BPCO: meglio l'associazione

Data 11 gennaio 2015
Categoria pneumologia

Uno studio retrospettivo di coorte suggerisce che, nel paziente anziano con BPCO, l'associazione beta-agonista a lunga durata d'azione e steroide inalatorio riduce decessi e ospedalizzazioni BPCO correlate rispetto al solo beta-agonista.

E' noto che la terapia della BPCO si basa essenzialmente su tre classi di farmaci: i beta-agonisti a lunga durata d'azione (LABAs), gli antagonisti muscarinici a lunga durata (LAMAs) e gli steroidi inalatori.

Quale sia la migliore strategia associativa non è, però, ben chiaro.

In una pillola precedente abbiamo recensito uno studio randomizzato e controllato secondo il quale l'associazione tra un beta-agonista a lunga durata d'azione e un antagonista muscarinico a lunga durata d'azione è più effice dei singoli farmaci nel migliorare la funzionalità polmonare e i sintomi in pazienti con BPCO moderata/grave.

Viene pubblicato ora uno studio che suggerisce che l'associazione tra un LABA e uno steroide inalatorio comporta esiti migliori rispetto ad un LABA da solo in anziani con BPCO.

In questo caso non si tratta di uno studio randomizzato e controllato, bensì di uno studio di coorte retrospettivo realizzato in Ontario (Canada) tra il 2003 e il 2011.

Utlizzando un database sanitario sono stati messi a confronto 8712 pazienti con BPCO (età >/= 66 anni) che avevano iniziato una terapia combinata con LABA e steroide inalatorio con 3160 pazienti che avevano iniziato la terapia con il solo LABA. Il follow up medio è stato di 2,7 anni per il primo gruppo e di 2,5 anni per il secondo.
Si verificò il decesso nel 36,4% dei pazienti trattati con l'associazione e nel 37,3% dei pazienti trattati con il solo LABA. Le ospedalizzazioni per BPCO furono rispettivamente il 27,8% e il 30,1%.
In pratica l'assocazione riduce a 5 anni il rischio relativo associato di decesso e ospedalizzaione per BPCO dell'8% (HR 0,92; IC95% 0,88-0,96).
Tale riduzione era maggiormente evidente nei pazienti che oltre alla BPCO avevano una diagnosi sovrapposta di asma e in quelli che non stavano assumendo anche un LAMA.

Non si tratta di uno studio randomizzato e controllato per cui questi risultati potrebbero dipendere anche da una non perfetta confrontabilità dei due gruppi. Tuttavia lo studio, essendo di tipo osservazionale e quindi effettuato nel mondo reale, ha il merito di aver compreso nella sua casistica anche pazienti che oltre a soffrire di BPCO, avevano una diagnosi di asma, mentre nel contesto sperimentale degli RCT questa tipologia di soggetti in genere viene esclusa.

In ogni caso ci sembra confermata la bontà dell'atteggiamento pragmatico che il medico curante in genere adotta nei confronti del paziente con BPCO in cui la scelta della terapia e l'eventuale associazione si basa sulla risposta al trattamento e sulla presenza di controindicazioni o intolleranze ai singoli farmaci.

In tal senso riteniamo valido quanto scrivemmo nel nostro messaggio conclusivo in una precedente occasione .
Quando la monoterapia non è in grado di controllare i sintomi della BPCO il medico ha a disposizione le seguenti opzioni:
1) broncodilatatore a lunga durata d'azione/steroide inalatorio
2)LABA/LAMA
3) triplice terapia (LABA/LAMA/steroide inalatorio).
A priori, però, non è possibile stabilire a quale di queste opzioni risponderà il paziente per cui potrebbe essere necessario effettuare alcuni tentativi prima di trovare la combinazione più efficace.

RenatoRossi

Bibliografia

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=6118

2. Gershon As et al. Combination Long-Acting β-Agonists and Inhaled Corticosteroids Compared With Long-Acting β-Agonists Alone in Older Adults With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. JAMA 2014 Sept 17;312:1114-1121.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 13/11/2026 alle ore 9:57 | Pagina 1 di 1