

Utilizarea rațională a medicamentelor inhalatorii pentru pacientul cu BPOC și afecțiuni comorbide multiple: recomandări pentru asistența medicală primară

Acest Desktop helper descrie provocările asociate cu managementul farmacologic al pacientului cu BPOC și multiple afecțiuni comorbide, cu un accent deosebit pe utilizarea rațională a corticosteroizilor inhalatori și oferă îndrumare pentru îngrijirea holistică a acestor pacienți în cadrul asistenței medicale primare.

INTRODUCERE

Boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC) este, de obicei, însoțită de multiple afecțiuni comorbide. Cu toate acestea, ghidurile pentru managementul pacienților cu BPOC se concentrează pe boală în sine, oferind puține orientări practice privind managementul de rutină al comorbidităților. Obiectivul nostru este de a analiza impactul comorbidităților asupra alegerii tratamentului pentru pacienții cu BPOC, în special în privința riscurilor și beneficiilor medicamentelor inhalatorii, inclusiv ale beta-agoniștilor cu durată lungă de acțiune (BADLA) și antagoniștilor muscarinici cu durată lungă de acțiune (AMDLA), cu accent pe corticosteroizii inhalatori (CSI).

MULTIMORBIDITATEA ÎN BPOC

Pacienții cu BPOC prezintă, de obicei, multiple afecțiuni comorbide care necesită tratament pe termen lung, în paralel cu tratamentul BPOC.¹ O provocare suplimentară este dată de faptul că afecțiunile concomitente, cum ar fi astmul sau bronșiectaziile, pot fi trecute cu vederea deoarece semnele și simptomele se pot suprapune cu cele asociate BPOC. Peste 85% dintre pacienții adulți cu BPOC vor avea cel puțin o afecțiune comorbidă cu relevanță clinică, jumătate dintre aceștia având trei sau mai multe.^{1,2} Prevalența comorbidităților crește odată cu creșterea severității BPOC, atât la bărbați, cât și la femei, iar femeile par să fie mai predispuse la astm, osteoporoză, anxietate și depresie, dar mai puțin predispuse la boli cardiovasculare comparativ cu bărbații.²⁻⁴

Comorbiditățile apar adesea grupate, ceea ce sugerează factori de risc comuni (fumatul și inactivitatea sunt factori de risc atât pentru BPOC, cât și pentru cancerul pulmonar), mecanisme patologice de bază comune (îmbătrânirea accelerată este asociată atât cu BPOC, cât și cu hipertensiunea) și efecte secundare ale tratamentului BPOC (apariția diabetului).⁵⁻⁷

GESTIONAREA PACIENTULUI CU BPOC

Conform celor mai recente recomandări ale Inițiativei Globale pentru Boala Pulmonară Obstructivă Cronică (GOLD), bronhodilatația rămâne principalul pilon de tratament pentru pacienții cu BPOC stabilă. Tratamentul ar trebui inițiat cu bronhodilatator simplu sau dual cu durată lungă de acțiune.⁸ CSI/BADLA pot fi luate în considerare ca terapie inițială pentru pacienții încadrați în GOLD D cu un număr de eozinofile în sânge ≥ 300 celule/ μ l.⁸ Cu toate acestea, deoarece tratamentul cu CSI poate fi asociat cu risc crescut de pneumonie, este necesară o evaluare a raportului risc-beneficiu pentru fiecare pacient în parte și trebuie luată în considerare întreruperea CSI în caz de pneumonie incipientă.

GESTIONAREA PACIENTULUI CU MULTIMORBIDITATE ȘI BPOC

Managementul pacienților individuali cu BPOC și multimorbiditate este adesea complex și necesită aplicarea simultană a mai multor ghiduri de tratament specifice fiecărei boli. Aceste ghiduri sunt rareori aliniate în ceea ce privește recomandările de tratament⁹, prin urmare o abordare holistică este deosebit de importantă pentru pacienții cu multimorbiditate. Încurajăm medicii din cadrul asistenței medicale primare să efectueze în mod regulat (cel puțin anual) o (re)evaluare și o ajustare a tratamentului pentru pacienții cu BPOC. Apariția multimorbidității ar trebui privită ca un semnal și un apel la acțiune pentru a revizui tratamentul BPOC, cu accent pe interfața dintre simptomele bolilor comorbide, aderența la tratament și efectele secundare ale medicației.

Pentru pacienții cu BPOC, multimorbiditatea este asociată cu un nivel ridicat de polipragmazie și risc crescut de reacții adverse și interacțiuni medicamentoase,

precum și cu risc crescut de spitalizare și deces prematur.^{1,5,10-14} Polipragmazia este cu atât mai îngrijorătoare cu cât sunt combinate medicamente cu potențial de a genera reacții adverse similare.¹⁵

În general, multimorbiditatea nu ar trebui să întârzie sau să modifice tratamentul BPOC, iar comorbiditățile ar trebui gestionate în conformitate cu standardele obișnuite; atenția ar trebui îndreptată către asigurarea unui tratament simplu și către minimizarea polipragmaziilor.⁸

COMORBIDITĂȚI CU RELEVANȚĂ CRESCUTĂ

Gestionarea pacienților cu BPOC și multimorbiditate necesită o abordare personalizată. Medicii din asistența medicală primară ar trebui să adopte modalități sistematice de monitorizare a pacienților cu BPOC. Interfața dintre simptomele bolilor comorbide și efectele secundare ale medicamentelor trebuie, de asemenea, luată în considerare, acordându-se o atenție deosebită următoarelor comorbidități:

- Astm
- Osteoporoză/fracturi
- Diabet
- Pneumonie și tuberculoză
- Fibrilație atrială
- Durere cronică
- Boală cronică de rinichi
- Afecțiuni ale prostatei
- Reflux gastroesofagian
- Anxietate și/sau depresie
- Apnee obstructivă în somn

PUNCTE CHEIE PENTRU ÎMBUNĂTĂȚIREA MANAGEMENTULUI PACIENTULUI CU MULTIMORBIDITATE ȘI BPOC ÎN CADRUL ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE

Optimizați schema de tratament în conformitate cu ghidurile locale și, în mod ideal, în conformitate cu ghidul GOLD⁸ și evaluați și tratați comorbiditățile. Atunci când inițiați tratamentul bronhodilatator, evaluați riscul de fibrilație atrială (BADLA) și riscul de exacerbare a simptomelor urinare la pacienții cu afecțiuni renale sau de prostată comorbide (AMDLA). În plus, analizați cu atenție indicațiile pentru utilizarea CSI înainte de prescriere. Utilizați în conformitate cu recomandările ghidurilor și rețineți cele mai recente recomandări ale IPCRG privind utilizarea adecvată a CSI și recomandările privind întreruperea tratamentului cu CSI.¹⁶

Referințe bibliografice

- Chetty U, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and comorbidities: a large cross-sectional study in primary care. *Br J Gen Pract* 2017;**67**:e321-8
- Dal Negro RQ, et al. Prevalence of different comorbidities in COPD patients by gender and GOLD stage. *Multidisciplin Respir Med* 2015;**10**:24
- Barr RG, et al. Comorbidities, patients knowledge, and disease management in a national sample of patients with COPD. *Am J Med* 2009;**122**:348-55
- Jenkins CR, et al. Improving the management of COPD in women. *Chest* 2017;**151**:686-96.
- Divo MJ, et al. COPD comorbidities network. *Eur Respir J* 2015;**46**:640
- Decramer M, et al. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2012;**379**:1341-51
- Barnes PJ. Senescence in COPD and its comorbidities. *Ann Rev Physiol* 2017;**79**:517-39.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2020 Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD. Disponibile la: <https://goldcopd.org/gold-reports/>
- Dumbreck S, et al. Drug-disease and drug-drug interactions: systematic examination of recommendations in 12 UK national clinical guidelines. *BMJ* 2015;**350**:h949
- Tsiligianni IG, et al. Managing comorbidity in COPD: a difficult task. *Current Drug Targets* 2013;**14**:158-76
- Lozano R, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;**380**:2095-218
- Quaderi SA, Hurst JR. The unmet global burden of COPD. *Global Health Epidemiol Gen* 2018;**3**:e4
- Mounce LTA, et al. Predicting incident multimorbidity. *Ann Fam Med* 2018;**16**:322-9
- Morrison D, et al. Managing multimorbidity in primary care in patients with chronic respiratory conditions. *npj Prim Care Respir Med* 2016;**26**:16043
- Martinez CH, et al. Defining COPD-related comorbidities 2004-2014. *Chron Obstruct Pulm Dis* 2014;**1**:51-63
- IPCRG. Desktop helper 6: Evaluation of appropriateness of inhaled corticosteroid (ICS) therapy in COPD and guidance on ICS withdrawal. Disponibile la: <https://www.theipcr.org/display/TreatP/Desktop+helper+6%3A+Evaluation+of+appropriateness+of+inhaled+corticosteroid+%28ICS%29+therapy+in+COPD+and+guidance+on+ICS+withdrawal>. Accessed December 2019

Alte puncte cheie

- Creșteți gradul de conștientizare a multimorbidității BPOC și efectuați screening și monitorizare pentru cele mai frecvente comorbidități.
- Asigurați cel puțin o (re)evaluare anuală a pacientului și ajustați tratamentul în cadrul asistenței medicale primare, inclusiv întreruperea medicației inadecvate. Nu uitați de cancerul pulmonar.
- Revizuiți tehnica inhalatorie și aderența la tratament.
- Încurajați pacienții cu BPOC și multimorbiditate să responsabilizeze aparținătorii acestora pentru a-i ajuta să facă față cantității potențial copleșitoare de informații, depresiei și anxietății asociate.
- Evaluați cu atenție indicația, înaintea inițierii tratamentului cu CSI. În ceea ce privește tratamentul continuu cu CSI, luați în considerare:
 - Astm: tratamentul cu CSI trebuie continuat
 - Diabet: reconsiderați necesitatea tratamentului cu CSI; dacă tratamentul cu CSI este continuat, este necesară urmărirea atentă, monitorizarea glicemiei și titrarea tratamentului antidiabetic.
 - Osteoporoză: reconsiderați necesitatea tratamentului cu CSI; dacă se continuă tratamentul cu CSI, este necesară monitorizarea atentă a scăderii densității minerale osoase și a riscului de fractură. Screeningul pentru osteopenie sau osteoporoză este recomandat la pacienții care primesc doze mari de CSI sau doze mici până la medii de CSI cu utilizare frecventă de corticosteroizi orali.
 - Infecții (pneumonie sau tuberculoză): luați în considerare retragerea CSI și maximizați bronhodilatația.
- Monitorizați îndeaproape pentru tulburări de ritm cardiac, inclusiv fibrilație atrială, atunci când inițiați tratamentul pacienților cu BADLA.
- Monitorizați apariția simptomelor urinare la inițierea tratamentului cu AMDLA la pacienții cu boală cronică de rinichi sau afecțiuni prostatice.

Conșiderații de tratament pentru pacientul cu multimorbiditate și BPOC

Comorbiditate	Riscuri asociate tratamentului BPOC		
	CSI	BADLA	AMDLA
Astm	Recomandat; BADLA/CSI poate fi prima linie de tratament la pacienții cu BPOC și istoric de astm și la cei cu suprapunere astm-BPOC		Recomandat la pacienții selectați
Pneumonie	Risc crescut de pneumonie; luați în considerare întreruperea CSI și maximizați bronhodilatația		
Osteoporoză/fracturi	Pierdere osoasă crescută și risc de fractură; de interes în special la femei		
Diabet și prediabet	Asociat cu apariția și progresia diabetului, în special la doze mai mari		
Bronșiectazii	Nu este indicat la pacienții cu colonizare bacteriană sau infecții recurente ale căilor respiratorii inferioare.		
Tuberculoză	Risc crescut de tuberculoză, în special la doze mari		
Boală cronică de rinichi			Asociat cu simptome urinare
Afecțiuni ale prostatei			Asociat cu simptome urinare
Fibrilație atrială		Asociat cu tahicardie și tulburări de ritm (la pacienții susceptibili)	
Glaucom	Asociat cu glaucomul și cataracta		Asociat cu cataracta dacă este utilizat cu mască facială

BPOC, boală pulmonară obstructivă cronică; CSI, corticosteroid inhalator; BADLA, beta-agonist cu durată lungă de acțiune; AMDLA, antagonist muscarinic cu durată lungă de acțiune; ITR, infecție de tract respirator; TB, tuberculoză.

Recomandate A se utiliza cu prudență Utilizați în conformitate cu ghidurile privind BPOC