

Bpco: linee guida basate sull'evidenza

La riacutizzazione della broncopatia cronica ostruttiva (BPCO) rappresenta un problema medico molto diffuso con mortalità, ricoveri ospedalieri e costi assai elevati in tutto il mondo.

Facendo seguito ad una puntuale rassegna pubblicata sullo stesso numero degli *Annals of Internal Medicine*, gli Autori ⁽¹⁾ tracciano le linee-guida basate sull'evidenza per la diagnosi, la prognosi ed il trattamento di questa patologia.

Si parla di riacutizzazione di BPCO quando siano presenti tre aspetti clinici: peggioramento della dispnea, aumento della purulenza dell'espettorato, aumento del volume dell'espettorato.

Viene suggerita una classificazione di gravità che si esprime come *grave* se sono presenti tutti i tre sintomi, *media* se ne sono presenti due, *lieve* se ne è presente uno solo, oltre ad almeno uno dei seguenti: infezione respiratoria negli ultimi cinque giorni, febbre senza altra causa apparente, aumento della tosse, aumento del 20% della frequenza respiratoria o cardiaca rispetto ai valori abituali, aumento del respiro aspro o sibilante.

Risultati

Parametri prognostici: i pazienti con basso FEV₁, bassa pO₂, alta pCO₂ e che assumono alte dosi di

broncodilatatori sono coloro che più facilmente vanno incontro a recidive nei 15 giorni successivi alla remissione dei sintomi; costituiscono indice prognostico di mortalità a sei mesi un basso BMI, l'età avanzata, l'anamnesi di scompenso cardiaco congestizio, bassa albumina serica, presenza di cuore polmonare, un punteggio APACHE pari a III, un basso rapporto tra pO₂ e frazione di ossigeno inspirato, ma non esistono a tutt'oggi metodi per identificare pazienti a sicuro alto rischio (>90%) di mortalità a sei mesi.

Test diagnostici: i lavori considerati affermano che nel 23,5% dei pazienti con riacutizzazione di BPCO si verifica una modificazione del trattamento a causa del risultato della radiografia del torace, per lo più per la comparsa di nuovi infiltrati; non è dimostrato in alcun modo che l'esecuzione del FEV₁ sia un indice attendibile circa il monitoraggio dell'andamento della malattia: riguardo alla valutazione degli esiti, sono più pertinenti le modificazioni dei parametri clinici di definizione della gravità clinica (dispnea e espettorato).

Terapia: i *beta2-stimolanti a breve durata d'azione e i broncodilatatori anticolinergici* sono parimenti efficaci per cui si consiglia di usare farmaci come l'ipatropio perché gravati da meno reazioni avverse. Non sono assolutamente indicati *gli steroidi per via inalatoria*, mentre hanno ottenuto buoni dati di efficacia *gli steroidi per via sistemica* per un periodo massimo di 14 giorni, da iniziare con dosaggi sostenuti (125 mg di metil-prednisolone ogni 6 ore per i primi 3 giorni, con una rapida diminuzione graduale per es. 60 mg di prednisone al 4° giorno, fino ad arrivare a 20 mg/die di prednisone al 14° giorno).

Terapia antibiotica: vi è evidenza dell'efficacia di amoxicillina, doxiciclina e cotrimossazolo, ma gli Autori suggeriscono un maggior uso di antibiotici a largo spettro a causa dell'emergenza di ceppi resistenti dei germi più frequentemente implicati, anche se non vi sono trial del tutto convincenti al riguardo.

Ossigeno-terapia: si è dimostrata molto utile, anche se qualche cautela va usata per i pazienti ipossiemi-

BPCO, tra difficoltà ed incertezze

Quello della gestione della BPCO in medicina generale è un tema che sta suscitando un sempre più ampio interesse, anche perché la grande rilevanza della patologia si accompagna ancora a molti interrogativi e incertezze. La recente pubblicazione delle linee guida GOLD, pur contribuendo a metterne a fuoco aspetti importanti, non ha risolto tutti i problemi correlati alla BPCO. Ad esempio, come già pubblicato da questa rivista nella rubrica "Opinioni a Confronto", esistono ancora divergenze sull'uso degli steroidi inalatori, così come opinioni diverse si registrano circa la definizione degli elementi clinici su cui basare la diagnosi di riacutizzazione e definirne con precisione un determinato stadio di gravità. Evidentemente, così come la stadiazione della BPCO in fase stabile consente di applicare uno schema terapeutico progressivamente più aggressivo, proporzionale alla gravità, sarebbe altrettanto comodo poter fare così anche per il trattamento della riacutizzazione. I tentativi di classificazione dello stadio di gravità della riacutizzazione di BPCO sono pertanto di grande interesse per il medico generale, sia per il momento della gestione domiciliare, sia per formulare la decisione del ricovero ospedaliero. Anche la decisione terapeutica continua a rappresentare un problema difficilmente standardizzabile, se non altro per il fatto che le cause della riacutizzazione di BPCO restano, sia nella gestione domiciliare che in quella ospedaliera, in buona misura plurifattoriali e spesso sconosciute.

Germano Bettoncelli

Responsabile Area pneumologica, SIMG

ci per la prevedibile insorgenza di ipercapnia, mentre si è dimostrata estremamente utile *la ventilazione a pressione positiva non invasiva*. Inutili i mucolitici e la fisioterapia.

Hanno invece un cattivo rapporto efficacia/sicurezza le metilxantine.

Conclusioni

Il lavoro di rassegna si chiude rammentando la necessità di condurre ulteriori studi al fine di superare i molti dubbi ancora presenti nella gestione di tale patologia.

⁽¹⁾ **FONTE:** Snow V. and coll. Evidence base for management of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med* 2001; 134; 595-599.

