

Gestione della broncopneumopatia cronica ostruttiva

Rosario Falanga

Medico di medicina generale
Polcenigo (PN)

La consensus sulla BPCO dell'Agenzia Regionale della Sanità del Friuli-Venezia Giulia è stata sviluppata anche con il contributo dei Mmg, con l'obiettivo di una buona pratica clinica. In accordo con la letteratura emerge prepotentemente che la patologia è sottostimata e la conferma arriva anche da dati epidemiologici di Health Search

L'Agenzia Regionale della Sanità del Friuli-Venezia Giulia, in collaborazione con il Centro Regionale per le Cure Primarie, ha pubblicato nel corso di quest'anno un documento di consenso sulla broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) relativa ai percorsi diagnostico-terapeutici condivisi per i medici di medicina generale e per i colleghi ospedalieri.

La consensus è stata sviluppata da un gruppo formato da Mmg, pneumologi e internisti del Friuli-Venezia Giulia in rappresentanza delle società scientifiche locali, che hanno applicato le linee guida di riferimento (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD) alla realtà regionale, al fine di creare uno strumento utile nel setting della medicina generale, da adottare in ogni realtà distrettuale, con l'obiettivo della "buona pratica clinica".

Quella che segue ne è una sintesi, nel cui contesto sono riportati i dati epidemiologici di Health Search (istituto di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale).

■ Epidemiologia e clinica

Il 4-6% degli adulti europei soffre di BPCO clinicamente rilevante e la sua prevalenza, sulla base dei valori spirometrici, è pari all'8.9%. I casi di malattia diagnosticati e adeguatamente trattati sono meno del 50% di quelli stimati dagli studi, in quanto i sintomi compaiono in genere quando l'ostruzione bronchiale è già in fase avanzata e le possibilità di arrestare la progressione della malattia si riducono; inoltre vi è un'insufficiente sensibilizzazione della classe medica e della popolazione nei confronti della patologia.

La BPCO è causa di circa il 50% delle morti per malattie dell'apparato respiratorio, che in Italia rappresentano la terza causa di morte dopo le patologie cardiovascolari e le neoplasie.

Recentemente è stata considerata una malattia sistemica, associata a diverse comorbidità (insufficienza cardiaca cronica e ischemica, aritmie, neoplasie polmonari, diabete mellito, osteoporosi, sindrome depressiva).

Gli effetti sistemici sono legati a:

- infiammazione sistemica (aumento di PCR, cellule infiammatorie circolanti, stress ossidativo);
- alterazione nutrizionale e cachessia (aumento del dispendio energetico e del catabolismo);
- alterazioni muscolo-scheletriche (perdita di massa muscolare, ridotta tolleranza allo sforzo);
- alterazioni del metabolismo osseo (osteoporosi);
- alterazioni vascolari ed ematologiche (aterosclerosi, anemia).

Prevalentemente i decessi avvengono a causa di tali comorbidità piuttosto che per la BPCO e di questi il 40-50% è imputabile a cause cardiovascolari.

■ Diagnosi

L'anamnesi approfondita sulla presenza di fattori di rischio (fumo di sigaretta, esposizione professionale a polveri o fumi nocivi, storia clinica di asma nell'infanzia) e una persistente riduzione del flusso aereo in presenza o meno di sintomi, valutata con un test strumentale quale la spirometria che rappresenta il gold standard, sono tra gli strumenti per una corretta diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva.

I soggetti con più di 40 anni con pre-

senza di fattori di rischio congeniti o acquisiti e/o dispnea cronica e/o progressiva intolleranza all'esercizio e/o con tosse cronica ed espettorato, trovano indicazione a effettuare un esame spirometrico, anche per stadare la gravità di malattia in base al livello di compromissione funzionale, per una identificazione precoce e una corretta impostazione terapeutica.

Un supporto per l'individuazione dei soggetti a rischio è dato dall'utilizzo delle carte del rischio di BPCO, prodotte dall'Istituto Superiore di Sanità (www.iss.it). La carta di rischio (assoluto e relativo) è costituita da una serie di tabelle colorimetriche suddivise per classi d'età e per categorie (non fumatori, ex fumatori, fumatori).

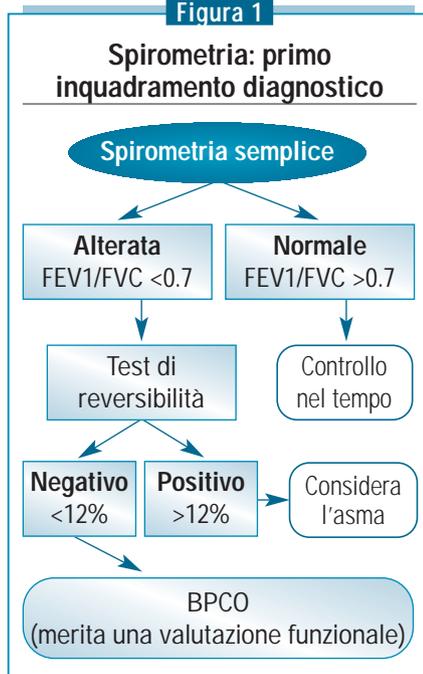
Il sospetto di malattia deve sempre avere una conferma strumentale, essenziale per la diagnosi e i segni obiettivi e i sintomi soggettivi sono variabili e non sono patognomici.

Per questo si raccomanda un maggiore impiego della spirometria nei soggetti a rischio, promuovendone l'esecuzione a tutti i livelli, compreso lo studio del medico di medicina generale.

Sebbene per un primo inquadramento diagnostico di BPCO sia sufficiente una spirometria semplice (curva volume-tempo e flusso-volume), una successiva valutazione funzionale completa e il test di reversibilità dell'ostruzione saranno decisivi per la diagnosi differenziale con l'asma e per una corretta stadiazione della gravità della BPCO (figura 1).

Purtroppo la spirometria ancora oggi è poco utilizzata nella pratica clinica per la diagnosi dell'ostruzione delle vie aeree.

Figura 1



Quando richiedere la visita pneumologica

Un intervento dello specialista pneumologo può essere richiesto per:

- sintomi e segni di gravità: dispnea non controllata dalla terapia correttamente eseguita, cardiopalmo, aritmie, edemi periferici, cianosi, perdita di peso;
- discrepanza tra il quadro funzionale e il quadro clinico;
- completamento dell'iter diagnostico con altri esami strumentali specialistici;
- sospetto di deficit di alfa₁-antitripsina (soggetti con dispnea di età <45 anni, con familiarità per BPCO, enfisema, specie se non fumatori);
- sospetto di insufficienza respiratoria (necessità di emogasanalisi arteriosa);
- riscontro di una SpO₂ inferiore o uguale a 92%;
- necessità di riabilitazione respiratoria.

Un soggetto con BPCO grave o molto grave già alla prima spirometria semplice dovrebbe essere inviato allo specialista pneumologo.

Gestione del follow-up

La gestione del follow-up è compito del Mmg e l'intervento dello specialista deve essere previsto per i casi di

particolare impegno gestionale, per la necessità di valutazioni funzionali o terapeutiche, sempre in stretta sinergia con il Mmg. L'obiettivo è ridurre e prevenire le riacutizzazioni, gli accessi in pronto soccorso e le ospedalizzazioni. Oltre alla valutazione clinico-funzionale e al controllo della corretta esecuzione della terapia, nel corso del follow-up è opportuno favorire il self-management, controllare la nutrizione, evidenziare e trattare le eventuali comorbidità, rilevare periodicamente la saturazione di O₂ attraverso il dito del paziente, con l'uso di piccoli pulsossimetri, di poco costo e di semplice utilizzo. Vi è sufficiente accordo in letteratura sull'indicazione al ricovero ospedaliero in prima battuta per i pazienti con riacutizzazione che presentano alcuni particolari quadri clinici (tabella 1). Fattori quali l'età avanzata, la non autosufficienza e/o il mancato supporto familiare necessitano di una valutazione caso per caso.

Dati di Health Search

L'istituto di ricerca della Simg "Health Search" (HS) raccoglie nel proprio database i dati, relativi alla registrazione delle cartelle cliniche computerizzate orientati per problemi, di 906 Mmg ricercatori distribuiti uniformemente su tutto il territorio nazionale, con una popolazione di assistiti in carico di 1.771.263, statisticamente significativa, sovrapponibile alla popolazione Istat (dati aggiornati al 31.12.2007).

Dai dati di HS la prevalenza della BPCO risulta essere del 2.78% (femmine 2.07% - maschi 3.48%), pertanto si evidenzia da queste percentuali, come abbiamo già riferito, che questa patologia risulta essere sottodiagnosticata, rispetto a quella stimata dagli studi e alla prevalenza dei dati europei (4-6%). Inoltre circa un quarto di questi pazienti risulta fumatore, nonostante sia affetto dalla patologia.

Il 42.84% dei soggetti con diagnosi di BPCO ha almeno una spirometria in cartella, ma di conseguenza nel rimanente 57.16% non abbiamo una stadiazione funzionale spirometrica di gravità secondo le linee guida GOLD. Il 30% dei pazienti ha almeno una visita pneumologica in cartella.

Tabella 1

Riacutizzazioni: indicazione al ricovero

- Importanti patologie concomitanti (insufficienza cardiaca o renale, cardiopatia ischemica e diabete mellito)
- Storia di riacutizzazioni frequenti e gravi
- BPCO grave di base
- Comparsa di disturbo del sensorio
- Sintomi di gravità della riacutizzazione (dispnea importante a riposo, tachipnea e uso dei muscoli respiratori accessori)
- Comparsa di segni obiettivi di scompenso (cianosi, edemi periferici, saturazione di O₂ inferiore a 92%)
- Presenza di aritmie di nuova insorgenza
- Mancata risposta al trattamento o impossibilità di rivalutazione
- Dubbio diagnostico

Conclusioni

I compiti del medico di medicina generale nella gestione del paziente affetto da BPCO si possono riassumere in diversi punti:

- individuare i soggetti fumatori e fare un counselling breve antitabagico;
- richiedere una spirometria a tutti i soggetti a rischio o che presentano i sintomi tipici della BPCO, per una identificazione precoce, stadiazione della gravità ed eventuale visita pneumologica;
- creare un proprio registro informatico di patologia dei soggetti affetti da BPCO, per un self-audit e per un audit di gruppo;
- proporre una adeguata terapia secondo le linee GOLD, educando questi pazienti a seguire il programma terapeutico indicato, monitorando la terapia in base agli stadi, vigilando sulle complicanze;
- gestire il follow-up e le riacutizzazioni, attraverso una gestione integrata con il pneumologo nei casi complessi e critici;
- proporre a tutti i pazienti affetti da BPCO la vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica.