Il punto sulla BPCO

Data 21 aprile 2013
Categoria pneumologia

Una breve sintesi sulla diagnosi e la terapia della broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Cos'è la BPCO?

Per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) si intende una condizione patologica polmonare caratterizzata dalla progressiva riduzione della funzionalità respiratoria per una flogosi delle vie aeree e del parenchima.
Due sono le condizioni tipiche della BPCO: l'ostruzione bronchiale non reversibile oppure solo parzialmente reversibile con i beta 2 stimolanti e l'andamento cronico e progressivo.

Quali sono le cause della BPCO?

La causa principale è il fumo. Altre cause sono l'esposizione cronica a fattori ambientali inquinanti di tipo inalatorio oppure il deficit di alfa 1 antitripsina.

Come si diagnostica la BPCO?

L'esame obiettivo è poco utile per la diagnosi in quanto nelle fasi iniziali può essere del tutto normale.
Una BPCO si deve sospettare in tutti i soggetti con esposzione cronica a fattori di rischio e/o in presenza di sintomi come tosse persistente da mesi, catarro cronico, dispnea.
Le linee guida raccomandano di eseguire una spirometria al fine di diagnosticare un' ostruzione bronchiale in tutti i pazienti con sintomi respiratori come tosse persistente, catarro cronico, dispnea. Un rapporto FEV 1/capacità vitale forzata inferiore a 0,70 dopo l'inalazione di un broncodilatatore conferma che l'ostruzione bronchiale non è reversibile o comunque non del tutto reversibile, il che differenzia la BPCO dall'asma bronchiale dove la broncostruzione è caratterizzata dalla reveribilità.
Sulla opportunità di eseguire una spirometria nei soggetti a rischio (per esempio fumatori) ma asintomatici non vi è pieno accordo. Alcuni la consigliano, altri fanno notare che non ci sono RCT che abbiano dimostrato l'utilità del trattamento in soggetti senza sintomi per cui sconsigliano l'esecuzione della spirometria in questi casi: l'unica misura utile è smettere di fumare ma non ci sono dati per dire che la spirometria sia utile a ridurre l'abitudine tabagica.
Non ci sono segni radiologici specifici della BPCO, ma la radiografia del torace può essere utile per escludere altre patologie o per evidenziare alterazioni concomitanti come per esempio bolle di enfisema e/o bronchiectasie. La TC del torace viene eseguita, in genere, solo prima di un eventuale intervento chirurgico di resezione polmonare oppure qualora esistano dubbi di una possibile neoplasia.
La ricerca del deficit di alfa 1 antitripsina viene consigliata in soggetti che sviluppano la malattia prima dei 45 anni, soprattutto se hanno un'anamnesi familiare positiva per epatopatia di natura non spiegata oppure se non vi sono fattori di rischio per BPCO (per esempio fumo o esposizione cronica a fattori ambientali inquinanti).
Altri accertamenti che possono essere eseguiti sono la saturimetria ambulatoriale e l'emogasanalisi (per esempio nei soggetti con FEV 1 inferiore al 50% oppure con dispnea importante e cianosi).
Il test del cammino (6 minuti) può essere di aiuto per determinare se vi è una desaturazione sotto sforzo.

Come si cura le BPCO?

Purtroppo non ci sono trattamenti che abbiano dimostrato senza ombra di dubbio di riuscire a ridurre il progressivo declino della funzionalità polmonare tipico della BPCO. A tal fine è invece molto importante l'abolizione del fumo.
I farmaci sono però in grado di ridurre i sintomi e migliorare la qualità di vita dei pazienti.
Di primo impiego sono i broncodilatatori. Sono consigliati in presenza di sintomi quando il FEV 1 è inferiore al 60-80% del valore teorico (a seconda delle linee guida). In caso di sintomi lievi può essere sufficiente un beta 2 stimolante a breve durata d'azione al bisogno. Nelle forme più impegnative è necessario ricorrere all'uso in cronico di broncodilatatori a lunga durata d'azione (beta 2 stimolanti e/o anticolinergici). In alcuni pazienti per il controllo dei sintomi può essere sufficiente usare solo un tipo di broncodilatatore, in altri l'azione terapeutica migliore si ottiene associando beta 2 stimolante e anticolinergico.
A questa terapia si associa uno steroide inalatorio nel caso di forme importanti (FEV 1 inferiore al 50%-60%) e una o più riacutizzazioni all'anno.
In tutti i pazienti con riduzione della funzione polmonare si consigliano anche periodici cicli di fisioterapia respiratoria riabilitativa.
A scopo profilattico viene consigliata la vaccinazione antinfluenzale annuale e quella pneumococcica per i pazienti con almeno 65 anni.

Quando si deve somministrare ossigeno?

L'ossigenoterapia a lungo termine è raccomandata, per almeno 15 ore al giorno, quando la PaO2 a riposo è inferiore o uguale a 55 mmHg oppure se la saturazione di ossigeno a riposo è inferiore o uguale a 88%.
L'ossigenoterapia è consigliata anche per valori di PaO2 un poco superiori qualora il paziente abbia un'ipertensione polmonare, uno scompenso cardiaco congestizio oppure un ematocrito superiore o uguale al 55%.

Come si curano le riacutizzazioni della BPCO?

Si definisce riacutizzazione di una BPCO il peggioramento della tosse e/o della dispnea e/o i cambiamenti di carattere e/o l'aumento dell'escreato. Oltre ad un eventuale aumento delle dosi dei farmaci inalatori già in uso, la terapia si basa sugli steroidi per via sistemica e sugli antibiotici.
In generale non si esegue la cultura dell'escreato, almeno di routine, e la scelta dell'antibiotico è basata su criteri empirici (presenza di controindicazioni o intolleranze, precedente efficacia o fallimento di un determinato antibiotico, etc.).
L'uso di antibiotici a scopo profilattico delle riacutizzazioni non è raccomandato.

Qual è il ruolo della chirurgia?

La chirurgia viene presa in considerazione in presenza di bolle di enfisema importanti che provocano compressione del parenchima polmonare circostante. L'asportazione della/e bolla/e permette il riespandersi delle zone polmonari circostanti con miglioramento dei sintomi.
Ovviamente la decisione se ricorrere o meno alla chirurgia deve essere presa da un'equipe multidisciplinare (penumologoco, chirurgo toracico, internista, etc.).
La selezione dei pazienti da sottoporre a chirurgia deve essere particolarmente accurata, considerando vari parametri: le dimensioni della bolla e la compressione esercitata sul parenchima circostante valutati con TC toracica, l'entità della dispnea, il quadro dei gas ematici e della funzione respiratoria globale, l'aspettativa di vita del paziente.
Il trapianto polmonare può essere preso in considerazione in soggetti con grave deficit respiratorio (FEV 1 inferiore al 35%), PaO2 inferiore a 55 mmHg e PaCO2 superiore a 60 mmHg, senza patologie concomitanti gravi che riducano l'aspettativa di vita.

RenatoRossi

Bibliografia

1. Qaseem A et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. Ann Intern Med. 2011;155:179-191.

2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

3. University of Michigan Health System. Chronic Obstructive Pulmonary Disease.