

Inspirare ed espirare: di cosa parliamo quando parliamo di disostruzione bronchiale

E. Repossini, FT

UO Broncopolmonologia, Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio (VA)

Nel 1979, nell'introduzione al suo libro "La riabilitazione funzionale respiratoria nella pratica clinica" Gladys Storey [1] scriveva: "qualche anno fa una fisioterapista – che ovviamente non lavorava in campo polmonare – mi chiese come fosse possibile passare tutta la giornata chiedendo ai pazienti di "inspirare ed espirare".

Da allora, le tecniche di fisioterapia respiratoria si sono moltiplicate, vecchie pratiche sono state abbandonate e nuovi strumenti e strategie di trattamento sono stati proposti.

Guy Postieaux, nell'articolo "La Fisiochinesiterapia Respiratoria del polmone profondo. Basi meccaniche di un nuovo paradigma" [2] inizia la sua esposizione con un inventario storico delle tecniche manuali di fisioterapia respiratoria che, se non ha lo scopo di evidenziare le prove di efficacia delle singole tecniche, ha il merito di ripercorrere il percorso compiuto negli ultimi 50 anni sottolineando le criticità emerse nel corso del tempo.

L'autore ci ricorda che una classificazione funzionale delle tecniche di disostruzione broncopolmonare non può che partire dalla suddivisione fra le tecniche che sfruttano la fase espiratoria (con espirazioni lente o forzate) e quelle che si focalizzano sulla fase inspiratoria (con inspirazioni lente o forzate): in fondo si tratta davvero solo di chiedere al nostro paziente di "inspirare ed espirare"!

La semplicità di questa classificazione funzionale però non ci deve trarre in inganno: la complessità dei meccanismi fisiopatologici coinvolti nell'utilizzo di queste tecniche richiede, da parte del fisioterapista respiratorio, una loro profonda conoscenza e comprensione.

Il merito di un fisioterapista respiratorio costantemente impegnato nello studio e nella pratica clinica come Guy Postieaux è quello di saper rendere comprensibili a tutti noi le interazioni fra i diversi meccanismi che entrano in gioco quando applichiamo ai nostri pazienti le diverse tecniche di disostruzione bronchiale.

Il merito di questo suo specifico lavoro, inoltre, è quello di porre l'accento su un aspetto della fisioterapia respiratoria che forse finora non è stato sufficientemente considerato, cioè quello delle tecniche indirizzate alle vie aeree distali ed al polmone profondo.

Il polmone profondo possiede caratteristiche particolari che lo indicano come obiettivo prioritario della fisioterapia respiratoria dal momento che le vie aeree distali sono il punto di origine della maggior parte delle patologie broncosecretive e che l'ingombro bronchiale prossimale non è che l'effetto a distanza di un'alterazione distale.

Le tecniche più comunemente utilizzate, che sfruttano in vario modo il flusso espiratorio, hanno per lo più come target le alte e medie vie aeree; mentre per trattare le vie aeree distali ed il polmone profondo è necessario richiamare aria negli spazi aerei periferici attraverso inspirazioni lente.

È questo il "nuovo paradigma" proposto: manovre di inspirazione lenta, seguite da una apnea teleinspiratoria, con applicazione di un "freno" inspiratorio alla bocca per migliorare la distensione delle unità periferiche ed il loro reclutamento e, se possibile, il posizionamento in decubito laterale che provoca una maggiore espansione del polmone sopralaterale.

L'interesse dell'autore è, anche in questo caso, principalmente rivolto alle tecniche "manuali" che occupano il primo posto nel trattamento dell'ingombro bronchiale, mentre le tecniche "strumentali" non avrebbero, secondo Postieaux, che un ruolo complementare o accessorio.

In realtà ci si potrebbe domandare se questa distinzione fra tecniche manuali e strumentali sia realmente significativa o se invece l'utilizzo di uno strumento esterno, per esempio l'applicazione di una pressione positiva [3,4], non sia ugualmente o forse maggiormente efficace per ottenere quelle variazioni di pressione necessarie ad aumentare i flussi ed i volumi polmonari a livello periferico. Quando si deve scegliere la miglior tecnica da applicare al paziente, non si tratta certo di paragonare le tecniche manuali piuttosto che per quelle strumentali. Dobbiamo invece individuare l'obiettivo del nostro intervento (vie aeree prossimali, medie o distali) e valutare le condizioni del paziente per verificare che sia in grado di utilizzare la tecnica proposta.

Conoscere e saper utilizzare più tecniche ci permette quindi trovare una risposta alle specifiche condizioni di ciascun paziente, anche se in fondo si tratta sempre di "inspirare ed espirare"!

Bibliografia

[1] Storey G. La riabilitazione funzionale respiratoria nella pratica clinica. CG Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 1979.

[2] Postiaux G. La Fisiocinesiterapia Respiratoria del polmone profondo. Basi meccaniche di un nuovo paradigma. Rivista Italiana Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria 2014;3:26-31.

[3] Andersen J, Olesen B, Eikhard B, Jansen E, Ovist J. Periodic continuous positive airway pressure, CPAP, by mask in the treatment of atelectasis. Eur J Respir Dis 1980;61:20-25.

[4] Falk M, Kelstrup M, Andersedn J, Falk P, Stovring S. Improving the ketchup bottle method with positive expiratory pressure, PEP, in cystic fibrosis. Eur J Respir Dis 1984; 65:423-432.

Thomas L. Petty

AVVENTURE IN OSSIGENO

(Adventures of an Oxy-phile)

Presentazione e traduzione
a cura di Italo Brambilla

MIDIA
EDIZIONI

Direttamente a casa tua

Acquista online sul sito
www.midiaonline.it



Midia Edizioni, 2006

124 pagine

€ 13,00

**Disponibile
nelle migliori
librerie scientifiche**

Midia srl - Tel. 040 3720456 - Fax 040 3721012
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it