

CONFRONTO TRA STRATEGIE PER IDENTIFICARE SOGGETTI IMMUNODEPRESSI TRA I PAZIENTI CON BRONCHIECTASIE

a cura della Redazione

Commento a: Aliberti S, Amati F, Gramegna A, Vigone B, Oriano M, Sotgiu G, Mantero M, Simonetta E, Saderi L, Stainer A, Tammaro S, Marchisio P, Polverino E, Chalmers JD, Blasi F. Comparison of different sets of immunological tests to identify treatable immunodeficiencies in adult bronchiectasis patients. *ERJ Open Res.* 2022 Mar 28;8(1):00388-2021. doi: 10.1183/23120541.00388-2021. PMID: 35350277; PMCID: PMC8958217.

Il termine “bronchiectasie” si riferisce all’anomala dilatazione dei bronchi spesso associata a un contesto di malattia respiratoria cronica. L’eziologia delle bronchiectasie può dipendere da una condizione di immunodeficienza di fondo, sia questa di origine primaria o secondaria ad altre patologie (1). La somministrazione di anticorpi per via endovenosa, atti a rinvigorire la risposta immunitaria, si è rivelata migliorare l’esito clinico di pazienti con danni polmonari, ad esempio riducendo la frequenza di infezioni respiratorie gravi (2). La prevalenza dell’immunodeficienza nei pazienti con bronchiectasie varia ampiamente (dall’1% al 9%) anche a causa dell’eterogeneità dei test diagnostici somministrati. Attualmente, la *European Respiratory Society* (ERS) raccomanda un set minimo di test da effettuare nei pazienti con bronchiectasie: emocromo completo e monitoraggio dei livelli sierici totali di IgG, IgA e IgM (3). Ampliare lo spettro dei test immunologici in questa categoria di pazienti per identificare eventuali carenze immunitarie, potrebbe favorire l’identificazione di soggetti immunodepressi tra quelli affetti da bronchiectasie, permettendo loro l’accesso alle terapie dedicate.

È con queste premesse che prende vita lo studio osservazionale condotto da Settembre 2016 a Giugno 2019 presso l’Ospedale Universitario Policlinico di Milano e qui riportato. L’obiettivo primario era confrontare 5 diversi set di test immunologici e la loro capacità di rilevare lo status di immunodeficienza. Partendo dal set diagnostico minimo raccomandato dalle linee guida ERS (qui indicato come S1), è stata valutata la progressiva aggiunta del monitoraggio dei livelli sierici

di alcune sottoclassi di IgG (S2), di determinate sottopopolazioni linfocitarie (S3), di IgE totali (S4) e del test per l’HIV (S5); ogni set diagnostico comprendeva quello precedente nell’ordine qui riportato. Per un’adeguata valutazione degli oneri socio-sanitari, sono stati inoltre riportati i costi di ciascun set: 18,35 € per S1; 74,15 € per S2; 159,70 € per S3; 167,40 € per S4 e 176,20 € per S5.

Un totale di 401 pazienti affetti da bronchiectasie è stato sottoposto allo screening immunologico; il 38,7% delle bronchiectasie valutate era di origine idiopatica. Il set diagnostico S3 ha permesso l’identificazione di un numero significativamente maggiore di pazienti con immunodeficienza trattabile rispetto ai set S2 e S1 (16,7% con S3 vs. 9,2% con S2 vs. 3,7% con S1; $P = 0,00001$). L’aggiunta della valutazione dei livelli di IgE (S4) e del test per l’HIV (S5) non ha migliorato l’individuazione di pazienti immunodepressi. Investigando le caratteristiche specifiche dei pazienti, non sono stati evidenziati tratti distintivi che potessero fare da indicatore per la diagnosi di immunodeficienza.

Il significato clinico del deficit delle sottoclassi di IgG, ossia quelle rilevate con S3, è tema di dibattito nella comunità scientifica. Questo tipo di carenza comporta un’ampia gamma di manifestazioni cliniche ed è associata a una maggiore suscettibilità alle infezioni batteriche sia nella popolazione generale che nei pazienti con bronchiectasie (4). Per convalidare le osservazioni riportate da questo studio, sono necessari ulteriori studi su coorti esterne di pazienti affetti da questa patologia.

Bibliografia

1. Lonni S, Chalmers JD, Goeminne PC, McDonnell MJ, Dimakou K, De Soyza A, et al. Etiology of Non-Cystic Fibrosis Bronchiectasis in Adults and Its Correlation to Disease Severity. *Ann Am Thorac Soc.* 2015 Dec;12(12):1764–70.
2. de Gracia J, Vendrell M, Alvarez A, Pallisa E, Rodrigo MJ, de la Rosa D, et al. Immunoglobulin therapy to control lung damage in patients with common variable immunodeficiency. *Int Immunopharmacol.* 2004 Jun;4(6):745–53.
3. Polverino E, Goeminne PC, McDonnell MJ, Aliberti S, Marshall SE, Loebinger MR, et al. European Respiratory Society guidelines for the management of adult bronchiectasis. *Eur Respir J.* 2017 Sep;50(3):1700629.
4. Khokar A, Gupta S. Clinical and Immunological Features of 78 Adult Patients with Primary Selective IgG Subclass Deficiencies. *Arch Immunol Ther Exp (Warsz).* 2019 Oct;67(5):325–34.

