



Nuove linee guida GOLD sulla BPCO - Seconda parte

Data 05 marzo 2017
Categoria pneumologia

In questa seconda parte esamineremo la terapia della BPCO stabile e delle riacutizzazioni.

Nella pillola precedente abbiamo riassunto le nuove linee guida GOLD sulla BPCO nella parte che riguarda l'inquadramento diagnostico e la valutazione della gravità della malattia.

In questa seconda pillola esamineremo le raccomandazioni delle linee guida circa il trattamento delle forme stabili e delle riacutizzazioni.

Trattamento della BCPO stabile

Anzitutto è necessario che il paziente smetta di fumare. A questo fine sono utili i programmi di aiuto per smettere di fumare e vari trattamenti farmacologici e non: nicotina, bupropione, vareniclina, nortriptilina, sigarette elettroniche.

E' importante che il paziente si sottoponga a vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica.

Nessun farmaco è in grado di influenzare il declino a lungo termine della funzionalità polmonare, tuttavia la terapia migliora i sintomi e riduce la frequenza delle riacutizzazioni.

I farmaci principali nel trattamento della BPCO sono i broncodilatatori che si distinguono in:

- 1) beta-agonisti a breve (SABA) e a lunga durata d'azione (LABA)
- 2) antimuscarinici a breve (SAMA) e a lunga durata d'azione (LAMA)
- 3) metilxantine

La combinazione di un LABA con un LAMA migliora i sintomi e riduce le riacutizzazioni rispetto alla monoterapia.

I corticosteroidi per via inalatoria sono usati, in associazione ad un broncodilatatore, nei soggetti con frequenti riacutizzazioni e in quelli con BPCO moderata-severa.

La triplice terapia (steroidi inalatorio/LABA/LAMA) riduce i sintomi e le riacutizzazioni ma il panel che ha stilato le linee guida ritiene necessari ulteriori studi.

Gli steroidi per os a lungo termine hanno noti effetti collaterali e non evidenza di benefici. Non è raccomandata la loro associazione con steroidi inalatori.

Gli inibitori della fosfodiesterasi 4 (roflumilast) possono ridurre le riacutizzazioni nei soggetti che sono in trattamento cronico con steroidi inalatorio e LABA.

Nei pazienti con frequenti riacutizzazioni eritromicina e azitromicina per un anno possono ridurre il rischio.

Acetilcisteina e carbocisteina possono ridurre le riacutizzazioni nei pazienti che non sono trattati con steroidi inalatori.

La riabilitazione polmonare può migliorare i sintomi e la qualità di vita.

L'ossigenoterapia a lungo termine è indicata nei pazienti con grave e persistente ipossiemia a riposo. Nei casi di ipossiemia moderata a riposo o da sforzo l'ossigenoterapia dovrebbe essere considerata caso per caso.

Il trattamento chirurgico o broncoscopico può essere preso in considerazione in pazienti selezionati con enfisema grave e non responsivo alle terapie mediche.

Alla fine le linee guida propongono un utile algoritmo terapeutico basato sulla classificazione ABCD.

Classe A: iniziare con un broncodilatatore; in caso di insuccesso passare ad una classe alternativa di broncodilatatori

Classe B: iniziare con un LABA o un LAMA; se i sintomi persistono associare LABA con LAMA



Classe C: iniziare con un LAMA; in caso di insuccesso associare LAMA con LABA (preferibilmente) oppure LABA con steroide inalatorio

Classe D: iniziare con un LAMA; se i sintomi persistono associare LAMA con LABA (preferibilmente) oppure LABA con steroide inalatorio; in caso di riacutizzazioni e/o persistenza dei sintomi con la duplice terapia passare alla triplice terapia (LABA + LAMA + steroide inalatorio).

Nei soggetti poco controllati con la triplice terapia e con storia di tabagismo associare un macrolide, in quelli con FEV1 inferiore al 50% e in quelli con bronchite cronica considerare roflumilast. Inoltre le linee guida consigliano, nei soggetti che non rispondono alla triplice terapia inalatoria, di sospendere lo steroide perchè lo steroide inalatorio può aumentare il rischio di polmonite e la sua sospensione, in questi casi refrattari, probabilmente non peggiora il quadro clinico.

Trattamento delle riacutizzazioni

SABA con/senza SAMA sono broncodilatatori a breve durata d'azione raccomandati come trattamento iniziale delle riacutizzazioni.

Inoltre, se non già in atto, si deve prescrivere subito un broncodilatatore a lunga durata d'azione.

Si devono somministrare steroidi per via sistemica e antibiotici se ritenuti necessari per 5-7 giorni.

L'ossigenoterapia dovrebbe essere somministrata con un target di ossigenazione di 88-92%.

Se compare una insufficienza respiratoria acuta la terapia di prima scelta è la ventilazione meccanica non invasiva.

Renato Rossi

Bibliografia

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