

La doppia broncodilatazione con Umeclidinio/Vilanterolo in pazienti affetti da BPCO stadio GOLD B

due case report nella real-life

31 Agosto 2021

Marco Umberto Scaramozzino, Giovanni Sapone

Abstract

Lo scopo di questi case report è quello di valutare dal punto di vista clinico-funzionale spirometrico il miglioramento della sintomatologia respiratoria correlata a BPCO, in pazienti ex fumatori con comorbidità e di esaltare l'importanza del primo approccio del medico specialista Pneumologo e della corretta classificazione GOLD della BPCO alla prima visita pneumologica.

In questo studio ci basiamo unicamente su: 1) dati antropometrici, 2) dati clinico-anamnestici e spirometrici oltre che 3) l'MmRC, di due pazienti ex fumatori affetti da BPCO stadio GOLD B e con poche comorbidità. I case report dimostrano che, in questi soggetti, dopo terapia con LABA/LAMA come da linee guida, è possibile notare un netto miglioramento dei valori funzionali spirometrici in termini di FEV1, FVC, FEF25-75, Indice di Tiffeneau, evidenziando anche l'importanza della valutazione da parte dei Colleghi Pneumologi dei volumi delle basse vie aeree (FEF25-75) e dell'MmRC nel follow-up dei pazienti con BPCO. I dati estrapolati, si basano su spirometrie, visite e valutazione del grado di dispnea (MmRC) al tempo zero, e ad un mese dopo doppia bronco dilatazione. I risultati sono soddisfacenti e in linea con i casi riportati in letteratura, in quanto si evidenzia netto miglioramento sia nel primo case report in termini di FEV1(102% teorico pre vs. 123% teorico post), Indice di Tiffeneau(FEV1/FVC pre: 83% teorico vs. 94% teorico post), FVC(117% teorico pre vs. 126% teorico post), FEF25-75(52% teorico pre vs. 94% teorico post) e riduzione dell'MmRC(pari a 3 pre vs. 1-2 post) e nel secondo case report: FEV1(94% teorico pre vs. 106% teorico post),), Indice di Tiffeneau(FEV1/FVC pre: 82% teorico vs. 90% teorico post), FVC(127% teorico pre vs. 130% teorico post), FEF25-75(48% teorico pre vs. 63% teorico post) e riduzione dell'MmRC(pari a 3 pre vs. 1-2 post)

Introduzione

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è attualmente una delle tre principali cause di morte a livello mondiale e il 90% dei decessi correlati a BPCO si verifica nei Paesi a basso e medio reddito pro capite (LMCI) (1). Oltre 3 milioni di persone sono decedute nel mondo per la BPCO nel 2012, rappresentando complessivamente il 6% di tutti i decessi.

La BPCO, patologia sia prevenibile che trattabile, rappresenta un importante problema della sanità pubblica. La BPCO è una delle maggiori cause di morbidità e mortalità cronica a livello mondiale; molte persone soffrono di questa malattia per anni e muoiono prematuramente a causa delle sue complicanze. Globalmente, si prevede che il costo della BPCO aumenti nei prossimi decenni a causa della continua esposizione ai fattori di rischio e dell'invecchiamento della popolazione (2).

Da anni è noto come nelle linee guida viene mostrata l'efficacia della doppia broncodilatazione in pazienti con basso tasso di riacutizzazione, con netto miglioramento della qualità di vita. Uno studio clinico ha dimostrato che il trattamento con LABA/LAMA è in grado di migliorare la funzionalità polmonare e la sintomatologia rispetto alla monoterapia con broncodilatatore long-acting in pazienti sintomatici con basso rischio di riacutizzazioni e non trattati con corticosteroidi inalatori (122). Questi studi clinici riportano i dati come media del gruppo di soggetti arruolati, ma le risposte dei sintomi alle combinazioni LABA/LAMA sono meglio valutate nel singolo paziente. Un regime di trattamento con una combinazione LABA/LAMA a dosaggio inferiore, due volte al giorno, ha mostrato di migliorare i sintomi e lo stato di salute nei pazienti con BPCO (123). Scopo dello studio è quello di sensibilizzare l'opinione pubblica scientifica (in particolare il MMG e i colleghi specialisti Pneumologi) sull'importanza della corretta stadiazione GOLD alla prima visita dallo specialista o MMG, in modo tale da ottenere risultati soddisfacenti dal punto di vista clinico-funzionale spirometrico e di riduzione del sintomo dispnea. Nelle prossime sezioni, vedremo i materiali e i metodi utilizzati oltre che i risultati ottenuti in termini di miglioramento della sintomatologia respiratoria, della scala di dispnea (MmRC) e dei valori di FEV1, FVC, Indice di Tiffeneau e FEF25-75.

Case report 1 – Paziente Dispnoico sotto sforzo minimo

Paziente giunto alla nostra attenzione per riferiti episodi di dispnea da sforzi minimi (MmRC 3).

In APR: Ex fumatore di 41 pack/year, BMI 21 età 71 anni. nega familiarità per patologie respiratorie, nega farmacoallergie, nega altre patologie degne di nota. Riferito da qualche tempo aumento della tosse produttiva con catarro chiaro, astenia e dispnea da sforzi minimi, Riferito un episodio di riacutizzazione nell'ultimo anno (2020). Porta in visione la TC torace che mostra segni diffusi di enfisema centro lobulare. All'EOT: MVR diffusamente ridotto con qualche ronco in fase espiratoria forzata. Si sottopone a esame spirometrico (PRE) con test di bronco reversibilità che evidenziava:

1. FEV1: 102% teorico pari a 2,53 L
2. FVC: 117% teorico pari a 4,10L
3. FEV1/FVC : 83% teorico
4. FEF25-75: 52% teorico pari a 1,05 L/s
5. Bronco reversibilità significativa dopo 400mcg di salbutamolo (+10% teorico FEV1 e 16% teorico FVC).

Sulla base della classificazione GOLD 2021 (MmRC > uguale a 2 e CAT > uguale a 10) e della storia clinico-anamnestica, viene classificato come BPCO stadio GOLD B pertanto viene iniziata terapia con LABA/LAMA (Umeclidinio/Vilanterolo) con esecuzione di una nuova visita e spirometria di controllo (POST) a 4 settimane dopo terapia inalatoria che mostrava:

1. FEV1: 123% teorico pari a 3,06 L
2. FVC: 126% teorico pari a 4,41 L
3. FEV1/FVC : 94% teorico
4. FEF25-75: 94% teorico pari a 1,89 L/s

Si conclude affermando che il paziente dopo terapia risulta nettamente migliorato in termini di sintomo dispnea da sforzo (MmRC 1-2) e con meno sintomi respiratori (riduzione della tosse produttiva, e del senso di oppressione toracica).

Case report 2 – Paziente con tosse produttiva catarrale

Paziente giunto alla nostra attenzione per riferiti episodi di tosse produttiva catarrale, senso di oppressione toracica e dispnea da sforzi minimi (MmRC 3).

In APR: Ex forte fumatore di 75 pack/year, BMI 23 età 66 anni. nega familiarità per patologie respiratorie, nega farmacoallergie, Riferito in passato pregressi episodi di riacutizzazione bronchitica, riferito da qualche tempo aumento della tosse produttiva con catarro chiaro, senso di oppressione toracica, astenia e dispnea da sforzi minimi, Riferiti due episodi di riacutizzazione nell'ultimo anno (2020). Porta in visione la TC torace che mostra segni diffusi di enfisema pan e centrolobulare con distribuzione eterogenea. All'EOT: MVR marcatamente ridotto con ronchi e sibili in fase espiratoria forzata in sede bibasale. Si sottopone a esame spirometrico (PRE) con test di bronco reversibilità che evidenziava:

6. FEV1: 94% teorico pari a 2,70 L
7. FVC: 127 % teorico pari a 4,28L
8. FEV1/FVC : 82% teorico
9. FEF25-75: 48% teorico pari a 1,41 L/s
10. Non bronco reversibilità significativa dopo 400mcg di salbutamolo

Sulla base della classificazione GOLD 2021 (MmRC > uguale a 2 e CAT > uguale a 10) e della storia clinico-anamnestica, viene classificato come BPCO stadio GOLD B pertanto viene iniziata terapia con LAMA/LABA (Umeclidinio/Vilanterolo) con esecuzione di una nuova visita e spirometria di controllo (POST) a 4 settimane dopo terapia inalatoria che mostrava:

5. FEV1: 106% teorico pari a 3,03L
6. FVC: 130% teorico pari a 4,39 L
7. FEV1/FVC : 90% teorico
8. FEF25-75: 63% teorico pari a 1,83 L/s

Si conclude affermando che il paziente dopo terapia risulta nettamente migliorato in termini di sintomo dispnea da sforzo (MmRC 1-2) e con meno sintomi respiratori (riduzione della tosse produttiva, e del senso di oppressione toracica).

I dati ottenuti, sono stati in linea con quelli della letteratura e sono stati ottenuti previa acquisizione del consenso informato al trattamento dei dati personali e archiviati con Test cartacei di dispnea (MmRC), oltre che con spirometro semplice Minispir S S/N C05886, utilizzando tutte le misure di prevenzione per effettuare l'esame spirometrico in tempo di pandemia da SARSCOV2 (COVID19) che hanno compreso:

1. Utilizzo di turbine e pinze stringinaso monouso.
2. Sterilizzazione e disinfezione dello strumento ad ogni suo utilizzo.
3. Utilizzo di DPI (Guanti sterili, camice monouso, visiera e mascherine FFP2-3)

Discussione e conclusioni

Riassumendo possiamo dire che :

1. Gli studi evidenziati in letteratura sono in linea con il risultato spirometrico e clinico ottenuto.
2. E' importante classificare correttamente il paziente con prima diagnosi di BPCO

3. Lo stadio GOLD B è quello che, alla luce dei dati riportati e delle poche riacutizzazioni annue, risponde meglio alla doppia broncodilatazione con LABA/LAMA.
4. La doppia broncodilatazione, in particolare con Umeclidinio/Vilanterolo, nonostante la limitatezza del campione in esame, risulta essere in grado di dare risultati soddisfacenti ad 3-4 settimane dall'inizio della terapia inalatoria e della diagnosi.
5. E' auspicabile che, una volta dal MMG, il paziente venga indirizzato dallo specialista Pneumologo sulla base dei parametri clinici sopra utilizzati, senza tentare una terapia empirica che, senza esame spirometrico e valutazione supportata da dati oggettivi, potrebbe sotto diagnosticare e ritardare la diagnosi di BPCO.

1. Kohansal R, Martinez-Camblor P, Agusti A, Buist AS, Mannino DM, Soriano JB. The natural history of chronic airflow obstruction revisited: an analysis of the Framingham offspring cohort. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 180(1): 3-10.
2. Lange P, Celli B, Agusti A, et al. Lung-Function Trajectories Leading to Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2015; 373(2): 111-22.
3. Maltais F, Bjermer L, Kerwin EM, et al. Efficacy of umeclidinium/vilanterol versus umeclidinium and salmeterol monotherapies in symptomatic patients with COPD not receiving inhaled corticosteroids: the EMAX randomised trial. *Respir Res* 2019; 20(1): 238.
4. Mahler DA, Kerwin E, Ayers T, et al. FLIGHT1 and FLIGHT2: Efficacy and Safety of QVA149 (Indacaterol/Glycopyrrolate) versus Its Monocomponents and Placebo in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2015; 192(9): 1068-79
5. Documento GOLD pocket 2021.

TAG: *Umeclidinio/vilanterolo, medicina*

Avvertenza

La pubblicazione di contributi, approfondimenti, articoli e in genere di tutte le opere dottrinarie e di commento (ivi comprese le news) presenti su Filodiritto è stata concessa (e richiesta) dai rispettivi autori, titolari di tutti i diritti morali e patrimoniali ai sensi della legge sul diritto d'autore e sui diritti connessi (Legge 633/1941). La riproduzione ed ogni altra forma di diffusione al pubblico delle predette opere (anche in parte), in difetto di autorizzazione dell'autore, è punita a norma degli articoli 171, 171-bis, 171-ter, 174-bis e 174-ter della menzionata Legge 633/1941. È consentito scaricare, prendere visione, estrarre copia o stampare i documenti pubblicati su Filodiritto nella sezione Dottrina per ragioni esclusivamente personali, a scopo informativo-culturale e non commerciale, esclusa ogni modifica o alterazione. Sono parimenti consentite le citazioni a titolo di cronaca, studio, critica o recensione, purché accompagnate dal nome dell'autore dell'articolo e dall'indicazione della fonte, ad esempio: Luca Martini, La discrezionalità del sanitario nella qualificazione di reato perseguibile d'ufficio ai fini dell'obbligo di referto ex. art 365 cod. pen., in "Filodiritto" (<https://www.filodiritto.com>), con relativo collegamento ipertestuale. Se l'autore non è altrimenti indicato i diritti sono di InFORomatica S.r.l. e la riproduzione è vietata senza il consenso esplicito della stessa. È sempre gradita la comunicazione del testo, telematico o cartaceo, ove è avvenuta la citazione.