

Nuove evidenze nella terapia della BPCO

Elisabetta Torretta

L'intervento con broncodilatatori negli stadi precoci della malattia e l'applicazione dei protocolli terapeutici anche ai pazienti più giovani permette di rallentare il declino funzionale e di ridurre le riacutizzazioni

Malattia progressiva ma trattabile, la broncopneumopatia cronica ostruttiva mantiene stabile la sua posizione ai vertici della classifica delle cause di mortalità e invalidità nel mondo. Le ultime stime dell'OMS indicano che al mondo sono 210 milioni le persone che convivono con la BPCO, con 3 milioni di morti nel 2005, pari al 5% di tutti i decessi. Per la sua evoluzione progressiva, le linee guida GOLD raccomandano una diagnosi e un intervento terapeutico il più tempestivo possibile, in modo da prevenire le complicazioni e le riacutizzazioni che tipicamente accompagnano questa patologia. Primo passo della strategia terapeutica è l'eliminazione dei fattori di rischio, cui seguono il ricorso a broncodilatatori a breve o lunga azione, riabilitazione, glucocorticoidi per via inalatoria e, in ultimo, somministrazione di ossigeno per contrastare l'insufficienza respiratoria cronica. L'importanza di una terapia precoce è sottolineata da alcuni dati recenti che documentano la possibilità di rallentare la progressione della BPCO, misurata come velocità di declino della funzionalità respiratoria, in pazienti in cui la malattia è in fase iniziale (stadio II GOLD) con la somministrazione di tiotropio, un broncodilatatore a lunga durata d'azione. Si tratta di una analisi post-hoc dei dati dello studio UPLIFT (Understanding Potential Long-term Impacts on Function with Tiotropium) pubblicata su *Lancet* (2009; 374: 1171-78). UPLIFT è un trial multicentrico che ha arruolato circa 6.000 pazienti, randomizzati a ricevere tiotropio o placebo una volta al giorno. In entrambi i bracci terapeutici ai pazienti era consentita, per tutta la durata dello

studio, l'assunzione dei farmaci abitualmente prescritti per la BPCO, ad eccezione degli anticolinergici per via inalatoria. Dopo 4 anni di trattamento, nei pazienti allo stadio II GOLD, la velocità di declino del FEV1 post-broncodilatatore è stata di 43 mL/anno nel gruppo tiotropio e di 49 mL/anno nel gruppo di controlli (p=0.024) (tabella 1). Con tiotropio si è registrata inoltre una riduzione del 18% del rischio di riacutizzazioni e del 20% del loro numero (p<0.0001) rispetto al gruppo di controllo. I risultati di un'altra analisi post-hoc dei dati dello studio UPLIFT, presentata al congresso annuale della European Respiratory Society, hanno dimostrato la capacità di tiotropio di contrastare il declino della funzionalità respiratoria in pazienti di età inferiore a 50 anni (Morice AH et al. European Respiratory Society Annual Congress, Vienna, 12-16 settembre 2009, Abst. P3801). Il trattamento ha indotto un rallentamento del 34% della velocità di declino del FEV1 ri-

spetto ai gruppi di controllo della stessa età (FEV1 post-broncodilatatore 38mL/anno rispetto a 58 mL/anno, p=0.01). Si è anche registrata una riduzione del rischio di riacutizzazioni, pari al 27% rispetto al gruppo di controllo (p=0.02). Questi nuovi dati, riferiti a pazienti negli stadi iniziali della patologia e a soggetti giovani, rafforzano la necessità di diagnosticare e trattare precocemente la BPCO. Lo stadio II, secondo la classificazione GOLD, è quello in cui i pazienti cominciano a rendersi conto di avere problemi respiratori e avvertono la comparsa di dispnea sotto sforzo. È questo lo stadio in cui in genere i pazienti si rivolgono al proprio medico curante per trovare una terapia per i sintomi della BPCO. Il trattamento con un anticolinergico a lunga durata d'azione determina sostanziali benefici al paziente con BPCO, anche quando la malattia è in uno stadio moderato. Questi risultati quindi forniscono una base razionale perché il trattamento, in questi pazienti, venga instaurato precocemente.

Tabella 1

Velocità di declino funzionale nei pazienti trattati e nei controlli

	Tiotropio (ml/anno)	Controllo (ml/anno)	Differenza fra tiotropio e controllo (ml/anno) [IC 95%]	p
• FEV1				
Pre-broncodilatatore	35	37	2 [-3; 7]	0.38
Post-broncodilatatore	43	49	6 [1; 11]	0.024
• FVC				
Pre-broncodilatatore	44	43	-1 [-12; 9]	0.82
Post-broncodilatatore	53	58	6 [-5; 16]	0.29

FEV1 = volume espiratorio forzato in 1 sec; FVC = capacità vitale forzata

Lancet 2009; 374: 1171-78