

IV Giornata Mondiale BPCO
Roma 16 novembre 2005

Update sulle linee guida per la BPCO

Claudio M. Sanguinetti

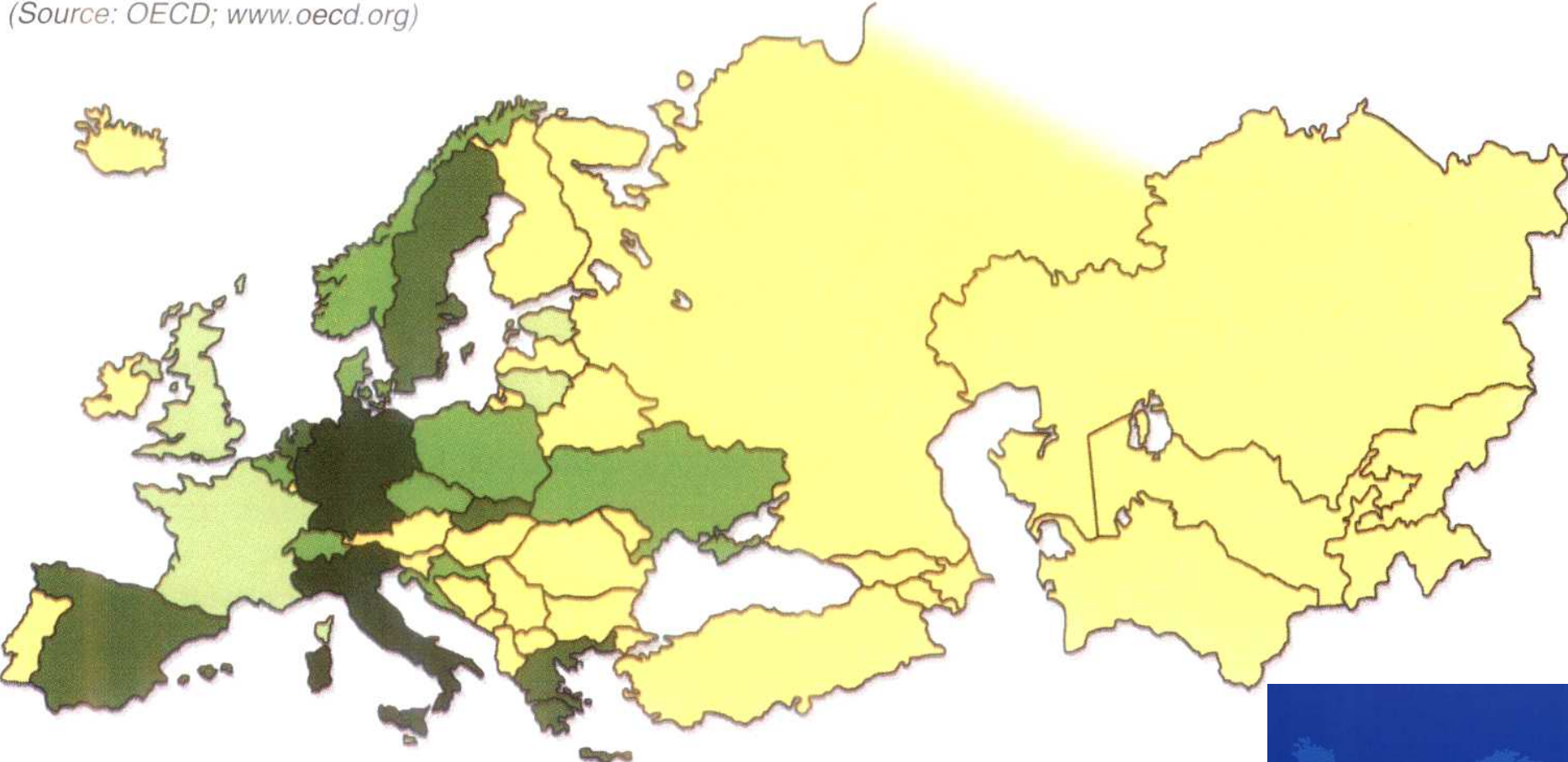
Direttore U.O.C. di Pneumologia Azienda Ospedaliera San Filippo Neri-Roma

Vice-Presidente Nazionale AIMAR

(Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie)

Latest data on prevalence of COPD in Europe

(Source: OECD; www.oecd.org)



Data are presented as n per 100,000.



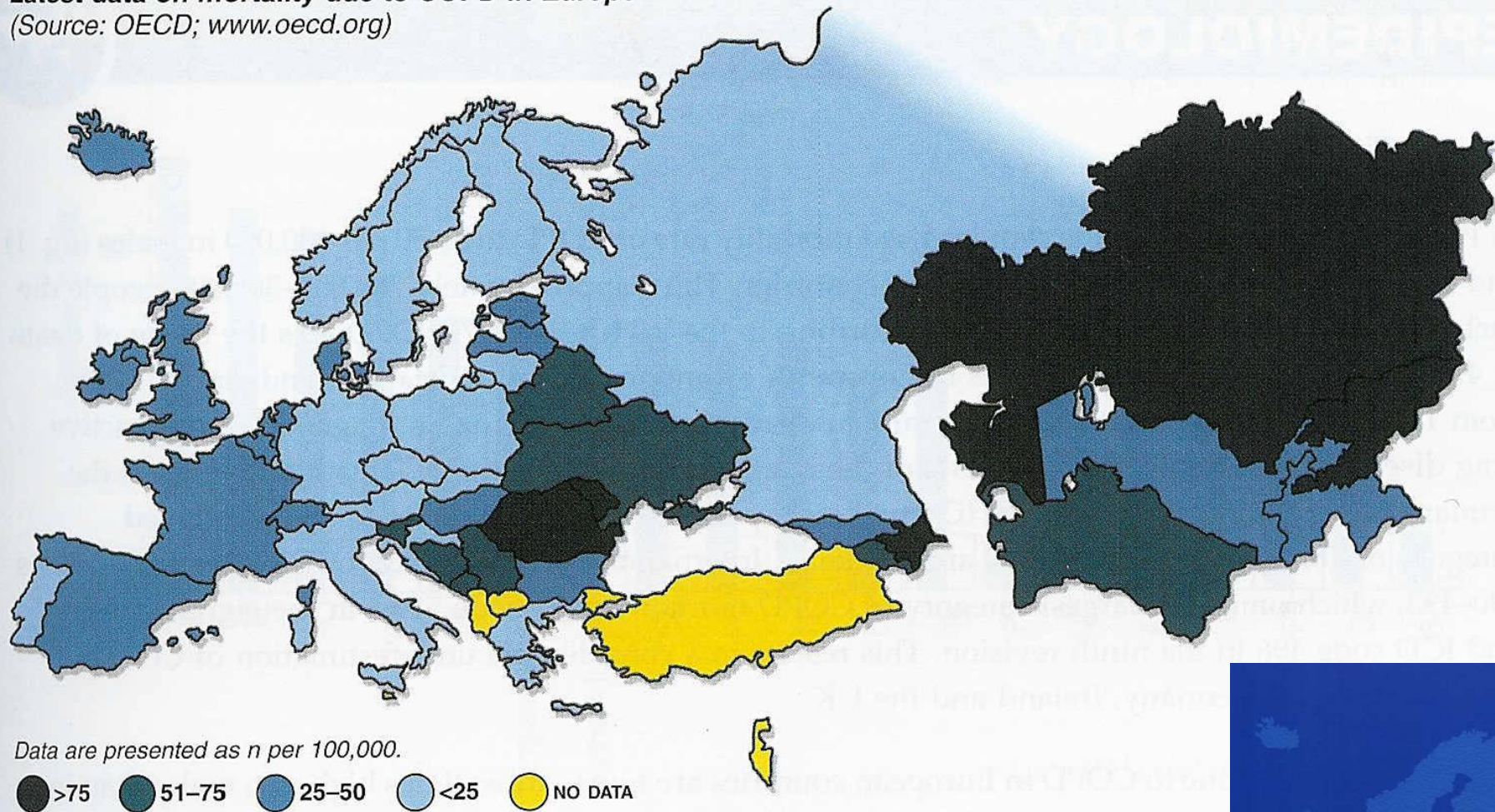
EUROPEAN LUNG WHITE BOOK

THE FIRST COMPREHENSIVE SURVEY ON RESPIRATORY HEALTH IN EUROPE



Latest data on mortality due to COPD in Europe

(Source: OECD; www.oecd.org)

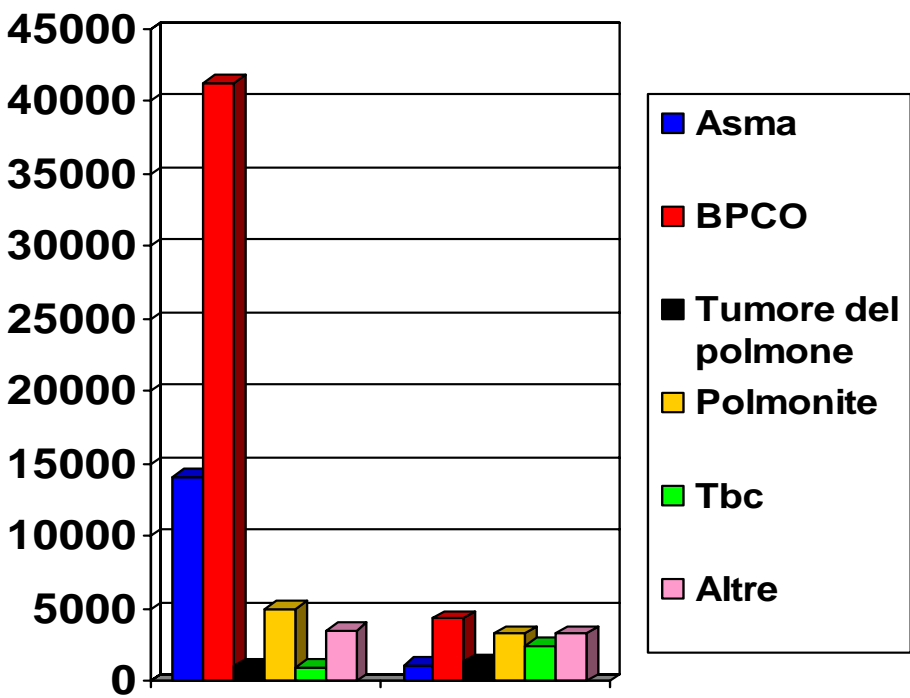


EUROPEAN LUNG WHITE BOOK

THE FIRST COMPREHENSIVE SURVEY ON
RESPIRATORY HEALTH IN EUROPE

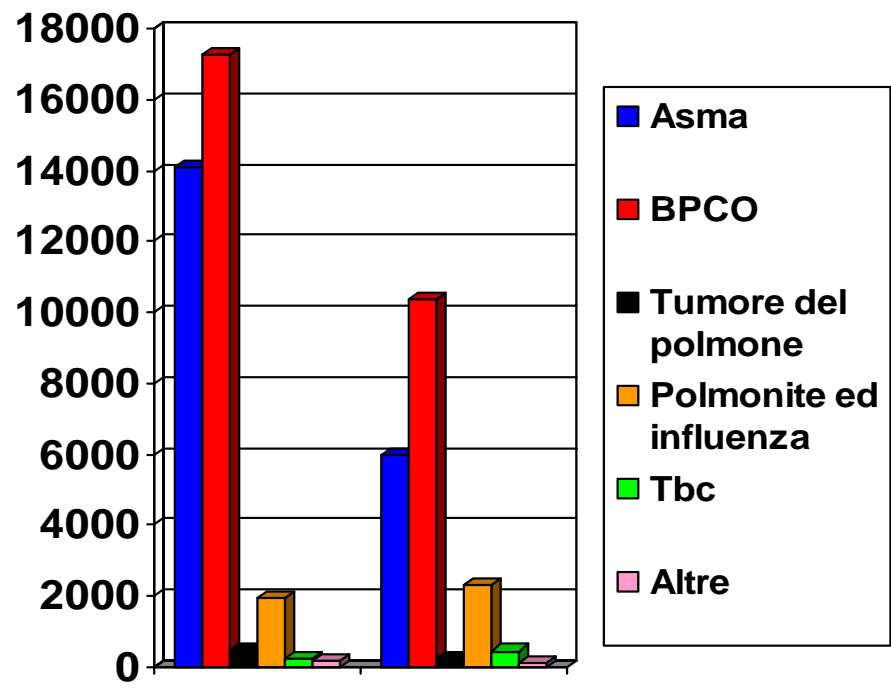
Numero di giornate perse e numero di consultazioni mediche effettuate ogni anno (n/100.000 abitanti) per alcune malattie respiratorie in Europa

Giornate perse ogni anno



*EU= Unione Europea
 **CEE= Europa Centrale e dell'Est

Consultazioni mediche ogni anno





PROGETTO MONDIALE BPCO

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

**Linee-Guida Italiane
Ferrara, 10-12/3/2005**



PROGETTO MONDIALE BPCO

OBIETTIVI

**Sensibilizzare gli operatori sanitari,
i politici e la popolazione generale
sulla BPCO**

**Migliorare la diagnosi, il trattamento
e la prevenzione**

Stimolare la ricerca

ERS-ATS COPD Guidelines

European Respiratory Society
2003



European Respiratory
Society

Standards per la diagnosi ed il trattamento dei pazienti con BPCO

La necessità di un documento aggiornato sugli standards per la diagnosi ed il trattamento della BPCO :

- La prevalenza e l'importanza globale della BPCO come problema sanitario sono in continuo aumento
- Ci sono stati molti progressi in questo settore da richiedere un aggiornamento adattato alle particolari necessità della Task Force ERS/ATS
- La creazione di un documento modulare **“vivo”** basato sul **web** come fonte affidabile ed autorevole di informazione per gli operatori sanitari
- L'area della BPCO dovrebbe abbracciare tutte le competenze, poichè essa è spesso **multidisciplinare** ed è in rapida evoluzione

Standards per la diagnosi ed il trattamento dei pazienti con BPCO



European Respiratory
Society

- Sia l'ATS che l'ERS riconoscono la recente diffusione della "Global Initiative of Obstructive Lung Disease (GOLD)" come il **maggior contributo mondiale** alla battaglia contro la BPCO.
- Sia l'ERS che l'ATS ritengono necessario un aggiornamento e **completamento** dell'ampia iniziativa del GOLD
- Queste necessità comprendono **raccomandazioni specifiche** su ossigenoterapia, riabilitazione respiratoria, ventilazione non invasiva, chirurgia nella e per la BPCO, sonno, viaggi aerei e malati terminali.

Standards per la diagnosi e il trattamento dei pazienti con BPCO



European Respiratory
Society

Organizzazione del documento

Il documento ha due distinte componenti:

- Una diretta ai **pazienti** e alle loro necessità, facile, accessibile sul sito web ATS/ERS (www.copd-ats-ers.org)
- Una diretta agli **operatori sanitari** e a tutti coloro che sono interessati agli aspetti professionali correlati con la BPCO.
- Una **sintesi** che riprende i principali argomenti del documento per gli operatori sanitari è stata pubblicata sullo ERJ nel Giugno 2004. Il documento completo è disponibile nel sito web, ove un facile sistema di navigazione consentirà di esplorarne i contenuti.

LIVELLI DI EVIDENZA

CATEGORIA

FONTE

A

Studi randomizzati controllati:
elevato numero di studi

B

Studi randomizzati controllati:
scarso numero di studi

C

Studi non randomizzati e studi
osservazionali

D

Giudizio di un gruppo di esperti



Epidemiologia

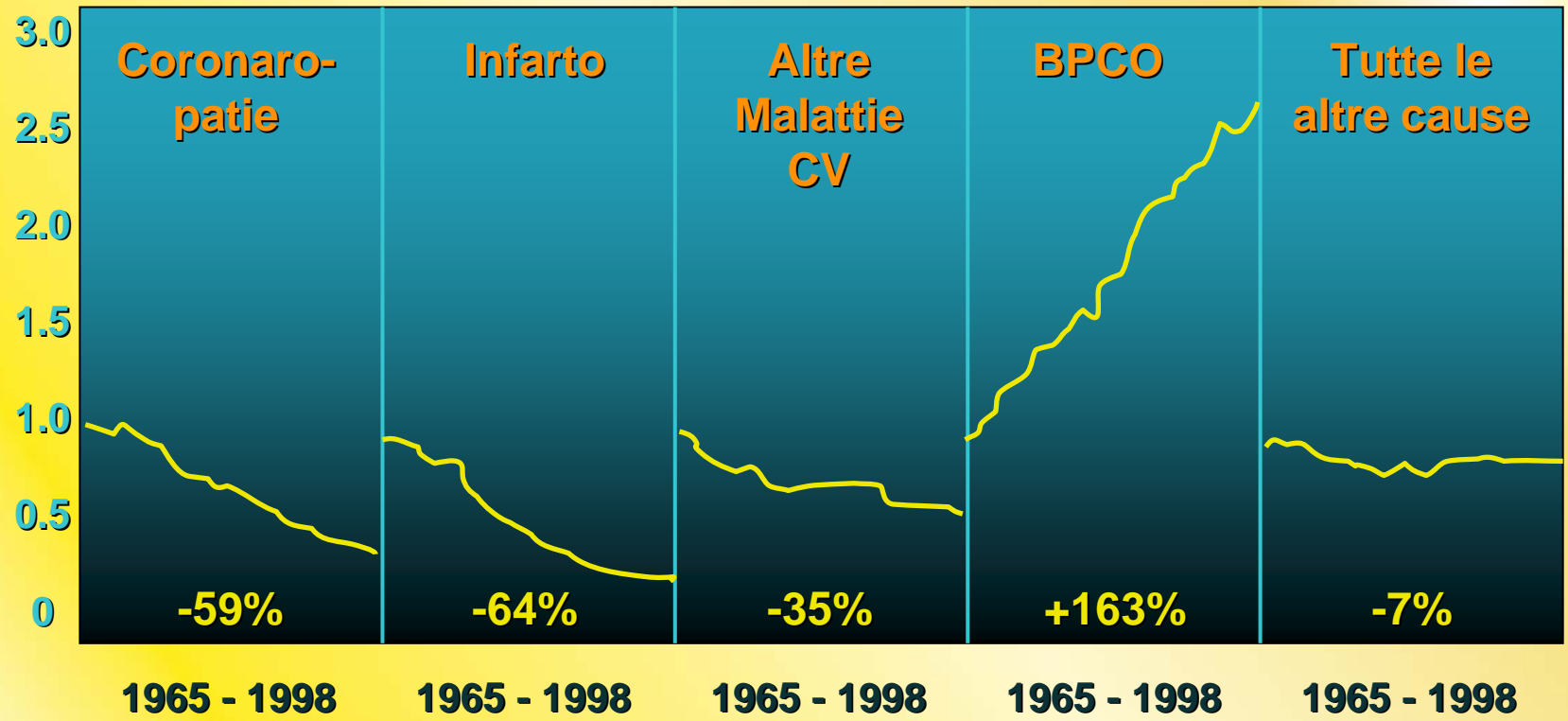
- La BPCO è la 4a causa di morte negli USA e in Europa, e la mortalità per BPCO nelle donne è più che raddoppiata negli ultimi 20 anni

Principali cause di morte negli USA, 1998	Numero
Cardiopatie	724,269
Cancro	538,947
Malattie cerebrovascolari (ictus)	158,060
Malattie respiratorie (BPCO)	114,381
Incidenti	94,828
Polmonite ed influenza	93,207
Diabete	64,574
Suicidio	29,264
Nefrite	26,265
Epatopatie croniche	24,936
Tutte le altre cause di morte	469,314



VARIAZIONE PERCENTUALE DELLA MORTALITÀ AGGIUSTATA PER L'ETÀ IN U.S.A.

Proporzione della frequenza del 1965





La BPCO e` un problema non trascurabile anche in età giovanile. E` stato evidenziato da studi epidemiologici che il 10% di giovani tra i 20 e i 44 anni presenta tosse ed espettorato senza ostruzione bronchiale (Stadio 0 a rischio) e il 3,6% presenta sintomi con ostruzione bronchiale (Stadio I-III)



BPCO: DEFINIZIONE

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è un quadro nosologico caratterizzato da una persistente ostruzione al flusso aereo.

Questa riduzione del flusso è di solito progressiva ed associata ad un'abnorme risposta infiammatoria all'inalazione di fumo di sigaretta o di particelle e gas nocivi.



Definizione

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è uno stato patologico prevenibile e trattabile caratterizzato da limitazione del flusso aereo **che non è completamente reversibile**. La limitazione del flusso aereo è generalmente progressiva e si associa ad una **anormale risposta infiammatoria** dei polmoni a particelle nocive o gas, principalmente causata dal fumo di sigarette. Sebbene la BPCO colpisca i polmoni, essa determina anche **significative conseguenze sistemiche**.



Diagnosi

La diagnosi della BPCO dovrebbe essere presa in considerazione in ogni paziente che presenti :

- **tosse;**
- **produzione di espettorato;**
- **dispnea;**
- **anamnesi di esposizione a fattori di rischio per la malattia.**

La diagnosi richiede la [spirometria](#); un valore post-broncodilatatore di volume espiratorio forzato al secondo (FEV_1)/capacità vitale forzata (FVC) $\leq 0,7$ conferma la limitazione del flusso aereo che **non è completamente reversibile.**



Diagnosi

La diagnosi di BPCO si basa sull'anamnesi di esposizione a fattori di rischio e sulla presenza di una persistente riduzione del flusso aereo, in presenza o meno di sintomi.



SPIROMETRIA

Si raccomanda una maggior utilizzazione della spirometria nella popolazione generale come valutazione dell' individuo a rischio promuovendo l' esecuzione della spirometria a tutti i livelli di intervento sanitario (Medicina Generale, ecc.) purchè vengano rispettati e verificati i criteri di esecuzione ed interpretazione del test



MISURA DELLA RIDUZIONE DEL FLUSSO AEREO ESPIRATORIO (Spirometria)

**...il FEV1 o VEMS (% teorico) e' il
parametro di riferimento per la
classificazione di gravità**

Classificazione spirometrica della BPCO



Gravità	FEV ₁ /FVC post-broncodilatatore	FEV ₁ % pred
A rischio	>0.7	≥80
BPCO lieve	≤0.7	≥80
BPCO moderata	≤0.7	50–80
BPCO grave	≤0.7	30–50
BPCO molto grave	≤0.7	<30

Bisognerebbe fare una spirometria a tutti coloro che fumano e/o sono esposti a inquinanti ambientali o professionali, o abbiano anamnesi familiari di malattie respiratorie croniche e/o presentino tosse, espettorato o dispnea



CLASSIFICAZIONE SPIROMETRICA DI GRAVITA' DELLA BPCO

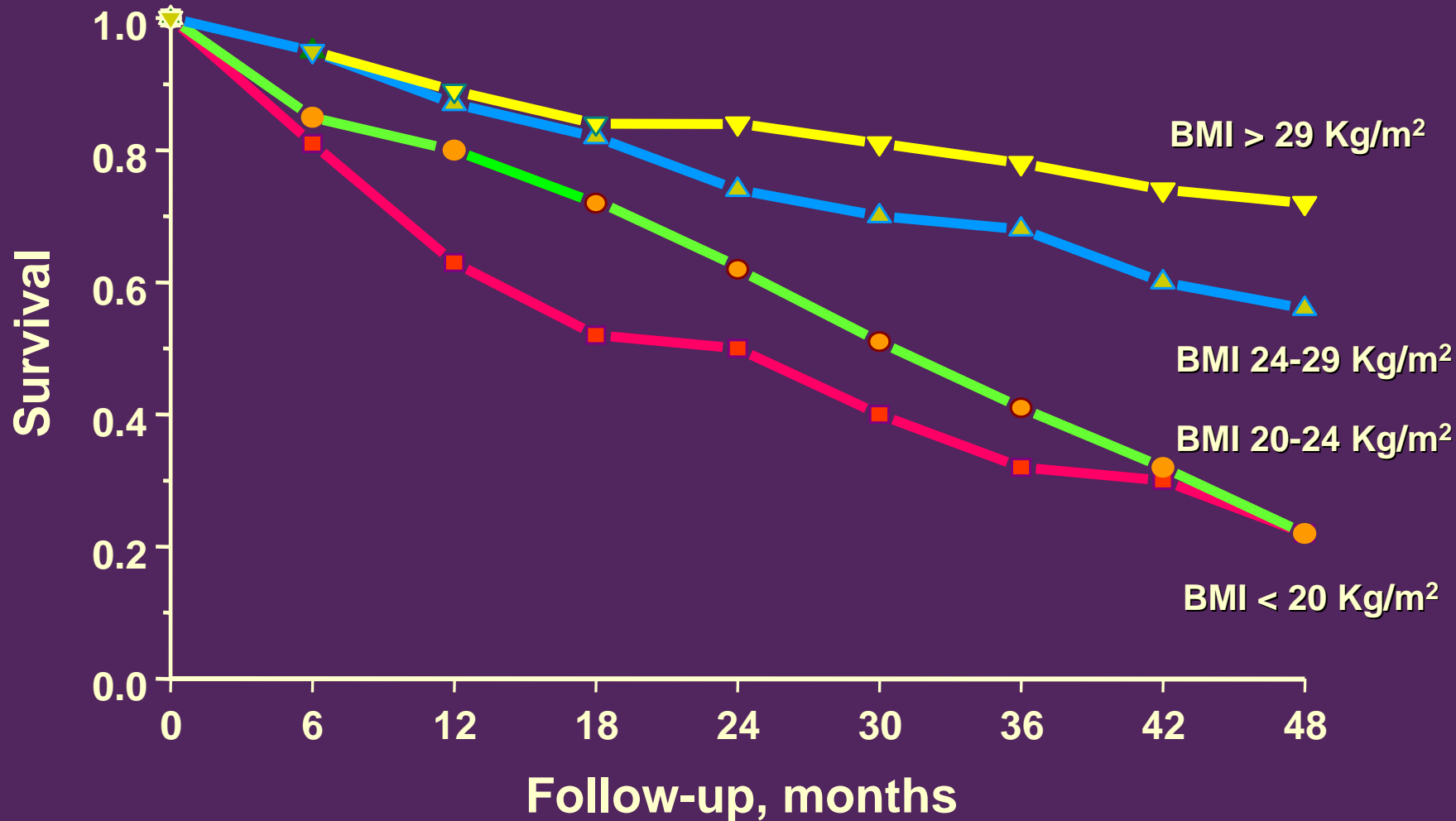
STADIO	CARATTERISTICHE
0 A RISCHIO	Spirometria normale
I LIEVE	VEMS/CVF < 70%; VEMS ≥ 80% del teorico
II MODERATA	VEMS/CVF < 70%; 50% ≤ VEMS < 80%
III GRAVE	VEMS/CVF < 70%; 30% ≤ VEMS < 50%
IV MOLTO GRAVE	VEMS/CVF < 70%; VEMS < 30% del teorico o VEMS < 50% del teorico in presenza di insufficienza respiratoria o di segni clinici di scompenso cardiaco destro



Classificazione di gravità

- La **classificazione spirometrica** è utile per predire lo stato di salute, la destinazione e l'impiego delle risorse sanitarie, lo sviluppo delle riacutizzazioni e la mortalità nella BPCO.
- Una singola misura di FEV_1 dà una rappresentazione incompleta delle complesse conseguenze cliniche della BPCO.
- In aggiunta al FEV_1 , sia l'indice di massa corporea (BMI) che la dispnea, si sono dimostrati utili nel predire gli esiti, come la sopravvivenza. Questo documento raccomanda che essi siano valutati in tutti i pazienti.

Weight loss is a prognostic factor in COPD



Schols et al. AJRCCM 1998; 157: 1791-7



VALUTAZIONE E MONITORAGGIO: Ulteriori indagini

- Test del cammino (6 minuti): distanza percorsa camminando alla massima velocità per 6 minuti
- “Body Mass Index” (BMI): peso (Kg) diviso Altezza al quadrato (m²)
- Grado di dispnea (Scala del Medical Research Council)
 - 0: no dispnea
 - 1: dispnea camminando in salita
 - 2: dispnea camminando in pianura
 - 3: necessità di fermarsi camminando in pianura
 - 4: dispnea al minimo sforzo

Assieme al FEV₁ (% teorico)
sono fattori prognostici di mortalità



FATTORI DI RISCHIO

FATTORI LEGATI ALL'AMBIENTE:

- **fumo di sigaretta**
- **fattori professionali**
- **inquinamento outdoor e indoor**
- **infezioni**
- **stato socio-economico**

FATTORI LEGATI ALL'OSPITE:

- **geni (ad esempio, deficit di α_1 antitripsina)**
- **iperreattività bronchiale**
- **crescita del polmone**



Prevalenza (%) di fumatori in Italia: anni 1993-2002, soggetti > 14 anni.

anni	fumatori			ex fumatori		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
1993	35.1	16.4	25,4	26.5	12.4	19,2
1994	34.1	16.7		26.6	13.0	
1995	33.9	17.2		27.4	13.1	
1996	34.9	17.9	26,1	26.9	12.2	19,3
1997	33.1	17.3		27.5	13.6	
1999	32.4	17.1	24,5	27.2	12.5	19,6
2002	30,9	17,1	23,7	28,0	13,8	20,7

Fonte: ISTAT 2004



Cessazione del fumo

- Il fumo è una **dipendenza** e una **malattia** cronica recidivante
- L'abitudine al fumo dovrebbe essere valutata **routinariamente** ogniqualvolta un paziente si presenti al proprio medico curante
- A tutti i fumatori dovrebbero essere offerte le migliori **opportunità** per smettere di fumare
- La sospensione permanente si può ottenere in un consistente numero di fumatori con i trattamenti attualmente disponibili
- Il successo nel trattamento di questa malattia può produrre benefici consistenti nella **riduzione** di molte **complicanze** secondarie, di cui la BPCO è una.
- • Le attività a supporto della cessazione del fumo e alla sua diffusione dovrebbero far **parte integrante** dei sistemi sanitari



STRATEGIE PER AIUTARE IL PAZIENTE A SMETTERE DI FUMARE

CHIEDERE: identificare sistematicamente tutti i fumatori ad ogni visita

INFORMARE: è urgente per tutti i fumatori smettere di fumare

VALUTARE: determinare il desiderio di compiere un tentativo per smettere di fumare

ASSISTERE: aiutare il paziente a smettere di fumare

PREPARARE: organizzare un follow-up



Terapia farmacologica

- I farmaci per la BPCO attualmente disponibili possono **ridurre o abolire i sintomi**, **aumentare** la capacità di **esercizio**, **ridurre** il numero e la gravità delle **riacutizzazioni** e migliorare lo stato di salute . Per il momento **nessun** farmaco è risultato in grado di modificare la velocità di **declino** della **funzione respiratoria**.
- E' preferibile la via inalatoria.



TERAPIA DELLA BPCO AD OGNI STADIO

Classificazione	0:A Rischio	I: Lieve	II: Moderata	III: Grave	IV: Molto grave
Caratteristiche	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomi cronici • Esposizione a fattori di rischio • Spirometria normale 	<ul style="list-style-type: none"> • VEMS/CVF < 70% • VEMS ≥ 80% • Con o senza sintomi 	<ul style="list-style-type: none"> • VEMS/CVF < 70% • 50% < VEMS < 80% • Con o senza sintomi 	<ul style="list-style-type: none"> • VEMS/CVF < 70% • 30% < VEMS < 50% • Con o senza sintomi 	<ul style="list-style-type: none"> • VEMS/CVF < 70% • VEMS < 30% o presenza di insufficienza respiratoria cronica o scompenso cardiaco destro
	Evitare I fattori di rischio; vaccinazioni antinfluenzale ed antipneumococcica				
	+ broncodilatatori a breve durata d'azione al bisogno				
	+ trattamento regolare con uno o più broncodilatatori a lunga durata d'azione + riabilitazione				
	+ steroidi per via inalatoria in caso di ripetute riacutizzazioni				
	+ O2 terapia a lungo termine in caso di insuff. respiratoria <i>Considerare i trattamenti chirurgici</i>				

Vaccinazioni



- Vaccinazione antinfluenzale: **riduce ~ 50% gravità** della malattia e **incidenza di mortalità** nella BPCO
- Vaccinazione antipneumococcica: **riduce batteriemia** nella polmonite.



BPCO STABILIZZATA

Altri Trattamenti

La vaccinazione antinfluenzale riduce del 50% la comparsa di patologie gravi e la mortalità (A)

Le vaccinazioni influenzale ed antipneumococcica per via parenterale dovrebbero essere offerte a tutti i pazienti con BPCO

Antiossidanti e immunomodulatori possono ridurre la frequenza di esacerbazioni, tuttavia non vi è sufficiente evidenza per raccomandarne l'uso.

Per altri farmaci (mucolitici, antitussivi, stimolanti respiratori, etc) l'evidenza di efficacia è scarsa.

Riabilitazione respiratoria



European Respiratory
Society

- **Programma di cura multidisciplinare :**
 - ritagliato per ogni individuo
 - ottimizzare la performance fisica e sociale e l'autonomia.
- **Miglioramento significativo e clinicamente utile di :**
 - dispnea
 - capacità di esercizio
 - stato di salute
 - utilizzo delle risorse sanitarie.
- **Da prendere in considerazione nei BPCO con:**
 - dispnea o altri sintomi respiratori
 - ridotta tolleranza all'esercizio
 - limitazione delle attività a causa della malattia
 - alterato stato di salute.

Riacutizzazioni della BPCO



European Respiratory
Society

Non vi è alcuna classificazione universalmente accettata per le riacutizzazioni della BPCO. Questa classificazione di gravità operativa può essere di aiuto nello stabilire la rilevanza clinica dell'episodio ed il suo esito.

Livello I : si può trattare a casa.

Livello II : richiede il ricovero.

Livello III : determina insufficienza respiratoria.



Viaggi in aereo

- Gli aerei per passeggeri possono volare >12.000 m con pressurizzazione della cabina equiparabile ad una altezza compresa fra 1.800 e 2.400 m. Il che equivale ad una frazione inspirata di ossigeno (O_2) a livello del mare di ~15%.
- I pazienti con BPCO possono presentare cadute della tensione arteriosa di O_2 (Pa,O_2) mediamente intorno a 25 mmHg (3.3 kPa).
- Una valutazione prima del volo può aiutare a determinare la necessità di O_2 e la presenza di co-morbidità
- Molte linee aeree forniscono la ossigenoterapia su richiesta.
- Vi è crescente evidenza che i pazienti che effettuano viaggi aerei di lunga durata possano essere a rischio di trombosi delle vene profonde .

Aspetti etici e cure palliative



European Respiratory
Society

Tutti gli operatori sanitari, durante i periodi di stabilità, dovrebbero assistere i pazienti a programmare le cure avanzate, discutendo anche il trattamento da adottare nel periodo terminale.

La riabilitazione respiratoria è una importante opportunità per la **pianificazione delle cure avanzate** nei pazienti con BPCO da moderata a grave.

I programmi educazionali per la pianificazione delle cure avanzate compresi nella riabilitazione respiratoria favoriscono il livello di accettazione delle cure avanzate e la discussione medico-paziente sulla **assistenza in fase terminale**.



GOLD Website Internazionale

<http://www.goldcopd.org>

Sito GOLD - Italia

<http://www.goldcopd.it>

ERS-ATS COPD Guidelines Website Address

www.ersnet.org/copd

Eur Respir J 2004; 23: 932–946



European Respiratory
Society