

NOVITÀ NELLA TERAPIA DELLA BPCO: LE NUOVE LINEE GUIDA GOLD E IL RUOLO DELLA DOPPIA BRONCODILATAZIONE

Stefano Montanari

Dirigente Medico Pneumologo, ASL Latina Distretto 1

INTRODUZIONE

La BPCO rappresenta ad oggi un importante problema di sanità pubblica ed è una delle maggiori cause di mortalità e morbilità cronica a livello mondiale.

La Broncopneumopatia cronica ostruttiva è al momento la quarta causa di morte e diventerà la terza entro il 2020.

Oltre 3 milioni di persone sono decedute nel mondo per la BPCO nel 2012, ben il 6% di tutti i decessi.

Diventa necessaria, dunque, una strategia comune a livello globale che miri a fornire una revisione non condizionata delle evidenze attuali per la valutazione, la diagnosi e il trattamento dei pazienti in con Bpco in modo da supportare in maniera scientifica la pratica clinica.

Da questa esigenza condivisa, nascono le linee guida GOLD o *Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD*, di cui l'ultima versione del 2017.

DEFINIZIONE DI BPCO

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è definita come una comune malattia, prevenibile e trattabile, caratterizzata da persistenti sintomi respiratori e limitazione al flusso aereo, che è dovuta ad anomalie delle vie aeree e alveolari solitamente causate da una significativa esposizione a particelle nocive o gas.

Questa definizione innovativa, sottolinea come una caratteristica costante nei pazienti BPCO sia proprio la limitazione persistente al flusso aereo causata in parte dalle alterazioni a carico delle piccole vie aeree ed in parte dalla distruzione parenchimale, cambiamenti strutturali che causano l'infiammazione cronica.

Definizioni precedenti di BPCO hanno enfatizzato i termini "enfisema" e "bronchite cronica" che oggi non rientrano più nella definizione utilizzata nel presente documento GOLD.

L'enfisema infatti, è solo una delle alterazioni morfologiche presenti nel paziente BPCO e la bronchite cronica è presente solo in una minoranza di soggetti più anziani con maggiore consumo di tabacco o esposizione professionale.

DIAGNOSI

La diagnosi clinica di BPCO dovrebbe essere presa in considerazione in tutti i pazienti che presentano dispnea, tosse cronica o espettorazione e/o una storia di esposizione ai fattori di rischio per la malattia.

In questo contesto clinico per la diagnosi è richiesta la spirometria.

La spirometria, la valutazione dei sintomi e dei fattori di rischio sono i cardini per la diagnosi della BPCO (Figura 1).

Le Gold 2017, inoltre, nella diagnosi includono anche la valutazione del rischio di riacutizzazioni come peggioramento dei sintomi respiratori, proprio perché spesso accade che un peggioramento della limitazione al flusso aereo e quindi del sintomo si associa ad un aumento di prevalenza di riacutizzazioni, ricoveri e rischio di morte.

Nella diagnosi si deve, inoltre, includere la valutazione delle comorbilità che si sviluppano nei pazienti con limitazioni al flusso aereo di grado lieve, moderato e grave, influenzando mortalità e ricoveri ospedalieri.

TRATTAMENTO

Una volta effettuata la diagnosi di BPCO, un trattamento efficace dovrebbe basarsi su una valutazione personalizzata della malattia, con l'obiettivo di ridurre i sintomi ricorrenti e il rischio di riacutizzazione in futuro.

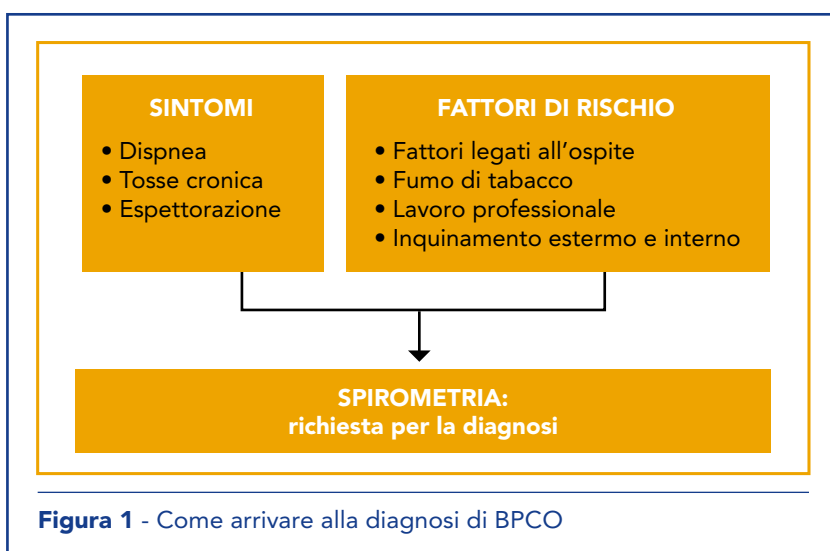


Figura 1 - Come arrivare alla diagnosi di BPCO



La cessazione del fumo è un intervento fondamentale in tutti i pazienti BPCO fumatori attivi.

È fondamentale, inoltre, che tutti i pazienti con BPCO capiscano la natura della malattia, i fattori di rischio per la progressione e quello che loro stessi e gli operatori sanitari devono fare per ottimizzare il trattamento della patologia e, conseguentemente, i risultati.

Ma veniamo al trattamento farmacologico nella BPCO stabile, che rappresenta la novità di queste linee guida 2017.

Nella figura 2, il nuovo algoritmo presentato dalle GOLD 2017

Nel gruppo A, con bassi sintomi e basso rischio di riacutizzazioni, dovrebbe essere offerta una terapia con broncodilatatori, basata sull'efficacia della terapia rispetto alla dispnea.

La terapia dovrebbe essere continuata se il paziente riscontra efficacia sui sintomi.

Precedentemente a questa classe di pazienti veniva raccomandato nelle GOLD 2016, un anticolinergico

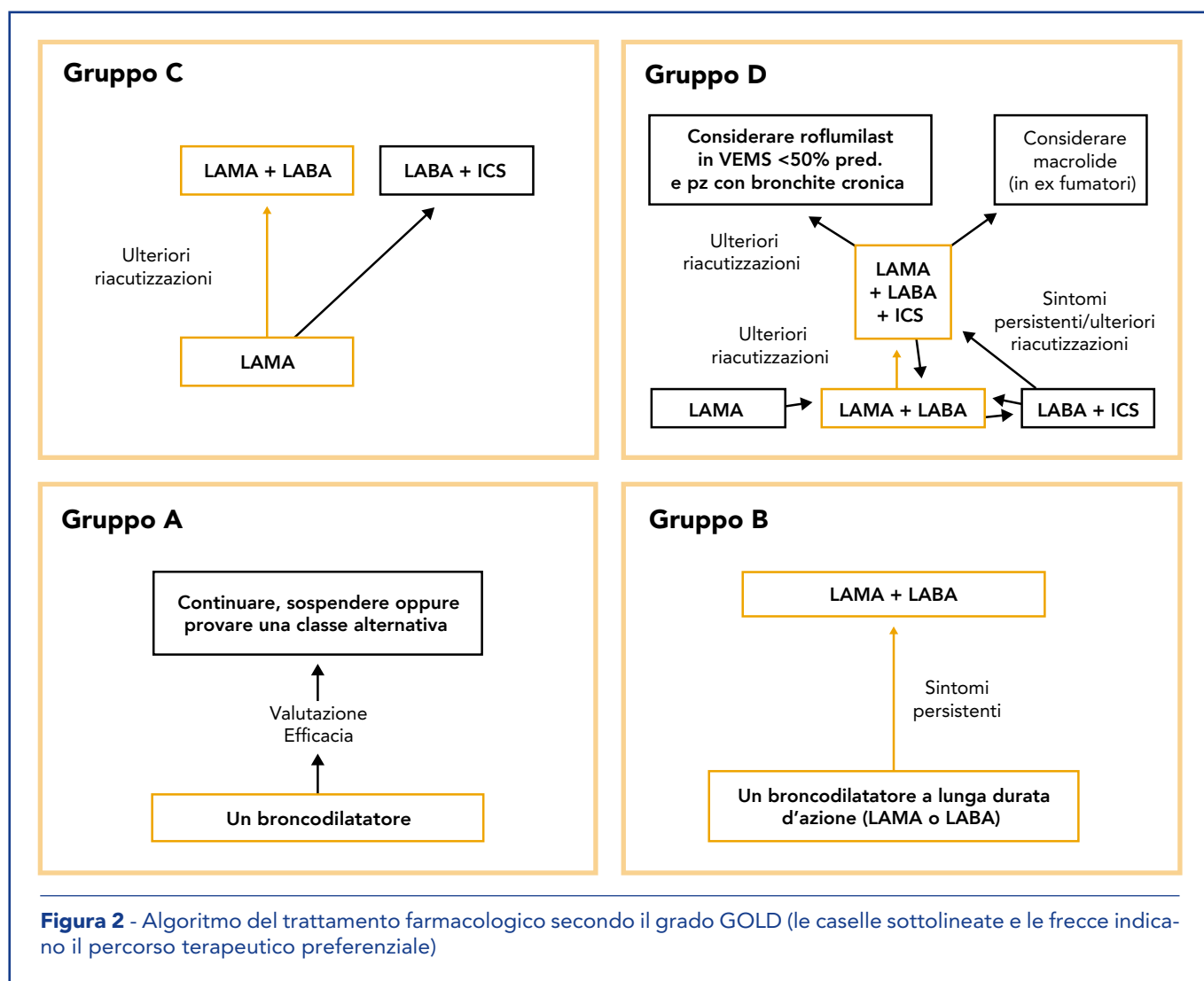
o un β_2 agonista a breve durata di azione, solo come seconda scelta un broncodilatatore a lunga durata di azione.

Nel gruppo B, con sintomi più importanti ma ancora poche riacutizzazioni, viene consigliato un broncodilatatore a lunga durata di azione o in alternativa l'accoppiata di due broncodilatatori con meccanismi di azione diversi in caso di sintomi persistenti.

Nella precedente versione delle gold, al gruppo B venivano consigliati anticolinergici e β_2 adrenergici a lunga solo in seconda istanza.

Queste nuove linee guida ci danno la possibilità di iniziare già con due broncodilatatori se i sintomi del nostro paziente sono importanti e influenzano la sua qualità di vita.

Nel gruppo C, con sintomi ancora non gravi ma a più rischio di riacutizzazione, la raccomandazione è di cominciare con un antimuscarinico a lunga durata di azione che ha dimostrato di essere più efficace nella prevenzione delle riacutizzazioni rispetto al β_2 agonista.



I pazienti con persistenti riacutizzazioni, possono beneficiare dell'aggiunta di un secondo broncodilatatore a lunga durata di azione o di una combinazione LABA/ICS.

È da preferire, però, la combinazione di due broncodilatatori, dal momento che i corticosteroidi inalatori aumentano in alcuni pazienti il rischio di sviluppare polmoniti.

Nel gruppo D, con *sintomi importanti e a rischio forte di riacutizzazioni*, si raccomanda di cominciare la terapia con la doppia broncodilatazione poiché la combinazione LAMA/LABA ha dimostrato risultati superiori ai singoli componenti e risultati superiori nel prevenire le riacutizzazioni rispetto alla combinazione LABA/ICS. Nei pazienti che presentano ulteriori riacutizzazioni, ci sono due percorsi possibili:

- aumentare la terapia, passando a LABA/LAMA/ICS
- cambiare la terapia passando ai LABA/ICS anche se non ci sono evidenze che dimostrino un miglioramento del numero di riacutizzazioni o della sintomatologia.

In pazienti che continuano a riacutizzare si può aggiungere Roflumilat o un macrolide.

CONCLUSIONI

La broncopneumopatia cronica ostruttiva è una malattia comune, trattabile con sintomi respiratori persistenti e limitazione al flusso aereo. La diagnosi di BPCO dovrebbe essere presa in considerazione in tutti i pazienti che presentano dispnea, tosse cronica ed espettorazione (SINTOMI) e/o una storia di esposizione a fattori di rischio per la malattia. La diagnosi si effettua sempre attraverso una spirometria e la verifica dei sintomi riferiti dal paziente. Il trattamento della BPCO parte sempre dalla cessazione del fumo e dal cambiamento dello stile di vita del paziente.

Il trattamento farmacologico nella BPCO stabile, mira invece alla risoluzione dei sintomi e alla riduzione dei rischi di riacutizzazioni.

Per fare questo, un ruolo centrale viene assunto dal broncodilatatore da solo o in combinazione che diventa sempre la prima scelta per il paziente, indipendentemente dalla stadiazione.

La triplice terapia LAMA/LABA/ICS o la terapia con LABA/ICS è una scelta secondaria in un paziente che nonostante la terapia di broncodilatazione continua a riacutizzare.

Bibliografia

Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. GOLD 2017

