



### **Commissione per la Comunicazione**

**Coordinatore:**

Dott. Giuseppe ZAGAMI

**Referente del Consiglio Direttivo:**

Dott. Stefano LEONARDI

**Componenti:**

Dott.ssa Alessandra BELVEDERE  
Dott. Salvatore CALCATERRA  
Dott. Danilo CAUDO  
Dott.ssa Giuliana CIANCIO  
Dott. Alessandro CONDORELLI  
Dott. Antonio D'ANGELO  
Dott.ssa Federica FERRAILOLO  
Dott. Fabrizio TURIACO

Dott. Paolo GANCI  
Dott. Leandro INFERRERA  
Dott.ssa Santa Claudia INGRILLI'  
Dott. Rodolfo ISGRO'  
Dott.ssa Germana Sara LAGANA'  
Dott.ssa Giulia LEONARDI  
Dott.ssa Giuseppina LIZIO

Dott. Benito MAZZEO  
Dott.ssa Francesca MEO  
Dott.ssa Tiziana MIRABELLO  
Dott. Cristian RIGANO  
Dott. Salvatore SILIPIGNI  
Dott. Dino SIRNA  
Dott. Milos TOMASELLO ANDULAJEVIC

**Area Scientifica**

### **Novità in tema di BPCO**

#### **TERAPIA INALATORIA DELLA BPCO: UPDATE DELLE LINEE GUIDA GOLD**

La BPCO (Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva) rappresenta un importante problema di sanità pubblica ed è una delle maggiori cause di mortalità e morbidità cronica a livello mondiale. Attualmente la BPCO è la quarta causa di morte nel mondo, ma le proiezioni la pongono al terzo posto tra le cause di morte entro il 2020.

Anche il costo della patologia aumenterà nei prossimi decenni a causa della continua esposizione a fattori di rischio e per l'invecchiamento della popolazione.

Negli ultimi 20-30 anni la terapia farmacologica per la BPCO è certamente migliorata ed oggi è molto più efficace nel ridurre i sintomi, la frequenza e la gravità delle riacutizzazioni, nel migliorare la tolleranza all'esercizio e lo stato di salute. Tuttavia non vi è alcuna evidenza in termini di modifica del declino della funzione polmonare a lungo termine. La broncodilatazione inalatoria rappresenta la prima scelta terapeutica.

Tutte le più recenti raccomandazioni suggeriscono di iniziare la terapia con broncodilatatore anticolinergico o  $\beta_2$  stimolante, per implementare il trattamento, nel caso di mancata risposta, ad una doppia broncodilatazione.

Non bisogna però dimenticare la possibilità di aggiungere al singolo broncodilatatore anche un corticosteroide inalatorio che in alcuni casi può accompagnare anche la duplice broncodilatazione in modo da arrivare ad una triplice terapia.

Sicuramente ci sono molti fattori che aiutano la scelta terapeutica (sintomi respiratori, numero e tipologia delle riacutizzazioni). Altri fattori, come il livello di eosinofilia nel sangue periferico, rappresentano un nuovo spunto estremamente interessante.

Tradurre questi concetti però nella pratica clinica quotidiana non è sempre agevole in ragione della severità della patologia che cambia da persona in persona e anche in considerazione delle diverse comorbidità frequentemente presenti in tali pazienti.

A questo riguardo lo strumento di valutazione "ABCD" del documento GOLD 2011 ha rappresentato un avanzamento nella gestione del paziente rispetto al semplice sistema di classificazione spirometrico delle versioni precedenti del documento GOLD in quanto ha incluso indicatori clinici riportati dal paziente e sottolineato l'importanza della prevenzione delle riacutizzazioni nella gestione della BPCO.



### Commissione per la Comunicazione

**Coordinatore:**

Dott. Giuseppe ZAGAMI

**Referente del Consiglio Direttivo:**

Dott. Stefano LEONARDI

**Componenti:**

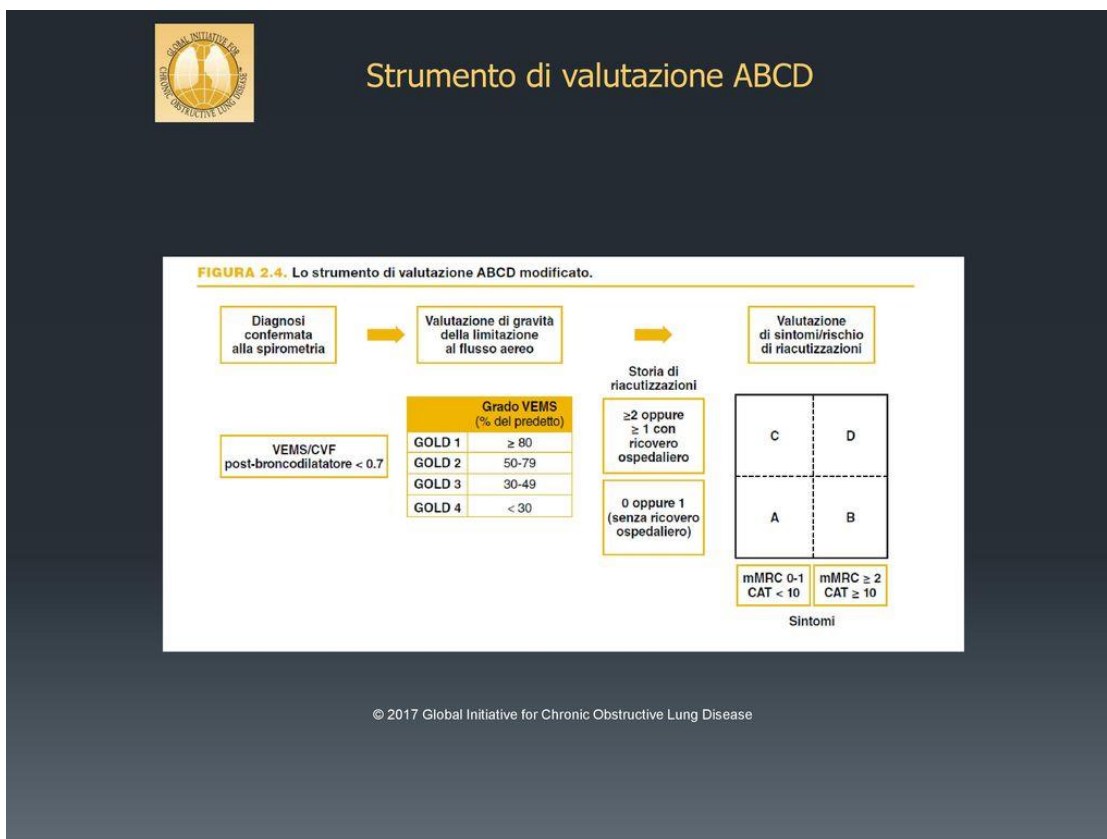
Dott.ssa Alessandra BELVEDERE  
Dott. Salvatore CALCATERRA  
Dott. Danilo CAUDO  
Dott.ssa Giuliana CIANCIO  
Dott. Alessandro CONDORELLI  
Dott. Antonio D'ANGELO  
Dott.ssa Federica FERRAILOLO  
Dott. Fabrizio TURIACO

Dott. Paolo GANCI  
Dott. Leandro INFERRERA  
Dott.ssa Santa Claudia INGRILLI'  
Dott. Rodolfo ISGRO'  
Dott.ssa Germana Sara LAGANA'  
Dott.ssa Giulia LEONARDI  
Dott.ssa Giuseppina LIZIO

Dott. Benito MAZZEO  
Dott.ssa Francesca MEO  
Dott.ssa Tiziana MIRABELLO  
Dott. Cristian RIGANO  
Dott. Salvatore SILIPIGNI  
Dott. Dino SIRNA  
Dott. Milos TOMASELLO ANDULAJEVIC

**Area Scientifica**

Rimanevano tuttavia alcune importanti limitazioni. Nell'edizione del 2017 del documento GOLD è stato proposto un miglioramento dello strumento di valutazione "ABCD" che separa i gradi spirometrici dai gruppi "ABCD" (Figura 1).



**Figura 1 - Lo strumento di valutazione ABCD**

Per le raccomandazioni terapeutiche i gruppi ABCD derivano esclusivamente dai sintomi del paziente e dalla sua storia di riacutizzazioni. La spirometria, insieme con i sintomi del paziente e la storia di riacutizzazioni, continua a rivestire un ruolo chiave nella diagnosi, nella prognosi e nella scelta di altri importanti trattamenti.

Nello strumento di valutazione modificato i pazienti devono sottoporsi alla spirometria per determinare la gravità dell'ostruzione bronchiale (grado spirometrico), quindi devono rispondere al test relativo alla



### **Commissione per la Comunicazione**

**Coordinatore:**

Dott. Giuseppe ZAGAMI

**Referente del Consiglio Direttivo:**

Dott. Stefano LEONARDI

**Componenti:**

Dott.ssa Alessandra BELVEDERE  
Dott. Salvatore CALCATERRA  
Dott. Danilo CAUDO  
Dott.ssa Giuliana CIANCIO  
Dott. Alessandro CONDORELLI  
Dott. Antonio D'ANGELO  
Dott.ssa Federica FERRAILOLO  
Dott. Fabrizio TURIACO

Dott. Paolo GANCI  
Dott. Leandro INFERRERA  
Dott.ssa Santa Claudia INGRILLI'  
Dott. Rodolfo ISGRO'  
Dott.ssa Germana Sara LAGANA'  
Dott.ssa Giulia LEONARDI  
Dott.ssa Giuseppina LIZIO

Dott. Benito MAZZEO  
Dott.ssa Francesca MEO  
Dott.ssa Tiziana MIRABELLO  
Dott. Cristian RIGANO  
Dott. Salvatore SILIPIGNI  
Dott. Dino SIRNA  
Dott. Milos TOMASELLO ANDULAJEVIC

**Area Scientifica**

valutazione del grado di dispnea utilizzando il Modified British Medical Research Council Questionnaire (mMRC) oppure dei sintomi mediante il COPD Assessment Test (CAT). A completamento deve essere registrata la loro storia di riacutizzazioni (compresi precedenti ricoveri).

Il Volume Espiratorio Massimo nel I secondo (VEMS) è un parametro molto importante a livello di popolazione nel predire indicatori clinici essenziali come la mortalità e i ricoveri. Tuttavia è importante considerare che il VEMS può presentare una certa variabilità nel singolo paziente e mostra una debole correlazione con la gravità della dispnea, con la tolleranza allo sforzo e con il deterioramento dello stato di salute.

Queste potenziali limitazioni del VEMS sottolineano l'importanza della valutazione dei sintomi e del rischio di riacutizzazioni dei pazienti con BPCO.

Per questa ragione le linee guida GOLD raccomandano un trattamento della BPCO stabile che consideri l'impatto della malattia (definito soprattutto dall'entità dei sintomi e dalla limitazione alla prestazione fisica) e il rischio futuro di progressione della malattia (in particolare le riacutizzazioni).

Quando esiste forte discrepanza tra il livello spirometrico e la percezione dei sintomi deve essere fatta una valutazione più dettagliata per meglio comprendere i meccanismi polmonari (test funzionali respiratori completi), la struttura polmonare (TAC e/o Rx) e comorbidità (es. Cardiopatia ischemica) che possono influenzare i sintomi del paziente.

A causa delle limitazioni indotte dalla BPCO, questi pazienti possono ridurre il loro livello di attività fisica in modo che ne derivi una sottostima dell'entità dei sintomi. In questi casi un test da sforzo come il test del cammino dei 6 minuti può evidenziare che i pazienti sono gravemente compromessi e necessitano di un trattamento più intensivo rispetto alla valutazione iniziale.

Uno dei punti di maggiore criticità della nuova distinzione degli stadi di malattia proposta riguarda la terapia da utilizzare nei pazienti BPCO in stadio B (Figura 2).

In questi pazienti la terapia iniziale dovrebbe includere un farmaco broncodilatatore a lunga durata d'azione. Non ci sono evidenze però per raccomandare una classe di broncodilatatori rispetto ad un'altra nel controllo iniziale dei sintomi in questo gruppo di pazienti.

Nei pazienti con dispnea persistente in monoterapia viene raccomandato l'uso di due farmaci broncodilatatori, possibilmente in associazione fissa precostituita, in quanto diversi studi clinici confermano la superiorità rispetto ai monocomponenti.

Nei pazienti con dispnea grave può essere considerata una terapia iniziale con due farmaci broncodilatatori.

Altro interessante argomento, spunto di futura riflessione e discussione è quello inerente le riacutizzazioni che caratterizzano la storia naturale della BPCO ed in particolare i provvedimenti terapeutici messi in atto per prevenirle, così come la gestione delle comorbidità, spesso molteplici, che hanno un impatto prognostico negativo sulla BPCO ma, allo stesso modo, la BPCO stessa è una delle comorbidità più importanti che influenzano gli outcome delle altre patologie.



### Commissione per la Comunicazione

**Coordinatore:**  
Dott. Giuseppe ZAGAMI

**Referente del Consiglio Direttivo:**  
Dott. Stefano LEONARDI

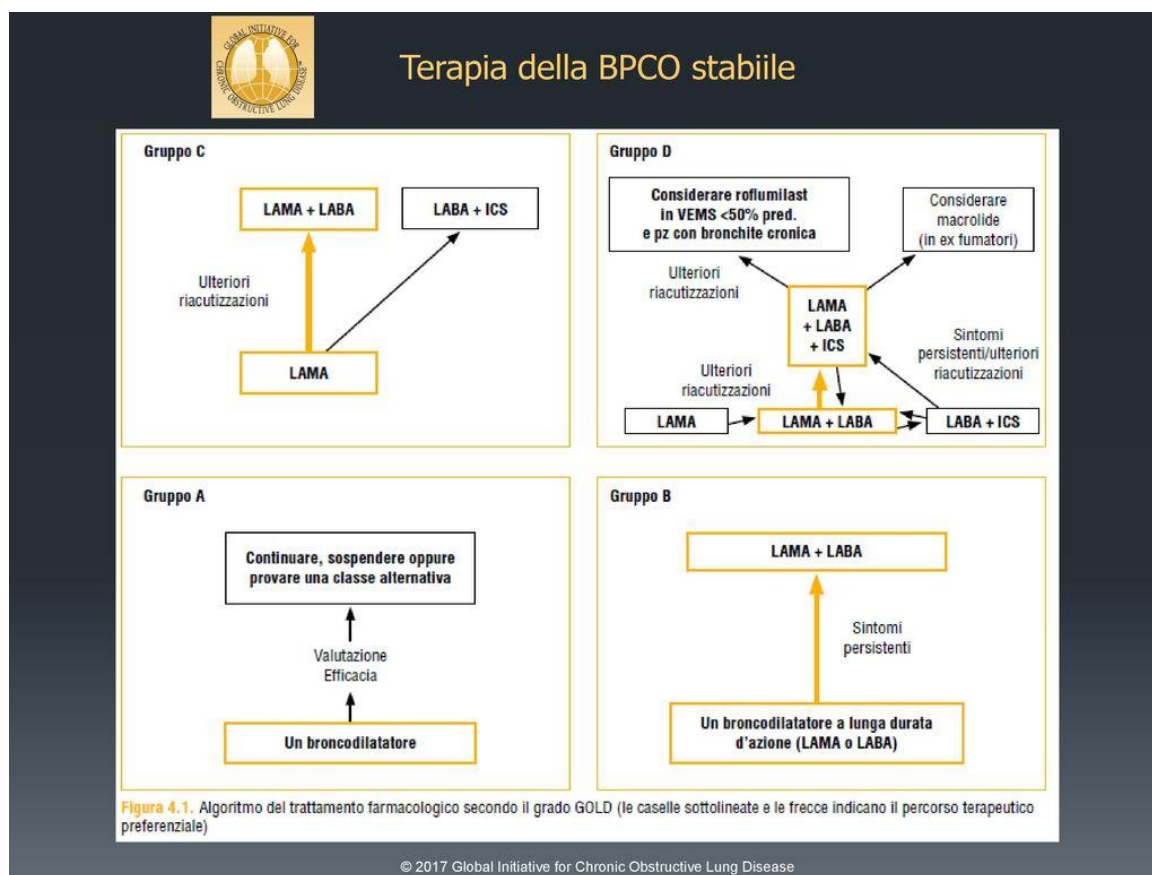
**Componenti:**  
Dott.ssa Alessandra BELVEDERE  
Dott. Salvatore CALCATERRA  
Dott. Danilo CAUDO  
Dott.ssa Giuliana CIANCIO  
Dott. Alessandro CONDORELLI  
Dott. Antonio D'ANGELO  
Dott.ssa Federica FERRAILOLO  
Dott. Fabrizio TURIACO

Dott. Paolo GANCI  
Dott. Leandro INFERRERA  
Dott.ssa Santa Claudia INGRILLI'  
Dott. Rodolfo ISGRO'  
Dott.ssa Germana Sara LAGANA'  
Dott.ssa Giulia LEONARDI  
Dott.ssa Giuseppina LIZIO

Dott. Benito MAZZEO  
Dott.ssa Francesca MEO  
Dott.ssa Tiziana MIRABELLO  
Dott. Cristian RIGANO  
Dott. Salvatore SILIPIGNI  
Dott. Dino SIRNA  
Dott. Milos TOMASELLO ANDULAJEVIC

**Area Scientifica**

La BPCO è sicuramente una di quelle patologie caratterizzate da una spiccata complessità gestionale la cui eterogeneità fisiopatologica e clinica impone una precisa modulazione del trattamento in relazione alle specifiche caratteristiche del singolo paziente. Una migliore caratterizzazione dei pazienti con BPCO, quindi, è sicuramente necessaria allo scopo di mettere in atto interventi terapeutici personalizzati con appropriate caratteristiche di flessibilità.



**Figura 2 - Algoritmo del trattamento farmacologico secondo il grado GOLD**

- Vogelmeier CF, et al. *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report. GOLD Executive Summary. Am J Respir Crit Care Med. 2017 Mar 1; 195(5):557-582 A*