

Riacutizzazione di BPCO: verso un approccio globale e precoce

Enrico M. Clini

Università di Modena e Reggio Emilia,
Dipartimento di Oncologia, Ematologia
e Pneumologia. Ospedale Villa Pineta,
Pavullo (MO)

Corrispondenza:

Prof. Enrico M. Clini
Università di Modena
Ospedale Villa Pineta
Via Gaiato, 127
41026 Pavullo n/F (Modena)
Tel. & Fax 0536-42039
enrico.clini@unimore.it

Benché ad oggi non sia ancora accettata una definizione condivisa (1), la fase di riacutizzazione della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) rappresenta un evento di sicura gravità nel decorso clinico della malattia, che merita rigorosa attenzione da parte del personale sanitario che ha in carico il paziente. I pazienti che presentano più elevato livello di danno funzionale respiratorio sono quelli che con maggiore facilità possono sviluppare riacutizzazioni a rischio di ospedalizzazione e con evidenti conseguenze prognostiche (2). L'incremento epidemiologico rilevante della malattia (3) ha peraltro determinato un cospicuo aumento dell'incidenza dei ricoveri per causa di riacutizzazione di BPCO, ampiamente documentato nel mondo occidentale e nel nostro paese in particolare (4), e causa principale dell'esplosione dei costi per la gestione di questi malati (5). Le ragioni fisiopatologiche di tipo respiratorio che, principalmente attraverso la dispnea, giustificano il ricorso a cure mediche acute, non sono le sole che accompagnano la riacutizzazione della malattia. Esistono infatti recenti evidenze che sottolineano come la fase di riacutizzazione della BPCO sia accompagnata da una serie di eventi sistemici centrati sull'infiammazione e che hanno diversi organi quali bersagli privilegiati, sistema cardiocircolatorio e muscolare fra tutti. Tale meccanismo, se non adeguatamente e tempestivamente trattato, è in grado di potenziare quegli effetti della malattia che già in fase di stabilità clinica appaiono predominanti nel malato tipico (6) e che hanno risvolti importanti sul livello di autonomia dell'individuo in quanto soprattutto rivolti alla perdita di funzione del sistema muscolare periferico (7).

La riacutizzazione di BPCO, dunque, rappresenta una condizione clinica che sottolinea un importante cambiamento dello stato generale dell'individuo, non solo un peggioramento più o meno transitorio della condizione respiratoria (8). Se da un lato esistono oggi efficaci raccomandazioni su come gestire da un punto di vista clinico la riacutizzazione della BPCO (8 GOLD), anche quella più grave e che costringe al ricovero ospedaliero, dall'altro lato ancora limitate sono le evidenze che sottolineino la necessità di un intervento precoce e finalizzato al recupero globale della condizione del paziente (10). Soprattutto, mancano protocolli di intervento condivisi circa la opportunità di una presa in carico complessiva del paziente, per lo più relegato in ospedale alla attenzione, per quanto importante, di interventi farmacologici o di supporto vitale quali ossigenoterapia e ventiloterapia. Pochi specialisti, infatti, sono in grado di valutare le conseguenze sistemiche di una riacutizzazione di BPCO, particolarmente rilevanti nei casi di ospedalizzazione, e di conseguenza poco avvezzi a porre delle indicazioni extrafarmacologiche utili per il paziente. A pochi ope-

ratori è nota l'entità della perdita della funzione globale e della autonomia del paziente nel corso di questi eventi, effetto che mediamente determina, entro i primi 2 giorni dall'esordio dei sintomi, una riduzione della capacità di attività motoria spontanea fino ad un limite che non supera i 10 minuti/die (11). Ma ciò che è peggio, anora meno è noto che questa condizione richiede un recupero fisicamente lento che, mentre i sintomi respiratori sono controllati e regrediti entro 7-10 giorni (8) (guarda caso la durata media delle degenze ospedaliere di questi malati), la loro autonomia funzionale, motoria in particolare, ancora non è ritornata alla condizione quante a distanza di 30 giorni dalla dimissione (11). Si aggiunga a questo panorama la dimostrata associazione inversa fra livello di prestazione fisica e rischio di riospedalizzazione (12), fenomeno a sua volta in proporzione diretta con la mortalità di questi pazienti (13). Da quanto premesso appare perciò intuitivo immaginare come solo un intervento globalmente centrato sul paziente, quale la riabilitazione, possa rispondere meglio alle conseguenze che si associano invariabilmente alla riacutizzazione del paziente BPCO. Le raccomandazioni internazionali e nazionali sulla terapia riabilitativa (14-16) sono tuttavia ancora orientate all'intervento rivolto alla disabilità presente nel paziente in fase stabile, mentre solo poche sono le esperienze che rendono ragione di un intervento che inizi soprattutto nelle precoci fasi della riacutizzazione (17). Nel panorama della letteratura che si è occupata della ap-

plicazione razionale e precoce di singoli interventi fisioterapici ai pazienti con BPCO riacutizzata vi sono documentazioni contrastanti (14), mentre viene ribadita per lo più la utilità di un programma multi-professionale più intenso e completo nell'approccio di questi pazienti (18). La potenzialità della riabilitazione è oggi fatto non più discutibile e si arricchisce di nuove osservazioni che sottolineano come la complessità clinica (19) e le complicazioni, quali la insufficienza respiratoria (20) non rappresentino ostacoli assoluti alla effettuazione dei programmi, con anzi ottime possibilità di migliorare lo stato generale del paziente nella maggior parte dei casi (21).

Bene dunque hanno fatto gli autori dello studio riportato nel presente numero della rivista (22), nel sottolineare il ruolo importante di un approccio riabilitativo e multi-professionale al letto del paziente ospedalizzato. Soprattutto appare interessante la sottolineatura della perdita di autonomia nelle funzioni base della vita da parte dei pazienti BPCO che precipitano nello stato di acuzie. L'intervento precoce e la riabilitazione si associano ad un possibile migliore impatto delle risorse con possibile riduzione dei costi (23). Nella maggior parte dei casi questa opportunità deve essere valutata dal curante soprattutto laddove il paziente non sia in grado di essere dimesso al proprio domicilio senza possibili conseguenze di ricaduta e, soprattutto, ove si valuti utile e praticabile un percorso di recupero individuale. Sebbene, come dagli autori stessi riconosciuto, la valutazione delle autonomie può essere sogget-

ta a imperfezioni o imprecisioni a seconda delle scale di misura che si utilizzano, a loro va riconosciuto il merito di volere porre l'attenzione su un sistema di misura poco utilizzato, per non dire poco conosciuto dagli specialisti che hanno in cura i pazienti con BPCO. Non esistono strumenti specifici di provata efficacia per questa malattia, tuttavia la semplice applicazione della scala ADL (24) utilizzata nello studio qui riportato (22) consente di classificare i pazienti da un punto di vista che prescinde dalla condizione respiratoria attuale e li può utilmente collocare all'interno di un percorso riabilitativo individualizzato; nello stesso tempo la stessa ADL, come altre scale di valutazione, può prestarsi a fungere da utile misura di efficacia del programma.

In conclusione, lo spunto fornito dalla pubblicazione di questo articolo, non a caso scritto a quattro mani da specialisti medici e fisioterapisti e basato su una esperienza clinica maturata consapevolmente sui pazienti BPCO che devono ricorrere alle cure ospedaliere, ci orienta verso due nuovi traguardi. Il primo è consolidare la esperienza dell'intervento riabilitativo precoce nel paziente BPCO riacutizzato, tanto più se costretto al ricovero; il secondo è identificare strumenti per la misura della perdita della funzione del paziente che possano essere condivisi, orientati alla identificazione della/e priorità di cura e sufficientemente predittivi della potenzialità di modificare, con il decorso dell'episodio acuto in se, anche la storia naturale della malattia.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Rodriguez-Roisin R. Toward a consensus definition for COPD exacerbations. *Chest*. 2000; 117: 398S-401S.
- 2) Dewan NA, Rafique S, Kanwar B, Satpathy H, Ryschon K, Tillotson GS, Niederman MS. Acute exacerbation of COPD: factors associated with poor treatment outcome. *Chest*. 2000; 117: 662-71.
- 3) Buist SA, McBurnie MA, Vollmer WM, Gillespie S, Burney P, Mannino DM, Menezes AMB, Sullivan SD, Lee TA, Weiss KB, Jensen RL, Marks GB, Gulsvik A, Nizankowska-Mogilnicka E, on behalf of the BOLD Collaborative Research Group. International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet* 2007; 370: 741-750.
- 4) Falcone F, Lucioni C, Mazzi S. La broncopneumopatia cronica ostruttiva nei ricoveri ospedalieri della regione Emilia-Romagna. Parte I: la dimensione epidemiologica, anno 2003. *Rass Patol App Respir* 2007; 22: 114-133.
- 5) Miratvilles M, Murio C, Guerrero T, Gisbert R, for the DAFNE Study Group. Pharmacoeconomic evaluation of acute exacerbations of chronic bronchitis and COPD. *Chest* 2002; 121: 1449-1455.
- 6) Fabbri LM, Luppi F, Beghé B, Rabe KF. Complex chronic comorbidities of COPD. *Eur Respir J* 2008; 31: 204-212.
- 7) Spruit MA, Gosselink R, Troosters T, Kasran A, Gayan-Rammirez G, Bogaerts P, Bouillon R, Decramer M. Muscle force during an acute exacerbation in hospitalised patients with COPD and its relationship with CXCL and IGF-I. *Thorax* 2003; 58: 752-756.
- 8) Seemungal TA, Donaldson GC, Bhowmik A, Jeffries DJ, Wedzicha JA. Time course and recovery of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000 May; 161(5): 1608-13.
- 9) Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 176: 532-555.
- 10) Wilkinson TM, Donaldson GC, Hurst JR, Seemungal TA, Wedzicha JA. Early therapy improves outcomes of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 48: 1204-13.
- 11) Pitta F, Troosters T, Probst V, Spruit MA, Decramer M, Gosselink R. Physical activity and hospitalization for exacerbation of COPD. *Chest* 2006; 129: 536-544.
- 12) Garcia-Aymerich J, Ferrero E, Félez MA, Izquierdo J, Marrades RM, Antó JM. Risk factors of readmission to hospital for a COPD exacerbation: a prospective study. *Thorax*, Feb 2003; 58: 100-105.
- 13) Garcia-Aymerich J, Lange P, Benet M, Schnohr P, Anto JM. Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a population based cohort study *Thorax* 2006; 61: 772-778.
- 14) ATS/ERS Statement. Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*, 2006; 173: 1399-1413.
- 15) Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW, Casaburi R, Emery CF, Mahler DA, Make B, Rochester CL, ZuWallack R, Herrerías C. Pulmonary Rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2007; 131: 4-42.
- 16) Pasqua F, Garuti G, Sabato E, Clini EM, Ambrosino N. Raccomandazioni sulla Riabilitazione Respiratoria. *Rass Patol App Respir* 2007; 22: 264-288.
- 17) Clini E, Romagnoli M. Inpatient pulmonary rehabilitation: does it make sense? *Chronic Respir Dis* 2005; 2: 43-46.
- 18) Puhan MA, Madlaine S, Troosters T, Steurer J. Respiratory rehabilitation after exacerbation of COPD may reduce risk for readmission and mortality – a systematic review. *Respir Res* 2005; 6: 54-62.
- 19) Crisafulli E, Costi S, Luppi F, Cirelli G, Cilione C, Coletti O, Fabbri L, Clini E. Role of Comorbidities in a Cohort of COPD Patients Undergoing Pulmonary Rehabilitation. *Thorax*. 2008 Jan 18 [Epub ahead of print].
- 20) Carone M, Patessio A, Ambrosino N, Baiardi P, Balbi B, Balzano G et al. Effect of pulmonary rehabilitation in chronic respiratory failure (CRF) due to chronic obstructive pulmonary disease (COPD): The Maugeri Study. *Respir Med* 2007; 101: 2447-2453.
- 21) Cote CG, Celli BR. Pulmonary rehabilitation and the BODE index in COPD. *Eur Respir J* 2005; 26: 630-636.
- 22) Baralla L, Brogi S, De Cusatis G, De Simone C, Antonelli S, Costa F, Vagaggini B, e Paggiaro PL. Proposta di un protocollo riabilitativo per pazienti con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) in corso di ricovero per una grave riacutizzazione. *Riv It Fisioterapia e Riab Respir* 2008; 1: 9-11.
- 23) Fitzgerald JM, Haddon JM, Bradly-Kennedy C, Kuramoto L, Ford GT for the RUSIC Study Group. Resource use study in COPD (RUSIC): a prospective study to quantify the effects of COPD exacerbations on health care resource use among COPD patients. *Can Respir J*. 2007; 14: 145-152.
- 24) Garcia-Aymerich J, Hernandez C, Alonso A, Casas A, Rodriguez-Roisin R, Anto JM, Roca J. Effects of an integrated care intervention on risk factors of COPD readmission. *Respir Med*. 2007; 101: 1462-9.
- 25) Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged, the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185: 914-919.