
GUIDA RAPIDA PER LA GESTIONE AMBULATORIALE DELLA BPCO



**Basata su progetto globale per la diagnosi, gestione e
prevenzione BPCO (Aggiornamento 2007)**

Il documento GOLD completo (WORKSHOP REPORTS) è consultabile sul sito www.goldcopd.it

DIAGNOSTICARE LA BPCO

La diagnosi di BPCO dovrebbe essere presa in considerazione in tutti i soggetti che presentino dispnea, tosse cronica o espettorazione, e/o una storia di esposizione a fattori di rischio per la malattia, specialmente il fumo di sigaretta.

Indicatori chiave per considerare la diagnosi di BPCO

Considerare la diagnosi di BPCO, ed eseguire la spirometria, se uno qualsiasi di questi indicatori è presente in un soggetto con più di 40 anni. Questi indicatori non sono diagnostici di per sé, ma la presenza di molteplici indicatori chiave, aumenta la probabilità di diagnosi di BPCO.

- **DISPNEA** con le seguenti caratteristiche:
 - progressiva (peggiora con il tempo)
 - Peggiora di solito con l'esercizio
 - Persistente (presente ogni giorno)
 - Descritta dal paziente come "un aumentato sforzo a respirare", "senso di peso", "fame d'aria" o "boccheggiamento"
- **TOSSE CRONICA:**
 - Può essere intermittente e non produttiva.
- **PRODUZIONE CRONICA DI ESCREATO:**
 - Qualsiasi tipo di espettorazione cronica può indicare BPCO
- **STORIA DI ESPOSIZIONE A FATTORI DI RISCHIO:**
 - Fumo di tabacco (incluse le preparazioni locali popolari)**
 - Polveri professionali e sostanze chimiche
 - Fumi provenienti dalla cottura dei cibi e dal riscaldamento delle abitazioni

La diagnosi dovrebbe essere confermata da una spirometria*

*Quando la spirometria non è eseguibile, la diagnosi di BPCO, dovrebbe essere fatta utilizzando tutti gli strumenti disponibili. Sintomi e segni clinici (dispnea e incremento del tempo di espirazione forzata) possono contribuire alla diagnosi di BPCO.

Un picco di flusso ridotto è indicativo di BPCO, ma ha una scarsa specificità, in quanto può essere causato da altre malattie polmonari e da una scarsa capacità ad eseguire la manovra espiratoria.

Nell'interesse di aumentare l'accuratezza della diagnosi di BPCO, dovrebbero essere compiuti tutti gli sforzi possibili per effettuare una spirometria standardizzata.

INQUADRAMENTO E MONITORAGGIO DELLA BPCO

In un nuovo paziente noto o sospetto di BPCO un'**anamnesi dettagliata** dovrebbe valutare:

- Esposizione a fattori di rischio, incluso intensità e durata.
- Anamnesi patologica remota incluso asma, allergia, sinusite o polipi nasali, infezioni respiratorie e altre malattie respiratorie.
- Storia familiare di BPCO o altre malattie respiratorie croniche.
- Sviluppo del quadro sintomatologico suggestivo per BPCO
- Storia di riacutizzazioni o pregresse ospedalizzazioni per malattie respiratorie.
- Presenza di comorbidità, quali le patologie cardiache, le neoplasie, l'osteoporosi e le alterazioni muscolo-scheletriche che possono anche contribuire a limitare le attività quotidiane.
- Appropriatezza della terapia in corso.
- Impatto della malattia sulla vita del paziente, incluso la limitazione dell'attività; giorni lavorativi persi ed impatto economico; effetti sulla vita familiare; comparsa di depressione o ansia.
- La disponibilità di un supporto familiare e sociale per il paziente.
- Possibilità di ridurre i fattori di rischio, specialmente la cessazione della abitudine tabagica.

ESAME FISICO

Sebbene sia una parte importante dell'assistenza del paziente, l'esame fisico è raramente diagnostico di BPCO. Segni fisici di limitazione al flusso aereo non sono presenti normalmente fino a che non è presente una significativa riduzione della funzione polmonare, e quando anche sono presenti, il loro riscontro ha una relativamente bassa sensibilità e specificità. Numerosi segni fisici possono essere presenti nella BPCO ma la loro assenza non ne esclude la diagnosi.

STADI DELLA BPCO

STADIO I: BPCO Lieve - Lieve limitazione del flusso aereo ($VEMS/CVF < 70\%$; $VEMS \geq 80\%$ del predetto) e alcune volte, ma non sempre, tosse cronica e escreato produttivo.

- In questo stadio il soggetto affetto può non essere consapevole della sua alterazione funzionale.

STADIO II: BPCO Moderata - Peggioramento della limitazione al flusso aereo ($VEMS/CVF < 70\%$; $50\% \leq VEMS < 80\%$ del predetto) con dispnea che tipicamente si sviluppa con l'esercizio.

- Questo è lo stadio nel quale i pazienti tipicamente richiamano l'attenzione del medico a causa di sintomi respiratori cronici o di una riacutizzazione della loro malattia.

STADIO III: BPCO Grave - Ulteriore peggioramento della limitazione al flusso aereo ($VEMS/CVF < 70\%$; $30\% \leq VEMS < 50\%$ del predetto) maggiore dispnea, riduzione della capacità di esercizio e ripetute esacerbazioni che hanno un impatto sulla qualità della vita del paziente.

STADIO IV: BPCO Molto Grave - Grave limitazione al flusso aereo ($VEMS/CVF < 70\%$; $VEMS < 30\%$ del predetto o $VEMS < 50\%$ del predetto più insufficienza respiratoria cronica). I pazienti possono anche avere uno Stadio IV: *BPCO Molto grave* anche con un $VEMS > 30\%$ del predetto purché sia presente questa complicanza.

- In questo stadio, la qualità della vita è significativamente alterata e le riacutizzazioni possono mettere a rischi la vita stessa.

OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO DELLA BPCO

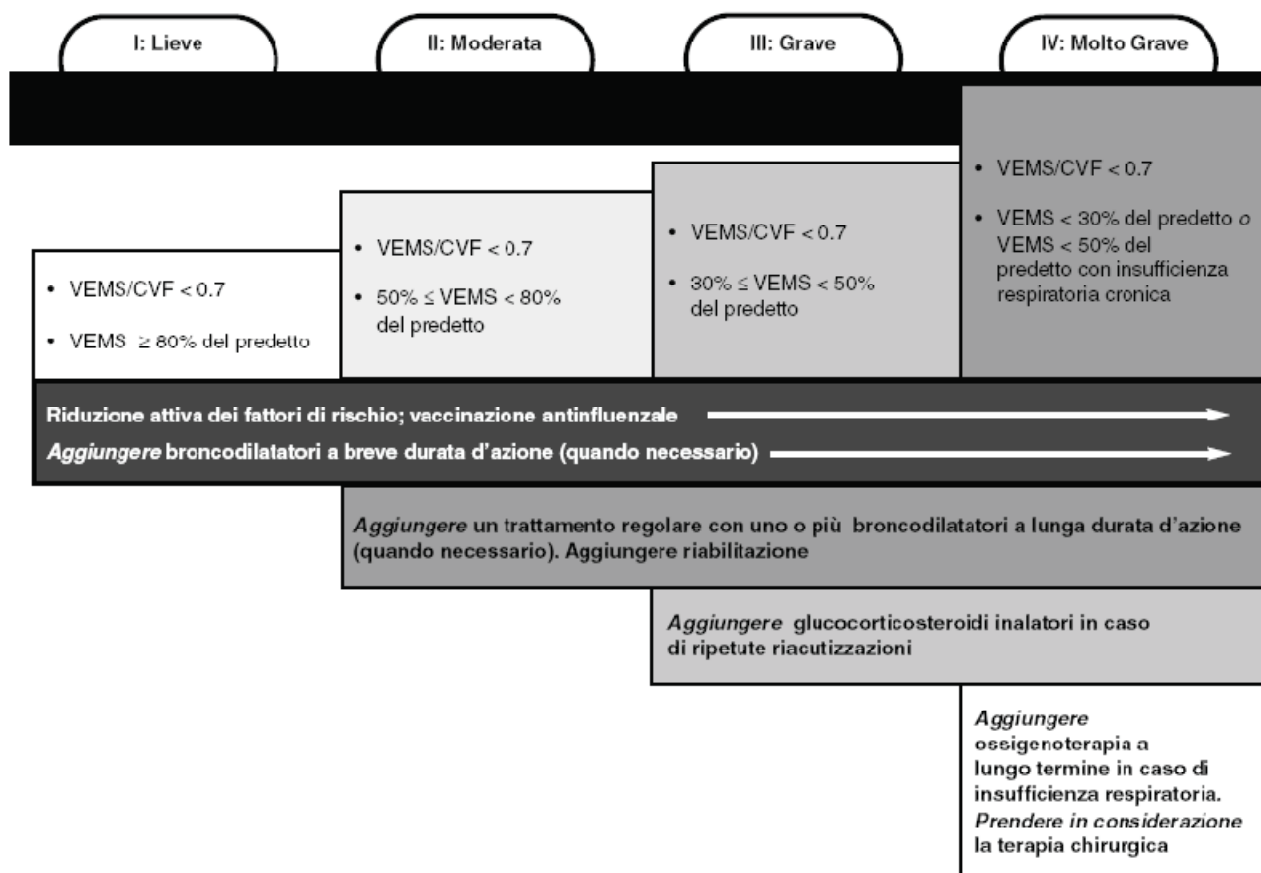
- Miglioramento dei sintomi
- Prevenzione della progressione della malattia
- Miglioramento della tolleranza all'esercizio
- Miglioramento dello stato di salute
- Prevenzione e trattamento delle complicanze
- Prevenzione e trattamento delle riacutizzazioni
- Riduzione della mortalità
- Prevenzione o riduzione al minimo degli effetti collaterali del trattamento

La cessazione dell'abitudine al fumo dovrebbe essere inclusa come obiettivo in ogni parte del programma di trattamento.

QUESTI OBIETTIVI POSSONO ESSERE RAGGIUNTI ATTRAVERSO LA REALIZZAZIONE DI UN PROGRAMMA DI TRATTAMENTO DELLA BPCO IN QUATTRO PARTI:

- 1. Diagnosi e monitoraggio della malattia.**
- 2. Riduzione dei fattori di rischio**
- 3. Trattamento della BPCO stabile**
- 4. Gestione delle riacutizzazioni**

TRATTAMENTO DELLA BPCO AD OGNI STADIO*



* Per la diagnosi e la valutazione della gravità della BPCO si raccomanda l'uso del VEMS post-broncodilatatore

Broncodilatatori: Questi farmaci svolgono un ruolo centrale nel controllo dei sintomi.

- La terapia inalatoria è preferibile
- Si somministrano al bisogno per controllare i sintomi intermittenti o un loro temporaneo peggioramento ed in terapia regolare per prevenire o ridurre i sintomi persistenti.
- La scelta tra b2-agonisti, anticolinergici, metilxantine e terapia di combinazione, dipende dalla disponibilità dei farmaci e dalla risposta individuale del paziente in termini di sintomi ed effetti collaterali.
- La terapia regolare con broncodilatatori a lunga durata d'azione, è più efficace e comodo del trattamento con broncodilatatori a breve durata d'azione.
- Combinare broncodilatatori di classi diverse, può migliorare l'efficacia e ridurre il rischio di effetti collaterali rispetto alla strategia di aumentare la dose di un singolo broncodilatatore.

Glucocorticosteroidi:

il trattamento regolare con glucocorticosteroidi inalatori è appropriato solo nei pazienti sintomatici con un VEMS < 50% del predetto e riacutizzazioni ripetute (per esempio 3 negli ultimi 3 anni). Il trattamento regolare con glucocorticosteroidi inalatori ha mostrato ridurre le riacutizzazioni e migliorare quindi lo stato di salute, ma non modifica il declino a lungo termine del VEMS. Non sono note la relazione dose risposta e la sicurezza a lungo termine degli steroidi inalatori nella BPCO.

Il trattamento dei glucocorticosteroidi orali a lungo termine non è raccomandato.

Figura 5- Farmaci comunemente utilizzati nel trattamento della BPCO

Farmaco ^a	Inalatori (µg)	Soluzioni per Nebulizzatori (mg/ml)	Via orale	Via parenterale (mg)	Durata d'azione (ore)
<i>β₂-agonisti:</i>					
A breve durata d'azione					
Fenoterolo	100, 200 (MDI)	0.1	0.5% (sciroppo)		4-6
Salbutamolo (Albuterolo) ^b	100, 200 (MDI & DPI)	5	5 mg (comprese) 0.024% (sciroppo)	0.1, 0.5	4-6
Terbutalina	400, 500 (DPI)	-	2.5, 5 (comprese)	0.2, 0.25	4-6
A lunga durata d'azione					
Formoterolo	4.5, 12 (MDI & DPI)				12+
Salmeterolo	25, 50 (MDI & DPI)				12+
<i>Anticolinergici</i>					
A breve durata d'azione					
Ipratropio bromuro	20, 40 (MDI)	0.25-0.5			6-8
Oxitropio bromuro		1.5			7-9
A lunga durata d'azione					
Tiotropio	18 (DPI)				24+
<i>Combinazione di β₂-agonisti a breve durata d'azione e anticolinergici in un unico inalatore</i>					
Fenoterolo/Ipratropio	200/80 (MDI)	1.25/0.5			6-8
Salbutamolo/Ipratropio	75/15 (MDI)	0.75/4.5			6-8
<i>Metixantine</i>					
Aminofilina			200, 600 mg (comprese)	240	Variabile, fino 24 ore
Teofilina (LR)			100, 600 mg (comprese)		Variabile, fino 24 ore
<i>Glucocorticosteroidi inalatori</i>					
Beclometasone	50, 100, 400 (MDI & DPI)	0.2, 0.4			
Budesonide	100, 200, 400 (DPI)	0.2, 0.25, 0.5			
Flunisolide	250 (MDI)	0.5, 1			
Fluticasone	50, 100, 250, 500 (MDI & DPI)				
Triamcinolone	100 (MPI)	40		40	
<i>Combinazione di β₂-agonisti a lunga durata d'azione e glucocorticosteroidi in un unico inalatore</i>					
Formoterolo/Budesonide	4.5/160, 9/320 (DPI)				
Salmeterolo/Fluticasone	50/100, 250, 500 (DPI) 25/50, 125, 250 (MDI)				
<i>Glucocorticosteroidi sistemici</i>					
Prednisone			5, 60 mg (comprese)		
Metil-prednisolone			4, 8, 16 mg (comprese)		

MDI= metered dose inhaler; DPI= dry powder inhaler; LR= lento rilascio

a: Non tutte le specialità medicinali sono disponibili in tutti i Paesi

b: Le specialità medicinali scritte fra parentesi fanno riferimento a prodotti disponibili in Nord America

*Adattamento Italiano delle Linee Guida internazionali
Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)
reso possibile grazie al supporto educativo di:*



Boehringer
Ingelheim



People and ideas for innovation in healthcare



ISTITUTO
GENTILI



MERCK SHARP & DOHME



Menarini, salute senza confini



Schering-Plough



sigma-tau
Industrie farmaceutiche riunite



NOVARTIS



sanofi pasteur MSD
vaccines for life



GlaxoSmithKline

