Corretto uso dei farmaci nella BPCO

La **Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)** è una malattia progressiva, che diventa grave e molto invalidante negli stadi avanzati, in costante aumento e con una previsione di ulteriore incremento nelle prossime due decadi.
Gli interventi di informazione e di educazione sulle grandi patologie del III millennio come neoplasie, malattie cardiovascolari e metaboliche, hanno portato, negli ultimi trent'anni, ad un aumento dell'aspettativa di vita (in media, da 3 mesi per le neoplasie fino a 4 anni per le coronaropatie), mentre per la BPCO, nonostante l'introduzione di nuove ed efficaci terapie, vi è stata, nello stesso periodo, una sua riduzione (meno 2 mesi).

Proprio per questa preoccupante dimensione epidemiologica il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha inserito la BPCO fra le quattro grandi priorità del S.S.N. (insieme a neoplasie, diabete e malattie cardiovascolari) ed ha indicato la necessità di pianificare corretti interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per giungere ad un suo soddisfacente controllo.
L'elemento decisivo che spiega la mancanza di controllo epidemiologico per questa patologia è la sua sottodiagnosi, tuttora molto frequente che, di conseguenza, ritarda l'impostazione di una adeguata terapia.

La sottodiagnosi non è in genere da attribuirsi al Medico di Medicina Generale, ma al ritardo con cui il paziente, quasi sempre fumatore, si rivolge al proprio Medico.
In realtà i sintomi iniziali della BPCO sono molto subdoli ed insidiosi: tosse, in genere produttiva, al mattino (erroneamente considerata dal paziente conseguenza inevitabile dell'abitudine tabagica) e modesta dispnea, che, per molto tempo, viene avvertita solo per sforzi impegnativi; il paziente, pur riconoscendo questi sintomi, proprio perché poco invalidanti, non li riferisce, soprattutto per evitare di sentirsi ordinare, dal medico prima e dai congiunti dopo, di interrompere l'abitudine tabagica.

E' quindi necessario un grosso impegno congiunto degli specialisti pneumologi e dei medici di medicina generale per fornire corrette e continue informazioni alla popolazione generale su questa malattia, sul suo esordio insidioso, sui suoi sintomi gravi ed invalidanti nelle fasi più avanzate, sulla necessità della sospensione dell'abitudine al fumo e sui vantaggi che possono derivare da una corretta terapia farmacologia e riabilitativa.
Nelle fasi di stabilità clinica la terapia si basa sui broncodilatatori a lunga durata d'azione, i cosiddetti beta due adrenergici a lunga durata, gli stimolanti, cioè, del sistema simpatico ad azione dilatatrice, o gli anticolinergici a lunga durata, inibitori del sistema parasimpatico che ha un'azione broncocostrittrice. Questi farmaci possono essere usati da soli o associati fra loro, quando uno solo non riesce a garantire il pieno controllo dei sintomi.
I corticosteroidi inalatori sono farmaci molto efficaci in associazione ai broncodilatatori nei pazienti più gravi (che presentano cioè un quadro marcato di ostruzione delle vie aeree) e/o due o più episodi bronchitici nella stagione invernale.

La terapia deve essere condotta cronicamente, cioè senza interruzione; ogni anno, nelle forme iniziali o di media gravità, ogni sei mesi nelle forme gravi, il paziente deve essere sottoposto ad esame spirometrico per controllare l'evoluzione della malattia e per adeguare, se necessario, il piano terapeutico.

La storia naturale di questi pazienti è scandita da episodi, più o meno frequenti, di riacutizzazione, cioè da improvvisi peggioramenti del loro quadro clinico che determinano la necessità di aumentare la terapia. Nell'80% dei casi la causa della riacutizzazione è una infezione, in genere batterica; nella riacutizzazione l'approccio terapeutico deve modificarsi: è necessario inserire una terapia antibiotica mirata verso i patogeni respiratori più comuni: Haemophilus influenzae, Streptococco pneumoniae, Moraxella Catharralis, i chinolonici cosiddetti respiratori, l'amoxicillina clavulanato e i macrolidi sono gli antibiotici più appropriati. I broncodilatatori devono essere ad azione rapida, preferibilmente somministrati per via aerosolica; il cortisone deve essere dato per os per massimo 12-15 giorni.

Superato l'episodio il paziente dovrà tornare allo schema terapeutico della fase stabile e dovrà essere controllato clinicamente e con le prove di funzionalità respiratoria fino al ritorno alle condizioni preesistenti.
In conclusione il Medico di Medicina Generale e lo specialista pneumologo dispongono di armi efficaci per il controllo della BPCO; il loro sforzo principale deve essere quello di aumentare la sensibilità della popolazione generale verso questa malattia, di impostare progetti efficaci di lotta al tabagismo insieme a programmi di disuassefazione e di diagnosi precoce delle malattie fumo correlate, di far capire che i sintomi, all'inizio subdoli e, tutto sommato, ben tollerati, possono successivamente diventare molto gravi e fortemente invalidanti, di sollecitare tutti i fumatori e tutti i soggetti con tosse e/o escreato e/o dispnea, anche se lievi, di sottoporsi ad un esame spirometrico per giungere precocemente alla diagnosi, in uno stadio, cioè, in cui sia ancora possibile evitare, con una appropriata terapia, le gravi complicanze di questa patologia.

Prof. Fernando De Benedetto, Direttore S.C. di Pneumologia – ASL di Chieti - Ortona