunque, effettuando una serie di spirometrie, dapprima in condizioni basali, quindi dopo inalazione di una sostanza tampone, ed infine, dopo inalazione di dosi crescenti di metacolina, una sostanza che, nei soggetti predisposti, causa una bronco-ostruzione che viene evidenziata proprio con la spirometria.

Il test bronco dinamico alla metacolina viene considerato positivo, e quindi interrotto, quando si raggiunge una lieve ostruzione bronchiale (riduzione del 20% del valore iniziale del parametro guida, VEMS o valore espirato in un secondo). In caso di comparsa di ostruzione bronchiale viene somministrato un farmaco broncodilatatore (Ventolin) in modo da riportare nel giro di pochi minuti la funzione respiratoria ai livelli di partenza.

	TEST BRONCODINAMICO ALLA METACOLINA	ALL53_IOqual001_ORG	Pag. 2 di 3
		Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 0
		Approvazione Dr M Ugolini - Dir SOC Pneumologia	Del 16.11.2008

EFFETTI COLLATERALI INDESIDERATI

Il test bronco dinamico alla metacolina è in genere ben tollerato e non causa effetti collaterali indesiderati. Qualora si evidenzino sintomi respiratori, questi regrediscono prontamente con l'uso di broncodilatatori. In rari casi può verificarsi una ostruzione bronchiale di discreta entità o perdurante per più di qualche minuto. Entrambe le situazioni sono facilmente controllabili con la somministrazione di farmaci broncodilatatori.

Dichiaro che non sussiste nessuna delle seguenti situazioni cliniche:

- Recente infarto miocardico (ultimi 3 mesi)
- Recente ischemia o emorragia cerebrale (ultimi 3 mesi)
- Aneurisma arterioso noto
- Grave ipertensione arteriosa
- Epilessia in trattamento farmacologico
- Stato di gravidanza

Dopo l'esecuzione del test dovrò trattenermi per almeno 30 minuti presso l'Ambulatorio di Fisiopatologia Respiratoria.

I sanitari si impegnano ad adottare ogni cautela per evitare inconvenienti ed eventualmente porvi rimedio con tutti i presidi e le attrezzature pronti all'uso nell'ambiente in cui si svolge il test.

BIBLIOGRAFIA :

- Cleveland Clinic Journal of Medicine. Vol. 75, n^ 1; genn. 2008; pag. 37-40
- Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio. Vol. 20, n^ 6; 2005; pag.291-304.

	TEST BRONCODINAMICO ALLA METACOLINA	ALL53_IOqual001_ORG	Pag. 3 di 3
		Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 0
		Approvazione Dr M Ugolini - Dir SOC Pneumologia	Del 16.11.2008

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE MARCHE
Azienda Ospedaliera “Ospedale San Salvatore”
Pesaro

Struttura Operativa/Servizio _____

Il sottoscritto _____ informato

dal Dott. _____ Cognome _____ Nome _____
in data ____/____/____
Cognome _____ Nome _____

Firma del **Medico** che ha informato il paziente _____

sulla natura della malattia da cui è affetto/a

_____ Diagnosi

da diagnosticare – trattare con

_____ Denominazione tecnica

Consegna del modulo esplicativo riguardo: SI NO

– indicazioni e vantaggi attesi dalla procedura e probabilità di successi

– modalità e tempi di esecuzione (con esplicitazione degli eventuali sintomi indotti e possibili sequele “dolore, ecc”)

– rischi e complicanze maggiormente attesi connessi alla procedura e alle condizioni cliniche del paziente

– trattamenti diagnostici – terapeutici alternativi

– impossibilità di trattamenti in alternativa

Vengo altresì informato che:

Reso consapevole:

- che in alcuni casi (descritti nei fogli esplicativi) il trattamento una volta avviato non può essere interrotto senza pregiudicare l'attività assistenziale.

Valutate le informazioni ricevute e i chiarimenti che mi sono stati forniti che ho pienamente compreso, avendo letto attentamente e pienamente compreso il modulo esplicativo che mi è stato consegnato (nei casi previsti), **dichiaro quanto segue:**

- accetto di sottopormi al trattamento sanitario propostomi**
- rifiuto il trattamento sanitario propostomi**

Il Dichiarante _____ Firma _____ Data ____/____/____
(in stampatello) (nome e cognome)

SPAZIO RISERVATO ALLA VERIFICA DEL CONSENSO

Il Sanitario che ha verificato consenso/assenso _____ *Data* ____/____/____