

CARATTERISTICHE CLINICHE E PROGNOSE A BREVE TERMINE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA CON ASMA, BRONCHIETASIE E LORO SOVRAPPOSIZIONE: RISULTATI DEL REGISTRO ACURE

a cura della Redazione

Commento a: Lei J, Yang T, Liang C, Huang K, Wu S, Wang C. Comparison of Clinical Characteristics and Short-Term Prognoses Within Hospitalized Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients Comorbid With Asthma, Bronchiectasis, and Their Overlaps: Findings From the ACURE Registry. *Front Med (Lausanne)*. 2022 Feb 25;9:817048. doi: 10.3389/fmed.2022.817048. PMID: 35280888; PMCID: PMC8914031.

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una condizione polmonare caratterizzata da difficoltà respiratorie (come fiato corto e tosse) che può talvolta sfociare in danni irreversibili (1). Il frequente consumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per questa malattia (2). La BPCO può anche essere associata ad altre complicazioni: BPCO con asma (in combinazione, ACOS) e BPCO con bronchiectasia (in combinazione, BCO). La bronchiectasia è la dilatazione irreversibile di alcune porzioni dei bronchi. ACOS e BCO si presentano in forme cliniche distinte per livelli di eosinofili e neutrofili, reversibilità di alcuni sintomi e prognosi infausta (più comune nella BCO), ma entrambe possono sfociare in una forma esacerbata della malattia. ACOS e BCO possono coesistere in una forma definita dagli autori come ABCO, per un totale di quattro fenotipi clinici: ACOS, BCO, ABCO e BPCO senza asma o bronchiectasia.

Poiché non esiste un chiaro consenso riguardo alla definizione e alla prevalenza di ciascun fenotipo (3), lo studio di Lim e colleghi mira a standardizzare i criteri di studio per ottenere una risposta definitiva, in particolare all'interno della popolazione cinese. I dati sono stati recuperati dal registro nazionale ACURE (trial clinico numero NCT02657525). Per questo studio è stata scelta una popolazione adulta (>18 anni) con confermata o sospetta ospedalizzazione a causa della forma esacerbata di BPCO: 4.813 soggetti sono risultati eleggibili. I dati demografici dei partecipanti sono stati raccolti tramite un questionario, e test clinici oggettivi sono stati eseguiti per dividere i pazienti nei quattro fenotipi. Per valutare

la prognosi a breve termine, i pazienti sono stati riesaminati dopo 30 giorni. Questo studio ha rivelato differenze cliniche e demografiche tra varie forme di BPCO. Le forme ACOS, BCO e ABCO sono risultate essere rispettivamente il 7,02%, 10,22% e 1,31%. Dei pazienti senza asma né bronchiectasia (81,45%), 4 su 5 appartengono al genere maschile (79,90%) e quasi 3 su 4 sono fumatori (71,12%), spesso con una lunga storia di fumo (mediana: 32,45 anni, con scarto interquartile – o IQR – pari a 0,00-43,91). La mediana d'età dei pazienti di questo fenotipo (il meno sintomatico) è risultata essere di 70.15 anni (IQR: 64,37-76,82), più alta se confrontata a pazienti ABCO (i più sintomatici) la cui mediana corrisponde a 62,99 anni d'età (IQR: 55,93-69,48). Più frequentemente i pazienti ABCO e ACOS hanno riportato un passato di episodi allergici (rispettivamente 19,05% e 18,05% vs 11,18% e 10,89% di BCO e BPCO) ma solo quelli ACOS hanno mostrato un più alto livello di eosinofili e una migliore reversibilità polmonare. I pazienti BCO e BPCO hanno mostrato simile indice di massa corporea, con una mediana di 21,79 kg/m² (IQR: 19,47-23,97) e 21,79 kg/m² (IQR: 19,49-24,22), rispettivamente. Infine, non sono state evidenziate differenze riguardo a mortalità, ammissione e permanenza in terapia intensiva respiratoria o riammissione in ospedale per ragioni legati all'esacerbazione della malattia nei 30 giorni.

In conclusione, BPCO, ACOS, BCO e ABCO mostrano tratti clinici distinti ma simile prognosi a breve termine. Gli autori concludono che un'ulteriore convalida su un campione più ampio potrebbe essere legittima.

Bibliografia

1. Barnes PJ. Inflammatory mechanisms in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Allergy Clin Immunol*. 2016 Jul;138(1):16–27.
2. Barta M. COPD and tobacco smoke. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2005 Dec;63(4):213–25.
3. Poh TY, Mac Aogáin M, Chan AKW, Yip ACA, Yong VFL, Tiew PY, et al. Understanding COPD-overlap syndromes. *Expert Rev Respir Med*. 2017 Apr;11(4):285–98.

