

# Broncopneumopatia cronica ostruttiva: precetti terapeutici



## TERAPIA CRONICA

E' volta al **miglioramento della dispnea e alla prevenzione delle esacerbazioni** e non ci sono studi definitivi sulla riduzione della mortalità (Calverley 2007). Non è stata studiata la triplice associazione steroide, beta 2 long acting e anticolinergico long acting tiotropio. Per prevenire una riacutizzazione devono essere trattati con tiotropio per un anno 9 pazienti e per prevenire un ricovero devono esserne trattati 8.

**Ipratropio.** Anticolinergico short acting, determina un miglioramento della tolleranza all'esercizio e della qualità del sonno e del FEV1, soprattutto nei fumatori.

**Mucolitici.** Uso frequente nella pratica, ma non suffragato da prove di letteratura.

**Antibiotici.** Rivalutato l'uso cronico preventivo per sterilizzare il materiale bronchiale, ma il rischio resta quello di selezionare ceppi batterici resistenti.

**Roflumilast e cilomilast,** inibitori delle fosfodiesterasi, **infliximab,** inibitore del TNF: trial valutativi in corso (Wedzicha 2007).

**Cure non farmacologiche.** Riabilitazione polmonare, ossigenoterapia domiciliare al bisogno (riduce mortalità, depressione e ansia) e self management (riconoscimento di una variazione del proprio stato di salute e la messa in atto di scelte terapeutiche adatte o del ricorso al medico); forte limite è l'età anziana dei pazienti con la difficoltà ad aderire alle indicazioni (Effing 2007). Nelle forme di BPCO più gravi può intervenire la chirurgia, con la riduzione del volume polmonare (mortalità perioperatoria del 10 per cento) o, in casi estremi, con il trapianto di polmone.

**Anticolinergici.** Danno lo stesso grado di broncodilatazione dei beta 2 agonisti; per inalazione hanno pochi effetti avversi per via dello scarso assorbimento sistemico.

**Antibiotici.**

→ Per pazienti meno gravi: amoxicillina + acido clavulanico;

→ pazienti anziani o con riacutizzazioni frequenti: chinolonico;

→ pazienti ricoverati: penicillina anti pseudomonas (piperacillina-tazobactam o ticarcillina-clavulanato) per via parenterale; cefalosporina di terza generazione; macrolide di nuova generazione. Eventuale associazione con aminoglicoside (tobramicina; Ram 2006).

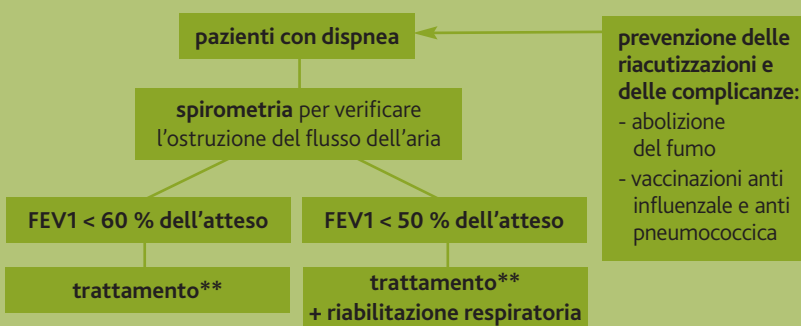
**Corticosteroidi.** Ciclo breve per via sistemica di metilprednisolone in vena o prednisone per os (Ynze 2007). Monitorare gli effetti avversi sulla glicemia, sulle infezioni secondarie e sul comportamento e ridurre il dosaggio gradualmente nell'arco di 2 settimane.

**Metilxantine.** Aminofillina e teofillina hanno un ruolo controverso nelle esacerbazioni della BPCO: migliorano la ventilazione, ma sono potenzialmente tossiche. Vanno usate quando il paziente non risponde o ha controindicazioni per gli altri broncodilatatori, con uno stretto monitoraggio delle dosi: il loro livello ematico può salire con l'uso concomitante di un H2 agonista, di un chinolonico o di un macrolide; il fumo ne aumenta invece il metabolismo e ne diminuisce il livello ematico (Voelkel 2000).

## OCCHIO ALL'EFFETTO DANNOSO

La terapia steroidea, anche per via inalatoria, dà il rischio d'insorgenza di polmonite e candidiasi (va ricordato al paziente di sciacquare il cavo orale dopo ogni puff). I broncodilatatori beta 2 stimolanti possono indurre tachiaritmia e ipopotassiemia.

## Dalla diagnosi alla terapia



\*FEV1 = volume di aria espirata nel corso del primo secondo

\*\*Terapia per inalazione: beta agonisti a lunga durata d'azione, corticosteroidi (meglio in somministrazione combinata) ed eventualmente anticolinergici. Ossigenoterapia ai pazienti con ipossiemia (PaO<sub>2</sub> inferiore a 55 mmHg)

## INTERVENTI NELLE RIACUTIZZAZIONI

**Ossigenazione.** La terapia deve proporsi di mantenere la saturazione di ossigeno al 90 per cento o maggiore, ricorrendo, se necessaria, alla supplementazione con ossigeno per cannula nasale o mascherina.

**Broncodilatatori.** E' fondamentale l'appropriata inalazione dei beta 2 stimolanti: quando l'aumento della dispnea rende difficile spray o diskus, è da preferire l'aerosol.

## BIBLIOGRAFIA

- ◆ Effing T et al. Self management education for patients with COPD. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4.
- ◆ Calverley PMA et al. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in COPD. N Engl J Med 2007; 356: 775.
- ◆ Wedzicha J et al. COPD exacerbations: defining their cause and prevention. Lancet 2007; 370: 786.
- ◆ Qaseem A et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease. Ann Intern Med 2007; 147: 633.
- ◆ Ram F et al. Antibiotics for exacerbations of COPD. The Cochrane Library, 2006.
- ◆ Hunter M et al. COPD: management of acute exacerbations and chronic stable disease. Am Fam Physician 2001; 64: 603.
- ◆ Voelkel NF et al. COPD: exacerbation. Chest 2000; 117: S376.
- ◆ Ynze P et al. Oral or IV prednisolone in the treatment of COPD exacerbations. Chest 2007; 132: 1741.