

# Asma: updating delle linee-guida e discussione interattiva di casi clinici

23-11-2002 - Polo Scientifico e Tecnologico di Navacchio (PI)

## Test di verifica dell'apprendimento

Il test sarà da considerare positivo se le risposte corrette saranno almeno 8 su 15. Per ogni domanda possono essere corrette più risposte, in tal caso il quesito sarà considerato positivamente superato solo se saranno individuate tutte le risposte corrette senza sceglierne alcuna tra quelle errate. Le risposte corrette sono evidenziate in giallo.

**1) I criteri minimi per porre diagnosi di asma bronchiale sono:**

1. storia clinica combinata con evidenza di ostruzione reversibile del flusso aereo
2. presenza di iperreattività bronchiale
3. test allergologici positivi
4. presenza di ostruzione bronchiale

**2) Qual' è l'elemento patogenetico fondamentale dell'asma bronchiale?**

1. la contrazione della muscolatura liscia bronchiale
2. la fibrosi interstiziale
3. l'immunoflogosi

**3) Nell'asma la bronco-ostruzione è:**

1. reversibile
2. irreversibile
3. parzialmente reversibile

**4) Come si effettua la diagnosi differenziale tra asma e broncopneumopatia cronico-ostruttiva ?**

1. con l'esame microbiologico dell'espettorato
2. dimostrando la reversibilità dell'ostruzione bronchiale
3. con l'emogasanalisi arteriosa

**5) La misurazione del PEF (picco di flusso espiratorio) è:**

1. sufficiente per la diagnosi di asma
2. inutile per la diagnosi di asma
3. utile per il monitoraggio della terapia

**6) Il rischio di asma cronico è maggiormente associato:**

1. all'esposizione agli allergeni di graminacee ed alberi
2. all'esposizione agli allergeni domestici
3. all'esposizione agli allergeni alimentari

**7) Una sintomatologia asmatica può riscontrarsi nelle seguenti condizioni tranne che in una:**

1. sindrome da carcinoide
2. sindrome di Churg-Strauss
3. aspergillosi broncopolmonare cronica allergica
4. granulomatosi di Wegener

**8) La valutazione di gravità dell' asma si basa su:**

1. frequenza e gravità dei sintomi
2. gravità della ostruzione del flusso aereo
3. quantità di farmaci necessari per controllare l'asma
4. tutti i criteri sopra elencati

- 9) **Quando dovrebbe essere iniziata una regolare terapia farmacologica quotidiana nell'asma:**
1. al primo episodio di asma
  2. quando la frequenza dei sintomi è di uno o più episodi alla settimana
  3. quando i sintomi sono scatenati da specifici fattori
  4. quando l'asma dura da almeno 6 mesi
- 10) **Nell'asma lieve persistente la terapia di prima scelta o comunque da intraprendere per prima è:**
1.  $\beta$ 2-agonisti a lunga durata d'azione
  2. steroidi inalatori
  3. antileucotrieni
  4. teofilline
- 11) **La terapia di mantenimento dell' asma moderato persistente dovrebbe consistere nella somministrazione di:**
1. steroidi sistemici
  2. teofillina orale + broncodilatatori orali
  3. trattamento combinato con steroidi e  $\beta$ 2-agonisti a lunga durata d'azione per via inalatoria
  4. trattamento con antileucotrieni
  5. nessuno dei precedenti
- 12) **La terapia di mantenimento dell' asma grave persistente dovrebbe consistere nella somministrazione di:**
1. steroidi sistemici da soli
  2. steroidi sistemici più steroidi e  $\beta$ 2-agonisti a lunga durata d'azione per via inalatoria ed antileucotrieni
  3. steroidi sistemici e ciclosporina
  4. nessuno dei trattamenti sopra elencati
- 13) **Nell'asma grave persistente, si dovrebbe ricorrere alla somministrazione dei corticosteroidi per os:**
1. sempre e per lunghi periodi
  2. ad ogni esacerbazione della malattia
  3. in alternativa alle alte dosi di steroidi inalatori
  4. in caso di insuccesso della restante terapia
- 14) **Nel trattamento delle esacerbazioni dell'asma si dovrebbe:**
1. somministrare sempre steroidi per via generale
  2. sospendere i broncodilatatori a breve durata d'azione
  3. aumentare temporaneamente la terapia di fondo
  4. aumentare stabilmente la terapia di fondo
- 15) **La cessazione della terapia farmacologica regolare nell'asma può essere tentata:**
1. ogni volta che il paziente sia stabile per almeno un mese
  2. ogni volta che compaiano effetti collaterali causati dal trattamento
  3. allorquando la reattività bronchiale alla metacolina sia diventata normale
  4. quando il paziente è sotto controllo per 3 mesi con una bassa dose di steroidi inalatori