BPCO: linee guida dell'American College of Physicians

Data 09 giugno 2008
Categoria pneumologia

Una messa a punto sulle conoscenze e sulle misure da adottare nel paziente con BPCO.

Queste linee guida dell'American College of Physicians (ACP) si basano su una revsione sistematica della letteratura che ha preso in esame ben 8 meta-analisi e 42 RCT per qaunto riguarda la terapia farmacologica, 3 revisioni di 39 RCT oltre a 6 RCT addizionali per la riabilitazione polmonare, 2 revisioni di 13 RCT più 2 RCT addizionali per il management della malattia e, infine, 8 RCT per l'ossigenoterapia.
Le terapie inalatorie, usate da sole o in combinazione, riducono le riacutizzazioni rispetto al placebo del 13-25% e sono tutte, sostanzialmente, di pari efficacia. La monoterapia inalatoria non riduce la mortalità. L'associazione steroidi inalatori + beta 2 stimolanti a lunga durata d'azione riduce la mortalità, rispetto al placebo, del 18% (0,69-0,98) e, rispetto agli steroidi inalatori da soli, del 21% (0,67-0,94), ma non rispetto ai beta 2 stimolanti a lunga durata da soli (RR 0,82; 0,52-1,28).
Tuttavia la riduzione della mortalità in termini assoluti è appena dell'1% o anche meno e non è statisticamente significativa.
La riabilitazione polmonare migliora lo stato di salute e la dispnea ma non la distanza percorsa a piedi. Nei pazienti con ipossia a riposo l'ossigenoterapia riduce la mortalità (RR 0,61; 0,46-0,82).
Non ci sono evidenze che la spirometria possa essere di guida per la scelta della terapia.
Gli autori della revisione concludono che le terapie inalatorie, l'ossigenoterapia e la riabilitazione polmonare sono utili nei pazienti adulti con sintomi disturbanti, soprattutto dispnea, e FEV 1 inferiore al 60% del valore predetto.

Sulla base di queste evidenze le linee guida forniscono le raccomandazioni sintetizzate nel box sottostante.

1) La spirometria viene consigliata per documentare un'ostruzione delle vie aeree nei pazienti con sintomi (soprattutto dispnea), ma non per screenare individui asintomatici (raccomandazione forte, evidenze di qualità moderata)
2) Il trattamento delle forme stabili deve essere riservato ai pazienti con sintomi respiratori e FEV 1 inferiore al 60% del previsto (raccomandazione forte, evidenze di qualità moderata)
3) Si dovrebbe prescrivere uno dei seguenti trattamenti di mantenimento, in monoterapia: beta 2 stimolanti a lunga durata d'azione, anticolinergici a lunga durata d'azione oppure steroidi inalatori (raccomandazione forte, evidenze di qualità elevata)
4) Possono essere prese in considerazioni associazioni di farmaci inalatori (raccomandazione debole, evidenze di qualità moderata)
5) Nei pazienti con ipossiemia a riposo (PO2 55 mm Hg) si deve prescrivere l' ossigenoterapia per almeno 15 ore al giorno (raccomandazione forte, evidenze di qualità moderata)
6) La riabilitazione polmonare deve essere presa in considerazione per i pazienti sintomatici con FEV 1 inferiore al 50% del previsto (raccomandazione debole, evidenze di qualità moderata)

Fonte:

1. Wilt TJ et al. Management of Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review for a Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med 2007 Nov 6; 147:639-653
2. Qaseem A et al. Diagnosis and Management of Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2007 Nov 6; 147:633-638

Commento di Renato Rossi

Queste linee guida dell'ACP sono state elaborate dopo una meticolosa revisione delle evidenze disponibili. L'ACP prosegue nella sua opera di richiamo ai medici di basare il loro agire solo su evidenze di buona qualità, opera che aveva iniziato con la raccomandazione di prescrivere lo screening mammografico nelle donne con meno di 50 anni solo dopo averle correttamente informate sui benefici ma anche sui rischi, perchè non vi sono evidenze per esprimersi a favore o contro lo screening in questa fascia d'età.
Ora è la volta della BPCO e subito richiamano l'attenzione alcuni punti critici.
Infatti sulla base della classificazione della BPCO delle linee guida GOLD la malattia viene distina nelle seguenti classi:
Classe 0 (soggetti a rischio, per es. fumatori): FEV 1 >= 80%, sintomi assenti
Classe I (lieve): FEV1 >= 80%, sintomi lievi

Classe II (moderata): FEV1 50-79%, sintomi presenti
Classe III (grave): FEV1 30-49%, sintomi importanti
Classe IV (molto grave): FEV1 < 30%, sintomi molto gravi
Riferendosi a questa classificazione molti hanno ritenuto che si dovesse ricorrere alla spirometria per diagnosticare anche i pazienti asintomatici e che la terapia si dovesse attuare anche nelle fasi precoci.
Le linee guida vanno decisamente in senso opposto: la spirometria non deve essere usata per screenare persone asintomatiche e la terapia deve essere prescritta solo in presenza di sintomi (soprattutto dispnea) e di una riduzione del FEV 1 evidente (inferiore al 60%). Insomma, nelle fasi iniziali della malattia, l'unica cosa che serve è smettere di fumare, spirometria e farmaci vanno riservati ai pazienti che ne hanno bisogno e per i quali esistono dimostrazioni di utilità.
I farmaci inalatori sono raccomandati senza una particolare preferenza per un tipo piuttosto che per l'altro, preferibilmente in monoterapia. La loro associazione può essere prevista per le forme più avanzate, con sintomatologia importante e/o frequenti riacutizzazioni.
Un altro punto interessante delle linee guida è l'affermazione che non esistono prove che il follow-up spirometrico possa aiutare nella gestione terapeutica, con buona pace di quanti richiedono una spirometria ogni sei mesi per valutare l'efficacia del trattamento.
In conclusione, si ravvisa, nelle raccomandazioni dell'ACP, un salutare ritorno alla clinica: prescrivere accertamenti e farmaci solo se necesssario, lasciando da parte la rincorsa a diagnosi precoci nella ricerca della cosiddetta "parte sommersa dell'iceberg", paragone usato per varie patologie, in primis proprio per la BPCO. Che sia arrivato l'inizio della fine il dr. Knock, celebre personaggio di un'amara commedia di Jules Romains, secondo il quale il soggetto sano non esiste, è solo un ammalato che non sa di esserlo?