OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO
Sistema Sanitario Regionale
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per l'Oncologia

CONGRESSO SIMEU REGIONE LIGURIA 2018

MEDICINA D'EMERGENZA URGENZA: un servizio indispensabile per i cittadini

ASMA e BPCO
IN PRONTO SOCCORSO

Dr. P. Moscatelli
Direttore UOC Med. d'Urg.
Policlinico San Martino

Genova, 23 ottobre 2018

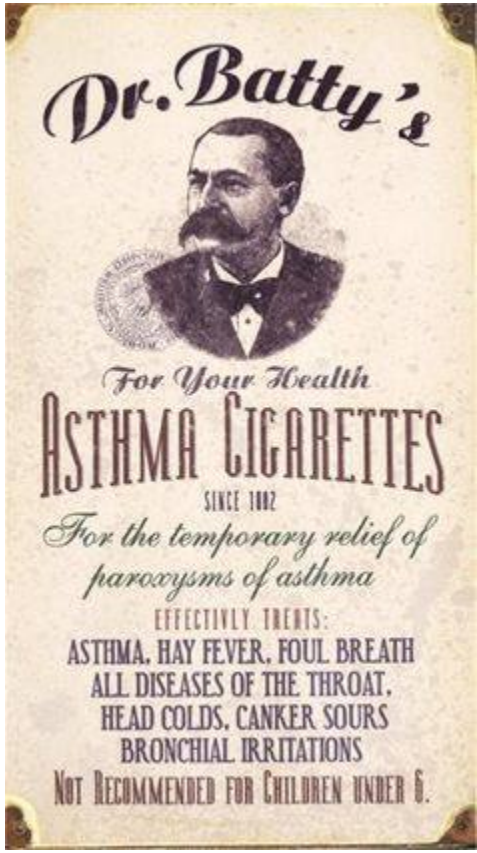
Lettura sponsorizzata GSK
Non accreditata ECM

ASMA. - Già in Omero si trova usata la parola ἄσθμα per indicare il respiro affannoso che segue allo sforzo di una lunga lotta; trasmessa dal greco al latino e da questo alle lingue romanze, questa parola è rimasta in medicina per significare alcuni stati morbosi nei quali insorge parossisticamente la difficoltà del respiro.

àsma dal *gr.* ÀSTHMA per ÀU-STHMA o ÀF-STHMA da AÀZEIN per AU-ÀZEIN, AF-ÀZEIN *anelare*, che alla pari di À-EMI per ÀF-EMI - *fut.* A-ÈSO per AF-ÈSO - *soffiare* trae dalla *rad.* VA = UA trasposta in AV, AU *spirare* (v. *Vento* e *cfr. Aere*). — Anelito frequente, affannoso.

Deriv. *Ansimàre; Asmàtico.*

LE TERAPIE DEL PASSATO….



Le cure di un tempo….

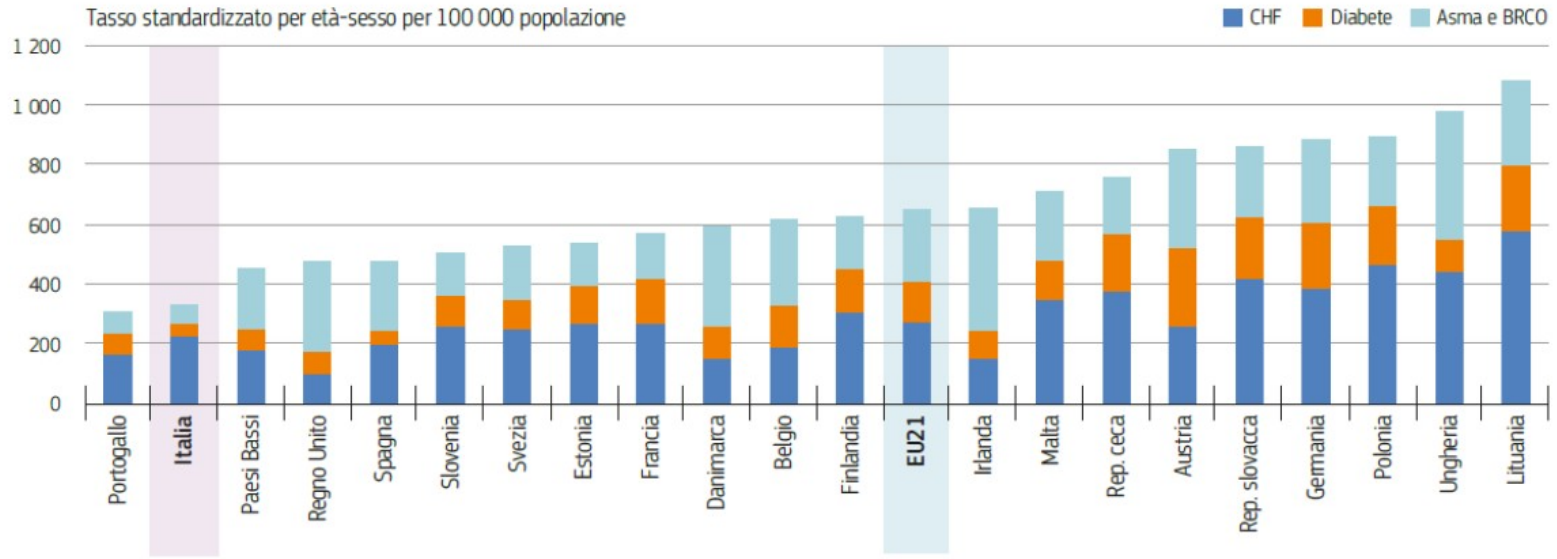
Terapia.

a) Cura dell'accesso. - Un rimedio comune sono le inalazioni di fumo di stramonio *(scopolamina e atropina)* o di carte nitrate, o le sigarette di stramonio. Per uso sottocutaneo si consigliano: l'atropina, (da ½-1 milligrammo); la spasmoganglina (da ½-1 fialetta); il nitrito d'amile (da 2-3 gocce: per inalazione), in taluni casi (con eccitazione) la morfina (iniezione di 1 centigr.), o il narcopon (Coronedi); l'adrenalina nella dose di 1 cmc. della soluzione al ‰.

b) Cure tra accesso e accesso. - Si deve aver di mira la causa fondamentale: se è per es. il catarro bronchiale, curarlo radicalmente; se uno stato nevrotico (neurastenia), vincerlo; se una lesione nasale o faringea, guarirla. In linea generale: vita metodica, moto (anche sport leggieri), vitto moderato, idroterapia (fredda o calda a seconda dei soggetti), clima montano (specie nella stagione calda) o marino. La balneoterapia e le inalazioni di balsamici o di acque termali dànno spesso notevoli effetti benefici. In questi ultimi tempi, nell'asma di origine anafilattica, sono sempre più usate le cure antianafilattiche.

Piano Nazionale Esiti 2017

RICOVERI PER MALATTIE CRONICHE. OCSE 2017 – dati 2015

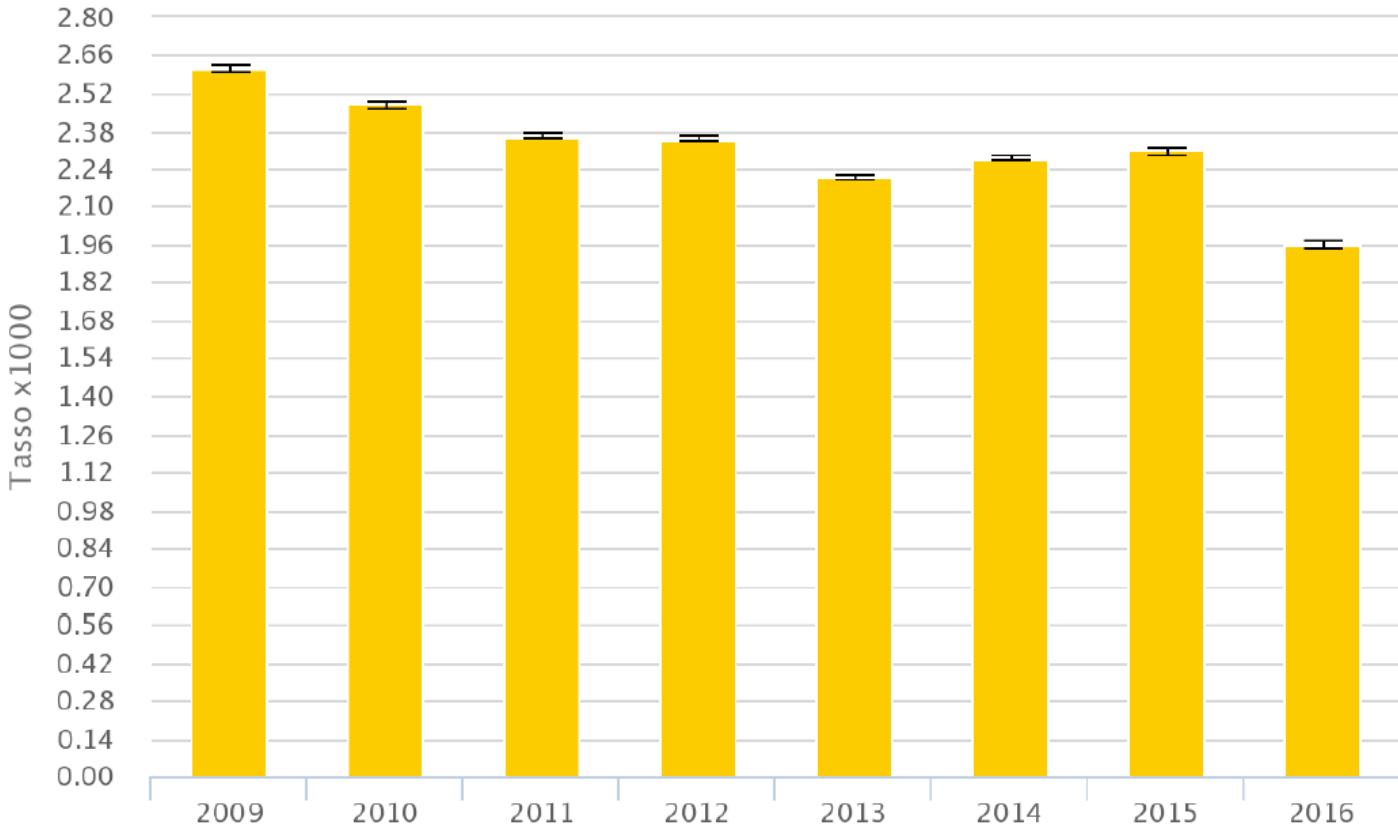


Nota: I tassi non sono adeguati in base al fabbisogno di assistenza o ai fattori di rischio per la salute.

Fonte: Statistiche sulla salute dell'OCSE 2017 (i dati si riferiscono al 2015).

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA.

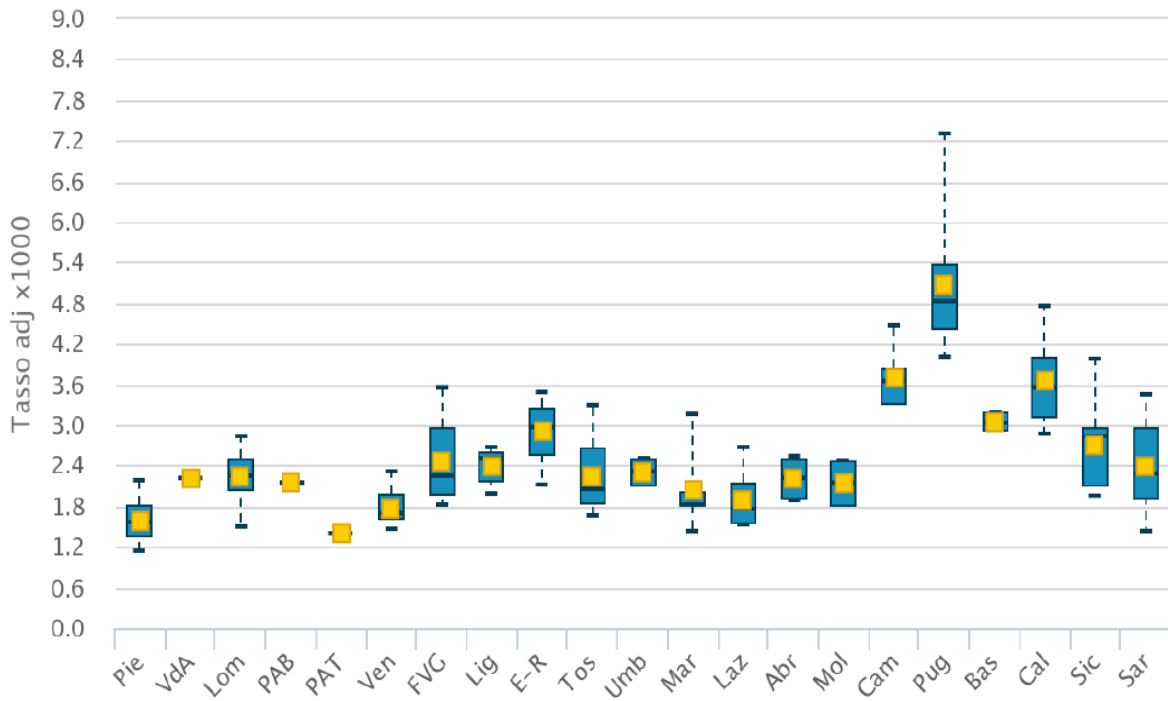
ITALIA 2008 -2016

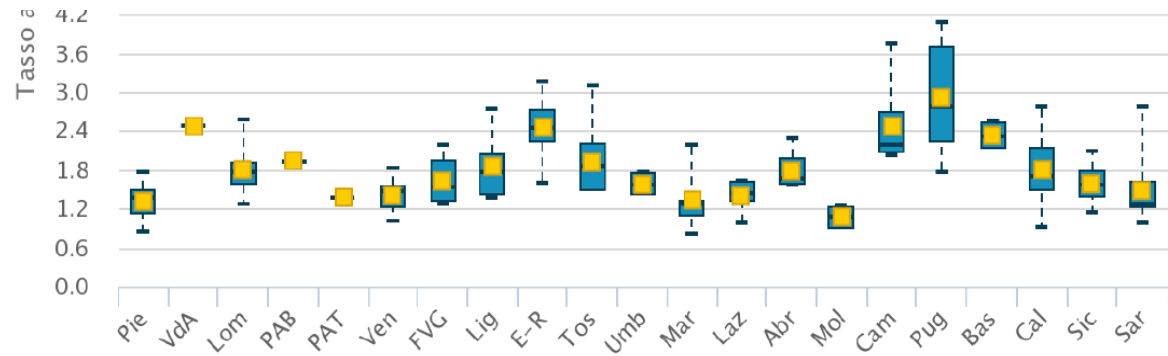


Il tasso di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva si è ridotto progressivamente dal 2,5‰ nel 2010 al 1,9‰ nel 2016. Si stima che nel 2016 siano più di 24.000 i pazienti a cui è stata risparmiata un'ospedalizzazione potenzialmente evitabile.

A fronte di un valore nazionale medio del 1,9‰ nel 2016, si osserva una discreta variabilità intra e interregionale, che, tuttavia assume dimensioni sempre più ridotte nel tempo.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA - 2010

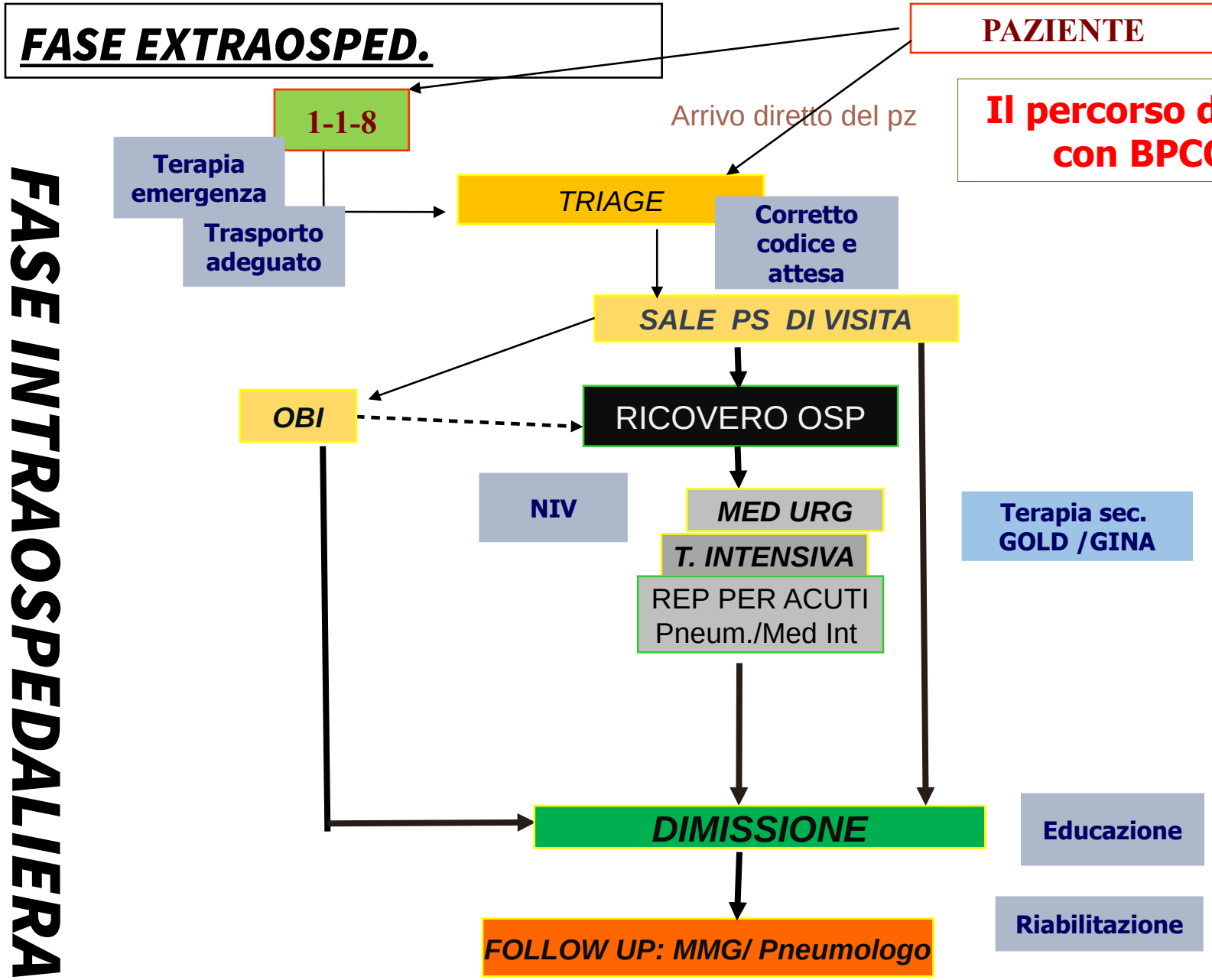




TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA - 2016

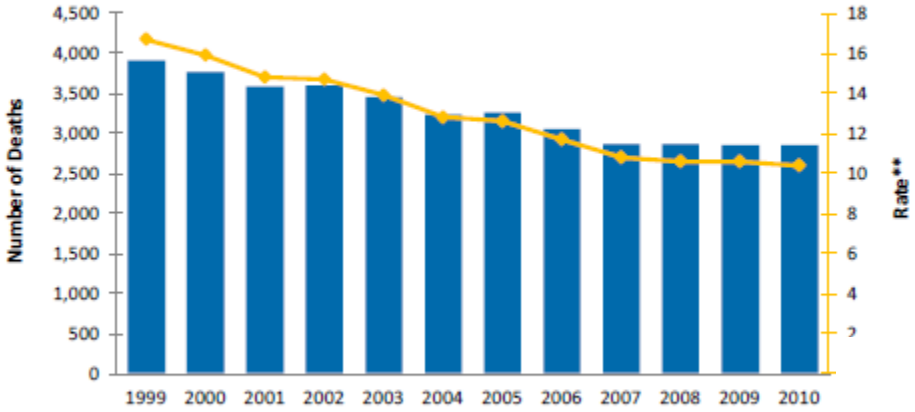
FOCUS SU ALCUNI ASPETTI DELLA GESTIONE BPCO /ASMA

Il percorso del paziente con BPCO/Asma



In 2010, asthma accounted for 3,404 deaths, 439,400 hospitalizations, 1.8 million emergency department (ED) visits, and 14.2 million physician office visits.

Figure 9. Asthma death rates and number of deaths: National Asthma Control Program Grantees,* 1999–2010



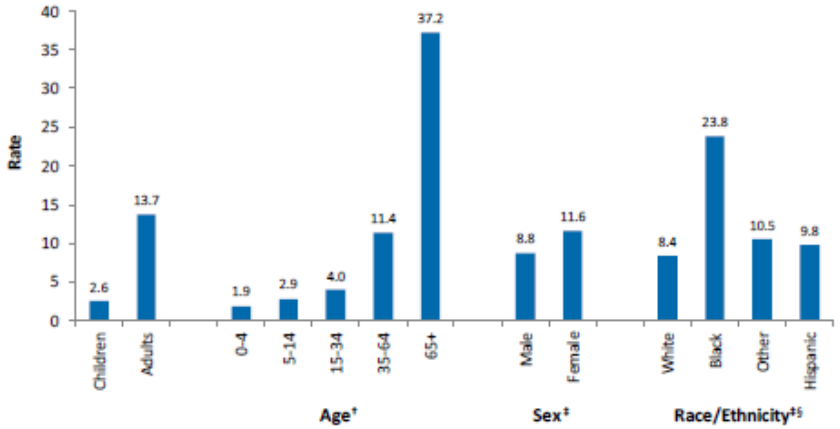
Source: National Vital Statistics System, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Pr
*35 National Asthma Control Program Grantees. (Puerto Rico is excluded)
**Age-adjusted rate per million population

ASTHMA FACTS

CDC's National Asthma Control Program Grantees

July 2013

Figure 10. Asthma death rates by age, sex, and race/ethnicity: National Asthma Control Program Grantees,* 2010



Source: National Vital Statistics System, National Center for Health Statistics, Centers of Disease Control and Prevention
*35 National Asthma Control Program Grantees (Puerto Rico is excluded)
†Crude rate per million population
‡Age-adjusted rate per million population
§Race categories are non-Hispanic

ASMA Definizione e terminologia

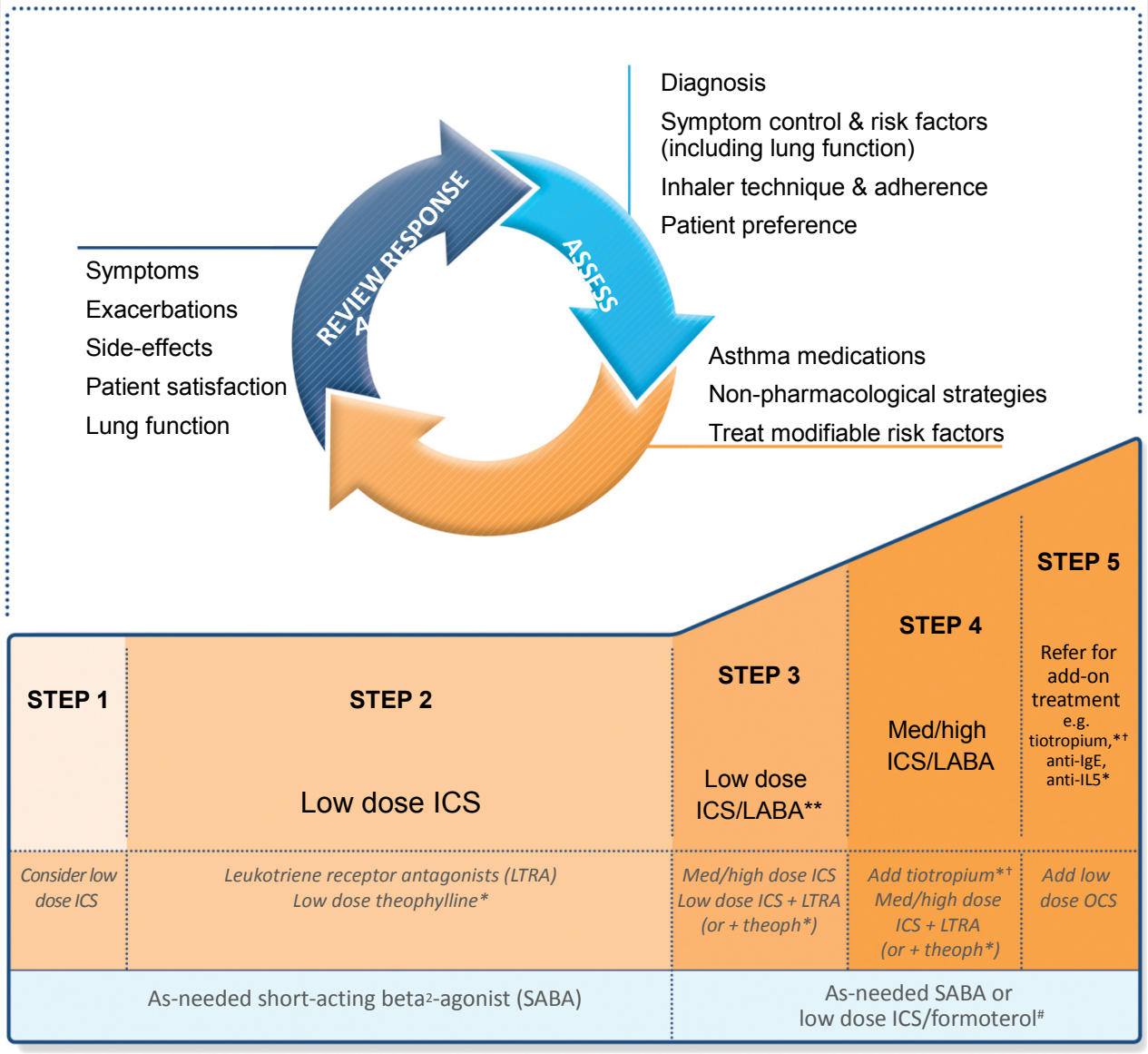
- **Fase acuta o riacutizzazione**: un peggioramento sintomatico e funzionale acuto o subacuto rispetto allo status normale del paziente;
- Terminologia
  - '**Fase acuta**' è il termine migliore per parlarne col paziente
  - 'Esacerbazione' è un termine non chiaro per il paziente
  - 'Attacco' può avere diversi significati per il paziente e per il medico
  - 'Episodio' non è ben associabile ad un urgenza clinica

NO

- Considerare la gestione dei peggioramenti dell'asma come un "continuum"

  - Autogestione con indicazioni terapeutiche scritte
  - Gestione dell'assistenza primaria
  - Gestione al pronto soccorso e nei reparti ospedalieri
  - Follow-up dopo ogni riacutizzazione

Stepwise management - pharmacotherapy



*Not for children <12 years

**For children 6-11 years, the preferred Step 3 treatment is medium dose ICS

#For patients prescribed BDP/formoterol or BUD/formoterol maintenance and reliever therapy

† Tiotropium by mist inhaler is an add-on treatment for patients ≥12 years with a history of exacerbations

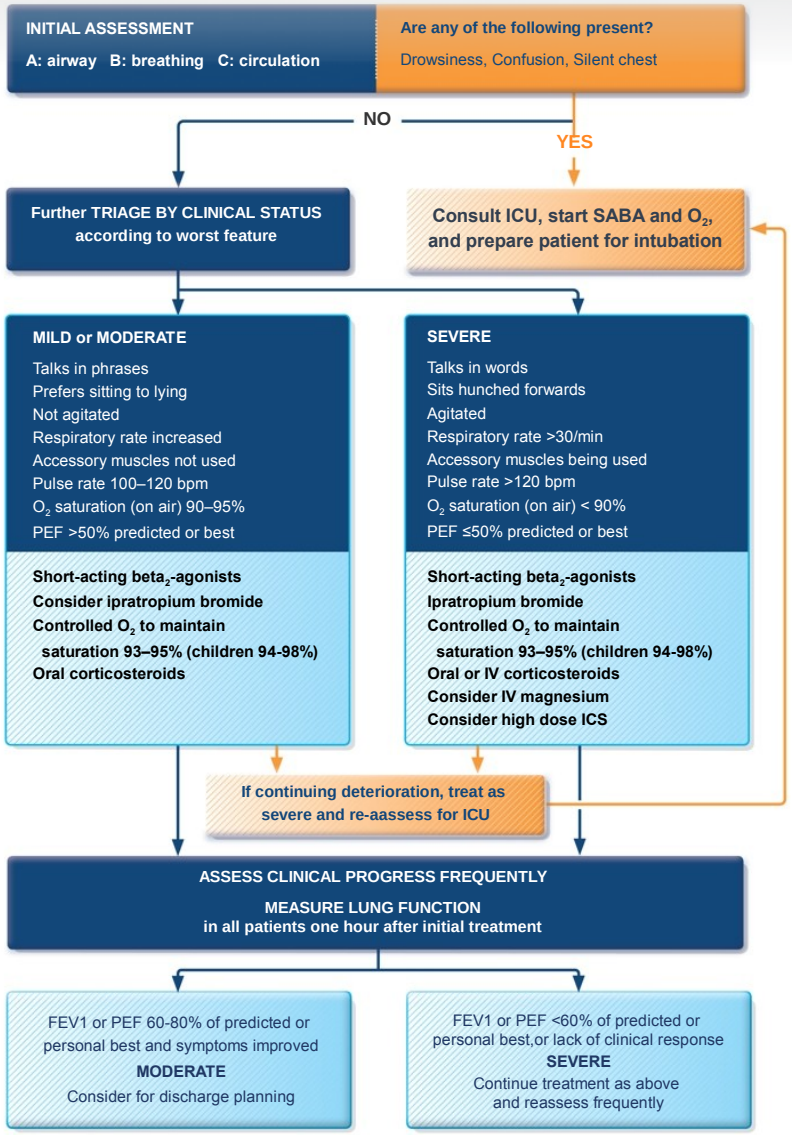
© Global Initiative for Asthma www.ginasthma.org

Identificare i pazienti con rischio di morte correlata ad asma

- Pazienti con storia di asma quasi fatale che ha richiesto intubazione e ventilazione
- Pazienti ricoverati o con accesso al PS per asma negli ultimi 12 mesi
- Pazienti non in terapia con ICS o con scarsa aderenza alla terapia con ICS (corticosteroidi inalatori)
- Pazienti che usano o hanno interrotto recentemente OCS *(Corticosteroidi orali)*
- Pazienti che abusano di SABA, *specialmente se utilizzano più di un aerosol al mese*
- Mancanza di un chiaro programma terapeutico
- Pazienti con storia di disordini psichiatrici o psicologici
- Pazienti con asma e allergie alimentari confermate

National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health: U.S. Department of Health and Human Services; 2007 Aug 28. Report No.: NIH Publication No.07-4051.

Managing exacerbations in acute care settings



Considerare fattori di rischio ASMA per dimissibilità

SALE
PS
Medic
ob

➢Precedente ricovero in ter intensiva per asma	➢ >2 ricoveri per asma ultimo anno
➢Ter steroidea cronica o recente sospensione	➢ >3 accessi a PS per asma ultimo anno
➢Elevato consumo Beta 2 stimolanti (>2 confez/mese)	➢ Fattori socioeconomici o psicologici rilevanti
➢Scarsa consapevolezza gravità episodio, rifiuto malattia, presentaz tardiva al PS	➢ Consumo sostanze d'abuso
➢Scarsa aderenza alle ter prescritte/medicina "alternativa"	➢ Comorbidità (BPCO, Insuff cardiaca,..)

Follow-up dopo una riacutizzazione

- Follow-up in tutti i pazienti dopo una riacutizzazione
  - Pazienti sono esposti a maggior rischio in questa fase

- La riacutizzazione come opportunità
  - Le riacutizzazioni rappresentano spesso fallimenti della terapia dell'asma cronica, e forniscono l'occasione di rivedere la gestione del paziente asmatico
- Alla visita di follow-up, va controllato:
  - Che il paziente capisca cosa ha causato la riacutizzazione
  - I fattori di rischio modificabili, per esempio il fumo.
  - L'aderenza terapeutica
  - Che la tecnica inalatoria sia corretta
  - Lo schema terapeutico scritto

PREVENZIONE RIESACERBAZIONI NELL'ASMA

Vanessa M. McDonald Sarah A et al. ***Treatable traits*** *can be identified in a severe asthma registry and predict future exacerbations ResporologyFirst published: 19 September 2018 https://doi.org/10.1111/resp.13389*

- Lo studio ha esaminato lo Australasian Severe Asthma Web-Based Database (SAWD) per valutare se **condizioni trattabili** possano essere identificate tramite i registri e se alcune di queste siano associate al rischio di future riesacebazioni
- Sono stati arruolati 434 pazienti con asma severo confrontati con 102 pazienti con asma non severo.
- Le 24 condizioni studiate, valutati al momento dell'arruolamento e ogni 6 mesi per due anni, erano raggruppate in tre ambiti: polmonare, extrapolmonare eambientale/fattori di rischio
- I pazienti con asma grave mostravano più caratteristiche trattabili (polmonari ed extrapolmonari) di quelli con asma non grave; in particolare:
  - Sensibilizzazione allergica
  - Malattia delle vie aeree superiori
  - Infiammazione eosinofila
  - Frequenti riesacerbazioni
- Dieci caratteristiche predicevano il rischio di esacerbazione; tra le più significative:
- l'essere predisposti alle esacerbazioni,
- la depressione,
- la politerapia inalatoria,
- le disfunzioni delle corde vocali
- l'apnea ostruttiva

Approccio molto promettente nella BPCO e nelle pneumopatie dell'anziano

STEP 2

SYNDROMIC DIAGNOSIS IN ADULTS

(i) Assemble the features for asthma and for COPD that best describe the patient.
(ii) Compare number of features in favour of each diagnosis and select a diagnosis

Features: if present suggest -	ASTHMA	COPD
Age of onset	❑ Before age 20 years	❑ After age 40 years
Pattern of symptoms	❑ Variation over minutes, hours or days ❑ Worse during the night or early morning ❑ Triggered by exercise, emotions including laughter, dust or exposure to allergens	❑ Persistent despite treatment ❑ Good and bad days but always daily symptoms and exertional dyspnea ❑ Chronic cough & sputum preceded onset of dyspnea, unrelated to triggers
Lung function	❑ Record of variable airflow limitation (spirometry or peak flow)	❑ Record of persistent airflow limitation (FEV_1/FVC < 0.7 post-BD)
Lung function between symptoms	❑ Normal	❑ Abnormal
Past history or family history	❑ Previous doctor diagnosis of asthma ❑ Family history of asthma, and other allergic conditions (allergic rhinitis or eczema)	❑ Previous doctor diagnosis of COPD, chronic bronchitis or emphysema ❑ Heavy exposure to risk factor: tobacco smoke, biomass fuels
Time course	❑ No worsening of symptoms over time. Variation in symptoms either seasonally, or from year to year ❑ May improve spontaneously or have an immediate response to bronchodilators or to ICS over weeks	❑ Symptoms slowly worsening over time (progressive course over years) ❑ Rapid-acting bronchodilator treatment provides only limited relief
Chest X-ray	❑ Normal	❑ Severe hyperinflation

NOTE: • These features best distinguish between asthma and COPD. • Several positive features (3 or more) for either asthma or COPD suggest that diagnosis. • If there are a similar number for both asthma and COPD, consider diagnosis of ACO

DIAGNOSIS	Asthma	Some features of asthma	Features of both	Some features of COPD	COPD
CONFIDENCE IN DIAGNOSIS	Asthma	Asthma	Could be ACO	Possibly COPD	COPD

© Global Initiative for Asthma www.ginasthma.org

BPCO

- PREVALENZA: circa il 10% della popolazione adulta
- INCIDENZA CRESCENTE (si prevede che la BPCO sarò la terza causa globale di morte a partire dal 2020)

Riacutizzazione : ***un peggioramento dello sintomatologia tale da comportare modifiche della terapia***

Peggioramento dei sintomi

- **tosse**
- **dispnea**
- **variazioni qualitative e quantitative dell' espettorato**

(in caso di viraggio del colore o purulenza considerare eziologia infettiva)

Criteri accessori

- **variazione es. obiettivo polmonare**
- **febbre**
- **edemi declivi**

Predictors of outcomes in COPD exacerbation cases presenting to the ED

Simple purely clinical factors can reliably predict the risk of in-hospital death and requirement for post-hospital support in an initially non-life threatening-acute exacerbation of COPD

	Risk of death	Post-hospital support need
Females *versus* males		2.2 (1.4–3.4)
Age ⩾70 yrs	4.5 (1.6–12.1)	3.4 (2.1–5.5)
Clinical signs of severity at entry		
Cyanosis	1.5 (0.7–3.0)	1.6 (1.0–2.6)
Neurological impairment	5.1 (2.4–10.8)	3.3 (1.6–6.7)
Lower limb oedema	1.0 (0.4–2.0)	1.0 (0.5–1.5)
Asterixis	1.7 (0.6–4.3)	0.7 (0.3–1.7)
Use of inspiratory accessory muscles	2.6 (1.1–6.2)	1.6 (1.0–2.7)
Expiratory use of abdominal muscles	0.9 (0.4–1.9)	1.2 (0.7–2.0)
Baseline dyspnoea grade		
0–1	1.0	1.0
2–3	3.6 (0.7–16.5)	1.3 (0.7–2.2)
4–5	6.5 (1.4–29.3)	2.0 (1.1–3.6)

Odds ratio for death and need for post-hospital support at discharge on multivariate logistic regression analysis

Eur Respir J 2008; 32: 953–961

Il contesto…

- Aumento classi anziane
- Diminuzione della mortalità
- Aumento malattie croniche gravi non suscettibili di trattamenti risolutivi
- Riduzione della durata delle degenze ospedaliere: day-hospital e day-surgery
- Disponibilità di nuove tecnologie di comunicazione e interscambio dati clinici
- Necessità di un sistema coordinato di relazioni tra erogatori sanitari e sociali
- Necessità di contenere la spesa sanitaria

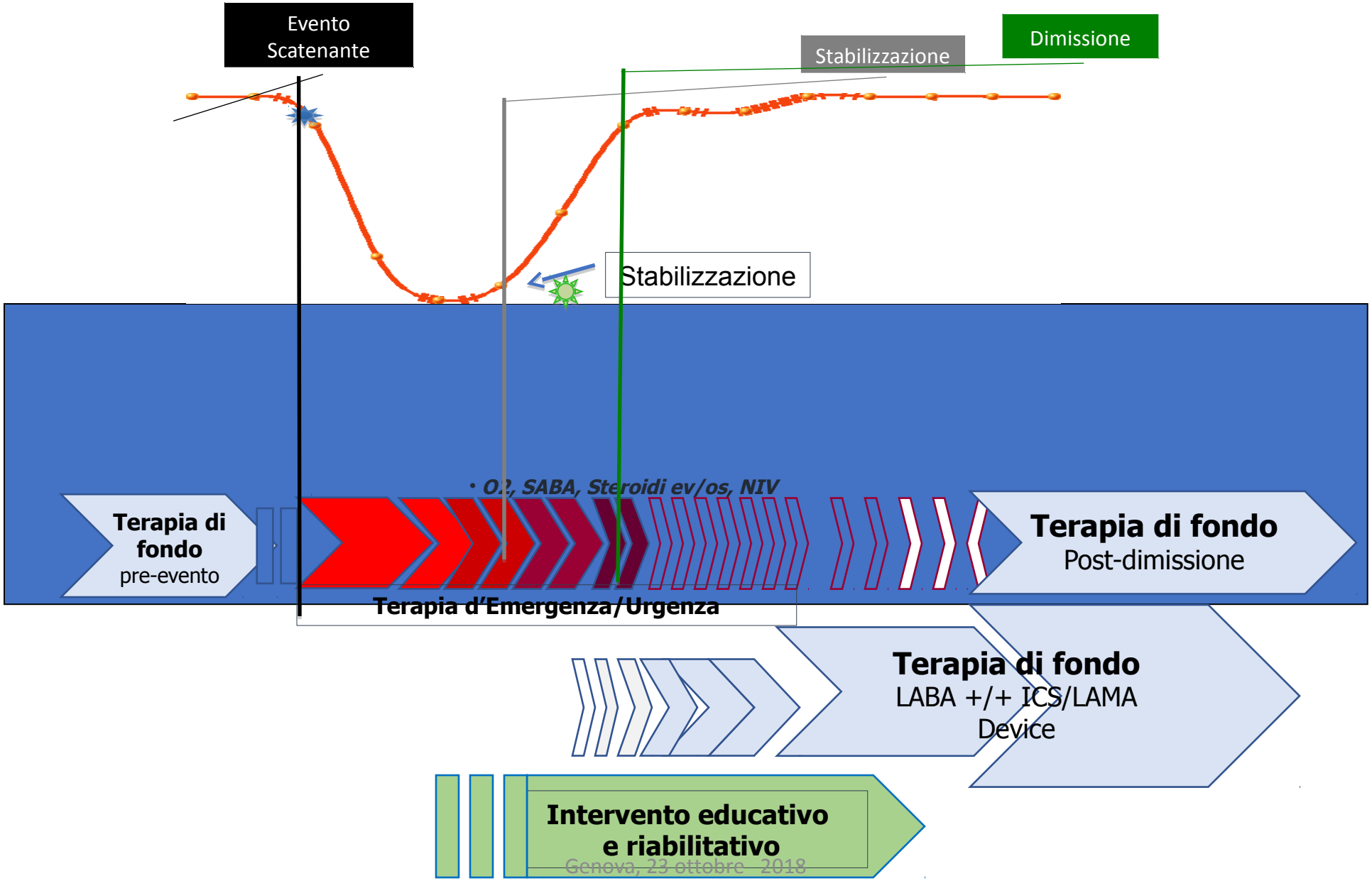
COMORBIDITÀ DELLA BPCO

I pazienti affetti da BPCO sono a maggior rischio di:

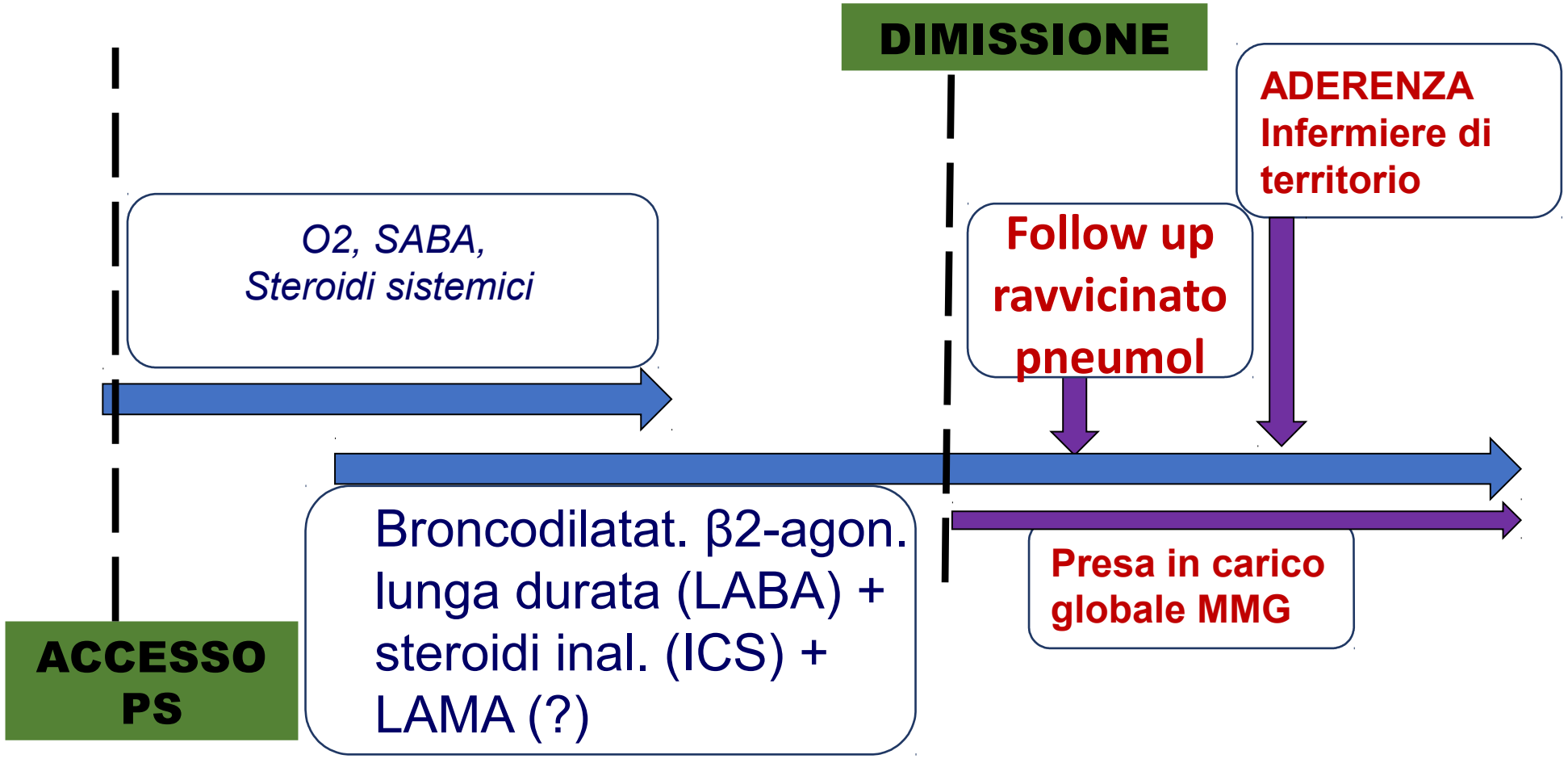
- Malattie cardiovascolari *(malattia ischemica, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale ed ipt)*
- Osteoporosi
- Infezioni respiratorie
- Ansia e depressione
- Diabete
- Tumore polmonare
- Bronchiectasie

…vanno trattate come se il paziente non avesse la BPCO

- DA: Trattamento nella Fase Acuta e Post-Stabilizzazione – **G. Pepe**



Anticipazione precoce e in sovrapposizione dell'associazione LABA/ICS (o triplice)



E' NECESSARIO UN FORTE MESSAGGIO EDUCAZIONALE AL PZ.

Elementi da valutare alla dimissione:

- Garanzia di ***efficace regime farmacologico*** a domicilio
- Educazione riguardo al nuovo regime di trattamento
- Istruzioni riguardo al ***completamento della terapia steroidea e antibiotica*** (se prescritte)
- Valutazione della ***necessità di ossigenoterapia*** a lungo termine
- Formulazione di un piano di ***trattamento delle comorbilità*** e del loro follow-up

GOLD 2012

L'educazione sanitaria del paziente affetto da BPCO:

- può ***migliorare la capacità di controllare la malattia*** stessa
- può ***ridurre il rischio di ricovero*** per riacutizzazione,
- può ***attenuare l'ansia e la depressione***,
- può ***migliorare la risposta terapeutica*** in corso di riacutizzazione

I contenuti del programma di educazione devono comprendere:

- Informazioni sulle ***caratteristiche della malattia*** (cronicità, progressione, future complicanze, etc..)
- Conoscenza di ***come programmare la vita e le attività quotidiane***, sulla base anche delle aspettative e delle preferenze del paziente
- Identificazione e ***controllo dei fattori di rischio e di aggravamento***
- Conoscenza degli ***obiettivi realistici della terapia***
- Conoscenza delle ***modalità di monitoraggio dell'andamento della malattia***
- Conoscenza del modo di ***utilizzo dell'ossigenoterapia e della ventiloterapia*** domiciliare, quando necessarie
- Conoscenza ***dell'utilizzo dei farmaci*** (specie quelli per via inalatoria) e della modalità di riconoscimento e trattamento tempestivo di una riacutizzazione

GOLD 2012

Il percorso di rivalutazione:

1.Rivalutazione ambulatoriale dopo 4-6 settimane.

- le notizie sulle normali attività della vita quotidiana;
- il FEV1;
- la corretta tecnica d'uso degli inalatori;
- la comprensione del paziente dei farmaci in uso;
- la necessità di una ossigenoterapia a lungo termine.

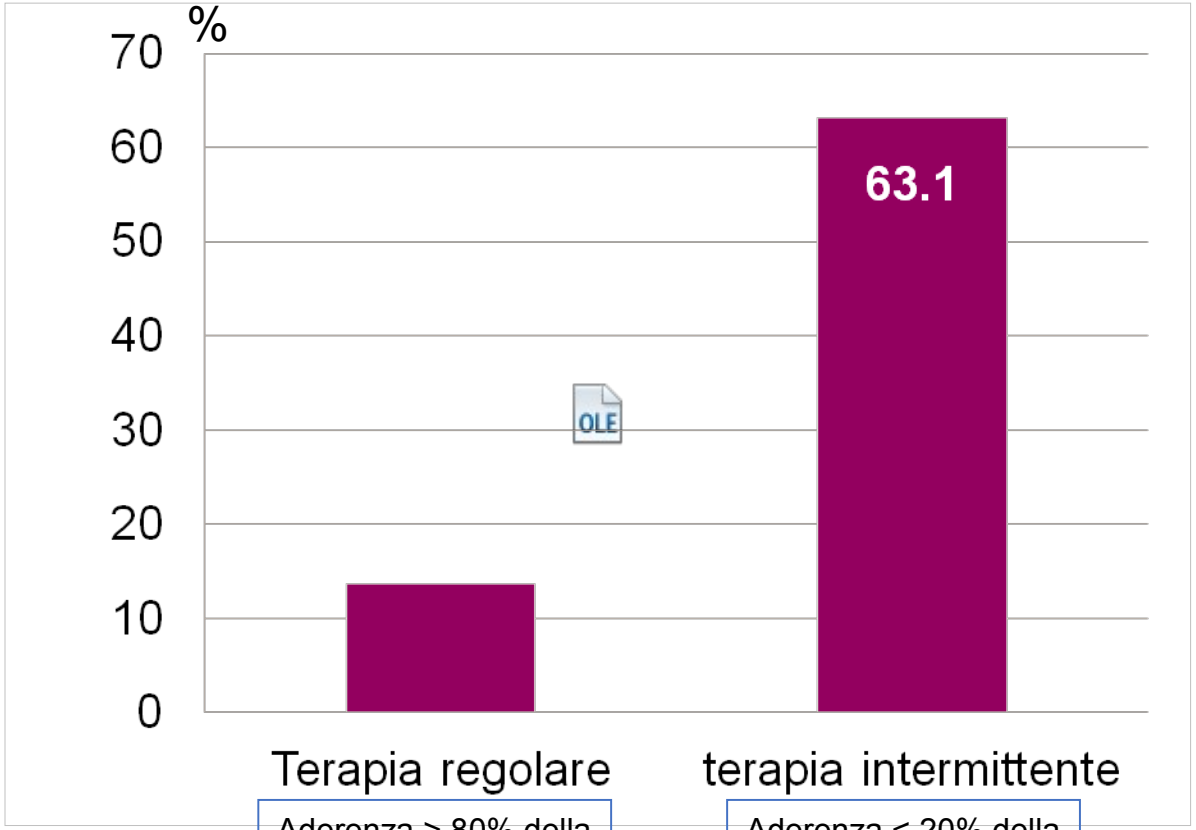
2. Quando la ***riacutizzazione è associata a una ipossiemia*** controllare nei ***3 mesi*** seguenti la pulsiossimetria/emogasanalisi arteriosa; se il paziente resta ipossiemico bisogna considerare il ricorso alla ossigenoterapia cronica (OTLT)

3. ***Per la maggior parte di pazienti con malattia severa e stabile non è necessario l'accesso periodico in ospedale***, ma i servizi territoriali dovrebbero permettere un'accesso rapido in ospedale quando sono necessari accertamenti.

GOLD 2012

Scarsa aderenza alla terapia inalatoria in Italia

Prevalenza di pazienti che assumono la terapia inalatoria in modo regolare o intermittente (Rapporto OsMed gennaio 2016)



Aderenza > 80% della terapia prescritta

Aderenza < 20% della terapia prescritta

Rapporto OSMed

http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/rapporti-osmed-luso-dei-farmaci-italia (last access: September 2018)

Aderenza alle terapie inalatorie nei pazienti con patologia polmonare ostruttiva

- ❑ Metodo di somministrazione
- ❑ Regime posologico
- ❑ Politerapie
- ❑ Effetti collaterali

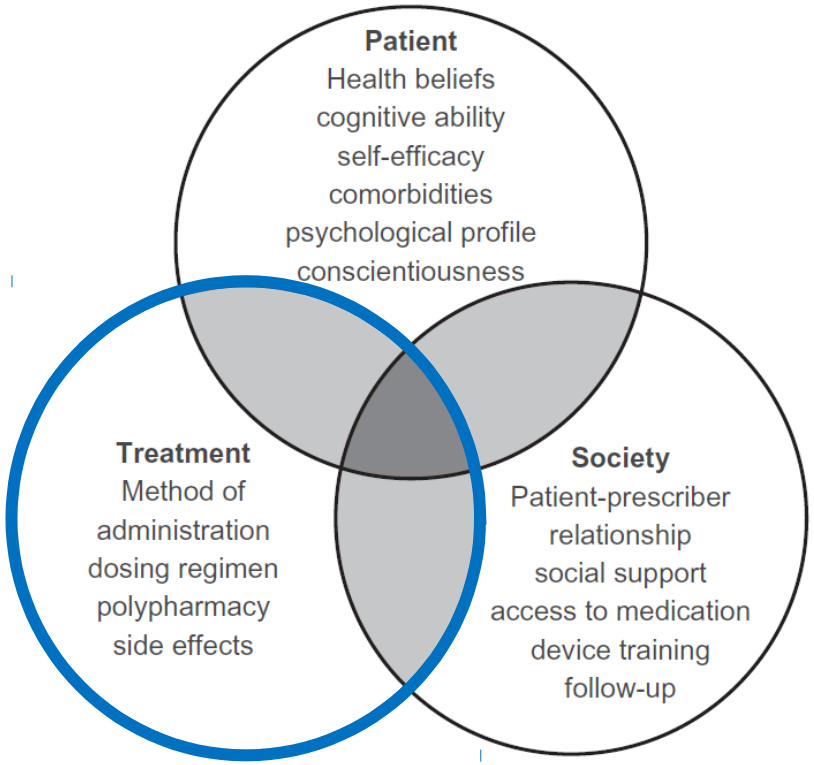


Figure 1 Patient adherence in chronic obstructive pulmonary disease is multifactorial and is influenced by the patient, the clinician, and society.

J Bourbeau. Thorax 2008;63:831-838

Molimard M, Raherison C, Lignot S, et al. Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation and inhaler device handling: real-life assessment of 2935 patients. Eur Respir Dis. 2017;49:1601794.

Veniva esaminata la tecnica di impiego di diversi aerosol dosati in pazienti con BPCO (Breezehaler®, Diskus®, Handihaler®, pressurized MDI, Respimat®, and Turbuhaler®) in 2935 pazienti che usavano uno o più dispositivl durante 3393 controlli clinici di routine

La numerosità di casistica era superiore a studi precedenti con un esame nella vita reale, senza che i soggetti fossero preparati prima dell'osservazione

RISULTATI

-Significativi errori manuali in più del 50% delle valutazioni

-I pazienti che avevano un cattivo uso "critico" dell'inalatore avevano una probabilità statistica doppia di andare incontro ad un'ospedalizzazione associate alla BPCO o una visita nel DE nei precedenti 3 mesi

-Non vi erano evidenze che pneumologi addestrati avessero risultati migliori dei MMG

CONCLUSIONI

Un miglior tecnica di utilizzo dell'inalatore può portare a minori ospedalizzazioni nel DE

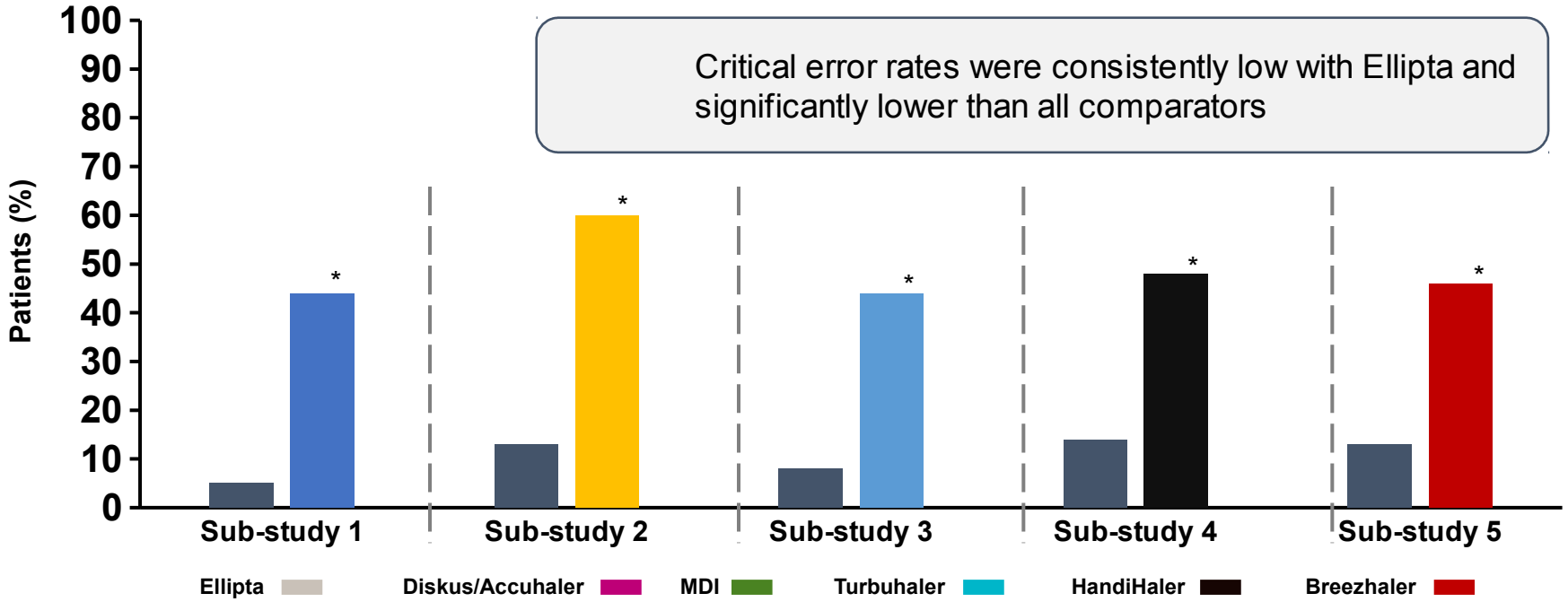
Piuttosto che aumentare la dose del trattamento del paziente gli sforzi dovrebbero essere rivolti al miglioramento della tecnica di inalazione

From the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Accessed from http://goldcopd.org.

Regular reviews and frequent re-education about the use of inhaler devices with patients one-on-one may lead to better outcomes.[2]

Valutare il rischio di errori critici con i diversi inalatori

Percentuale di pazienti con un errore critico



*P<0.001 for all comparisons.

MDI, metered dose inhaler

Il trattamento progressivo consigliato per la BPCO dalle llgg GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*) prevede:

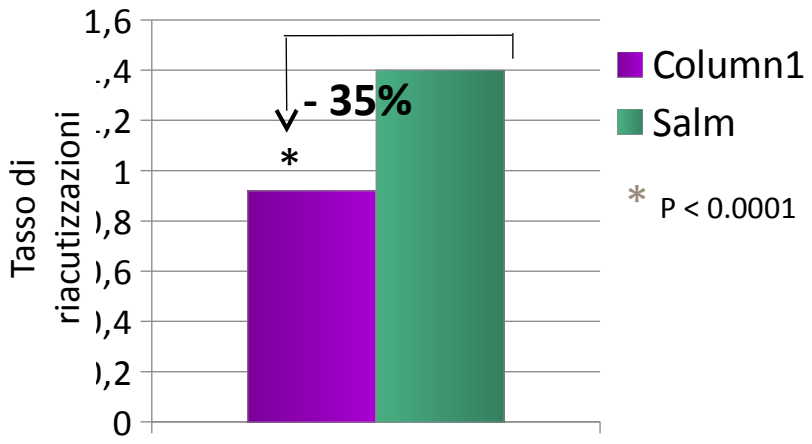
- ✓come primo passo l'**uso di un anti-muscarinico a lunga durata di azione (LAMA)** o di un **β2-antagonista ad azione prolungata (LABA)**,
- ✓seguito in caso di necessità dall'associazione tra i due farmaci (doppia terapia) **LABA + LAMA**
- ✓per i casi più refrattari, dalla tripla terapia a base di LABA, LAMA e cortisonico inalatorio (ICS) **LABA + LAMA + ICS**

(American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2017; 195:557)

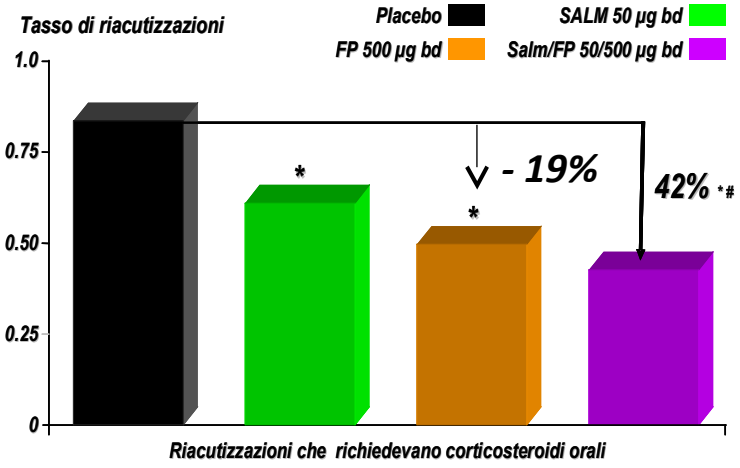
ICS/LABA in BPCO: le evidenze consolidate
Riacutizzazioni

Kardos P et al. AJRCCM 2007; 175: 144-149

VIVACE



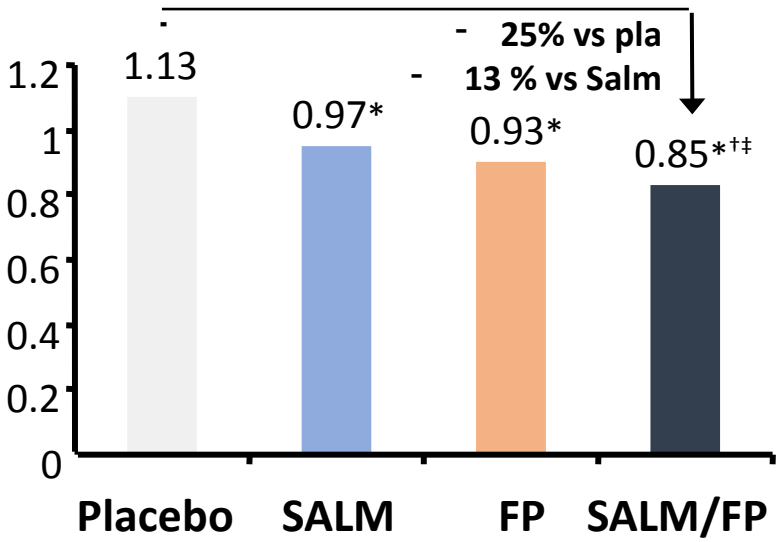
TRISTAN



Calverley et al., Lancet 2003; 361: 449-456

TORCH

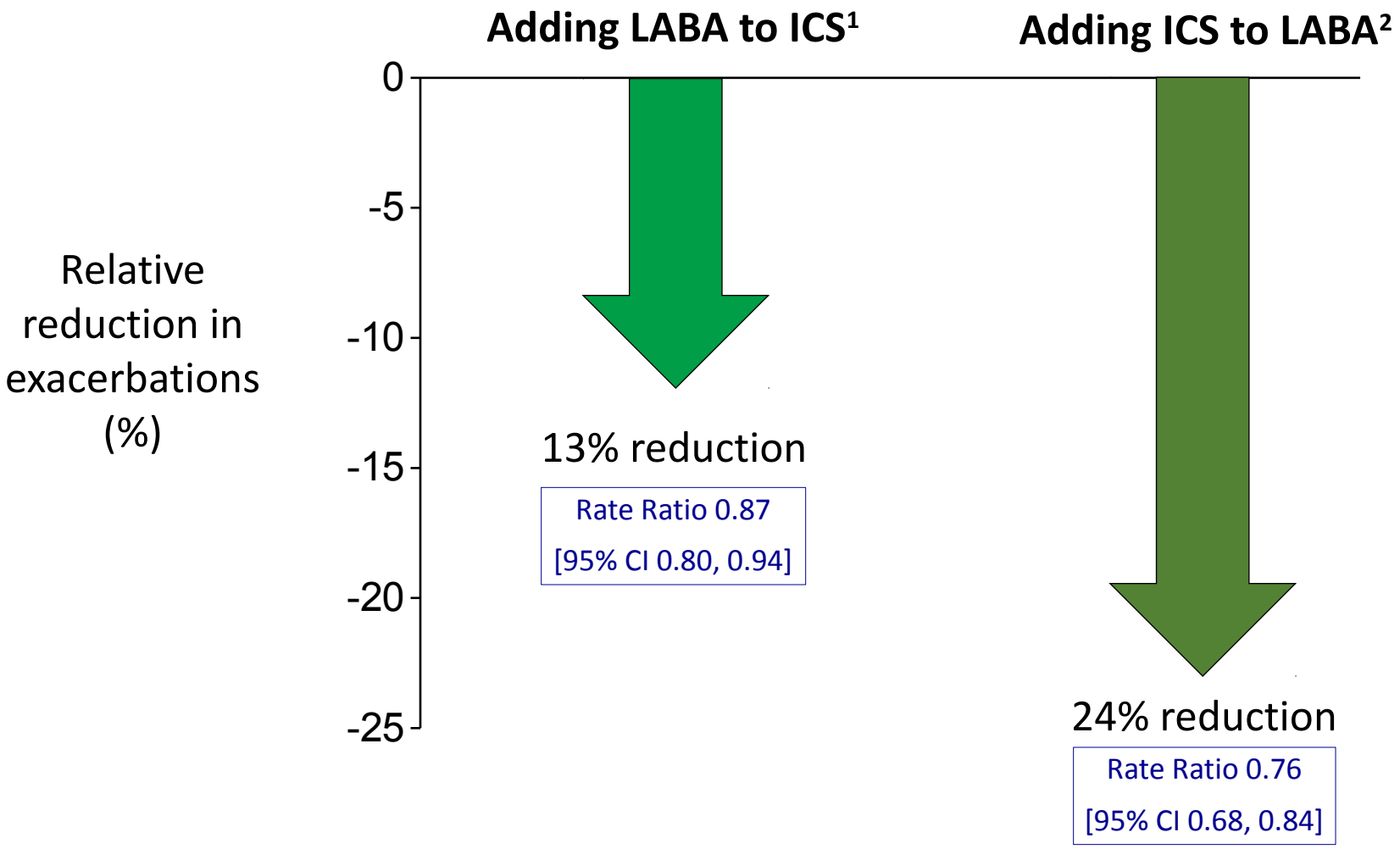
Numero medio di riacutizzazioni/anno



*p < 0.001 vs placebo; †p = 0.002 vs SALM; ‡p = 0.024 vs FP

Calverley et al., N Engl J Med. 2007; 356:775-89

Meta-analyses of ICS/LABA trials (exacerbations as primary endpoint)



1. Nannini et al. Cochrane Database Syst Rev 2013;8:CD006826.
2. Nannini et al. Cochrane Database Syst Rev 2012;9:CD006829.

THE LANCET

- *Papi A et al. Extrafine inhaled triple therapy versus dual bronchodilator therapy in chronic obstructive pulmonary disease (TRIBUTE): A double-blind, parallel group, randomised controlled trial. Lancet 2018;* 391:1076-1084,
- *Agusti A. Filling the gaps in COPD: The TRIBUTE study. Lancet 2018; 391:* 1004-1006

- uno studio multicentrico internazionale,
- **1.532 pazienti** affetti da BPCO con FEV1 < 50% del teorico e frequenti esacerbazioni nell'anno precedente sono stati randomizzati alla tripla terapia (due inalaz. giornaliere di beclometasone, formoterolo e glicopirrolato) o alla doppia terapia (una inalazione giornaliera di indacaterolo e glicopirrolato).

- Trattamento durato circa un anno
- i pazienti trattati con la tripla terapia hanno presentato meno esacerbazioni rispetto a quelli trattati con la doppia terapia (0.5 contro 0.6 ogni paziente per anno; NNT = 11).
- Analisi di sottogruppo: **il beneficio maggiore è stato ottenuto dai soggetti con eosinofilia > 2% ed in quelli affetti da bronchite cronica ed enfisema.**
- Effetti collaterali simili senza casi ulteriori di polmonite.
- L'aggiunta di steroidi inalatori ottiene i migliori risultati nei pazienti con asma o bronchite cronica e enfisema, oppure in quelli con componente allergica importante mentre nei pazienti con BPCO "pura" il beneficio è probabilmente minore

IMPACT: InforMing the PAthway of COPD Treatment
disegno dello studio

Popolazione: sintomatica a rischio riacutizzaz.(≥1 riacutizzaz. negli ultimi 12 mm)

Criteri di inclusione chiave

- Diagnosi di età 40+ e BPCO (definizione ATS/ERS)
- CAT ≥10
- FEV1 <50% + ≥1 riacutizzazioni moderate/gravi nell'ultimo anno; opp FEV1 ≥50% a <80% + ≥2 riacutizzaz. moderate o ≥1 riacutizzaz. grave nell'ultimo anno

Permessa l'inclusione di pazienti con comorbilità come:

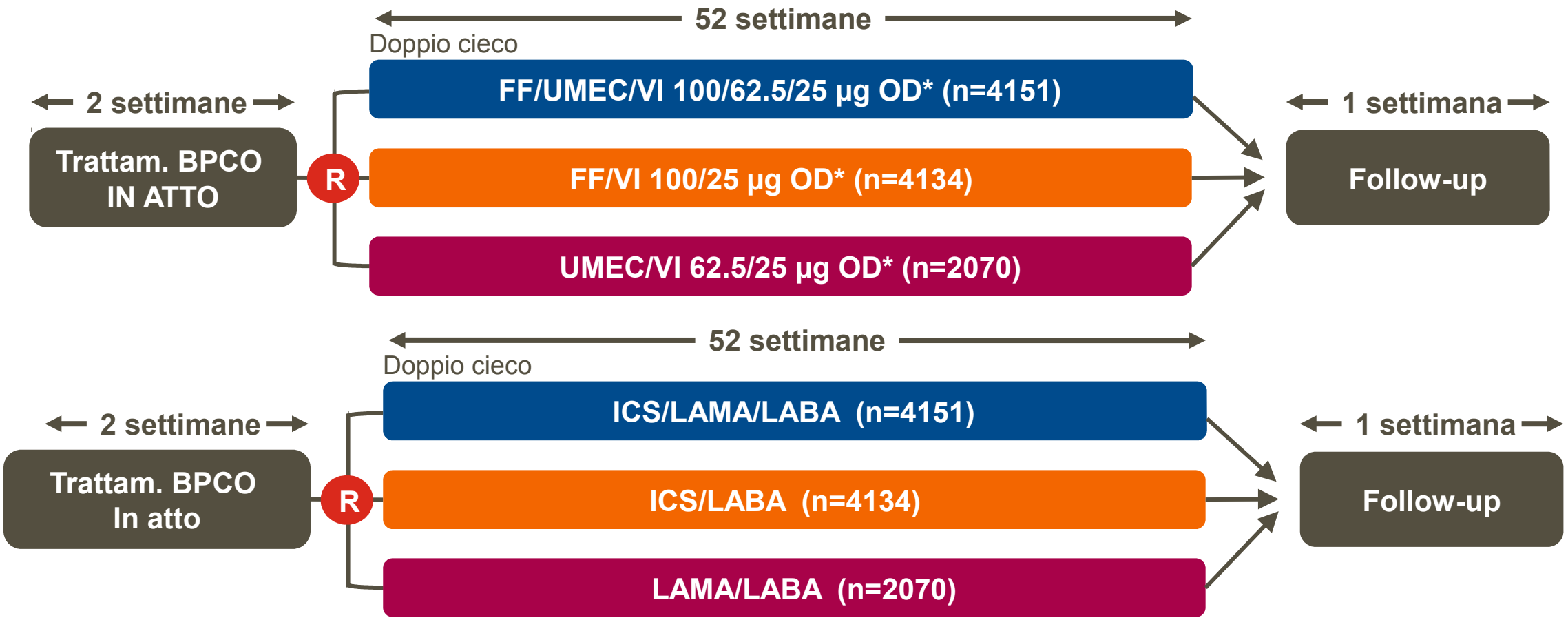
- Rischio/malattia CV
- Diabete
- Prima storia di asma

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

IMPACT: InforMing the PAthway of COPD Treatment
disegno dello studio

Lipson DA, et al. N Engl J Med. 2018; doi: 10.1056/NEJMoa1713901

FF =fluticasone furoate/ UMEC =umeclidinium/ VI =vilanterol



Il confronto fra FF/UMEC/VI vs UMEC/VI illustra il disegno completo dello studio.
L'utilizzo di FF/UMEC/VI da UMEC/VI ha ricevuto la CHMP positive opinion in data 20 settembre 2018 (EMA/CHMP/652421/2018).

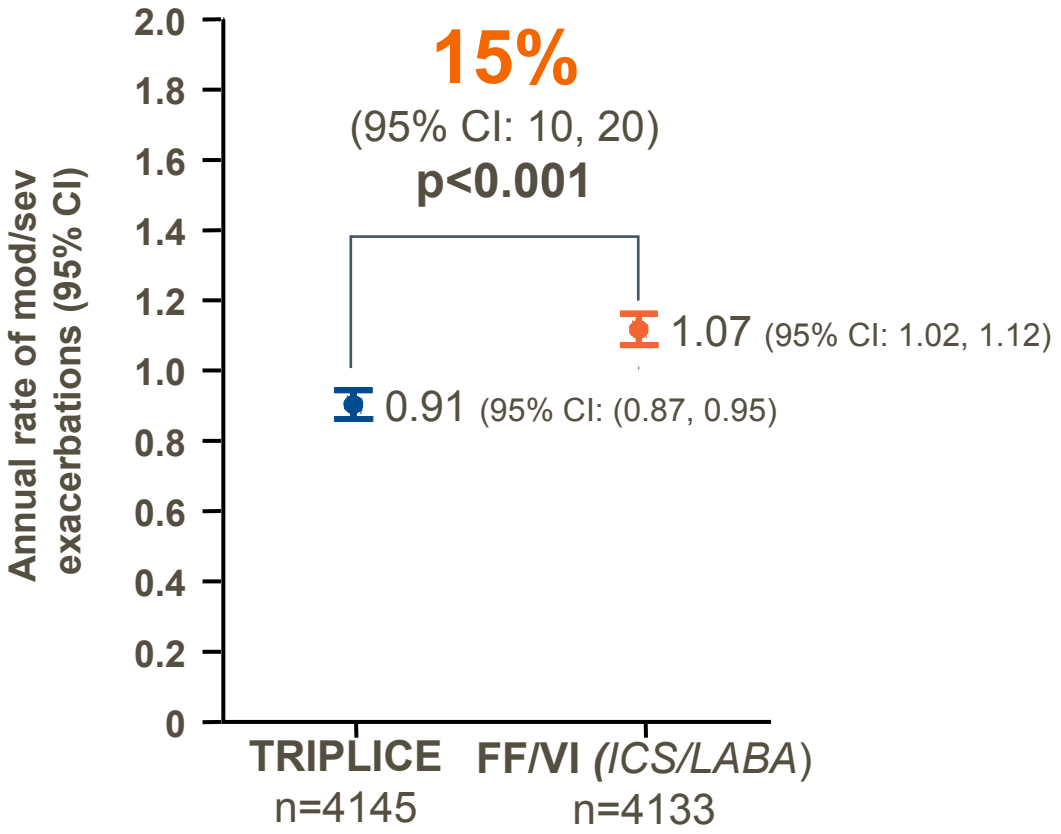
Confronti co-primari tra i trattamenti (popolazione ITT)

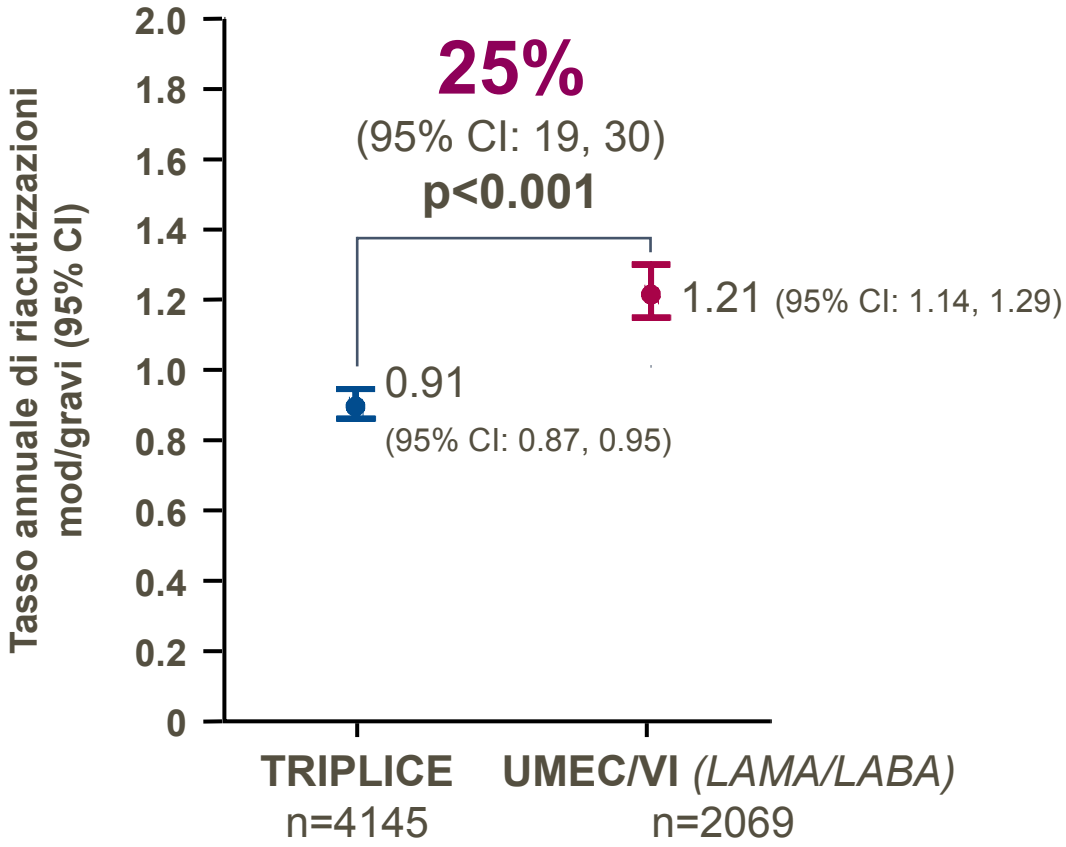
- Tasso annuale di riacutizzazioni mod/gravi:
  - FF/UMEC/VI vs FF/VI
  Ovvero TRIPLICE vs ICS/LABA

  - FF/UMEC/VI vs UMEC/VI
  Ovvero TRIPLICE vs LAMA/LABA

Il confronto fra FF/UMEC/VI vs UMEC/VI è qui raffigurato per illustrare il disegno completo dello studio.
L'utilizzo di FF/UMEC/VI da UMEC/VI ha ricevuto la CHMP positive opinion in data 20 settembre 2018 (EMA/CHMP/652421/2018).

Endpoint primario: Riacutizzazioni moderate/gravi





Riduzione significativa del tasso annuale di riacutizzazioni moderate/gravi con TRIPLICE vs FF/VI

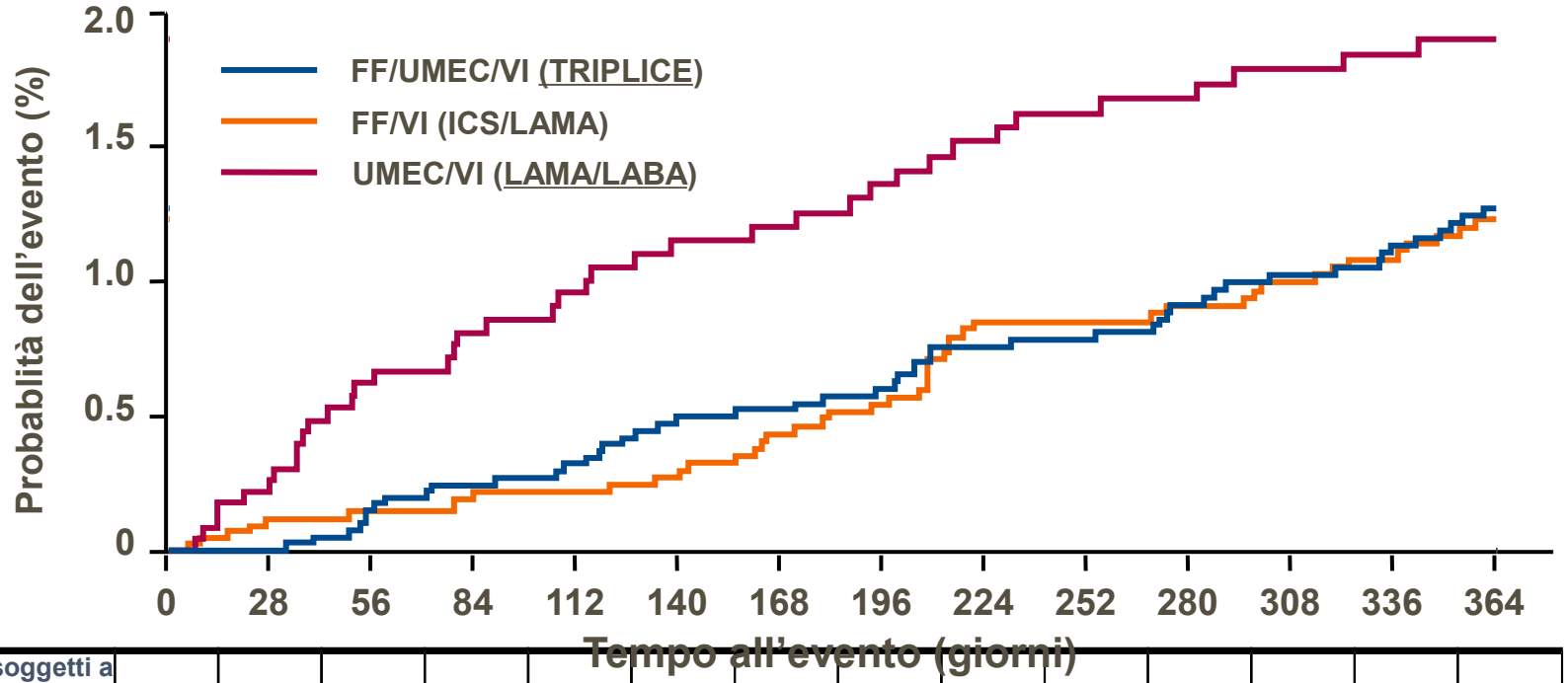
Nota: la n riflette il numero di pazienti inclusi in ciascuna analisi dalla popolazione ITT. I pazienti sono stati esclusi se avessero dati mancanti predefiniti; questo variava secondo l'analisi. La popolazione ITT comprendeva: 4151 pazienti trattati con FF/UMEC/VI, 4134 pazienti trattati con FF/VI e 2070 pazienti trattati con UMEC/VI.

Lipson DA, et al. *N Engl J Med*. 2018; doi: 10.1056/NEJMoa1713901

Il confronto fra FF/UMEC/VI vs UMEC/VI è qui raffigurato per illustrare il disegno completo dello studio.
L'utilizzo di FF/UMEC/VI da UMEC/VI ha ricevuto la CHMP positive opinion in data 20 settembre 2018 (EMA/CHMP/652421/2018).

Riduzione significativa nel rischio di tutte le cause dimortalità con trattamento contenente FF vs UMEC/VI

Tutte le cause di mortalità (dati durante il trattamento)[1,2]



Numero di soggetti a rischio														
FF/UMEC/VI	4151	4082	3968	3898	3838	3752	3714	3690	3613	3581	3545	3486	3454	3346
FF/VI	4134	3984	3798	3694	3619	3496	3443	3391	3291	3258	3230	3182	3152	3044
UMEC/VI	2070	1993	1880	1820	1769	1713	1685	1656	1612	1595	1578	1548	1531	1485

Riduzione del rischio relativo:

TRIPLICEvs UMEC/VI

42.1%

HR 0.58
(95% CI: 0.38, 0.88)
p=0.011

FF/VI vs UMEC/VI

38.7%

HR 0.61
(95% CI: 0.40, 0.93)
p=0.022

IMPACT è il primo studio con dati prospettici che mostra una riduzione nel rischio di tutte le cause di mortalità con un farmaco per BPCO

FF: fluticasone furoate; UMEC: umeclidinio bromuro; VI: vilanterolo trifenatato; HR: hazard ratio

1 Lipson DA, et al. *N Engl J Med*. 2018; doi: 10.1056/NEJMoa1713901; 2. GlaxoSmithKline. Date on file: RF/TLY/0096/17(1).

Il confronto fra FF/UMEC/VI vs UMEC/VI è qui raffigurato per illustrare il disegno completo dello studio.
L'utilizzo di FF/UMEC/VI da UMEC/VI ha ricevuto la CHMP positive opinion in data 20 settembre 2018 (EMA/CHMP/652421/2018).

ICS E RISCHIO FRATTURE

CHEST

Inhaled Corticosteroids and Fractures in COPD
Can We Finally Put This to Bed?

Yu Ji Cho, MD, PhD
Don D. Sin, MD, FCCP

(*Chest 2018; 153:321*).

In questo studio la terapia con ICS aumentava il rischio di fratture dell'anca o degli arti superiori, ma oltre i 4 anni di trattamento con ICS e solo tra coloro che usavano in media più di 1 mg / die di fluticasone o equivalente.

BPCO RIACUTIZZATA: RIABILITAZIONE POLMONARE SUPERVISIONATA PRECOCE RIDUCE MORTALITÀ

La riabilitazione polmonare praticata nell'ambito di un programma multidisciplinare supervisionato che comprenda esercizio fisico, rappresenta un punto fermo nella gestione della BPCO.

E' stata effettuata una revisione della letteratura con meta-analisi per valutare l'effetto sulla mortalità di un programma di **riabilitazione polmonare supervisionata iniziato entro 4 settimane dal ricovero per BPCO riacutizzata**, confrontando i risultati con quelli ottenuti mediante l'assistenza post-acuzie tradizionale o l'assenza completa di un programma di riabilitazione.

Gli esiti secondari considerati comprendevano durata della degenza, numero di ricoveri correlati alla BPCO, qualità della vita correlata alla salute, capacità d'esercizio, attività della vita quotidiana, rischio di cadute e tasso di drop-out.

La revisione ha preso in considerazione 13 studi, per un totale di 801 soggetti.

E' stata dimostrata:

una riduzione clinicamente rilevante della mortalità a seguito della riabilitazione polmonare.

Una riduzione della durata media della degenza di 4,27 giorni,

Una riduzione di nuovi ricoveri,

Una miglior la qualità della vita e della capacità di esercizio (mantenuta per almeno 12 mesi)

Nessuna influenza sul tasso di drop-out.

- (NB eterogeneità dati e difetti randomizzazione)

Ryrsø et al. BMC Pulmonary Medicine (2018) 18:154
https://doi.org/10.1186/s12890-018-0718-1

BMC Pulmonary Medicine

RESEARCH ARTICLE Open Access

Lower mortality after early supervised pulmonary rehabilitation following COPD-exacerbations: a systematic review and meta-analysis

Camilla Koch Ryrsø[1,2*], Nina Skavlan Godtfredsen[3,4], Linette Marie Kofod[5], Marie Lavesen[6], Line Mogensen[7], Randi Tobberup[8], Ingeborg Farver-Vestergaard[9], Henriette Edemann Callesen[2], Britta Tendal[2], Peter Lange[1,10,11] and Ulrik Winning Iepsen[1]

MESSAGGI DA PORTARE A CASA…

- RIFERIAMOCI A LLGG DI RIFERIMENTO (AD ES GOLD PER BPCO E GINA PER ASMA)
- RICHIEDERE ELEMENTI INFORMATIVI CHIARI E SIGNIFICATIVI SUL PAZIENTE AIUTA AD INQUADRARE L'EPISODIO ACUTO
- GUARDARE AL «DOPO», A CHI PRENDERA' IN CARICO IL PAZIENTE
- NON RINUNCIARE A FORNIRE AL PAZIENTE E A CHI LO ASSISTE INFORMAZIONI E INDICAZIONI (SUI FARMACI, L'ADERENZA,…)
- ATTENZIONE ALLE TERAPIE E ALL'USO DEI DISPOSITIVI
- ORIENTARE IN CASO DI DIMISSIONE IL PERCORSO SUCCESSIVO E LA PRESA IN CARICO

GRAZIE

Paolo.moscatelli@hsanmartino.it