Scompenso respiratorio delle broncopneumopatie croniche ostruttive

M. Dres, A. Ferre, O. Sanchez

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è un problema importante di salute pubblica sia per la morbilità e la mortalità che per i costi sanitari che essa genera. Tenuto conto delle frequenti comorbilità (in particolare cardiovascolari), la gestione deve essere multidisciplinare. L'evoluzione di questa malattia è costellata di episodi acuti che aggravano la prognosi a lungo termine e che, nei casi più gravi, mettono in gioco la prognosi vitale. Il trattamento sintomatico degli scompensi è stato oggetto di numerose raccomandazioni basate, per la maggior parte, su degli studi disomogenei, il cui elemento più dibattuto resta quello dei corticosteroidi sistemici. Viceversa, i broncodilatatori per via inalata hanno dimostrato la loro efficacia. Il trattamento del fattore eziologico dello scompenso è fondamentale: il fattore più frequente è un'infezione respiratoria. L'utilizzo degli antibiotici è ampiamente diffuso, ma deve limitarsi ai casi di polmoniti o di riacutizzazioni di BPCO con sovrainfezione nei pazienti agli stadi GOLD (global initiative for chronic obstructive lung disease) più gravi (stadi definiti in funzione del volume espiratorio massimo durante il primo secondo [VEMS]). Diversi lavori si interessano ai dosaggi di bioindicatori per orientare la prescrizione della terapia antibiotica; nessuno è consigliato di routine a tutt'oggi. A proposito degli scompensi più gravi che giustificano un ricovero in terapia intensiva, l'avvento della ventilazione non invasiva da più di due decenni ha trasformato la gestione e la prognosi di questi pazienti. Essa deve restare la metodica di assistenza ventilatoria di elezione, sempre rispettando le sue indicazioni e controindicazioni per non ritardare l'instaurazione di una ventilazione invasiva, in caso di necessità. L'esperienza delle equipe che praticano queste tecniche è garanzia della loro efficacia. Infine, dopo la fase acuta, occorrerà pensare all'implementazione di un follow-up e dei mezzi di prevenzione delle esacerbazioni e, all'occorrenza, a una riabilitazione respiratoria nel quadro di una gestione globale e multidisciplinare.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: BPCO; Scompenso; Aerosol; VNI; Riabilitazione; Prevenzione

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
Esacerbazioni e scompensi	2
■ Gestione e orientamento iniziale	3
■ Indagini ed esami complementari nella fase iniziale	3
■ Trattamento	3
Trattamento farmacologico	3
Terapia antibiotica	4
Ossigenoterapia	5
Assistenza ventilatoria	5
Trattamenti accessori	6
■ Gestione dopo la fase acuta	7
■ Conclusioni	7

■ Introduzione

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è un problema importante di salute pubblica. Attualmente quinta causa di mortalità nel mondo (rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità 1999), essa potrebbe divenire la terza causa da qui al 2020, secondo le stime più recenti^[1]. Questa malattia cronica ha un'evoluzione che può essere costellata di episodi di insufficienza respiratoria acuta che possono mettere in gioco la prognosi vitale. Gli episodi acuti più gravi portano a dei ricoveri la cui frequenza va aumentando parallelamente alla degradazione respiratoria dei pazienti^[2]. La mortalità intraospedaliera è variabile, dal 10% al 15%^[3-5], e può raggiungere il 25% nel caso di un ricovero in terapia intensiva o in rianimazione^[4,6]; alcune casistiche segnalano anche una mortalità del 40% a un anno nei pazienti che hanno richiesto un'assistenza ventilatoria^[7]. Le esacerbazioni

sono anche associate a un aumento della mortalità a lungo termine^[3,8], e una parte non trascurabile di pazienti ricoverati per esacerbazione di BPCO (30-60%) sarà nuovamente ricoverata nell'anno seguente^[9]. La frequenza delle esacerbazioni gravi (≥ 2) sembra un fattore di cattiva prognosi^[10,11]. Questi ricoveri rappresentano anche un carico socioeconomico importante a causa delle notevoli spese sanitarie generate^[12]. Tenuto conto delle frequenti comorbidità, la mortalità dei pazienti affetti da BPCO non è solamente la conseguenza degli episodi di scompensamento respiratorio, ma è dovuta anche a degli eventi cardiovascolari e alle neoplasie, soprattutto broncopolmonari^[10,13,14]. La prognosi vitale delle riacutizzazioni di BPCO è legata alla gravità della malattia respiratoria sottostante, al peso delle comorbidità (in particolare cardiovascolari) e alla gravità dell'episodio. Infine, le riacutizzazioni di BPCO sono degli eventi importanti nella storia della malattia di questi pazienti, a causa del loro impatto sulla qualità di vita^[15] e del rischio di aggravamento del declino funzionale^[15,16].

Nella gestione di un'esacerbazione di BPCO, oltre al trattamento sintomatico ed eziologico di un eventuale fattore scatenante, occorre tenere a mente che la riduzione della durata del ricovero ospedaliero e le misure preventive, che permettono di ridurre la frequenza delle esacerbazioni e dei ricoveri, sono delle direttrici fondamentali della gestione a lungo corso di questi pazienti. Tuttavia, i mezzi per raggiungere questi obiettivi non sono sempre consensuali e si basano, il più delle volte, su delle raccomandazioni di esperti, a causa dell'assenza di studi randomizzati.

Esacerbazioni e scompensi

Definizioni

Non esiste una definizione consensuale di un'esacerbazione. Il più delle volte, essa è definita per un aumento dei sintomi respiratori di una durata superiore a 48 ore e che induce un'intensificazione terapeutica. Essa può assumere la forma di un aumento dei trattamenti abituali e di un ricorso a una terapia antibiotica o a un sistema di cure (medico curante o servizio di emergenza e accettazione)^[17,18]. Storicamente, i criteri più utilizzati sono l'aumento della dispnea e l'aumento del volume e della purulenza dell'escreato (triade di Anthonisen)^[19]. In linea più generale, un'esacerbazione è definita anche come un peggioramento acuto e episodico di uno stato precedentemente stabile con aumento della dispnea e riduzione delle prestazioni fisiche quotidiane^[20].

Quando un'esacerbazione presenta dei segni di gravità tali da mettere in gioco la prognosi vitale, si parla, allora, di scompensamento. La prognosi di un'esacerbazione può essere valutata in base alla necessità di un'assistenza ventilatoria, alla durata del ricovero e alla comparsa di una recidiva o di un nuovo ricovero^[21]. Alcune caratteristiche allo stato di base sono correlate alla mortalità ospedaliera e devono far parte integrante della valutazione iniziale: età elevata, sesso maschile, tabagismo attivo, comorbidità, denutrizione e alterazione funzionale (qualità della vita, dispnea a riposo, ricoveri ripetuti, enfisema, ipercapnia cronica, ossigenoterapia di lunga durata). In pratica, due parametri possono permettere di valutare la gravità allo stato di base della malattia respiratoria cronica: lo stadio GOLD secondo il valore del VEMS (Tabella 1) o, ancora, il punteggio BODE (associando la valutazione di diversi indici: B come BMI [body mass index] o indice di massa corporea, O come ostruzione o valore del VEMS, D come dispnea, E come esercizio che corrisponde al test di deambulazione; Tabella 2) con una resa migliore per predire la mortalità dei pazienti affetti da BPCO rispetto a ciascuno degli indici preso isolatamente^[22]. Tuttavia, questi elementi non sono sempre disponibili al momento di un episodio acuto. Infine, nella fase acuta, la gravità di un'esacerbazione si valuta soprattutto su criteri clinici ed emogasanalitici.

Criteri di gravità

La gravità di un'esacerbazione deve essere basata sull'analisi dei segni clinici^[23,24], sulle comorbidità, sul contesto sociale e sulle possibilità di ricorso alle cure. Gli elementi di gravità all'esame fisico riuniscono i segni di distress respiratorio

Tabella 1.

Classificazione spirometrica della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) in stadi di gravità secondo GOLD (*global initiative for chronic obstructive lung disease*). Il rapporto di Tiffeneau (volume espiratorio massimo secondo [VEMS]/capacità vitale forzata [CVF]) definisce la BPCO per la presenza di un disturbo ventilatorio ostruttivo, quale che sia lo stadio, quando è inferiore al 70%. Il VEMS, dal canto suo, classifica i pazienti in vari stadi di gravità. Il valore previsto è definito da algoritmi che prendono in considerazione l'età, il sesso, l'altezza e l'origine etnica, secondo Quanjer et al.^[116].

Classificazione della BPCO in stadi di gravità		
Stadio I: leggero	VEMS/CVF < 70%	VEMS $\geq$ 80% valore previsto
Stadio II: moderato		50% $\leq$ VEMS < 80% valore previsto
Stadio III: grave		30% $\leq$ VEMS < 50% valore previsto
Stadio IV: molto grave		VEMS < 30% valore previsto oppure VEMS < 50% valore previsto con insufficienza respiratoria cronica grave

Tabella 2.

Calcolo del punteggio BODE secondo Celli et al.^[22].

		0	1	2	3
B	BMI (kg/m ²)	< 21	$\geq$ 21		
O	VEMS (% del valore previsto)	$\geq$ 65	51-64	36-50	$\leq$ 35
D	MMRC (0-4)	0-1	2	3	4
E	Distanza percorsa nel test di marcia di 6 minuti (m)	$\geq$ 350	250-349	150-249	$\leq$ 149

BMI: indice di massa corporea; MMRC: scala modificata del Medical Research Council che comprende 5 stadi: stadio 0: dispnea per degli sforzi sostenuti (salire 2 piani); stadio 1: dispnea al momento della deambulazione veloce o in pendenza; stadio 2: dispnea alla deambulazione su un terreno piano seguendo qualcuno della propria età; stadio 3: dispnea che obbliga a fermarsi per riprendere il respiro dopo alcuni minuti o un centinaio di metri su un terreno piano; stadio 4: dispnea al minimo sforzo.

acuto (dispnea con polipnea, impossibilità di parlare, attivazione dei muscoli respiratori accessori, tirage sopraclavicolare o intercostale, respirazione addominale paradossa, cianosi e pause respiratorie), un'instabilità emodinamica o la ripercussione neurologica (dell'ipossiemia o dell'ipercapnia). A tutt'oggi, non esiste alcun punteggio clinico validato che permetta di giudicare la gravità di un'esacerbazione. In ambiente ospedaliero, la valutazione della gravità dell'esacerbazione deve essere aiutata con la realizzazione di un'emogasanalisi arteriosa. I criteri di gravità che giustificano un ricovero sono un'ipossiemia inferiore a 50 mmHg, un'acidosi respiratoria grave con un pH inferiore o uguale a 7,35 e/o un'ipercapnia con una PaCO₂ superiore o uguale a 45 mmHg.

Cause e fattori di rischio

La ricerca di un fattore scatenante di un'esacerbazione è indispensabile. Le infezioni respiratorie (virali o batteriche) sono responsabili della maggioranza delle esacerbazioni^[25-27]. Anche l'inquinamento atmosferico è descritto come un fattore favorente^[28]. D'altra parte, la cattiva osservanza o l'interruzione delle terapie, l'esposizione tabagica^[29] o l'assunzione di alcuni farmaci (psicotropi) possono essere all'origine di un'esacerbazione. Tuttavia, nel 30% dei pazienti, non può essere identificata alcuna causa.

L'aggravamento dei sintomi respiratori dei pazienti affetti da BPCO è, il più delle volte, in relazione con un'esacerbazione, indipendentemente dal fatto che si sia riscontrato un fattore oppure no. Tuttavia, l'associazione frequente di comorbidità cardiovascolari e respiratorie deve portare a eliminare alcuni fattori scatenanti o delle diagnosi differenziali che richiedono una gestione specifica: un pneumotorace, un edema polmonare acuto o una sindrome coronarica acuta, un'embolia polmonare, un cancro polmonare all'origine di un'ostruzione delle vie aeree, una

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756881>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756881>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)