

Infiammazione sistemica nella BPCO

Gianni Balzano

Quello delle manifestazioni extrapolmonari in corso di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è un tema di grande attualità. Ce ne siamo recentemente occupati anche noi su queste pagine, quando abbiamo parlato di alterazioni del peso corporeo in corso di BPCO [1]. Ma, per farsi un'idea dell'importanza che viene attualmente attribuita a questo argomento, è sufficiente leggere la più recente definizione di BPCO, che è quella contenuta nel documento GOLD del novembre 2006 sulla diagnosi, gestione e prevenzione di questa malattia [2]. La definizione, infatti, da una parte descrive la limitazione di flusso aereo progressiva e non completamente reversibile e l'infiammazione polmonare cronica, ribadendo concetti già presenti in precedenti definizioni, dall'altra introduce due grosse novità. La prima riguarda il palese, anzi ostentato ottimismo dimostrato nel presentare la BPCO come una malattia non solo prevenibile, ma anche trattabile, ottimismo che ha chiaramente lo scopo di contrastare l'atteggiamento rinunciatario che molti medici purtroppo assumono di fronte ad una malattia cronica e progressiva come la BPCO. Infine, l'altro aspetto innovativo contenuto nella definizione si riferisce appunto ad "alcuni significativi effetti extrapolmonari che possono contribuire alla gravità in singoli pazienti" [2]. Fra le manifestazioni extrapolmonari che possono associarsi alla BPCO – infiammazione sistemica, perdita di peso, aumentato rischio cardio-vascolare, alterazioni neurologiche, endocrine, scheletriche [1,3] – l'infiammazione sistemica merita senza dubbio un posto di rilievo, se non altro perché essa potrebbe essere, almeno in parte,

responsabile di alcune delle altre suddette manifestazioni [4].

Una misura attendibile dell'infiammazione sistemica, che viene, fra l'altro, ampiamente utilizzata in campo clinico, può essere fatta valutando i livelli sierici di alcune proteine della fase acuta, in particolare della proteina C-reattiva (PCR).

In campo cardiovascolare un aumento di PCR nel siero è correlato ad infiammazione sistemica in corso di aterosclerosi e comporta un aumentato rischio di malattia ischemica delle arterie coronarie e di infarto del miocardio [5].

Recenti evidenze indicano anche che aumentati livelli sierici di PCR sono correlati ai principali indici clinico-funzionali di gravità e, in particolare, all'infiammazione polmonare presente nella BPCO stabile, per cui la PCR può essere, a tutti gli effetti, considerata come un marker sistemico di infiammazione polmonare [6].

Analogamente a quanto evidenziato per il rischio cardio-vascolare, in uno studio recentissimo viene dimostrato che la PCR può essere considerata come un indice prognostico attendibile nella BPCO [7]. Infatti, in un follow-up della durata di 8 anni condotto su 1300 pazienti con BPCO, livelli basali di PCR > 3mg/Lt risultano associati ad aumentata incidenza di ospedalizzazione per BPCO e di morte per BPCO, e ciò indipendentemente da sesso, età, valore del VEMS in percento del predetto, consumo di tabacco e malattia ischemica del miocardio [7]. Può essere di interesse clinico notare come i livelli di PCR basali erano aumentati, in media, di 1,2 mg/Lt e di 4,1 mg/Lt, rispettivamente, in quei pazienti che successivamente sarebbero stati

ospedalizzati per BPCO o sarebbero morti per BPCO [7].

L'infiammazione sistemica sembra, pertanto, presentare nella BPCO un significato prognostico e da ciò è facile ipotizzare che essa giochi un certo ruolo patogenetico, in particolare nelle fasi più avanzate e gravi della malattia. Da qui all'utilizzo di farmaci per il trattamento dell'infiammazione sistemica nella BPCO il passo è breve [8]. Ma questa è un'altra storia.

Bibliografia essenziale

[1] Balzano G. BPCO e peso corporeo. Pneumorama 2006; 42: 6-8.

[2] Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (November 2006). www.goldcopd.org

[3] Augusti AG, et al. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2003; 21: 347-60.

[4] Gan WQ, et al. Association between chronic obstructive pulmonary disease and systemic inflammation: a systematic review and a meta-analysis. Thorax 2004; 59: 574-80.

[5] Libby P, et al. Inflammation and atherosclerosis: role of C-reactive protein in risk assessment. Am J Med 2004; 116: 9S-16S.

[6] Pinto-Plata VM, et al. C-reactive protein in patients with COPD, control smokers and non-smokers. Thorax 2006; 61: 23-8.

[7] Dahl M, et al. C-reactive protein as a predictor of prognosis in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2007; 175: 250-5.

[8] Soyseth V, et al. Statin use is associated with reduced mortality in COPD. Eur Respir J 2007; 29: 279-83.

 **INSPIRING RESPIRATORY HEALTH**

KOKO Legend
SPIROMETRO PORTATILE & PNEUMOTACOGRAFO



- DISPLAY TOUCH SCREEN
- MEMORIA DI 6000 TEST

**FACILE
ACCURATO
RIPETIBILE**

ZAN

SISTEMA MODULARE PER:

- SPIROMETRIA
- VOLUMI POLMONARI (Elio, Azoto, CH4)
- DLCO
- PLETISMOGRAFIA
- PROVE DA SFORZO CARDIOPOLMONARI (interpretazione interattiva di Omri Inbar)
- RINOMANOMETRIA
- DOSIMETRO



 **morganitalia**
strumenti scientifici

Tel. 051.454.200

Via Gramsci 20 - 40069 San Lazzaro di Savena (BO) - Fax 051.460.247
www.morganitalia.com - info@morganitalia.com