

BPCO - LINEE GUIDA PER LE CURE PRIMARIE

La BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia complessa in ragione della sua fisiopatologia, dei suoi diversi fenotipi, della sua prevalenza e mortalità, delle sue frequenti comorbidità e delle numerose opzioni terapeutiche disponibili. La consapevolezza di tale complessità e della necessità di una gestione appropriata della malattia ha portato Istituzioni e Società Scientifiche a produrre numerose linee guida. Fra le più accreditate sia a livello internazionale che nazionale sono le Linee Guida GOLD (Global initiative for Obstructive Chronic Lung Diseases), cui questo documento si ispira.

Definizione

La BPCO, una frequente malattia prevenibile e trattabile, è caratterizzata da una persistente limitazione al flusso aereo (ostruzione bronchiale), che è solitamente evolutiva e associata ad una aumentata risposta infiammatoria cronica delle vie aeree e del polmone a particelle nocive o gas. Le riacutizzazioni e la presenza di comorbidità contribuiscono alla gravità complessiva nei singoli pazienti.

La BPCO è una delle principali e crescenti cause di morbidità e mortalità oltre che un importante costo economico e sociale a livello mondiale. L'inhalazione del fumo di tabacco in primo luogo, e/o di altri inquinanti causa infiammazione, fibrosi ed intrappolamento di aria a livello delle piccole vie aeree che può portare a distruzione del parenchima polmonare e quindi a progressiva, cronica, ostruzione bronchiale, con comparsa di dispnea e di altri sintomi.

Diagnosi

La diagnosi clinica di BPCO va sospettata in tutti i pazienti che presentino da lungo tempo dispnea tosse e/o espettorazione, e/o una storia di esposizione ai fattori di rischio per la malattia; per la diagnosi di certezza è indispensabile eseguire la spirometria.

La spirometria è inoltre fondamentale per la diagnosi precoce perchè i primi segni di ostruzione bronchiale non sono evidenti all'esame obiettivo. La presenza di un rapporto VEMS/CVF < 0,70 post-broncodilatatore short-acting (SABA) conferma la presenza di una persistente ostruzione bronchiale e quindi di BPCO.



L'asma bronchiale, lo scompenso cardiaco congestizio, le bronchiectasie, la tubercolosi e la bronchiolite entrano in diagnosi differenziale con la BPCO.

Valutazione di gravità della BPCO

Oltre alla diagnosi della BPCO è importante determinarne la gravità, la sua influenza sulla qualità di vita del paziente e il rischio di eventi futuri (come le riacutizzazioni, i ricoveri ospedalieri e la morte) cosa che condizionerà le scelte complessive di un eventuale trattamento. Per raggiungere questi obiettivi vanno considerati singolarmente i seguenti aspetti:

- entità dei sintomi
- gravità spirometrica
- rischio di riacutizzazioni
- presenza di comorbidità

Entità dei sintomi

Va valutata utilizzando appositi questionari validati quali, in primo luogo, il COPD Assessment Test (CAT), che fornisce una valutazione più ampia dell'influenza della BPCO sulla vita quotidiana e sul benessere del paziente, oppure il modified (British) Medical Research Council (mMRC) Dyspnea Scale, che valuta solamente la disabilità dovuta alla dispnea e predice il rischio futuro di mortalità.

Gravità spirometrica

La Figura mostra la classificazione spirometrica di gravità della ostruzione bronchiale nella BPCO (sec. GOLD), basata sul valore del VEMS (o FEV₁) in percentuale rispetto al valore teorico, misurato dopo la somministrazione di un broncodilatatore short-acting (SABA).

Il peggioramento della limitazione del flusso aereo aumenta il rischio futuro di riacutizzazione, ricovero ospedaliero e morte.

In pazienti con VEMS/CVF < 0.70 dopo broncodilatatore

VEMS > 80% del teorico	GOLD 1: Lieve
50% < VEMS < 80% del teorico	GOLD 2: Moderata
30% < VEMS < 50% del teorico	GOLD 3: Grave
VEMS < 30% del teorico	GOLD 4: Molto Grave

Rischio di riacutizzazioni

Per riacutizzazione della BPCO si intende un evento caratterizzato dal peggioramento acuto dei sintomi respiratori rispetto alla variabilità quotidiana nota al paziente, che richiede una variazione del trattamento farmacologico. Le riacutizzazioni, generalmente innescate da infezioni virali delle vie aeree, ma anche dall'inquinamento atmosferico, hanno un'influenza negativa diretta sulla qualità di vita del paziente e sulla rapidità del declino della sua funzione respiratoria, e pertanto sulla sua sopravvivenza.

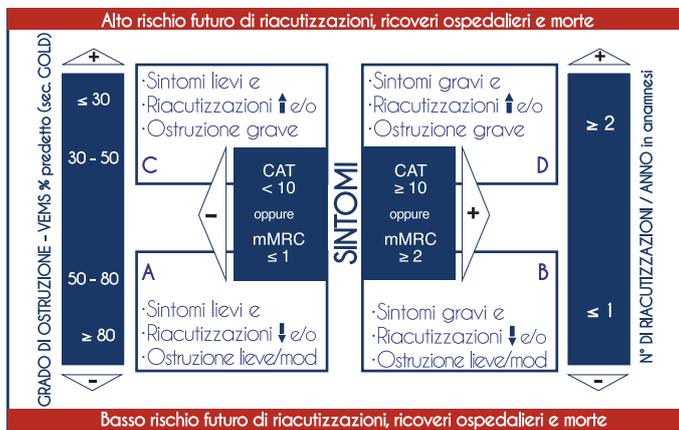
Più del grado di ostruzione, il miglior predittore del rischio di riacutizzazioni future è un'anamnesi di frequenti riacutizzazioni. In diagnosi differenziale con le riacutizzazioni della BPCO vanno: polmoniti, embolia polmonare, scompenso cardiaco, aritmie cardiache, PNX, versamenti pleurici.

Presenza di comorbidità

Poichè la BPCO spesso si sviluppa in soggetti di mezza età fumatori di lunga data, i pazienti frequentemente presentano una varietà di altre malattie correlate al fumo o all'invecchiamento. La BPCO di per sé favorisce effetti sistemici tra cui la perdita di peso e la disfunzione del muscolo scheletrico, ma frequentemente si associa anche a malattie cardiovascolari, sindrome metabolica, diabete mellito, gravi infezioni, osteoporosi, ansia, depressione e tumore polmonare. Le comorbidità influenzano negativamente la prognosi della malattia e aumentano il rischio di ricovero; pertanto vanno sempre ricercate e se presenti, adeguatamente trattate.

Classificazione combinata della BPCO e "Rischio Futuro"

Classificare periodicamente, anche in autonomia, il singolo paziente con BPCO è importantissimo perchè consente di: 1) inquadrare il grado di avanzamento del suo stato di malattia rispetto alla storia naturale della malattia stessa; 2) valutare il suo maggiore o minore rischio di andare incontro nel futuro ad eventi (riacutizzazioni) che possano accelerare l'evoluzione della malattia verso la morte; 3) scegliere il trattamento più appropriato. La classificazione si ottiene valutando in modo combinato nell'ordine: i sintomi, la frequenza delle riacutizzazioni e/o il grado di ostruzione bronchiale (N.B. qualora esista una discrepanza tra frequenza di riacutizzazioni e grado di ostruzione, va utilizzato il parametro più alto fra i due). Qui di seguito una guida grafica alla classificazione.



La classificazione viene ulteriormente semplificata nello schema seguente. Utilizzando i criteri su indicati si possono individuare 4 Gruppi di pazienti:

SINTOMI	RIACUTIZZ. PER ANNO	CLASSIF. SPIROM.	PAZIENTE GRUPPO	RISCHIO FUTURO
LIEVI CAT < 10 o mMRC ≤ 1	≤ 1	GOLD 1-2	A	BASSO
GRAVI CAT ≥ 10 o mMRC ≥ 2	≤ 1	GOLD 1-2	B	BASSO
LIEVI CAT < 10 o mMRC ≤ 1	≥ 2	GOLD 3-4	C	ALTO
GRAVI CAT ≥ 10 o mMRC ≥ 2	≥ 2	GOLD 3-4	D	ALTO

Treatmento della BPCO stabile

La terapia farmacologica, pur non potendo ridurre il declino funzionale della BPCO, può però ridurre i sintomi, la frequenza e la gravità delle riacutizzazioni, e migliorare lo stato di salute e la tolleranza allo sforzo. Le opzioni terapeutiche sono sintetizzate nella tabella seguente.

GRUPPO	PRIMA SCELTA RACCOMANDATA	SCELTA ALTERNATIVA	ALTRI POSSIBILI TRATTAMENTI *
A	SABA al bisogno o SAMA al bisogno	LABA o LAMA o SABA + SAMA	Teofillina
B	LABA o LAMA	LABA + LAMA	SABA; SAMA; SABA+SAMA; Teofillina
C	ICS + LABA o LAMA	LABA + LAMA o LABA + inib PDE ₄ o LAMA + inib PDE ₄	SABA; SAMA; SABA+SAMA; Teofillina
D	ICS + LABA o LAMA o ICS + LABA + LAMA	ICS + LABA + inib PDE ₄ o LAMA + LABA o LAMA + inib PDE ₄	Carbocisteina; SABA; SAMA; SABA+SAMA; Teofillina

- i farmaci sono indicati in ordine alfabetico e non in ordine di preferenza
- le associazioni precostituite (stesso inalatore) migliorano l'adesione alla terapia
- nel caso di più opzioni, considerare le eventuali controindicazioni ai farmaci
- in caso di indisponibilità o alto costo delle scelte raccomandate o alternative (*)

Smettere di fumare, utilizzando metodi comportamentali, la terapia farmacologica e/o la terapia sostitutiva a base di nicotina, è l'unico modo per modificare la storia naturale della malattia. Il trattamento della BPCO prevede anche la prescrizione di programmi di riabilitazione, dell'attività fisica, di una corretta alimentazione e della vaccinazione antinfluenzale stagionale ed antipneumococcica quinquennale.

GRUPPO	ESSENZIALE	RACCOMANDATO	SECONDO LE LINEE GUIDA LOCALI
A	Cessazione del fumo di sigaretta	Attività fisica	Vaccinazione antinfluenzale Vaccinazione antipneumococcica
B	Cessazione del fumo di sigaretta	Attività fisica	Vaccinazione antinfluenzale
C	Riabilitazione respiratoria		Vaccinazione antipneumococcica

Altri possibili trattamenti sono l'ossigenoterapia a lungo termine (OLT, > 15h/die) in caso di grave ipossiemia (O₂Sat ≤ 88%), da combinare con la ventilazione non-invasiva (VNI) ove si associ ipercapnia; la chirurgia della BPCO (riduzione di volume, trapianto) va riservata a pazienti selezionati.

Treatmento delle riacutizzazioni

L'obiettivo del trattamento è minimizzare l'impatto della riacutizzazione in atto. La gravità della riacutizzazione non può essere stimata con la spirometria ma piuttosto con l'anamnesi, i segni clinici ed alcuni esami; fra questi ultimi (Rx torace, ECG, esami di laboratorio, ...) la pulsossimetria è quello che fornisce più rapide informazioni particolarmente nei pazienti dei gruppi C e D. Le tre classi di farmaci più comunemente usate sono i broncodilatatori (SABA e/o SAMA), i corticosteroidi orali (30-40 mg di prednisolone/die per 10-14 gg) e gli antibiotici (in caso di espettorato purulento e/o pazienti in ventilazione meccanica, per 5-10 gg); in seconda linea, teofillina o aminofillina e.v.. In caso di ipossiemia, supplementare con O₂ per portare la saturazione a 88-92%. Considerare il ricovero sulla base delle condizioni cliniche generali e del supporto domiciliare.

Device

Per "device" si intendono gli apparecchi in grado di erogare i farmaci inalatori; sono fondamentali perché la via inalatoria è di primaria importanza nella terapia della BPCO. Sono disponibili 4 categorie di device: pMDI (nubecola mobilizzata da propellente), DPI (polvere secca mobilizzata dall'inspirazione del paziente), SOFT MIST (nubecola mobilizzata meccanicamente), nebulizzatori tradizionali. Presentano alcune differenze fra loro (coordinazione, flussi inspiratori, ...) per cui è necessario adeguare la scelta al paziente, che va regolarmente addestrato al corretto utilizzo.

Follow up, Monitoraggio e Rivalutazione della terapia

Le visite di controllo sono essenziali nella BPCO perché la malattia può peggiorare nel tempo nonostante le migliori cure. È pertanto necessario monitorare il paziente per: funzione respiratoria (spirometria annuale), qualità di vita (CAT 3-4 volte/anno), necessità di informazione sulla malattia (questionario LINQ, www.linq.org.uk) ed inoltre su sintomi, abitudine tabagica, corretto uso dei device, aderenza alla terapia e comorbidità, ad ogni visita, meglio se programmata. La terapia va modificata all'occorrenza.

Cure palliative nella BPCO

I pazienti con malattia molto avanzata non suscettibile di ulteriori cure, vanno identificati ed avviati ad un programma di cure palliative alla stregua di altre malattie in fase terminale (es. neoplasie maligne).

Farmaci inalatori per la BPCO in commercio in Italia (ATC R03)	
Beta2-agonisti a breve durata d'azione (SABA)	
Salbutamolo 4/6 h	Terbutalina 4/6 h
Beta2-agonisti a lunga durata d'azione (LABA)	
Formoterolo 12 h	Indacaterolo 24 h
Salmeterolo 12 h	
Anticolinergici a breve durata d'azione (SAMA)	
Ipratropio 6/8 h	Oxitropio 7/9 h
Anticolinergici a lunga durata d'azione (LAMA)	
Aclidinio 12 h	Glicopirronio 24 h
Tiotropio 24 h	
Combinazione SABA+SAMA (stesso inalatore)	
Fenoterolo + Ipratropio 6/8 h	Salbutamolo + Ipratropio 6/8 h
Steroidi inalatori (ICS)	
Budemetasone	Budesonide
Flunisolide	Fluticasone
Combinazione ICS+SABA (stesso inalatore)	
Flunisolide + Salbutamolo	
Combinazione ICS+LABA (stesso inalatore)	
Budesonide + Formoterolo	Fluticasone + Salmeterolo

OTTOBRE 2013

Autori: Dr. Antonio Infantino, Dr. Franco Carnesalli, Dr. Angelo Naddeo (Area Respiratoria SIICP) **Revisione:** Prof. Lorenzo Corbetta (Coordinatore Nazionale GOLD)

Bibliografia:

- Vestbo J, Hurd SS, Agusti AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, Barnes PJ, Fabbri LM, Martinez FJ, Nishimura M, Stockley RA, Sin DD, Rodriguez Roisin R. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med.* 2012 Aug 9. [Epub ahead of print]
- GOLD Revisione 2013, traduzione italiana da www.goldcopd.it (estratto a scopo divulgativo)

Responsabile Scientifico linea editoriale Desktop Helper SIICP: Dr. Antonio Infantino
Editore: Clab Editore - Communication Laboratory S.r.l. / Provider Nazionale ECM n. 1127

Progetto formativo per la implementazione delle linee guida sulla BPCO nelle Cure Primarie a cura della SIICP - Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie / www.sii cp.it con il patrocinio LIBRA - Linee guida Italiane BPCO, Rinite e Asma / www.new.progettolibra.it