



Riacutizzazione BPCO



Diagnosi clinica

Definizione

Peggioramento recente (<14 giorni) della dispnea e/o della tosse ed aumento della produzione di espettorato in pazienti con BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva). L'infiammazione a cui sono legati i sintomi può derivare da diverse cause come infezioni, inquinamento o altri insulti alle vie aeree.

Segni e sintomi

Dispnea e/o tosse ed espettorato in peggioramento da ≤ 14 giorni, con possibile associazione di tachipnea e/o tachicardia. Vista la aspecificità dei sintomi è necessario considerare le diagnosi differenziali quali polmonite, scompenso cardiaco, embolia polmonare.

Criteri clinici

CLASSI DI GRAVITÀ DELLA RIACUTIZZAZIONE (GOLD 2024):

- **Lieve:** scala analogica visiva (VAS) <5 per dispnea; frequenza respiratoria <24 atti/min; frequenza cardiaca <95 battiti/min; saturazione periferica dell'ossigeno a riposo <92% in aria ambiente (o in ossigeno abituale) e variazione <3% dal basale (se conosciuto); PCR <10 mg/L (se test effettuato).
- **Moderata o severa:** se almeno 3 dei 5 criteri sono fuori dai range sopradescritti si tratta di forma moderata o severa.

Una emogasanalisi arteriosa con acidosi ($\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg e $\text{pH} < 7.35$) indica forma severa.

SEGNI E SINTOMI DI INFEZIONE BATTERICA (SCORE ANTHONISEN):

peggioremento dispnea; aumento del volume dell'espettorato; aumento della purulenza dell'espettorato.

Esami

Test microbiologici - Di solito non necessari (una coltura positiva dell'espettorato è spesso indice di colonizzazione, non di infezione acuta) ma da considerare nei casi selezionati di riacutizzazione severa.

Altri test diagnostici - Per la diagnosi differenziale possono essere utili test quali: determinazione dei valori di proteina C reattiva con test point-of-care; Rx torace o TC torace (se sospetto di polmonite); emogasanalisi; ECG.

Razionale della terapia

Le riacutizzazioni di BPCO hanno impatto negativo sullo stato di salute, sulla progressione della malattia e sui tassi di ospedalizzazione che in Emilia-Romagna risultano particolarmente elevati (Programma nazionale esiti 2023).

POTENZIALI COMPLICANZE

La terapia antibiotica, quando indicata, può ridurre il tempo di recupero, la ricaduta precoce, il fallimento del trattamento, la durata dell'ospedalizzazione (GOLD 2024).

Risoluzione o miglioramento dei sintomi nelle riacutizzazioni di grado moderato/severo: NNT 14 (numero di pazienti necessario da trattare per ottenere un esito positivo).

Argomento controverso: attualmente, non ci sono evidenze sull'utilità dell'assunzione continua dei macrolidi a scopo profilattico per la riduzione della frequenza delle riacutizzazioni, a fronte di un'evidenza sull'aumentata incidenza di resistenze batteriche e manifestazione di effetti collaterali.

Gestione dell'infezione

Principi di trattamento antibiotico

Nella riacutizzazione **lieve gli antibiotici non sono necessari** perché il peggioramento dei sintomi è spesso legato a cause non infettive o a virali.

La terapia empirica è indicata in caso di riacutizzazione di **grado moderato/severo con segni di infezione** (score Anthonisen).

Presenza di uno dei seguenti criteri:

- Aumento della purulenza dell'espettorato più almeno uno degli altri due segni/sintomi di infezione batterica inclusi nello score Anthonisen.
- Richiesta di ventilazione meccanica.

Per la scelta della terapia empirica considerare:

- Fattori di rischio per microrganismi multiresistenti agli antibiotici (MDR): comorbidità; BPCO basale severa; bronchiectasie; antibiotici nei precedenti 3 mesi; 2 o più riacutizzazioni/anno.
- Fattori di rischio per *Pseudomonas aeruginosa*: bronchiectasie; precedente infezione da *P. aeruginosa*; colonizzazione nota del tratto respiratorio.

Terapia sintomatica

Terapia inalatoria con beta-2-agonisti a breve durata d'azione con o senza anticolinergici a breve durata d'azione. La maggior parte delle linee guida attualmente raccomandano l'uso di steroidi sistemici perché aiutano a migliorare la funzione polmonare e a ridurre il tempo per la guarigione e ridurre la frequenza di riacutizzazione.

Elementi di allerta

Invio in PS

Riacutizzazione con improvviso peggioramento dei sintomi respiratori o neurologici (es. confusione e sonnolenza); comparsa di cianosi; gravi comorbidità (insufficienza cardiaca, aritmie di recente insorgenza); fallimento terapeutico; supporto domiciliare insufficiente.

Per l'invio urgente al centro di pneumologia fare riferimento agli eventuali PDTA (percorsi diagnostici terapeutici assistenziali) locali.

Terapia antibiotica

Prima scelta

Assenza di fattori di rischio per MDR e per *P. aeruginosa*

Amoxicillina [cat. AWaRe Access]: 1 gr per OS ogni 8 ore per 5 giorni.

Presenza di fattori di rischio per MDR

Amoxicillina/acido clavulanico [cat. AWaRe Access]: 875/125 mg ogni 8 ore per 5 giorni.

Rischio di *P. aeruginosa*

Levofloxacina [cat. AWaRe Watch]: 750 mg per OS ogni 24 ore per 5 giorni. Considerare eventuale valutazione infettivologica.

Seconda scelta

Allergia alle penicilline in senza di fattori di rischio per MDR e/o *P. aeruginosa*

Doxiciclina [cat. AWaRe Access]: 200 mg per OS il primo giorno, poi 100 mg/die per i successivi 4 giorni (durata totale 5 giorni).

Allergia alle penicilline con fattori di rischio per MDR

Sulfametossazolo/trimetoprim [cat. AWaRe Access]: 800/160 mg ogni 12 ore per 5 giorni.