

WHICH ARE THE OPTIMAL CRITERIA FOR THE DIAGNOSIS OF ALLERGIC BRONCHOPULMONARY ASPERGILLOSIS? A LATENT CLASS ANALYSIS

Saxena P et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2021 Jan

Recensione a cura di :

Caterina Bucca, Professore di Malattie dell'Apparato Respiratorio. Dipartimento di Scienze Mediche dell'Università di Torino.

L'aspergillosi broncopulmonare allergica (ABPA) è una malattia frequente nell'asma, soprattutto nell'asma grave scarsamente controllato, dove la sua prevalenza può raggiungere il 20%. Purtroppo, tale patologia è spesso trascurata da allergologi e pneumologi, fatto preoccupante, considerato che il mancato riconoscimento e trattamento dell'ABPA può condurre allo sviluppo di bronchiectasie e di danno polmonare cronico irreversibile.

Agarwal et al. considerano che, nonostante i vari criteri disponibili per la diagnosi di ABPA, manca tuttora un riferimento standardizzato per porre una corretta diagnosi.

Gli autori di questo articolo hanno confrontato la sensibilità e specificità diagnostica dei criteri più utilizzati, ovvero quelli di Rosenberg Patterson [Criteri Primari: infiltrati radiologici transitori, Prick test positivi per *Aspergillus fumigatus* (Af), IgE totali > 417 IU/mL, precipitine positive per Af, eosinofili circolanti > 1000 cell/mcL, bronchiectasie centrali; Secondari: tappi di muco, *Aspergillo* nell'espettorato, reattività cutanea tipo III ad Af] e quelli dell'ISHAM, International Society for Human and Animal Mycology-ABPA Working Group [Obbligatori: Prick test ad Af + o IgE specifiche > 0,35 KUa/L, IgE totali > 1000 IU/mL; Secondari: precipitine per Af positive o IgG per Af > 27 mgA/L, segni di ABPA alla Rx torace, eosinofili circolanti > 500 cell/mc].

Applicando i due criteri diagnostici per ABPA a 543 adulti asmatici, di età < 66 anni, 205 con asma grave, essi hanno trovato una buona concordanza fra Rosenberg Patterson (68 ABPA, 15,8%) e ISHAM (89 ABPA, 16,4%). Con lo scopo di ottimizzare la diagnosi di ABPA, gli autori hanno testato la validità (in termini di sensibilità e specificità) di nuovi criteri, basati sui dati della TC ad alta risoluzione, quali bronchiectasie, presenza di tappi di muco, muco ad elevata densità (HAM) e sui valori delle IgG per Af, utilizzando la LCA (latent class analysis).

Gli autori concludono che la modificazione dei criteri ISHAM fornisce la miglior performance per la diagnosi di ABPA nei pazienti asmatici, proponendo quindi i seguenti criteri: IgE specifiche per



Società Italiana di
Allergologia, Asma ed
Immunologia Clinica

Af > 0,35 KUA/L, IgE totali > 500 IU/mL e almeno due dei seguenti: IgG per Af > 27 mgA/L, bronchiectasie alla TC torace, eosinofili circolanti > 500 cell/mcL.

In base ai loro dati, i seguenti criteri potrebbero essere abbandonati: prick test per Af (meno sensibili delle IgE per Af, da valutare in futuro la performance degli antigeni ricombinanti), precipitine per Af (bassa sensibilità rispetto alle IgG specifiche), esame colturale dell'espettorato (sensibilità molto bassa) rilievo TC di tappi di muco o di muco ad alta densità (la cui aggiunta non fornisce vantaggi, perché solitamente associati alle bronchiectasie).

Gli specialisti asmologi dovrebbero sottoporre a screening per l'ABPA i loro pazienti, soprattutto quelli con asma grave e/o resistente alla terapia. Una diagnosi precoce e una terapia adeguata potrebbero ritardare e forse anche prevenire lo sviluppo di bronchiectasie e l'evoluzione verso patologie polmonari croniche irreversibili.

Per un aggiornamento sull'ABPA, consiglio inoltre la lettura della review di Agarwal R. (*Argarwall R et al. Allergic bronchopulmonary aspergillosis Indian J Med Res 151, June 2020, pp 529-549*)