



La spirometria nei fumatori: come, quando, perchè?

Claudio Tantucci

Nonostante molti buoni propositi e alcune leggi dissuasive importanti, la percentuale dei fumatori abituali in Italia rimane sostanzialmente immutata, intorno al 30% della popolazione generale con valori ancora più alti negli adolescenti, specialmente nel sesso femminile. Nelle nostre città, in particolare nelle metropoli, ed in alcune aree geografiche svantaggiate da peculiari condizioni climatiche e da una eccessiva concentrazione industriale ed infrastrutturale, l'inquinamento atmosferico continua ad aumentare senza alcuna seria politica ambientale da circa 20 anni. È notizia quotidiana la precarietà degli ambienti di lavoro in rapporto alla protezione della salute, specialmente per quanto concerne l'atmosfera cui si è esposti in spazi confinati per molte ore al giorno e per molto tempo. Se a tutto ciò si aggiunge da un lato la migliorata sopravvivenza di neonati che nascono prematuri e sottopeso spesso sono broncodisplastici e dall'altro lo spettacolare incremento della aspettativa di vita media con un inesorabile invecchiamento della popolazione, si comprende come a breve termine l'incidenza delle malattie ostruttive croniche delle vie aeree e del parenchima polmonare su base immuno-flogistica non sia certo destinata a diminuire. In particolare tra queste, già oggi, la bronchiolite cronica associata o meno all'enfisema centrolobulare e l'enfisema panlobulare quando sono sufficientemente gravi da causare la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rappresentano la quarta causa di morte della popolazione generale e diventeranno la terza nel 2020 [1, 2]. Secondo una proiezione del Global Burden of Disease Study nel 2030 la BPCO sarà la quarta causa di disabilità e responsabile di circa il 4% delle perdite in termini di anni di vita aggiustati per la disabilità (DALY) nel mondo, seconda solo alle malattie cardiovascolari, inclusa la cardiopatia ischemica, alla depressione e agli incidenti stradali [1]. La attuale prevalenza della BPCO nella popolazione generale varia tra il 5 ed il 13% a seconda delle diverse zone geografiche [3] e nel nostro paese è ragionevolmente stimata tra 8 e 12% con punte di oltre il 20% nei soggetti di età superiore a 70 anni [4].

Dovrebbe essere evidente a chi si occupa di salute e sanità pubbliche la necessità di pre-occuparsi di questa patologia, per meglio comprenderne i fattori di rischio, la storia naturale, la progressione della perdita funzionale, la più efficace tempistica di diagnosi e di intervento. Tutto ciò in funzione di ottenere alcuni risultati fondamentali quali la riduzione della morbilità e l'aumento della sopravvivenza

nelle migliori condizioni di autonomia possibili, con favorevoli ricadute anche di tipo socio-economico-sanitario.

Fermo restando l'ovvia importanza di ridurre l'incidenza di BPCO con seri e prolungati programmi di prevenzione primaria basati su interventi di tipo socio-educazionale, strutturale-urbanistico, demografico-ambientale, auspicabili (ma di improbabile attuazione nel nostro paese), sulla base di recenti acquisizioni scientifiche molto di più e con più efficacia si potrebbe realisticamente fare intervenendo sulla prevenzione secondaria, in pratica sulla individuazione precoce della patologia.

Oggi infatti i principali fattori di rischio per lo sviluppo di BPCO sono conosciuti, si è appurato che la maggior e più rapida perdita di funzione respiratoria (valutata in termini di declino annuale del VEMS) avviene negli stadi precoci (e meno gravi) di ostruzione e non i quelli tardivi (e più gravi) [5] e si è osservato che esistono dei fenotipi (legati alla malattia di base) che rispondono molto bene anche alle terapie attualmente disponibili [6]. Di conseguenza si inizia a comprendere che forse è giunto il momento di cambiare strategia terapeutica non "inseguendo in modo attendistico" l'aggravarsi della patologia per incrementare il trattamento, ma, dopo averla ben studiata e stadiata, di aggredirla subito con un trattamento di volta in volta adeguato in modo da "congelarla il più a lungo possibile nella situazione iniziale", con la speranza, così facendo, di mantenere e a volte di recuperare più funzione e autonomia del paziente e di impattare favorevolmente sul decorso naturale della sua malattia.

Naturalmente tutto questo implica in prima istanza

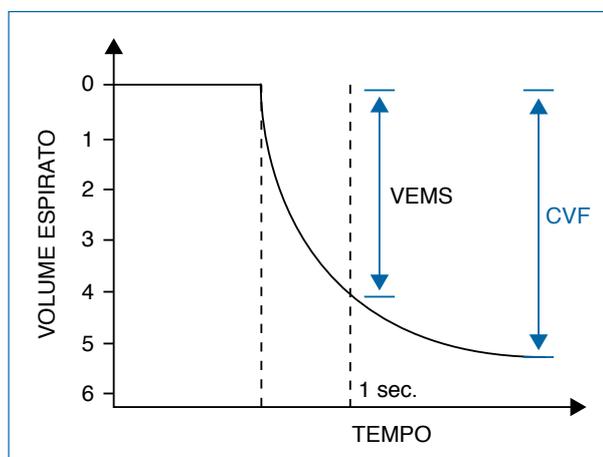


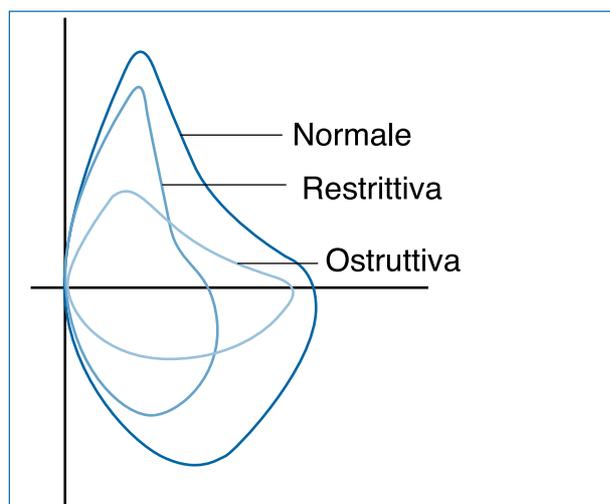
Grafico spirometrico normale.



FATTORI DI RISCHIO PER LO SVILUPPO DI BPCO	
individuali	ambientali
età, sesso, razza, familiarità alterazioni genetiche (deficit di alfa-1 anti-tripsina) basso peso alla nascita e broncodisplasia iper-reattività bronchiale aspecifica tosse e catarro cronici (bronchite cronica)	fumo (> 20 sigarette/die per 20 anni) fumo passivo infezioni respiratorie in età infantile-adolescenziale esposizione ad inquinanti domestici e ambientali esposizione ad inquinanti occupazionali stato socio-economico

una diagnosi precoce che non può prescindere dal comportamento del Medico di Medicina Generale. Se infatti la presenza di sintomi come espettorazione e tosse cronici, cioè la presenza di bronchite cronica, attrae facilmente l'attenzione su una potenziale patologia bronco-ostruttiva associata, solo una conoscenza dei fattori di rischio individuali e ambientali (tabella 1), anche in assenza di sintomi riferiti, permette di intercettare la maggior quota (oltre l'80%) di soggetti affetti da una iniziale BPCO. In effetti, se il sospetto clinico si concretizza solo sui i veri sintomi della BPCO cioè la dispnea cronica e una ridotta tolleranza all'esercizio, quando riportati dal paziente, mediamente la funzione polmonare è già ridotta al 60-50% (in termini di VEMS, rispetto al predetto). Per tutto quanto detto, questo atteggiamento appare francamente poco utile e produttivo.

Ne consegue quindi che occorre un precoce sospetto da parte del medico nell'individuare i soggetti a rischio spesso asintomatici (o che non riferiscono i sintomi perché li minimizzano con una ridotta attività fisica) ed una conseguente tempestiva e motivata richiesta di spirometria, esame funzionale respiratorio obbligatorio e fondamentale per confermare la diagnosi di BPCO quando dimostra un difetto ventilatorio di tipo ostruttivo, non reversibile o scarsamente reversibile dopo un broncodilatatore in acuto.



Curve flusso/volume Normale, Restrittiva, Ostruttiva..

In sintesi, la diagnosi precoce di BPCO è fattibile, sospettandola essenzialmente sulla base dei fattori di rischio più che sui sintomi, importanti ma poco predittivi, e poi confermandola necessariamente attraverso una spirometria. Oggi intercettare la BPCO in una fase precoce appare logicamente conveniente nel tentativo, che occorrerà dimostrare impostando studi clinici di intervento specifici, di modificare la storia naturale delle malattie che ne sono alla base, cronicizzandole, quando possibile con interventi adeguati e altrettanto precoci, cercando di mantenere stabili una serie di parametri clinici, funzionali e strumentali predefiniti nell'interesse del paziente, della sua famiglia e della società. ■

Bibliografia

1. WHO The global burden of disease 2008 update. Part 4. Burden of disease DALYs http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBDreport_2008_update_part4.pdf
2. Russell R, Anzueto A, Weisman I. Optimizing management of chronic obstructive pulmonary disease in the upcoming decade. *Int J COPD* 2011; 6:47-61.
3. Buist AS, Vollmer WM, McBurnie MA. Worldwide burden of COPD in high- and low-income countries. Part I. The burden of obstructive lung disease (BOLD) initiative. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12:703-708.
4. Grassi V, Giuntini C, Fabbri LM et al. Broncopneumopatia cronica ostruttiva. *Annali Italiani di Medicina Interna*, 2004; 19:Suppl 1, Cap. 4:215-405.
5. Tantucci C, Modena D. Lung functional decline in COPD. *Int J COPD* 2012; 7:95-99.
6. Nishimura M et al. Annual change in pulmonary function and clinical phenotype in chronic obstructive pulmonary disease *Am J Respir Crit Care Med* 2012; 185:44-52.

Claudio Tantucci (tantucci@med.unibs.it)
 Professore Ordinario Malattie dell'Apparato Respiratorio, Direttore della Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Respiratorio - Università di Brescia 1a Medicina, Spedali Civili - Brescia