

## Criteria pratici per la gestione del paziente BPCO in Medicina Generale

**Coordinamento: Germano Bettoncelli**

**Mario Berardi, Mauro Calzolari, Bruno Franco Novelletto, Federico Franzoso, Giovanni Invernizzi, Italo Paolini, Nicolò Seminara, Patrizio Soverina, Marzio Uberti, Maria Teresa Zedda**

Gruppo di lavoro SIMG Area Pneumologica

### Introduzione

Questi modelli per la gestione della BPCO e dell'asma bronchiale in Medicina Generale fanno riferimento alle abituali modalità di presentazione di questi problemi clinici nella pratica ambulatoriale e considerano come essi possano essere realisticamente affrontati sulla base delle risorse di cui il medico comunemente dispone.

Si avvalgono del metodo di *Analisi Diagnostica a Quattro Quadranti (4Q)* sviluppato dalla SIMG per la gestione delle malattie croniche.

### Scenario n. 1 – Area Nascosta: paziente con diagnosi nota di BPCO, asintomatico

#### Obiettivi

- Verificare lo stato di effettiva stabilità della malattia.
- Consiglio sul fumo, eventuale invio ad un centro antifumo.
- Controllare la *compliance* al trattamento (verifica regolarità delle prescrizioni in archivio).
- Richiamare interventi di profilassi (influenza).

#### Diagnosi

- Variazione eventuale dei sintomi rispetto all'ultimo controllo:
  - andamento della tosse;
  - andamento/variazioni quali-quantitative espettorato;
  - andamento della dispnea.

- Episodi di esacerbazione o necessità di variazione o aumento nell'uso dei farmaci, accessi PS ...
- Verifica abitudine tabagica.
- Impatto della malattia sulla vita quotidiana del paziente (condizionamenti, rinunce, ecc.) per ridurre il gap tra percezione del medico e vissuto del paziente.

#### Terapia

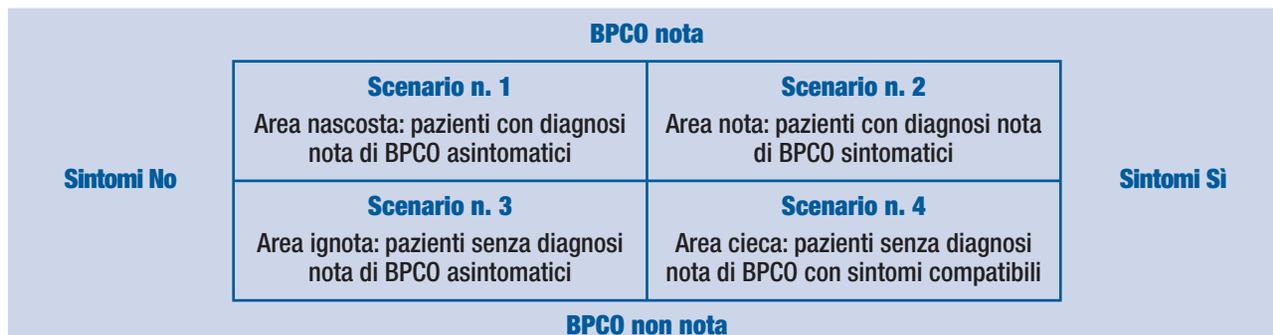
- Se non in terapia verificare che effettivamente non ne necessiti. Eventuale intervento educativo (peso, attività fisica ...).
- Se in terapia verificare livello della stessa rispetto allo stadio di gravità. Verifica regolarità assunzione e corretto utilizzo *devices*. Controllo eventuali ADR.
- Ricordare richiami vaccinali.
- Consiglio sul fumo.

Valutare condizioni per invio fisioterapia riabilitativa.

### Scenario n. 2 – Area Nota: paziente con diagnosi nota di BPCO, sintomatico

#### Obiettivi

- Verificare la diagnosi, ricontrollare lo stadio di gravità, distinguere un peggioramento della malattia (2a) da un episodio di esacerbazione (2b).
- Re-impostare il trattamento in base all'attuale diagnosi.



**Figura 1.**

Analisi Diagnostica a Quattro Quadranti (4Q) applicata alla BPCO in Medicina Generale.

- Consiglio sul fumo.
- Rivedere il piano di cura complessivo.

**2a) Quadro di peggioramento come progressiva evoluzione naturale della malattia**

**Diagnosi**

- Valutare intensità della dispnea (Scala MRC), della tosse dell'espettorazione (caratteristiche quali/quantitative espettorato), saturimetria, condizioni generali del paziente (risorse assistenziali: famiglia, tipologia abitativa ...), comorbidità.
- Valutare segni di impegno cardiaco.
- Escludere altre possibili cause (Rx torace).
- Se sospettato aggravamento dello stadio e se non eseguita recentemente, richiesta spirometria/consulenza specialistica.

**Terapia**

Adeguarla in relazione alle esigenze del paziente.

- Consiglio sul fumo, eventuale invio ad un centro antifumo.
- Valutare condizioni per invio fisioterapia riabilitativa.
- Valutazione dei risultati della terapia secondo metodi standardizzati e ripetibili.

**2b) Quadro di peggioramento come riacutizzazione della malattia**

**Diagnosi**

- Orientarsi ad una riacutizzazione quando il peggioramento della sintomatologia (tosse, catarro, dispnea) comporta una modifica della terapia (definizione GOLD). Per il medico di medicina generale (MMG) non facile distinguere l'aggravamento dalla riacutizzazione. Possibile criterio basato su rapidità d'insorgenza.
- Ricercare possibili cause della riacutizzazione (fino al 40% virali).
- Valutazione entità peggioramento dispnea, tosse e catarro.
- Considerare presenza di febbre, impegno cardiovascolare.
- Valutazione modifica obiettività polmonare.
- Rx torace per escludere addensamenti polmonari.
- No indagini microbiologiche in prima battuta.

**Terapia**

La prima decisione da prendere al letto del paziente è se questi necessita o meno di ricovero ospedaliero.

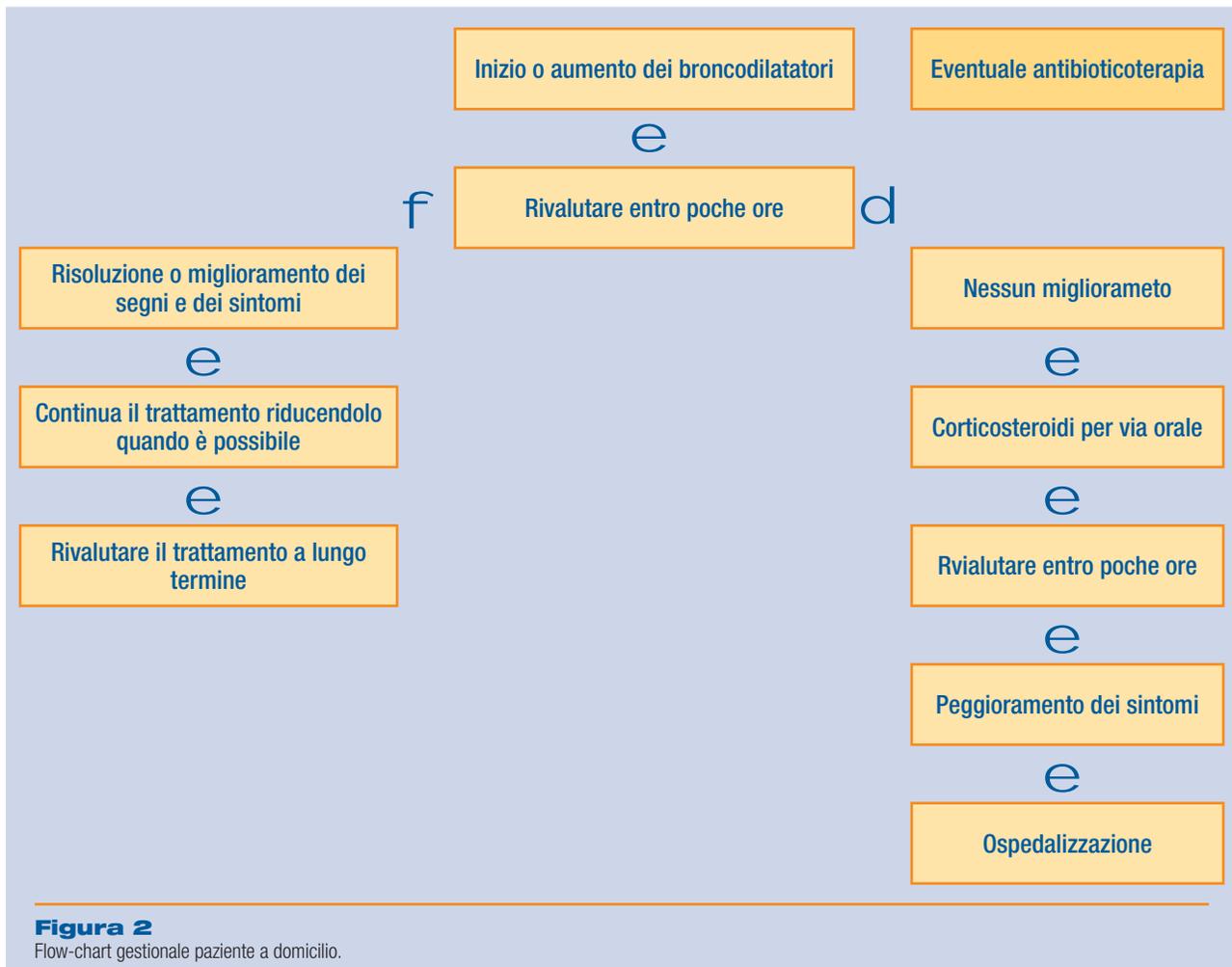
**Criteri per la richiesta di valutazione specialistica o di ospedalizzazione**

- Marcato aumento dell'intensità dei sintomi come ad esempio, comparsa della dispnea a riposo.
- Riacutizzazione nel paziente classificato come BPCO grave.
- Comparsa di nuovi segni obiettivi (cianosi, edemi periferici).
- Mancata risposta al trattamento od impossibilità di rivalutazione.
- Presenza di importanti patologie concomitanti.
- Aritmie di nuova insorgenza.
- Dubbio diagnostico.
- Età avanzata.
- Comparsa di disturbo del sensorio.
- Non autosufficienza e/o mancato supporto familiare.
- Saturimetria < 92%.

**Da ricordare**

- Le riacutizzazioni sono più frequenti nei pazienti con BPCO più grave, ripetute riacutizzazioni peggiorano la gravità della malattia di base.
- I broncodilatatori a rapida insorgenza d'azione somministrati per via inalatoria (beta2-agonisti e/o anticolinergici), ed i glucocorticoidi sistemici, preferibilmente quelli orali, sono i farmaci di scelta per il trattamento domiciliare delle riacutizzazioni della BPCO (ev. A).
- Adattare le modalità di somministrazione alle caratteristiche del paziente.
- I pazienti che presentano riacutizzazioni con segni clinici di infezione bronchiale (cioè aumento del volume e viraggio di colore dell'escreato e/o febbre) possono trarre beneficio da una terapia antibiotica (B).
- La scelta dell'antibiotico da utilizzare deve tener conto delle resistenze batteriche presenti a livello locale.

TABELLA I Terapia della BPCO in base allo stadio.			
I: lieve	II: moderato	III: grave	IV: molto grave
<ul style="list-style-type: none"> <li>• VEMS/CVF &lt; 0,7</li> <li>• VEMS ≥ 80% del predetto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VEMS/CVF &lt; 0,7</li> <li>• 50% ≤ VEMS &lt; 80% del predetto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VEMS/CVF &lt; 0,7</li> <li>• 30% ≤ VEMS &lt; 50% del predetto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VEMS/CVF &lt; 0,7</li> <li>• VEMS &lt; 30% del predetto o</li> <li>• VEMS &lt; 50% del predetto più insufficienza respiratoria cronica</li> </ul>
Riduzione attiva dei fattori di rischio; vaccinazione antinfluenzale, vaccinazione antipneumococcica Aggiungere broncodilatatori a breve durata d'azione (quando necessario)			
Aggiungere un trattamento regolare con broncodilatatori a lunga durata d'azione (quando necessario); aggiungere riabilitazione		Aggiungere glucocorticosteroidi inalatori in caso di ripetute riacutizzazioni	
			Aggiungere ossigeno-terapia a lungo termine in caso di insufficienza respiratoria Prendere in considerazione la terapia chirurgica



**Figura 2**  
Flow-chart gestionale paziente a domicilio.

### Scenario n. 3 – Area Ignota: paziente asintomatico senza diagnosi nota di BPCO

#### Obiettivi

- Verificare l'esistenza di condizioni di rischio.
- Consiglio sul fumo, eventuale invio ad un centro antifumo.
- Verificare la prevalenza di BPCO nella popolazione dei propri pazienti.
- Ricordare interventi di prevenzione.

#### Ricerca fattori di rischio con domande specifiche relative a:

- fattori ambientali;
- fattori individuali.

### Scenario n. 4 – Area cieca: paziente senza diagnosi nota di BPCO, con sintomi compatibili

#### Obiettivi

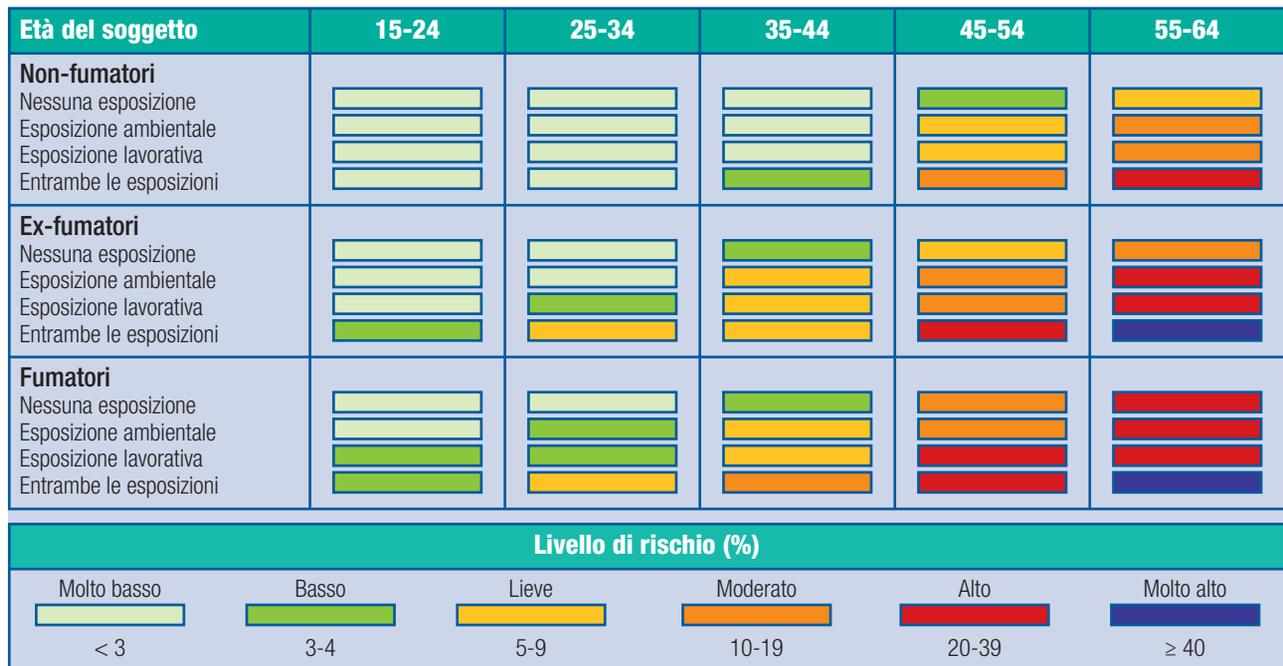
- Confermare/escludere un sospetto diagnostico.
- Prescrivere se necessario un trattamento immediato.
- Consiglio sul fumo.
- Impostare un piano di gestione sul medio-lungo periodo.

#### Diagnosi

Elementi per individuare precocemente i soggetti con BPCO:

- presenza di fattori di rischio:
  - fumo (*Pack years*), esposizioni lavorative, inquinamento indoor ed outdoor;
  - età;
  - patologie polmonari infettive anamnestiche.
- Sintomi compatibili:
  - dispnea (misura con Scala MRC), tosse, espettorato;
  - saturimetria.
- Possibili diagnosi alternative.

Scala dispnea MRC (Medical Research Council)	
Stadio	Sintomi
I – lieve	Dispnea durante il cammino a passo svelto in leggera salita (MRC 2)
II – moderato	Dispnea che costringe il paziente a fermarsi durante il cammino sul piano, dopo 100 m (MRC 3-4)
III – grave	Dispnea che non consente al paziente di uscire di casa, vestirsi e svestirsi (MRC 5) e/o segni clinici di scompenso cardiaco destro



**Figura 3**  
Utilizzo carte dell'ISS per stima del rischio BPCO.

Impostare fin dal primo momento l'iter diagnostico:

- spirometria con test di reversibilità (*invio dallo specialista per indagine funzionale*);
- stadiare la gravità (GOLD) in termini di limitazione del flusso, ma se possibile anche dal punto di vista prognostico (BODE).

Stadiazione GOLD	
Stadio	Caratteristiche
I – lieve	VEMS/CVF < 0,7; VEMS ≥ 80% del teorico
II – moderata	VEMS/CVF < 0,7; 50% ≤ VEMS < 80%
III – grave	VEMS/CVF < 0,7; 30% ≤ VEMS < 50%
IV – molto grave	VEMS/CVF < 0,7; VEMS < 30% del teorico o VEMS < 50% del teorico in presenza di insufficienza respiratoria (PaO <sub>2</sub> < 60 mmHg).

Variabili	Punteggio nel "BODE index"			
	0	1	2	3
VEMS (% teorico)	≥ 65	50-64	36-49	≤ 35
Distanza percorsa in 6 min (m)	≤ 350	250-349	150-249	≤ 149
Grado di dispnea (MMRC)**	0-1	2	3	4
Body-mass index	> 21	≤ 21		

\* Celli, et al. N Engl J Med 2005;350:1005-12; \*\* Medical Research Council (mod.).

**Esami aggiuntivi (inviando il paziente dallo specialista):**

- radiografia del torace (per diagnosi differenziale);
- ECG ed ecocardiogramma (se insufficienza respiratoria, nel sospetto di cuore polmonare, ipertensione polmonare);

- emogasanalisi (per diagnosticare l'insufficienza respiratoria e/o l'ipercapnia);
- indagine funzionale completa in casi dubbi di diagnosi differenziale.

**Terapia (in assenza di diagnosi definitiva)**

- Trattare il paziente se sintomatico:
  - broncodilatatori inalatori;
  - informare il paziente.
- Rivalutare a breve il paziente per giudicare gli effetti del trattamento iniziato.
- Rivedere il paziente dopo completamento diagnostico per impostazione terapia definitiva.
- Consiglio sul fumo, eventuale invio ad un centro antifumo
- Valutare condizioni per invio fisioterapia riabilitativa.

**Da ricordare**

- Prevalenza, incidenza, morbilità e mortalità sono in aumento.
- La BPCO si manifesta di solito dopo i 40 anni ma può esordire anche in soggetti più giovani. La prevalenza aumenta con l'età.
- L'obiettività non è patognomonica.
- Non tutti i pazienti fumatori sviluppano una BPCO, alcuni pazienti BPCO non hanno mai fumato.
- La perdita di funzionalità respiratoria può precedere la comparsa dei sintomi.
- Dopo la prima diagnosi consigliabile un controllo a tempi più o meno ravvicinati in base alla gravità.

Una volta ottenuta la conferma diagnostica di BPCO si passa all'impostazione del trattamento medico (vedi scenario 2 a pagina seguente: paziente sintomatico con diagnosi nota di asma).