Asma lieve: quale trattamento?

Data 16 marzo 2008
Categoria pneumologia

Due studi pubblicati dal NEJM hanno valutato quali possano essere le strategie di trattamento dell'asma lieve.

In un primo studio 500 pazienti affetti da asma lieve sono stati randomizzati ad uno dei seguenti trattamenti: fluticasone 100 µg due volte al giorno, fluticasone/salmeterolo 100/50 µg una volta alla sera oppure montelukast una volta al giorno per via orale. L'end-point primario era il fallimento della terapia (un outcome composto che includeva esiti di tipo clinico e spirometrico). A 16 settimane questo end-point si verificò nel 20% dei pazienti trattati con terapia inalatoria e nel 30% di quelli trattati con montelukast. La differenza era statisticamente significativa ma risultava dovuta essenzialmente ad outcomes di tipo spirometrico mentre non vi erano differenze tra i tre gruppi per quanto riguarda il ricorso a cure urgenti per crisi asmatiche o l'uso di steroidi per via sistemica.
In un secondo studio sono stati arruolati 455 pazienti con asma lieve randomizzati ad uno dei seguenti trattamenti: beclometasone 250 µg due volte al giorno + salmeterolo al bisogno, beclometasone + salbutamolo due volte al giorno + salbutamolo al bisogno, beclometasone + salbutamolo solo al bisogno, salbutamolo solo al bisogno. L'end-point primario era la misurazione del picco di flusso alla mattina. A sei mesi questo end-point era lo stesso nei gruppi beclometasone due volte al giorno e beclometasone + salbutamolo solo al bisogno e risultava migliore rispetto al gruppo salbutamolo al bisogno da solo. Anche le riacutizzazioni risultarono minori nei gruppi trattati con beclometasone rispetto al gruppo trattato con solo salbutamolo al bisogno.

Fonte:

1. The American Lung Association Asthma Clinical Research Centers. Randomized comparison of strategies for reducing treatment in mild persistent asthma. N Engl J Med 2007 May 17; 356:2027-39.
2. Papi A et al. Rescue use of beclomethasone and albuterol in a single inhaler for mild asthma. N Engl J Med 2007 May 17;356:2040-52.

Commento di Renato Rossi

L'asma lieve è caratterizzato da un FEV1 > 80% e si distingue in intermittente e persistente.
Nell'asma lieve intermittente è consigliato solo l'uso di beta 2 stimolanti al bisogno in caso di comparsa dei sintomi. Tuttavia se l'asma, pur mantenendosi di lieve entità, si fa persistente con necessità di usare il broncodilatatore più di due volte alla settimana viene consigliato uno steroide per inalazione per migliorare la sintomatologia ma anche col presupposto che la terapia inalatoria steroidea sia in grado di ridurre la flogosi e di cambiare, in qualche modo, l'evoluzione della malattia.
Ma le forme lievi persistenti potrebbero essere trattate solo al bisogno, basandosi sulla comparsa dei sintomi? Si potrebbe così avere un risparmio nell'uso di farmaci con conseguenti benefici anche economici. Inoltre la possibilità di non usare continuativamente steroidi inalatori ridurrebbe gli effetti collaterali di questa terapia, che sono comunque possibili per usi prolungati di anni.
Già in uno studio erano stati reclutati 225 adulti randomizzati a tre tipi di trattamento: corticosteroidi al bisogno per via inalatoria o per os, corticosteroidi al bisogno associati a trattamento di base con budesonide per via inalatoria, corticosteroidi al bisogno associati a zafirlukast per os.
Lo studio era durato un anno. L'outcome primario era la misurazione del PEF al mattino, outcomes secondari erano la misurazione del FEV1 prima e dopo broncodilatatore, la frequenza delle riacutizzazioni, il grado di controllo della malattia (misurato tramite uno score), il numero di giorni liberi da sintomi, la qualità di vita. I tre trattamenti produssero un incremento sovrapponibile del PEF mattutino; anche la frequenza delle riacutizzazioni, il FEV1 dopo broncodilatatore e la qualità di vita risultarono simili tra i gruppi. Gli autori concludevano che l'asma lieve persistente potrebbe essere trattato con una nuova strategia che prevede un breve ciclo di steroidi per os o per inalazione al bisogno. Però il trial aveva coinvolto un numero abbastanza piccolo di pazienti, inoltre era durato solo un anno mentre si sa che la malattia asmatica è una patologia cronica tanto che gli stessi autori suggerivano ulteriori studi prima di adottare questo nuovo approccio nella pratica clinica.
Ora i due studi recensiti in questa pillola portano ulteriori contribuiti: nell'asma lieve i pazienti possono adottare un approccio di "step down" riducendo il loro regime terapeutico ad una sola somministrazione al giorno oppure solo al bisogno.
Il primo studio ha confrontato tre diverse strategie di trattamento dell'asma lieve, suggerendo che sono tutte equivalenti: lo steroide inalatorio due volte al giorno, l'associazione steroide inalatorio/beta 2 long-acting una sola volta al giorno, montelukast per os una volta al giorno (per quanto quest'ultima scelta sembri essere un po' meno efficace, ma solo sui parametri respiratori e non su quelli clinici).
Il secondo studio, italiano, suggerisce ancora che nelle forme lievi la terapia con steroidi inalatori al bisogno sia efficace tanto quanto quella continua.
Vi è da notare tuttavia che entrambi gli studi hanno avuto una durata breve, anche se le linee guida del trattamento

dell'asma potrebbero in futuro cambiare.

Referenze

1. Boushey HA et al for the National Heart, Lung, and Blood Institute's Asthma Clinical Research Network. Daily versus As-Needed Corticosteroids for Mild Persistent Asthma. N Engl J Med 2005 Apr 14; 352:1519-1528