Steroidi inalatori nella BPCO stabile

Data 18 giugno 2010
Categoria pneumologia

Una revisione sistematica cerca di fare il punto sull'utilità e sulla sicurezza degli steroidi inalatori nella BPCO stabile moderata e grave.

Lo scopo di questa revisione sistematica era di valutare la sicurezza e l'efficacia degli steroidi inalatori associati ai beta 2 agonisti a lunga durata d'azione (LABA) rispetto al solo uso dei LABA nella BPCO stabile moderata e grave.
Sono stati ritrovati 18 trials per un totale di 12.446 pazienti arruolati. La terapia associata steroide inalatorio/LABA non riduce il numero di riacutizzazioni gravi (RR 0,91; 95%CI 0,82-1,01) nè la mortalità totale (RR 0,90; 95%CI 0,76-1,06), la mortalità per cause respiratorie (RR 0,80; 95%CI 0,61-1,05) e quella cardiovascolare (RR 1,22; 95%CI 0,88-1,71).
Tuttavia l'associazione riduce il numero delle riacutizzazioni di gravità moderata (RR 0,84; 95%CI 0,74-0,96) e migliora lo score respiratorio del questionario St. George. Anche se la terapia steroide inalatorio/LABA aumenta in maniera significativa il FEV1, l'associazione risulta associata ad un aumento del rischio di polmonite (RR 1,63; 95%CI 1,35-1,98).
Gli autori concludono che, rispetto alla monoterapia con LABA, l'associazione steroide inalatorio/LABA non porta ad effetti clinicamente iportanti e predefiniti ed è associata ad effetti collaterali seri.

Fonte:

Rodrigo JG et al. Safety and Efficacy of Combined Long-Acting β-Agonists and Inhaled Corticosteroids vs Long-Acting β-Agonists Monotherapy for Stable COPD. A Systematic Review.
Chest 2009 Oct; 136:1029-1038

Commento di Renato Rossi

Le linee guida della BPCO consigliano, nelle forme lievi e con sintomi intermittenti, l'uso di un broncodilatatore a breve durata d'azione al bisogno per controllare la dispnea.
Nei pazienti con forme moderate e severe di malattia, in cui è presente dispnea giornaliera non responsibiva al broncodilatatore al bisogno, si raccomanda di aggiungere un broncodilatatore a lunga durata (un anticolinergico o un beta 2 long acting) e, se necessario, teofillina orale.
L'aggiunta, a questa terapia, di uno steroide inalatorio è consigliata quando il FEV1 è inferiore al 50% e quando vi è un'anamnesi di frequenti riacutizzazioni (almeno 3 all'anno negli ultimi 3 anni).
La revisione sitematica recensita in questa pillola conferma, in buona sostanza, che queste raccomandazioni sono ancora valide. Infatti la pratica di associare uno steroide inalatorio al beta 2 long acting riduce le riacutizzazioni di gravità moderata (ma non quelle molto gravi) e non comporta un miglioramento della mortalità totale nè di quella respiratoria o cardiovascolare.
Alcuni studi hanno dimostrato che l'associazione porta ad un miglioramento della qualità di vita, mentre, per contro, aumenta il rischio di polmonite.
Il messaggio take away è dunque questo: nella BPCO uno steroide inalatorio aggiunto alla terapia con broncodilatatore a lunga durata d'azione può essere preso in considerazione nei pazienti con grave compromissione della funzionalità respiratoria, con sintomi importanti e persistenti e che vanno incontro a ripetute riacutizzazioni della malattia.

Referenze

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Bethesda (MD): Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD); 2008.
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4364