Proposti nuovi criteri per la diagnosi di BPCO

Data 14 agosto 2025
Categoria pneumologia

Uno studio suggerisce di integrare, per la diagnosi di BPCO, criteri clinici, radiologici e spirometrici.

La diagnosi di broncopatia cronica ostruttiva (BPCO) si basa essenzialmente sulla spirometria post-dilatazione. Un rapporto TEV1/FVC fisso < 70 conferma la presenza di un'ostruzione bronchiale irreversibile. Ovviamente la diagnosi si basa anche sull'anamnesi (fattori di rischio come il fumo) e sulla presenza di sintomi respiratori (dispnea, tosse, sibili). Però il criterio spirometrico rimane, secondo le linee guida GOLD, la base oggettiva della diagnosi.

Tuttavia molti pazienti presentano segni clinici e anatomici compatibili con la BPCO pur in assenza di ostruzione spirometrica, risultando così esclusi dagli attuali criteri diagnostici, quindi sotto-diagnosticati. Uno studio si è proposto di determinare se l'integrazione di criteri sintomatici e radiologici permette di identificare precocemente pazienti con BPCO non diagnosticati con i metodi convenzionali.

Lo studio ha analizzato due coorti: COPDGene (oltre 10.000 partecipanti) e CanCOLD (più di 1.500 partecipanti), con un follow-up decennale.

Sono stati identificate due categorie di pazienti:

1) categoria maggiore: ostruzione spirometrica (FEV1/FVC < 0,70) + ≥1 dei 5 criteri minori (enfisema*, ispessimento pareti bronchiali su TC, dispnea, bassa qualità della vita respiratoria**, bronchite cronica).

2) categoria minore: ≥ 3 criteri minori (inclusi obbligatoriamente enfisema e ispessimento delle pareti bronchiali nei pazienti con sintomi potenzialmente attribuibili ad altre cause).

Nel gruppo COPDGene il 15,4% dei soggetti senza ostruzione spirometrica è stato riclassificato come affetto da BPCO. Questi soggetti mostravano mortalità per tutte le cause e per cause respiratorie significativamente più elevate (HR 1,98 e 3,58 rispettivamente), una maggiore incidenza di riacutizzazioni (IRR 2,09) e declino accelerato della funzione polmonare (–7,7 mL/anno di FEV1).
Nel gruppo CanCOLD, risultati simili hanno confermato la validità dello schema anche in popolazioni diverse.

Gli autori concludono che l'uso di uno schema diagnostico multidimensionale consente di identificare precocemente pazienti a rischio di esiti avversi, potenzialmente migliorando la gestione clinica della BPCO. Tuttavia, solo studi futuri diranno se tale riclassificazione porti anche a benefici terapeutici concreti.

Chedire?
Questo studio suggerisce che affidarsi esclusivamente alla spirometria potrebbe escludere soggetti sintomatici ad alto rischio. Integrare imaging e sintomi può tradursi in diagnosi più precoci e gestione mirata, con impatto potenzialmente significativo sulla salute pubblica. Rimane però una criticità importante: quanto sarà applicabile questo approccio nella pratica clinica di tutti i giorni, considerando la necessità di ricorrere a esami di imaging sofisticati per determinare la presenza di alcuni criteri minori (enfisema, ispessimento bronchiale)? Qualche dubbio appare lecito.

* La presenza di enfisema veniva determinata tramite TC del torace ad alta risoluzione: la diagnosi di enfisema è istologica ma è stato ben dimostrato che vi è una correlazione tra i risultati della TC e l'istologia. Pertanto i segni di enfisema alla TC sono considerati criteri sufficienti per la siagnosi. Tramite software specifici si può misurare la percentuale di polmonone con una densità inferiore a - 950 HU (HU = unità Hounsfield: unità che misura quanto un tessuto assorbe i raggi X rispetto all'acqua; ponendo l'assorbimento dell'acqua = 0, un tessuto polmonare normale assorbe circa - 500/- 800 HU; 5-10% di parenchima polmonare al di sotto di -950 HU è indice di enfisema).

**La bassa qualità di vita respiratoria veniva valutata tramite un questionario che determina l'impatto dei sintomi respiratori sulla vita quotidiana del paziente.

RenatoRossi

Bibliografia

Bhatt SP, Abadi E, Anzueto A, et al. **A Multidimensional Diagnostic Approach for Chronic Obstructive Pulmonary Disease.** JAMA. 2025 May 18:e257358. doi: 10.1001/jama.2025.7358.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 14/11/2026 alle ore 14:26 | Pagina 1 di 1