

## La diagnosi precoce della BPCO è importante!

La BPCO (Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva) è una patologia frequente e in aumento causa di considerevole morbilità e mortalità. Questo Desktop Helper è una scheda di semplice consultazione che riassume le evidenze sui benefici di una diagnosi precoce e offre alcuni strumenti da utilizzare per modificare il proprio atteggiamento clinico e migliorare gli obiettivi di salute dei pazienti.

### PERCHÉ È IMPORTANTE LA DIAGNOSI PRECOCE?

La BPCO è frequentemente sotto-diagnosticata in tutto il mondo. Un'indagine eseguita in Spagna ha dimostrato che solo un quarto della popolazione a cui era stata diagnosticata una BPCO era già a conoscenza della diagnosi.<sup>1</sup>

La diagnosi di BPCO non viene solitamente posta prima che una significativa parte della funzione polmonare sia già stata persa. Nel momento in cui i pazienti si rendono conto di avere dei sintomi, il loro FEV<sub>1</sub> solitamente è ridotto a circa il 50% del teorico - un livello in cui lo stato di salute è già compromesso e che sottende una significativa quota di infiammazione sistemica che può indurre la comparsa di co-morbilità.<sup>2</sup>

I costi sociali della BPCO sono molto alti. Questi ricomprendono tanto i costi diretti legati all'ospedalizzazione e ad altri interventi sanitari, così come i costi indiretti collegati alla disabilità, alla perdita di giornate lavorative, all'assistenza dei familiari o dei caregiver più in generale. Molti di questi costi potrebbero essere ridotti da una diagnosi e da un intervento precoci.<sup>3</sup>

### PUÒ AIUTARE UN INTERVENTO PRECOCE?

In tutti gli stadi di gestione della BPCO, il mettere in atto interventi quali la cessazione del fumo, l'esercizio fisico e la riabilitazione, la modifica degli stili di vita, la vaccinazione anti-influenzale ed anti-pneumococcica e la riduzione delle riacutizzazioni porta ad miglioramento della qualità di vita del paziente.<sup>2</sup>

Una crescente quantità di evidenze scientifiche suggeriscono che l'individuazione precoce della broncoostruzione e quindi un intervento terapeutico altrettanto precoce possono ritardare il declino della funzione polmonare, ridurre il peso dei sintomi e migliorare la qualità di vita dei pazienti.<sup>4</sup>

La cessazione del fumo è stato dimostrato essere il più importante intervento per rallentare il declino della funzione polmonare<sup>5</sup> e, quanto prima un fumatore smette di

fumare, tanto più la funzione polmonare sarà preservata.<sup>6</sup> La cessazione dell'abitudine tabagica può essere molto più efficace in quei soggetti in cui è stata formulata una sicura diagnosi.<sup>7</sup> È stato anche dimostrato che informando i pazienti sulla malattia e sulla loro età polmonare il tasso di successo degli interventi di cessazione del fumo è migliorato.<sup>8</sup> Per quanto concerne gli strumenti utili alla disassuefazione dal fumo, è possibile consultare il relativo desktop helper dell'IPCRG<sup>9</sup> oppure la guida pratica sul web.<sup>10</sup>

L'intervento farmacologico precoce può migliorare lo stato di salute e la capacità di esercizio fisico dei pazienti affetti da BPCO, e ridurre le riacutizzazioni, anche in pazienti con malattia da lieve a moderata.<sup>11</sup> La limitazione del flusso d'aria durante l'esercizio fisico è associata ad estesa disfunzione delle piccole vie aeree anche nei pazienti nei quali la funzione polmonare a riposo può apparire relativamente conservata. Questi pazienti sembrano trarre vantaggio dalla broncodilatazione, indipendentemente dai miglioramenti osservati tramite la spirometria.<sup>12</sup> La diagnosi precoce della malattia permette anche di avviare più precocemente modifiche dello stile di vita quali l'esercizio fisico e la riabilitazione polmonare.<sup>13</sup>

Il trattamento precoce e aggressivo delle riacutizzazioni protegge il paziente dalla progressione della BPCO. Ogni riacutizzazione purulenta della BPCO riduce la qualità di vita, la funzione polmonare e la sopravvivenza.<sup>14</sup>

È stato dimostrato che la vaccinazione, la corretta alimentazione e un intervento farma-

cologico appropriato riducono le riacutizzazioni.<sup>15,16</sup>

L'educazione all'auto-gestione è una componente cruciale della cura e ad ogni persona affetta da BPCO dovrebbe essere offerta l'opportunità di discutere sui cambiamenti dello stile di vita che possono migliorare la prognosi e di sviluppare programmi per l'intervento precoce sulle riacutizzazioni.<sup>17</sup>

### QUALI SONO GLI OSTACOLI AD UNA DIAGNOSI PRECOCE?

Ci sono molti ostacoli che impediscono una diagnosi precoce - Tabella 1.

### COME POSSIAMO PROMUOVERE LA DIAGNOSI PRECOCE?

Ci sono diverse strategie che possono essere impiegate per favorire la diagnosi precoce. Promuovere una migliore comprensione e consapevolezza dei politici, dei professionisti della salute e della popolazione, riguardo ad una malattia sempre più importante ed in aumento, è la pietra angolare per il cambiamento dell'atteggiamento globale.

L'esecuzione della spirometria in una popolazione di fumatori, indipendentemente dal fatto di essere sintomatici per la BPCO, ha determinato una percentuale di nuove diagnosi del 20%.<sup>4</sup> Tuttavia, molti autori raccomandano la metodica del case-finding prescrivendo la spirometria ai fumatori sintomatici, dopo un approccio iniziale con uno dei questionari esistenti per individuare i sintomi iniziali della BPCO.<sup>25</sup>

In un setting di popolazione, potrebbero ►

#### Tabella 1. Ostacoli che impediscono della diagnosi precoce

- La BPCO progredisce inesorabilmente, ma lentamente, e così molti pazienti non realizzano di avere un problema
- I pazienti affetti da BPCO riconducono il loro fiato corto all'età, al fatto di essere meno attivi e all'invecchiamento. Ritengono che la loro tosse sia un fenomeno normale: la "tosse del fumatore"
- I pazienti affetti da BPCO tendono a non lamentarsi riguardo alla loro condizione - descritta come il "silenzio delle persone affette da BPCO"<sup>18</sup>
- Siccome le persone sottostimano i loro sintomi, il medico può essere meno aggressivo nel curarli e non considera la malattia nella sua fase iniziale
- I medici potrebbero non considerare delle infezioni ripetute dei bronchi come segnale precoce dello sviluppo di una COPD
- Questi pazienti hanno spesso molte co-morbilità, e tali condizioni possono essere più urgenti e più facili da diagnosticare
- I medici fanno un errore riguardo al genere, assumendo erroneamente che le donne si ammalino maggiormente di asma, e pertanto mancando la vera diagnosi<sup>19</sup>
- Le controversie riguardo l'esecuzione della spirometria da parte dei medici di famiglia per la diagnosi precoce può scoraggiare alcuni medici<sup>20</sup>
- Pochi medici di famiglia eseguono personalmente la spirometria e sono formati per farla<sup>21</sup>
- Può occorrere molto tempo per ricevere i referti delle spirometrie, quando questi sono effettuati al di fuori dello studio<sup>22</sup>
- Il problema tempo incombe sui medici di famiglia e questo impatta negativamente sulla loro capacità di curare i pazienti pro-attivamente<sup>23,24</sup>

◀ essere distribuiti questionari attraverso i media per incoraggiare i fumatori a rischio a controllare se presentano sintomi e a rivolgersi ai propri medici di famiglia. Il Canada Lung Health Test<sup>26</sup> ne è un buon esempio (Tabella 2). Un risultato negativo rende la diagnosi di BPCO meno probabile.<sup>27</sup>

### Tabella 2. Canada Lung Health Test<sup>26</sup>

1. Tossisce regolarmente?
2. Deve espettorare regolarmente del muco?
3. Dei semplici lavori di routine le causano il fiato corto?
4. Quando effettua degli esercizi, le viene da respirare affannosamente, oppure di notte?
5. Soffre spesso di raffreddori che durano più a lungo che in altre persone che conosce?

Se il paziente è fumatore o ex-fumatore, sopra i 40 anni e risponde di sì ad una delle domande riportate sopra, si dovrebbero effettuare ulteriori controlli, inclusa la spirometria.

L'IPCRG raccomanda attualmente che tutti i pazienti sopra i 35 anni siano valutati per il rischio di sviluppare la BPCO<sup>28</sup> – Figura 1.

1. Raccogli l'anamnesi usando questionari di screening validati, basati su una combinazione di fattori di rischio e sintomi.
2. Esegui un case-finding spirometrico usando "mini-spirometri" per escludere quelli con FEV<sub>1</sub> normale e identifica quelli che richiedono un'indagine più approfondita per la BPCO.
3. Sottoponi ad una spirometria diagnostica quei pazienti che hanno sia sintomi che fattori di rischio, oppure che hanno un questionario di screening positivo, o il FEV<sub>1</sub> di screening al di fuori dei limiti normali.

Perplexità sono state espresse riguardo all'accuratezza della spirometria effettuato negli studi dei medici di famiglia.<sup>29,30</sup> Tuttavia, diversi studi hanno dimostrato che anche nell'ambito dell'assistenza primaria può essere effettuata una spirometria accurata, lì dove gli operatori abbiano ricevuto un'adeguata formazione e siano particolarmente interessati.

Gli studi medici che hanno introdotto la spirometria nella loro pratica quotidiana, hanno ottenuto un cambiamento significativo nella diagnosi e nel trattamento della BPCO.<sup>31</sup>

È stato dimostrato che la spirometria "d'opportunità" per diagnosticare la BPCO ha dimostrato di avere un buon rapporto costo-efficacia.<sup>32</sup>

### RIASSUNTO

La diagnosi precoce dei pazienti con la BPCO è utile per il paziente e per la comunità. Il professionista sanitario deve sospettare la possibile diagnosi dai sintomi e dai fattori di rischio, deve considerare lo screening tramite utilizzando mini-spirometri, e prescrivere una spirometria completa per confermare la diagnosi. Diagnosticando precocemente la malattia si incoraggerà la disassuefazione dal fumo e si consentiranno quegli interventi precoci utili a prevenire le riacutizzazioni e a preservare la funzione polmonare, la qualità di vita e a ridurre la mortalità.

### REFERENCES

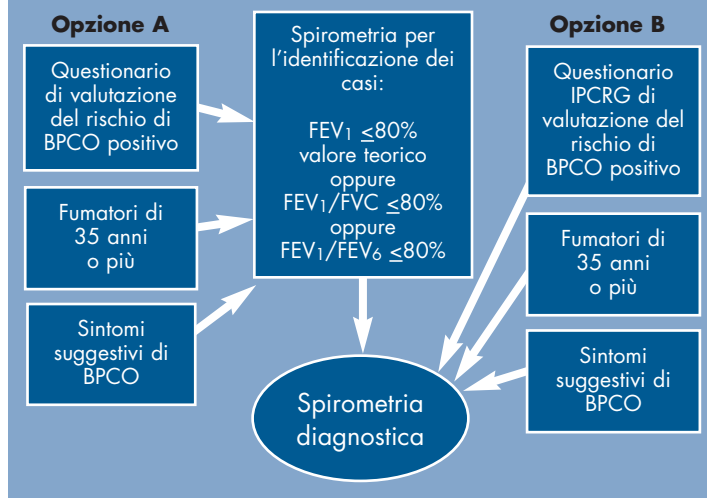
1. Miravittles M, Soriano JB, Garcia-Rio F, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax* 2009;64(10):863-8. Epub 2009 Jun 23.
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2008. Available from: <http://www.goldcopd.org>.
3. Tzavaras NZ, Kouloumenta VN, Gourgoulakis KI. The economic impact of late detection of COPD in general practice. *Chest* 2005;127(1):412.
4. Tinkelman DG, Price D, Nardyke RJ, Halbert RJ. COPD screening efforts in primary care: what is the yield? *Prim Care Resp J* 2007;16(1):41-8.
5. Fletcher C, Peto R. A prospective epidemiological study of the natural history of chronic airflow obstruction. *Br Med J* 1977;25(1):1645-8.
6. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, et al. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161(2 Pt 1):381-90.
7. Bednarek M, Gorecka D, Wielgomas J, et al. Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking. *Thorax* 2006;61(10):869.
8. Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, et al. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. *BMJ* 2008;336:598-600.
9. van Schayck OCP, Pinnao H, Ostrem A, Litt J for the IPCRG. IPCRG Consensus statement: Tackling the smoking epidemic - practical guidance for primary care. *Prim Care Resp J* 2008;17(3):185-193. <http://dx.doi.org/10.3132/pcrj.2008.00060>
10. IPCRG web-based practical guidance <http://www.theipcr.org/smoking/index.php>
11. Johansson G, Lindberg A, Romberg K, et al. Bronchodilator efficacy of tiotropium in patients with mild to moderate COPD. *Prim Care Resp J* 2008;17(3):169-175.
12. Ofir D, Laveneziana P, Webb KA, et al. Mechanisms of dyspnea during cycle exercise in symptomatic patients with GOLD stage I chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177:622-9.
13. Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ, Martin S. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD003793. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub2>.
14. JJ. Soler-Cataluna, M.A. Martinez-Garcia, P. Roman, Sanchez, E. et al. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005;60:925-931.
15. Calverley PMA, Anderson JA, Celli B et al. for the TORCH investiga-

### Figura 1.<sup>28</sup> Approccio all'identificazione dei casi di BPCO nell'assistenza primaria

Adattato su autorizzazione del *Primary Care Respiratory Journal*

Il testo integrale è disponibile all'indirizzo:

<http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2009.00055>



tors Salmeterol and Fluticasone Propionate and Survival in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2007;356:775-789.

16. Tashkin DP, Celli B, Senn S et al. A 4-Year Trial of Tiotropium in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2008;359:1543-54.
17. Kaplan A. The COPD Action Plan. *Can Fam Physician* 2009;55(1):58-9.
18. Habraken JM, Pols J, Bindels PJE, Willems DL. The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2008;58:844-849.
19. Chapman KR, Tashkin DP, Pye D. Gender Bias in the Diagnosis of COPD. *Chest* 2001;119:1691-1695.
20. Lin K, Watkins B, Johnson T, et al. Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Using Spirometry: Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;148:60520-213.
21. Lee TA, Barile B, Weiss KB. Spirometry use in clinical practice following diagnosis of COPD. *Chest* 2006;129:1509-1515
22. Stanbrook MB, Kaplan A. The error of not measuring asthma. *CMAJ* 2008;179:1099-102
23. Østbye T, Yarnall KSH, Krause KM, et al. Is There Time for Management of Patients With Chronic Diseases in Primary Care? *Ann Fam Med* 2005;3:209-214.
24. Yarnall KS, Østbye T, Krause KM, P et al. Family physicians as team leaders: "time" to share the care. *Prev Chronic Dis* 2009;6(2):A59. Epub 2009 Mar 16.
25. Gaseem A, Snow V, Shekelle P, et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007;147(9):633-8.
26. O'Donnell D, Hernandez P, Kaplan A, et al. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive lung disease-2008 update: highlights for primary care. *Can Resp J* 2008;15(Suppl A): 1A-8A
27. Jing JY, Huang TC, Cui W, et al. Should FEV<sub>1</sub>/FEV<sub>6</sub> replace FEV<sub>1</sub>/FVC ratio to detect airway obstruction? A meta-analysis. *Chest* 2009;135(4):991-8.
28. Price D, Crockett A, Arne M, et al. Spirometry in primary care case-identification, diagnosis and management of COPD. *Prim Care Resp J* 2009;18(3):216-223. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2009.00055>
29. Enright P. Provide GPs with spirometry, not spirometers. *Thorax* 2008;63(5):387.
30. Soriano JB, Zielinski J, Price D. Screening for and early detection of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2009;374:721-32.
31. Miravittles M, de la Roza C, Naberan K, et al. Use of spirometry and patterns of prescribing in COPD in primary care. *Respir Med* 2007;101(8):1753.
32. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence 2004.

**Authors:** Dr Alan Kaplan, Dr Miguel Roman Rodriguez with contributions from Dr Ron Tomlins  
**Editor:** Dr Hilary Pinnock

Translation reviewed for IPCRG by Dr. Antonio Infantino and Dr. Franco Carnesalli, Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie (SIICP). Translation funded by an educational grant from Novartis. March 2012

The views expressed in this sheet are not necessarily those of the IPCRG.

Licensed under Creative Commons Attribution-No Derivative Works licence. <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/>

The International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) is a charity registered in Scotland working internationally (SC No: 035056) and a company limited by guarantee (Company number 256268)

Date of production of original UK version: 17 November 2009 Date of validated translation: 28 March 2012