**La BPCO, cos’è la Broncopneumopatia cronica ostruttiva**

**Cos’è la BPCO? La domanda, diceva Antonio Lubrano, sorge spontanea perché in verità questa malattia è meno conosciuta di quanto si pensi pur essendo, purtroppo, molto diffusa. E allora cominciamo con lo spiegare che per BPCO si intende** la **broncopneumopatia cronica ostruttiva** (BPCO), una **malattia cronica dell’apparato respiratorio** (bronchi e polmoni) caratterizzata da **un’ostruzione persistente** delle vie aeree (riduzione del flusso aereo)[[1]](#footnote-1). Tale ostruzione è di solito progressiva e si associa a un’anomala **risposta** **infiammatoria** del polmone e delle piccole vie aeree.[[2]](#footnote-2) La differenza tra una persona sana e una malata di BPCO **sta nel fatto che** mentre nella prima le vie aeree sono aperte e gli alveoli, le aree terminali dei bronchi, sono funzionali, nella seconda il lume delle **vie aeree è ristretto** e c’è una maggior produzione di **espettorato** che causa la **tosse** e rende difficoltoso il passaggio di aria durante l’espirazione. E ancora: la parete dei bronchi è inspessita e alterata e gli alveoli sono rigonfi di aria intrappolata. I muscoli respiratori, sforzandosi di espellere l’aria, diventano così meno efficienti e il **respiro** sempre più **difficoltoso**.[[3]](#footnote-3)

Esistono evidenze in letteratura che mostrano come in soggetti fumatori, in cui non sia presente ostruzione bronchiale, e quindi non siano ancora in una condizione patologica di BPCO conclamata, siano presenti anomalie istologiche e citologiche a carico delle piccole vie aeree, localizzate alla periferia del polmone. In particolare in questi soggetti sono state riscontrate anomalie a carico dell’epitelio e maggiore presenza di cellule infiammatorie. 11,12,13,14

Per meglio comprendere la BPCO c’è da aggiungere che è stata definita anche un **“ombrello” di patologie**[[4]](#footnote-4) che interessano le vie aeree: come la **bronchite cronica** (a carico dei bronchi) e la **bronchiolite** (a carico dei bronchioli, le ultime ramificazioni dei bronchi). Quando l’infiammazione cronica arriva a distruggere il tessuto polmonare (parenchima polmonare che circonda l’albero bronchiale) si giunge a una condizione nota come **enfisema polmonare**.[[5]](#footnote-5) L’ostruzione al flusso **non è completamente reversibile** e **tende a peggiorare** nel tempo. Nel lungo termine l’infiammazione e l’accumulo di secrezioni mucose provoca un vero e proprio **restringimento dei bronchi**, con conseguente riduzione consistente della capacità respiratoria.[[6]](#footnote-6) Inoltre, le **riacutizzazioni** e la presenza di **comorbidità** – soprattutto nei pazienti più anziani - contribuiscono alla gravità complessiva nei singoli pazienti.[[7]](#footnote-7)

Tutto corretto fin qui. La BPCO è una malattia grave e complessa. Diventa quindi fondamentale riuscire a capire per tempo quali sono i sintomi caratteristici di questa malattia. In generale possiamo dire che essi sono la dispnea cronica ed evolutiva, la tosse e l’espettorazione che possono variare da giorno a giorno. La tosse cronica e la produzione di espettorato possono precedere di molti anni lo sviluppo dell’ostruzione bronchiale2

Una volta insorta la malattia, a seconda dell’intensità di questi sintomi si distinguono diversi stadi[[8]](#footnote-8):

* **forma lieve (stadio 1)**: è frequente la tosse, occasionalmente accompagnata da secrezioni. Può comparire dispnea (affanno), in occasione di sforzi importanti.
* **forma moderata (stadio 2)**: sono frequenti sia la tosse che le secrezioni bronchiali. E' frequente la dispnea (affanno), soprattutto camminando a passo veloce o facendo uno sforzo. Non si riescono a portare a termine lavori molto pesanti. Guarire da una bronchite o da una malattia da raffreddamento può richiedere molte settimane.
* **forma grave (stadio 3)**: diventano ancora più frequenti sia la tosse che le secrezioni bronchiali. L’affanno rende impossibile svolgere anche alcune attività della normale vita quotidiana come camminare, fare le scale.
* **forma molto grave (stadio 4)**: l’affanno è presente anche a riposo e rende impossibile svolgere anche le più semplici attività della normale vita quotidiana come alimentarsi, lavarsi e vestirsi. Le riacutizzazioni diventano più frequenti e più gravi e aumenta il rischio di ricovero ospedaliero e di mortalità.

Nella BPCO poi, come in altre malattie, esistono poieventi acuti, le **riacutizzazioni di BPCO**: in genere provocate da una causa infettiva, determinano un rapido peggioramento dei sintomi respiratori riducendo la funzione polmonare, con conseguente deterioramento dello stato di salute. Oltre a rappresentare un’emergenza medica, le riacutizzazioni sono strettamente connesse al rischio di mortalità e con il progredire della malattia tendono a divenire sempre più frequenti. Uno studio realizzato negli ospedali britannici ha mostrato che più del **50%** dei pazienti con BPCO, una volta dimessi a seguito di una riacutizzazione, sono ricoverati nuovamente **entro un anno**.[[9]](#footnote-9)

Infine, altro elemento da tenere presente nella BPCO è quella di essere frequentemente associata a **una o più comorbidità**. Queste solitamente includono **patologie croniche** - come ipertensione, malattie cardiovascolari, osteoporosi, diabete, depressione, tumore al polmone – che contribuiscono al **peggioramento della condizione clinica** del paziente. In particolare, le patologie cardiovascolari sono la comorbidità più comune, oltre a incrementare il rischio di riacutizzazioni, determinano un peggioramento della dispnea e un incremento del rischio di mortalità.[[10]](#footnote-10)

1. WHO, *COPD Definition*, disponibile su <http://www.who.int/respiratory/copd/definition/en/> (Ultima visita: 5 aprile 2016) [↑](#footnote-ref-1)
2. Global initiative for chronic obstructive lung disease, *Progetto Mondiale BPCO*, Aggiornamento 2016, www.goldcopd.org [↑](#footnote-ref-2)
3. Global initiative for chronic obstructive lung disease, *Progetto Mondiale BPCO*, Aggiornamento 2016, www.goldcopd.org [↑](#footnote-ref-3)
4. 4 WHO, *COPD Definition*, disponibile su <http://www.who.int/respiratory/copd/definition/en/> (Ultima visita: 5 aprile 2016) [↑](#footnote-ref-4)
5. Ministero della Salute, <http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=102&area=Malattie_dell_apparato_respiratorio> (Ultima visita: 5 aprile 2016) [↑](#footnote-ref-5)
6. Epicentro, <http://www.epicentro.iss.it/problemi/broncopneumopatia/broncopneumopatia.asp> broncopneumopatia cronica ostruttiva [↑](#footnote-ref-6)
7. Global initiative for chronic obstructive lung disease, *Progetto Mondiale BPCO*, Aggiornamento 2016, www.goldcopd.org [↑](#footnote-ref-7)
8. Ministero della Salute, <http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=102&area=Malattie_dell_apparato_respiratorio> (Ultima visita: 5 aprile 2016) [↑](#footnote-ref-8)
9. European Lung white book, http://www.erswhitebook.org/files/public/Chapters/13\_COPD.pdf [↑](#footnote-ref-9)
10. B.R. Celli et al., Statement ATS/ERS 2015, Eur Respir J 2015; 45: 879 – 905 DOI: 10.1183/09031936.00009015

    11 M.G. Cosio Piqueras, M.G. Cosio. Disease of the airways in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2001; 18: Suppl. 34, 41s–49s

    12 Niewoehner DE, Kleinerman J, Rice DB. Pathologic changes in the peripheral airways of young cigarette smokers. N Engl J Med. 1974 Oct 10;291(15):755-8

    13 Cosio MG, Hale KA, Niewoehner DE. Morphologic and morphometric effects of prolonged cigarette smoking on the small airways. Am Rev Respir Dis. 1980 Aug;122(2):265-21

    14 Fraig M, Shreesha U, Savici D, Katzenstein AL. Respiratory bronchiolitis: a clinicopathologic study in current smokers, ex-smokers, and never-smokers. Am J Surg Pathol. 2002 May;26(5):647-53.] [↑](#footnote-ref-10)