BPCO: linee guida canadesi 2023

Data 14 giugno 2024
Categoria pneumologia

Una sintesi sulle principali raccomandazioni sulla BPCO delle linee guida della Canadian Thoracic Society.

Sono state pubblicate recentemente le linee guida della Canadian Thoracic Society sulla gestione della broncopneumopatia cronica (BPCO) stabile . Ne diamo un breve riassunto invitando il lettore a consultare il testo completo segnalato in bibliografia e liberamente accessibile.
Anzitutto è necessario valutare la gravità della malattia utilizzando due strumenti: il CAT (COPD Assessment test) e il modified Medical Research Council scale (mMRC). Si tratta di due brevi questionari che possono essere compilati dallo stesso paziente con/senza supervisione del medico.

Il CAT permette di ottenere un punteggio da zero a 40 ed è reperibile qui:
catestonline.org/patient-site-test-page-english.html.

Il mMRC consente di stratificare il paziente in 4 categorie:
• 0 = mancanza di respiro solo durante esercizio fisico intenso;
• 1 = mancanza di respiro se ci si affretta in terreno pianeggiante o si cammina in leggera salita;
• 2 = ci si deve fermare o si deve rallentare per mancanza di respiro quando si cammina normalmente in piano;
• 3 = ci si deve fermare per riprendere fiato dopo aver camminato per 100 metri o per pochi minuti;
• 4 = mi manca il respiro quando mi vesto oppure non esco di casa per la dispnea.

Il trattamento va modulato sulla gravità della BPCO ed ha lo scopo di:
• migliorare i sintomi e la qualità di vita;
• ridurre le riacutizzazioni;
• ridurre la mortalità.

La figura 3 di pagina 1172 delle linee guida originali riassume il comportamento da tenere. In tutti i pazienti si deve prescrivere un betastimolante a breve durata d'azione (per esempio salbutamolo) da usare al bisogno. Non si devono usare steroidi inalatori da soli.
Nelle forme più lievi (CAT < 10, mMRC = 1 e FEV 1 >/= 80%) si prescrive un betastimolante a lunga durata d'azione (LABA) o un antagonista muscarinico a lunga durata d'azione (LAMA).
Nelle forme moderate (CAT > 10, mMRC >/= 2, FEV1 < 80%) si deve valutare l'anamnesi del paziente. Se nell'anno precedente non ci sono stati episodi di riacutizzazione oppure c'è stato un episodio acuto di entità moderata si deve usare una combinazione di LABA e LAMA a cui eventualmente associare uno steroide inalatorio se necessario. Se nell'anno precedente c'è stato un episodio acuto grave o 2 o più episodi acuti moderati si prescrive la triplice associazione.
Per migliorare la compliance è preferibile usare combinazioni di farmaci pre-costituite in unico inalatore.
Se nonostante la terapia instaurata il paziente rimane sintomatico si deve prendere in considerazione l'uso di un macrolide, di un inibitore della fosfodiesterasi 4 (roflumilast), di un mucolitico come la N-acetilcisteina.
Le linee guida sottolineano anche che è importante smettere di fumare, mantenersi attivi praticando una moderata attività fisica (personalizzata sulla performance del paziente) ed effettuare le vaccinazioni consigliate.
Infine gli autori confrontano le loro linee guida con quelle di altre organizzazioni internazionali (NICE, GOLD, American Thoracic Society) rimarcando similitudini e differenze.

RenatoRossi

Bibliografia

1. Bourbeau J, Bhutani M, Hernandez P, Aaron SD, Beauchesne MF, Kermelly SB, D'Urzo A, Lal A, Maltais F, Marciniuk JD, Mulpuru S, Penz E, Sin DD, Van Dam A, Wald J, Walker BL, Marciniuk DD. 2023 Canadian Thoracic Society Guideline on Pharmacotherapy in Patients With Stable COPD. Chest. 2023 Nov;164(5):1159-1183. doi: 10.1016/j.chest.2023.08.014. Epub 2023 Sep 9. PMID: 37690008.