Nuove linee guida GOLD sulla BPCO

Data 19 febbraio 2017
Categoria pneumologia

In questa prima parte esamineremo la diagnosi e la valutazione della gravità della BPCO seguendo le nuove linee guida GOLD.

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una patologia cronica caratterizzata da:

1) sintomi respiratori persistenti (dispnea, tosse, produzione di escreato) che possono andar incontro a peggioramento (riacutizzazioni)

2) anomalie delle vie respiratorie (per esempio bronchiolitie ostruttiva) e/o alveolari (per esempio enfisema) con alterato flussoaereo

3) presenza di fattori di rischio, il principale dei quali è l'esposizione al fumo di tabacco; possono essere concausa della BPCO altri inquinanti ambientali o industriali; anche anomalie genetiche o alterazioni polmonari possono giocare un ruolo nello sviluppo della malattia.

Abbiamo preso questa definizione delle ultime linee guida GOLD sulla BPCO pubblicate ad opera dell'American Thoracic Society .

Di seguito riportiamo una sintesi delle linee guida soffermandoci sui punti che ci sembrano di maggior interesse per i medicipratici.

In questa prima parte ci occuperemo della diagnosi e della valutazione della gravità della malattia.

Ladiagnosi

La diagnosi di BPCO dovrebbe essere presa in considerazione in tutti i soggetti con dispnea, tosse cronica e/o escreato e una storia di esposizione a fattori di rischio. Tra i fattori di rischio da considerare, oltre all'esposizione al fumo di tabacco si dovrebbe prestare attenzione alla esposizione a inquinanti ambientali e/o industriali (polveri organiche e inorganiche, agenti e fumi chimici). Una storia di asma o di frequenti infezioni respiratorie nell'infanzia sono da considerarsi fattori predisponenti.

L'esame principale per la diagnosi rimane la spirometria. Il criterio che permette di diagnosticare una BPCO è il rapporto tra FEV1 e FVC. Il FEV1 è il volume espiratorio massimo in 1 secondo; per FVC si intende invece la capacità vitale forzata ovvero la quantità di aria che un soggetto riesce ad espirare dopo una inspirazione massimale. Il valore normale del rapporto FEV1/FVC è di 75-80%. Un valore inferiore al 70% conferma la presenza di una persitente ostacolo al flussoaereo.

L'esame obiettivo, pur potendo evidenziare segni polmonari come sibili, fischi, rantoli, non è ritenuto diagnostico della BPCO.

le linee guida non consigliano la pratica di misurare il FEV1 prima e dopo l'inalazione di un broncodilatatore per valutare la reversibilità della broncostruzione. Infatti questo test non aiuta a diagnosticare la BPCO e neppure è in grado di predire la risposta a lungo termina alla terapia.

Tuttavia, onde ridurre la variabilità del test, si consiglia di effettuare la spirometria dopo aver somministrato un broncodilatatore a breve durata d'azione.

Infine le linee guida non raccomandano lo screening spirometrico nei soggetti asintomatici che non siano esposti a fumo di tabacco o altri inquinanti ambientali.

Valutazione della gravità della malattia

La valutazione della gravità della malattia deve basarsi sui seguenti parametri:

1)FEV1
2) frequennza delle riacutizzazioni
3) grado della dispnea: il grado della dipsnea si musura con il Modified Medical Research Council (mMRC): da grado 1

(dispnea per esercizio intenso) a grado 5 (incapacità di uscira di casa a causa della dispnea.)
4) valutazione dei sintomi respiratori (COPD Assessment Test o CAT): permette di ottenere un punteggio da inferiore a 10 (sintomi lievi) a maggiore di 30 (sintomi gravi).

Sulla base di questi 4 parametri si possono classificare i pazienti secondo due criteri:

a) il criterio spirometrico

GOLD 1 = FEV1 >/= 80%
GOLD 2 = FEV1 50-79%
GOLD 3 = FEV1 30-49%
GOLD 4 = FEV1 < 30%

b) il criterio clinico (classificazione ABCD) che considera insieme la frequenza delle riacutizzazioni, la gravità della dispnea (mMRC) e la gravità dei sintomi respiratori (CAT):

Classe A (basso rischio): nessuna riacutizzazione oppure 1 riacutizzazione che non ha reso necessario il ricovero + mMRC 0-1 + CAT < 10

Classe B (basso rischio): nessuna riacutizzazione oppure 1 riacutizzazione che non ha reso necessario il riscovero + mMMRC 0-1 + CAT < 10

Classe C (alto rischio): due o più riacutizzazioni oppure 1 riacutizzazione che ha reso necessario il ricovero + mMMRC > 1 + CAT >/= 10

Classe D (alto rischio): due o più riacutizzazioni oppure una riacutizzazione che ha reso necessario il riscovero + + MMRC > 1 + CAT >/= 2

RenatoRossi

Bibliografia

1. Vogelmeier GF et al for GOLD Executive Summary. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Ostructive Lung Disease 2017 Report.
American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. Pubblicato online il 27 gennaio 2017.