Broncopneumopatia cronica ostruttiva riacutizzata: antibiotici OK

Data 03 marzo 2013
Categoria pneumologia

Alcuni studi confermano l'utilità dell'uso degli antibiotici nelle riacutizzazioni della BPCO.

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) può andare incontro a riacutizzazioni più o meno frequenti, definite come il peggioramento della dispnea, della tosse e/o della produzione di escreato.
Per il loro trattamento le linee guida raccomandano, in generale, l'uso degli antibiotici, tutatvia non in tutti i casi l'esacerbazione del quadro clinico è dovuta a una infezione batterica perchè possono giocare un ruolo anche i virus e/o fattori ambientali (inquinamento, fumo, esposizione a vapori tossici, etc.).
Il dubbio quindi se sia sempre necessario prescrivere una terapia antibiotica in un paziente con BPCO riacutizzata non è del tutto infondato, considerato anche che non le evidenze sono poche.
In realtà in questi ultimi anni sono stati pubblicati alcuni studi che giustificano l'uso sistematico degli antibiotici.

In una coorte di pazienti (n = 84.621, età > 40 anni) ricoverati dal gennaio 2006 al dicembre 2007 per riacutizzazione di una BPCO sono stati valutati i seguenti esiti: necessità di ventilazione meccanica dopo il ricovero, mortalità durante il ricovero, nuovo ricovero per riacutizzazione entro un mese dalla dimissione, durata del ricovero e costi dello stesso. Si è visto che l'uso degli antibiotici, rispetto al non uso, risultava associato ad una riduzione del rischio di ventilazione meccanica, di morte intra ospedaliera e di nuovo ricovero per riacutizzazione. Questi risultati erano evidenti in tutti i sottogruppi valutati .

Un altro studio ha valutato invece l'utilità della terapia antibiotica in pazienti ambulatoriali con riacutizzazioni lievi o moderate. In questo caso si tratta, al contrario del precedente che è di tipo osservazionale retrospettivo, di uno studio randomizzato e controllato, contro placebo e in doppio cieco. Sono stati reclutati 310 pazienti (età > 40 anni) affetti da BPCO riacutizzata definita (così definita dopo valutazioen spirometrica avendo un FEV1 > 50% del teorico). I partecipanti sono stati trattati con amoxicillina/clavulanico (500 mg x 3/die) oppure placebo per otto giorni. L'endpoint primario era la guarigione alla visita effettuata dopo la fine del trattamento. Vennero considerati guariti il 74,1% dei pazienti trattati con l'antibiotico e il 59,9% di quelli trattati con placebo. Inoltre il tempo di comparsa di una nuova riacutizzazione era rispettivamente di 233 contro 160 giorni .

Infine un ultimo studio osservazionale recente ha esaminato l'efficacia di tre regimi antibiotici comunemente usati in quasi 54.000 pazienti (età > 40 anni) ricoverati per riacutizzazione di una BPCO e trattati con steroidi per via sistemica. I regimi antibiotici usati erano: un chinolonico, un macrolide, un macrolide associato ad una cefalosporina. Si è visto che rispetto ai pazienti non trattati con antibiotici, quelli trattati avevano una riduzione del 40% della mortalità intra ospedaliera, del 13% del rischio di nuovo ricovero entro 30 giorni dalla dimissione. I tre regimi antibiotici si sono rivelati parimenti efficaci, con differenze piccole per qaunto riguarda gli esiti considerati .

Insomma, ci sembra di poter concludere che in un paziente con BPCO riacutizzazta, essendo tra l'altro nella pratica impossibile stabilire se via sia o meno in gioco una sovrainfezione batterica, un ciclo di terapia antibiotica è giustificato, anche nelle forme lievi o moderate.

RenatoRossi

Bibliografia

1. Rothberg MB et al. Antibiotic Therapy and Treatment Failure in Patients Hospitalized for Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. JAMA. 2010 May 26;303:2035-2042.

2. Llor C et al. Efficacy of antibiotic therapy for acute exacerbations of mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 2012 Oct 15;186:716-23.

3. Stefan MS et al. Association Between Antibiotic Treatment and Outcomes in Patients Hospitalized With Acute Exacerbation of COPD Treated With Systemic Steroids. CHEST. 2013 Jan;143:82-90