

Un case-finding di massa per identificare persone affette da asma o broncopneumopatia cronica ostruttiva non diagnosticati porta probabilmente a benefici minimi

Unlikely any benefit from population wide case-finding strategies to identify people with undiagnosed asthma or chronic obstructive pulmonary disease.

PETER K. KUROTSCHKA¹, MARK H. EBELL²

¹Department of General practice, University Hospital Würzburg, Germany; ²Department of Epidemiology and biostatistics, the University of Georgia, Athens, Georgia, Usa.

E-mail: kurotschka_p@ukw.de

Domanda clinica. Un approccio di case-finding di massa, teso, cioè, a identificare, nella popolazione generale, le persone con asma o broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) da indirizzare a cure specialistiche pneumologiche migliora gli esiti clinici rispetto alle cure abituali in medicina generale?

Punto chiave. Uno sforzo massiccio per identificare attivamente persone con asma o Bpco non diagnosticati ha permesso di individuare 508 persone su quasi 50.000 sottoposte a screening (circa l'1%). I benefici per i soggetti del gruppo di intervento, sottoposto a cure in ambiente specialistico pneumologico, in confronto a quelli sottoposti alle cure abituali del medico di medicina generale (Mmg) sono stati modesti e non importanti dal punto di vista clinico, senza alcuna riduzione delle visite al pronto soccorso o dei ricoveri. Questo studio ben condotto sarà pubblicizzato dagli pneumologi come un successo, mentre in realtà si tratta di un intervento fallito.

Allocazione: nascosta

Finanziamento: pubblico.

Disegno dello studio: trial randomizzato e controllato non in cieco (open label).

Livello di evidenza: 1b-.

Setting: studio di popolazione, ambulatoriale.

Sinossi. Mediante un'agenzia terza, in Canada sono state effettuate telefonate a 1,2 milioni di persone, di cui 49.594 hanno risposto al telefono dicendo che qualcuno in famiglia soffriva di un qualche sintomo respiratorio. Di queste, 4.272 sono state individuate come potenzialmente affette da un asma o una Bpco non diagnosticati mediante questionari di screening validati¹⁻³, 2.857 si sono sottoposte a una spirometria basale e dopo broncodilatazione e, complessivamente, 595 sono risultate avere un'ostruzione delle vie aeree compatibile con una diagnosi di asma o Bpco secondo le linee guida GINA e GOLD^{4,5}.

Un totale di 508 persone hanno accettato di essere randomizzati a ricevere o le cure abituali presso il proprio Mmg (gruppo di controllo), informato dei risultati dei test e della nuova diagnosi, o cure in ambiente specialistico pneumologico (gruppo di intervento) e sono state quindi incluse in questo trial randomizzato (Rct)⁶. Il gruppo di intervento ha effettuato una visita al basale con uno pneumologo che ha prescritto i farmaci raccomandati dalle linee guida e con un educatore sanitario che ha fornito i farmaci, informazioni sulla condizione diagnosticata, istruzioni sull'uso degli inalatori e consigli sull'esercizio fisico e sul controllo del peso.

Al basale i gruppi erano equilibrati, con un'età media di 64 anni; circa il 60% era di sesso maschile e circa la metà di ciascun gruppo aveva la Bpco e l'altra metà l'asma. L'analisi è stata effettuata per *intention to treat* (il gold standard negli Rct).

Dopo la prima visita medica, il 18% del gruppo di intervento utilizzava un beta-agonista a breve durata d'azione (Saba) al bisogno, rispetto all'11% del gruppo di controllo, mentre solo l'1,2% di ciascun gruppo utilizzava un antagonista muscarinico a lunga durata d'azione (Lama), un beta-agonista a lunga durata d'azione (Laba) o un corticosteroide inalatorio (Ics). Durante il periodo di studio di un anno, i pazienti del gruppo di intervento avevano maggiori probabilità di ricevere un Ics (22,1% vs 12,5%), un Laba+Lama (13,4% vs 2,4%), un Laba+Ics (39,9% vs 20,8%) o tutti e tre (Laba+Lama+Ics; 11,5% vs 3,5%). I pazienti del gruppo di controllo, invece, avevano maggiori probabilità di non ricevere alcun trattamento specifico (36,1% vs 7,5%) o solo un Saba (13,7% vs 5,9%). Quindi, il gruppo di intervento aveva molte più probabilità di ricevere un Ics o una qualche forma di terapia combinata rispetto al gruppo di controllo.

Alla fine del periodo di studio, i pazienti hanno registrato piccoli miglioramenti sintomatologici, statisticamente ma non clinicamente significativi (3,5 punti su una scala di 100 punti e 1,3 punti su una sca-

la di 40 punti). La Fev_1 (ovvero il volume espiratorio massimo nel primo secondo) è migliorata solo del 3,2% dei casi. Non ci sono state differenze significative tra i gruppi per quanto riguarda le visite al pronto soccorso (0,069 vs 0,075 per anno-persona) o le ospedalizzazioni (2 per polmonite nel gruppo di intervento vs una per polmonite e due per riacutizzazioni di Bpco nel gruppo di controllo).

L'outcome composito definito dagli autori come «l'utilizzo dell'assistenza sanitaria da parte dei partecipanti per malattie respiratorie» è risultato significativamente più basso nel gruppo di intervento (0,53 vs 1,12 eventi per persona-anno; rapporto di incidenza 0,48; intervallo di confidenza 95% 0,36 - 0,63). Un ulteriore beneficio nel gruppo di intervento, anche se verosimilmente legato all'intervento di educazione sanitaria più che a quello specialistico, è stato un tasso più elevato di cessazione del fumo da sigaretta (14% vs 7%).

Contesto italiano. L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha pubblicato la nota 99 riguardante la prescrizione di farmaci inalatori per la Bpco⁷. I farmaci inclusi nella nota comprendono i Laba (agonisti beta2 a lunga durata d'azione, come formoterolo), Lama (anticolinergici a lunga durata come tiotropio), e combinazioni quali Laba+Ics (ovvero corticosteroidi inalatori, quali il beclometasone, associati per esempio al formoterolo) e Laba+Lama (indacaterolo/glicopirronio). Questi farmaci possono essere prescritti dai Mmg nei pazienti con diagnosi confermata di Bpco tramite spirometria, con un rapporto Fev_1/Fvc inferiore a 0,70. Se il valore di Fev_1 è superiore o uguale al 50%, il Mmg può gestire direttamente la terapia; solo se la Fev_1 è inferiore al 50%, sono necessarie una valutazione specialistica e ulteriori indagini. La tripla terapia (Laba+Lama+Ics) richiede, invece, prescrizione specialistica. Gli obiettivi della terapia sono ridurre sintomi come la dispnea e le riacutizzazioni, seguendo le linee guida Gold che prevedono l'escalation della terapia in base alla gravità dei sintomi. È anche sottolineata l'importanza di istruire il paziente sulla corretta tecnica di inalazione.

Per l'asma bronchiale, il Mmg può prescrivere i farmaci inalatori senza limitazioni prescrittive. Nelle forme lievi, è indicato l'utilizzo di salbutamolo e Ics, Laba+Ics è considerata la terapia di prima scelta nelle forme moderate, mentre l'asma grave è da indirizzare a cure specialistiche pneumologiche o allergologiche in caso di asma allergico⁸.

Una selezione di POEMs è gratuitamente concessa a Il Pensiero Scientifico Editore da Wiley-Blackwell Inc. È possibile abbonarsi alla newsletter Va' Pensiero per ricevere i POEMs del mese in lingua italiana direttamente sul proprio indirizzo e-mail (<https://pensiero.it/va-pensiero>).

Per avere accesso a tutti i POEMs in lingua inglese e ad altre risorse per un aggiornamento professionale basato sulle evidenze, quelle che vale la pena conoscere, informati su Essential Evidence Plus (<https://EssentialEvidencePlus.com>).

Bibliografia

1. Shin B, Cole SL, Park SJ, Ledford DK, Lockey RE. A new symptom-based questionnaire for predicting the presence of asthma. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2010; 20: 27-34.
2. Price DB, Tinkelman DG, Nordyke RJ, Isonaka S, Halbert RJ; COPD Questionnaire Study Group. Scoring system and clinical application of COPD diagnostic questionnaires. *Chest* 2006; 129: 1531-9.
3. Price DB, Tinkelman DG, Halbert RJ, et al. Symptom-based questionnaire for identifying COPD in smokers. *Respiration* 2006; 73: 285-95.
4. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Rev. ed. 2017. Disponibile su: https://lc.cx/_fPmxxp [ultimo accesso 27 settembre 2024].
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2017 report. 2017 Disponibile su: <https://lc.cx/sXUt5i> [ultimo accesso 27 settembre 2024].
6. Aaron SD, Vandemheen KL, Whitmore GA, et al.; UCAP Investigators. Early diagnosis and treatment of COPD and asthma - A randomized, controlled trial. *N Engl J Med* 2024; 390: 2061-73.
7. Aifa. Nota 99. Disponibile su: <https://lc.cx/mVEUfj> [ultimo accesso 27 settembre 2024].
8. GINA Italia. Adattamento GINA Italia 2024. 2024. Disponibile su: https://lc.cx/dUpt_A [ultimo accesso 27 settembre 2024].