



# FADOI

## SCHEDE PRATICHE PER LA GESTIONE CLINICA

---

**COVID-19**  
*e BPCO*

A cura dell'Esecutivo Nazionale FADOI

Rev. 1 | 15 maggio 2020



**FADOI** - SOCIETA' SCIENTIFICA  
DI MEDICINA INTERNA

## Premesse

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia dell'apparato respiratorio, prevenibile e trattabile, caratterizzata da persistenti sintomi respiratori e limitazione al flusso aereo dovuta ad anomalie delle vie aeree e/o alveolari, solitamente causate da una significativa esposizione a particelle nocive o gas. La limitazione cronica al flusso aereo caratteristica della BPCO è causata in parte dalle alterazioni a carico delle piccole vie aeree (bronchiolite ostruttiva) e in parte dalla distruzione parenchimale (enfisema); il contributo di ciascuna di queste due componenti varia da un individuo all'altro<sup>1,2</sup>. La malattia è solitamente progressiva ed è associata a uno stato di infiammazione cronica del tessuto polmonare. La conseguenza a lungo termine è un vero e proprio rimodellamento bronchiale, che provoca una riduzione consistente della capacità respiratoria. Fra le patologie dell'apparato respiratorio, la BPCO è la malattia che presenta sia il maggior numero di casi, sia il maggior numero di giornate di degenza (più di tumori respiratori e polmoniti)<sup>2</sup>. Con una prevalenza globale di 251 milioni di casi nel 2016 e 3,17 milioni (5%) di morti nel solo 2015, la BPCO è stata classificata dall'OMS come la terza principale causa di morte, in particolare con un carico particolare nei paesi a basso e medio reddito<sup>3</sup>. Si prevede che questo onere aumenterà principalmente a causa della maggiore esposizione globale al tabacco, dell'invecchiamento della popolazione, della scarsa consapevolezza e di un accesso inadeguato alla diagnosi<sup>3</sup>. Un evento importante nella storia naturale della malattia sono sicuramente le riacutizzazioni che risultano associate ad un rapido peggioramento dei sintomi che spesso si traduce in ospedalizzazione e prognosi infausta<sup>3</sup>. Sono stati descritti vari fattori alla base della riacutizzazione della BPCO, tuttavia, l'infezione virale rimane il principale fattore scatenante, inclusi i coronavirus stagionali<sup>2,3</sup>.

I dati epidemiologici attualmente disponibili in epoca pandemica mostrano come il rischio di complicanze e mortalità del COVID-19 sia legato dalla presenza di una o più comorbidità in particolare nella popolazione anziana. Per quanto riguarda la BPCO però le evidenze in letteratura sono ancora molto scarse. Sicuramente è necessario continuare a trattare le patologie croniche come la BPCO in maniera adeguata, prestando attenzione alle possibili interazioni farmacologiche ed agli effetti collaterali dei farmaci usati per il COVID-19.

## Punti focali

Sars-COV-2 ha uno spiccato tropismo per le cellule epiteliali polmonari e si lega saldamente agli alveoli attraverso i recettori ACE-2. Non è ancora chiaro il decorso dei pazienti affetti da una concomitante BPCO o una storia di esposizione tabagica con COVID-19. L'esperienza della casistica cinese ha riportato quadri clinici più gravi con outcome peggiori nei pazienti affetti da COVID-19 e concomitante BPCO, con una maggior prevalenza di malattia tra i fumatori.

I dati di una metanalisi cinese<sup>4</sup> hanno mostrato come la BPCO aumenti di 4 volte la probabilità di andare incontro ad un quadro più grave di COVID-19.

Un'altra metanalisi più recente<sup>5</sup> ha evidenziato una bassa prevalenza di pazienti con BPCO nelle serie di casi COVID-19 rispetto all'ultimo tasso di prevalenza di BPCO segnalato negli studi Cinesi che era del 13,6%, probabilmente per un problema di misdiagnosi della patologia cronica<sup>6</sup>.

Oltre a quadri di polmonite COVID-19 di maggior gravità, i pazienti con BPCO presentano varie comorbidità, alcune delle quali associate ad un aumentato rischio di ricovero ospedaliero e ad un peggior outcome.

Inoltre, nei pazienti con BPCO spesso la diagnosi di polmonite COVID-19 può essere effettuata con ritardo<sup>7,8</sup>. A causa del lungo periodo di incubazione del COVID-19, con sintomatologia d'esordio talvolta subdola e sfumata, nell'anziano affetto da patologia respiratoria cronica le manifestazioni cliniche possono inizialmente essere confuse con i sintomi tipici della BPCO, in particolare con quelli di una riacutizzazione.

Secondo le raccomandazioni GOLD<sup>1</sup> una riacutizzazione di BPCO è definita come un peggioramento acuto dei sintomi respiratori, che richiede una terapia aggiuntiva. Le riacutizzazioni di BPCO possono essere scatenate da vari fattori. I più comuni sono infezioni delle vie respiratorie. La dispnea, che è il sintomo chiave della riacutizzazione. Altri sintomi includono l'aumento di secrezioni spesso purulente, accompagnato da aumento della tosse e respiro sibilante.

È necessario pertanto educare il paziente al corretto riconoscimento degli abituali sintomi della sua patologia cronica e dell'eventuale riacutizzazione (incremento di tosse e dispnea abituali, incremento e modificazioni delle caratteristiche dell'escreato), andando a ricercare eventuali sintomi riconducibili ad una possibile sovrainfezione da sars-Cov-2 (febbre, mialgie, ageusia, anosmia). I pazienti anziani all'esordio del COVID-19 possono inoltre avere disturbi della coscienza, come il delirium<sup>9</sup>.

I pazienti con BPCO hanno inoltre una scarsa tolleranza all'ipossia ed il quadro respiratorio in corso di COVID-19 può deteriorarsi bruscamente.

Un punto cardine della terapia cronica della BPCO è il regolare e quotidiano corretto utilizzo dei device inalatori che è in grado di agire favorevolmente sulla storia naturale della patologia, riducendo il numero di riacutizzazioni di malattia e la necessità di ricovero ospedaliero. Secondo le raccomandazioni GOLD<sup>2</sup> la terapia farmacologica può ridurre i sintomi della BPCO, ridurre la frequenza e la gravità delle riacutizzazioni e migliorare lo stato di salute e la tolleranza allo sforzo. Ogni regime di trattamento farmacologico dovrebbe essere personalizzato e guidato dalla gravità dei sintomi, dal rischio di riacutizzazioni, dagli effetti collaterali, dalle comorbidità, dalla disponibilità e dal costo dei farmaci, dalla risposta del paziente, dalle preferenze e dalla capacità di utilizzare i vari dispositivi di somministrazione dei farmaci e la tecnica inalatoria dovrebbe essere valutata con regolarità.

Pertanto, anche durante la fase pandemica, i pazienti con BPCO in fase stabile dovrebbero mantenere il loro trattamento inalatorio domiciliare e dovrebbe essere garantito un corretto percorso di follow-up ambulatoriale<sup>10,11</sup>.

**COVID-19 e BPCO – Analisi su 1.596 pazienti con comorbidità | Dati dell'Istituto Superiore di Sanità aggiornati al 13.04.20**

<b>PATOLOGIA</b>	<b>Cartelle Cliniche tot. (n. 1.596)</b>	<b>&lt; 65 anni (n. 151)</b>	<b>≥ 65 anni (n. 1.445)</b>	<b>p-value</b>
BPCO	286 (17,9%)	21 (13,9%)	265 (18,3%)	0,219

# Raccomandazioni

- I pazienti con BPCO stabile dovrebbero mantenere la loro terapia domiciliare durante la pandemia.
- È necessario prestare molta attenzione alla variazione quotidiana della sintomatologia ed identificare precocemente paziente che presentano un quadro suggestivo di COVID-19.
- Evitare aerosolterapia per eccessivo rischio di aerosolizzazione dell'ambiente.
- Indicati i comuni device inalatori, eventualmente con utilizzo di distanziatore nei pazienti anziani, con funzione respiratoria molto compromessa o che non riescono ad utilizzare correttamente il device.
- Ottenere un buon controllo della tosse e delle secrezioni.
- Considerare in casi selezionati l'utilizzo di steroidi sistemici.
- I pazienti in terapia steroidea cronica non dovrebbero interrompere il trattamento.
- L'ossigenoterapia dovrebbe essere prescritta e garantita normalmente.
- È necessario garantire periodiche rivalutazioni ambulatoriali di follow-up, eventualmente avvalendosi della tecnologia.

## BIBLIOGRAFIA

1. 2019 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc
2. <https://www.epicentro.iss.it/broncopneumopatia>
3. Organization WH. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) 2020 [Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))]
4. Zhao Q, Meng M, Kumar R, et al. The impact of COPD and smoking history on the severity of Covid-19: A systemic review and meta-analysis [published online ahead of print, 2020 Apr 15]. *J Med Virol.* 2020;10.1002/jmv.25889. doi:10.1002/jmv.2588
5. Alqahtani JS, Oyelade T, Aldhahir AM, Alghamdi SM, Almeahmadi M, Alqahtani AS, et al. (2020) Prevalence, Severity and Mortality associated with COPD and Smoking in patients with COVID-19: A Rapid Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 15(5): e0233147.
6. Fang L, Gao P, Bao H, Tang X, Wang B, Feng Y, et al. Chronic obstructive pulmonary disease in China: a nationwide prevalence study. *The Lancet Respiratory medicine.* 2018; 6(6):421–30. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(18\)30103-6](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(18)30103-6) PMID: 29650407
7. Guan Wei-jie, Liang W-hua, Zhao Y. et al., Comorbidity and its impact on 1590 patients with Covid-19 in China: a nationwide Analysis, *Eur Resp J* 2020;in press
8. Guan W-j, Ni Z-y, Hu Y, et al., Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China, *New England Journal of Medicine.* 2020.
9. COVID-19 rapid guideline: community-based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), NICE guideline (NG168), Published date: 09 April 2020.
10. GOLD COVID-19 guidance.