Steroidi inalatori nella BPCO

Data 24 luglio 2009
Categoria pneumologia

Secondo una revisione sistematica gli steroidi inalatori non riducono, ad un anno, la mortalità totale nei pazienti con BPCO stabile e portano ad un aumentano del rischio di polmonite. Tuttavia la mortalità non è il solo parametro da considerare in patologie di questo tipo.

Questa revisione sistematica si è riproposta di esaminare gli effetti degli steroidi inalatori sulla mortalità e le loro reazioni avverse in pazienti affetti da BPCO stabile. La ricerca è stata effettuata in vari database medici (MEDLINE, CENTRAL, EMBASE, CINAHL, Web of Science, and PsychInfo) per studi pubblicati fino al 9 febbraio 2008. Gli studi dovevano essere di tipo randomizzato e controllato, in doppio cieco, avere una durata di almeno sei mesi e aver paragonato gli steroidi inalatori ad altro trattamento comunemente usato per la BPCO che non comprendesse uno steroide inalatorio.
L'outcome primario era la mortalità totale ad 1 anno e la potenza statistica era tale da svelare una differenza dell'1,0% in terminiassoluti.
Sono stati ritrovati 11 studi che rispondevano ai criteri della ricerca, per un totale di 14426 pazienti.
Negli studi in cui era riportata la mortalità non si è riscontrata una differenza statisticamente significativa fra gruppo trattato con steroidi inalatori e controllo: 128 decessi su 4636 trattati vs 148 su 4597 (RR 0.86; 0.68-1.09).
Negli studi in cui erano riportati i dati sulle polmoniti si è evidenziata una incidenza più elevata di questa patologia con gli steroidi inalatori (777 su 5405 vs 561 su 5371; RR 1.34; 1.03-1.75). Tale rischio era legato soprattutto a questi fattori: dosi elevate di steroidi, breve durata della terapia con steroidi, ridotto FEV1, terapia combinata steroidi/broncodilatatori.
Gli autori concludono che la terapia con steroidi inalatori non riduce la mortalità ad un anno ed è associata ad un rischio più elevato di polmonite. Studi futuri potranno determinare se gli steroidi inalatori sono utili in alcuni sottogruppi di pazienti con BPCO.

Fonte:

Drummont MB et al. Inhaled Corticosteroids in Patients With Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2008 Nov 26;300:2407-2416.

Commento di Renato Rossi

Questa revisione sistematica non dice nulla di nuovo. Era noto che gli steroidi inalatori non riducono la mortalità totale e possono aumentare il rischio di polmonite. Nello studio TORCH l'aggiunta di uno steroide inalatorio al betastimolante long acting ha portato ad una riduzione della mortalità totale, che, però, non raggiungeva la significatività statistica .
D'altra parte quale farmaco ha, al momento, dimostrato di ridurre al mortalità nella BPCO?
Tuttavia la riduzione della mortalità non è l'unico parametro che bisogna considerare quando si valuta l'efficacia di una terapia in patologie come la BPCO. Una sintesi più utile ci sembra venga da una revisione sistematica Cochrane che ha considerato 14 studi per un totale di 13139 pazienti. La revisione ha evidenziato che l'uso degli steroidi inalatori per 2-6 mesi porta ad un piccolo miglioramento del FEV1, mentre un uso superiore ai 6 mesi non riduce il declino del FEV1. Anche la revisione Cochrane non ha trovato alcun effetto di questi farmaci sulla mortalità (OR 0.98; 0.83-1.16). Tuttavia il loro uso prolungato riduce la frequenza delle riacutizzazioni e migliora la qualità di vita. Tra gli effetti collaterali vengono segnalati soprattutto candidiasi orofaringea e raucedine. I pochi studi che hanno valutato la tossicità ossea non hanno evidenziato un maggior rischio di fratture in un periodo di 3 anni.
Gli autori concludono che bisogna bilanciare i benefici della terapia con i rischi soprattutto a livello topico, mentre gli effetti avversi a lungo termine restano sconosciuti. Non si può escludere, tuttavia, che l'uso per molti anni possa portare ad effetti negativi sull'osso .
Come concludere? Le linee guida sulla BPCO consigliano come farmaci di prima scelta i broncodilatatori (beta 2 stimolanti e anticolinergici), eventualmente in associazione, mentre riservano l'aggiunta di uno steroide inalatorio ai pazienti con forme gravi (FEV1 inferiore al 50%) e/o con frequenti riacutizzazioni.
Per il momento non ci sembra che la metanalisi pubblicata da JAMA porti ad una sostanziale revisione di queste raccomandazioni.

Referenze

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2817
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2934
3. Yang IA, Fong K, Sim EH, Black PN, Lasserson TJ. Inhaled corticosteroids for stable chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD002991. DOI: 10.1002/14651858.CD002991.pub2.

4. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2802