

# CARATTERISTICHE CLINICHE E OUTCOME DEI PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI CON MALATTIA POLMONARE OSTRUTTIVA CRONICA, INSUFFICIENZA CARDIACA O ENTRAMBE

a cura della Redazione

Commento a: Crisafulli E, Sartori G, Vianello A, Busti F, Nobili A, Mannucci PM, Girelli D; REPOSI Investigators. Clinical features and outcomes of elderly hospitalised patients with chronic obstructive pulmonary disease, heart failure or both. *Intern Emerg Med.* 2023 Mar;18(2):523-534. doi: 10.1007/s11739-023-03207-w. Epub 2023 Feb 11. PMID: 36773107.

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e l'insufficienza cardiaca (IC) sono altamente prevalenti tra gli anziani (1) e spesso queste condizioni coesistono in individui con multimorbilità (2). Le persone con BPCO hanno una probabilità due volte maggiore di sviluppare malattie cardiovascolari rispetto alla popolazione generale (3), mentre circa 1 su 7 pazienti con IC presenta anche BPCO (4). Fattori predisponenti come fumo e infiammazione sistemica sono comuni a entrambe le condizioni (5) e l'età avanzata potrebbe aumentare la prevalenza di tale associazione.

Lo studio di Crisafulli e colleghi si propone di esaminare le caratteristiche cliniche e gli outcomes di pazienti anziani con BPCO, IC o entrambe in un contesto di medicina interna e geriatria attraverso il registro REPOSI. Sono state riportate le caratteristiche socio-demografiche e antropometriche, la gravità e la prevalenza delle comorbilità, le caratteristiche cliniche e di laboratorio durante il ricovero, i disturbi dell'umore, l'indipendenza funzionale, le prescrizioni farmacologiche e la destinazione alla dimissione. L'outcome primario dello studio è stato il rischio di morte. Gli autori hanno valutato 2.343 pazienti ospedalizzati, di cui il 49% con BPCO, il 35% con IC e il 16% con BPCO + IC. È stato riscontrato che i pazienti con BPCO + IC (rispetto alla sola BPCO) erano più anziani e con più comorbilità (e.g. fibrillazione atriale, diabete e malattia renale cronica); mentre rispetto all'IC, erano principalmente di sesso maschile, con una maggiore prevalenza di abitudine tabagica e maggior consumo di alcool. Inoltre, tali pazienti mostravano un numero maggiore di ricoveri pregressi e un aumento delle comorbilità, come valutato attraverso la *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS), rispetto ai pazienti con BPCO o IC. All'ammissione, i pazienti con BPCO + IC avevano valori più bassi di SpO<sub>2</sub> rispetto a quelli con IC, e frequenza respiratoria più elevata rispetto ai pazienti con BPCO o IC. I valori dello *Short Blessed Test* (SBT) per lo stato cognitivo erano più alti nell'IC (rispetto alla BPCO), mentre i valori della *Geriatric Depression Scale* (GDS) per i disturbi dell'umore erano più alti nell'IC e BPCO + IC rispetto alla sola BPCO. La misura dell'indipendenza funzionale - valutata mediante *Barthel Index* (BI) - all'ammissione, durante il ricovero e al *follow-up* di tre mesi è risultata peggiore nei pazienti con IC e con BPCO + IC rispetto a quelli con BPCO. Rispetto a BPCO e IC da sole, le prescrizioni di farmaci (all'ammissione, alla dimissione e al *follow-up* di tre mesi) erano più elevate nel gruppo BPCO + IC. Nell'analisi univariata, le variabili che aumentavano significativamente il rischio di morte includevano la presenza di BPCO + IC, età  $\geq 85$  anni, sesso maschile, indice di massa corporea al di sotto della soglia minima di normalità, un valore CIRS-CI  $\geq 3$ , la presenza di malattia coronarica, malattia renale cronica, demenza e cancro, un punteggio SBT  $\geq 10$ , un punteggio GDS  $> 2$  e un BI  $\leq 40$ . Il modello multivariato confermava un rischio statisticamente significativo e indipendente di prognosi peggiore per i pazienti con BPCO + IC (HR 1,74; 95% CI 1,16-2,61;  $p = 0,008$ ) e con demenza (HR 1,75; 95% CI 1,06-2,90;  $p = 0,030$ ). I decessi erano significativamente più numerosi nella BPCO + IC nel *follow-up* di sei mesi e un anno ( $\chi^2$  7,74,  $p = 0,021$  e  $\chi^2$  9,69,  $p = 0,008$ , rispettivamente). Inoltre, le curve di Kaplan-Meier hanno mostrato nei pazienti con BPCO + IC un rischio significativamente più elevato di mortalità per tutte le cause ( $p = 0,010$ ), per cause respiratorie ( $p = 0,006$ ), cardiovascolari ( $p = 0,046$ ) e cardiorespiratorie ( $p = 0,009$ ). Nonostante la natura retrospettiva delle analisi, il breve periodo di *follow-up* e l'assenza di dati spirometrici precisi che confermino la persistente riduzione del flusso d'aria nei pazienti con BPCO, il che potrebbe aver portato a una possibile sovradiagnosi basata principalmente su reperti clinici e informazioni storiche (6), lo studio di Crisafulli e colleghi evidenzia che i pazienti anziani ospedalizzati con BPCO e IC hanno una prognosi peggiore rispetto a coloro con BPCO o IC. Tale risultato può contribuire a guidare la pianificazione e l'adattamento di interventi terapeutici e gestionali per questi pazienti.



## Bibliografia

1. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*. 2012 Jul;380(9836):37–43.
2. Vanfleteren LEGW, Spruit MA, Franssen FME. Tailoring the approach to multimorbidity in adults with respiratory disease: the NICE guideline. *European Respiratory Journal*. 2017 Feb;49(2):1601696.
3. Chen W, Thomas J, Sadatsafavi M, FitzGerald JM. Risk of cardiovascular comorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med*. 2015 Aug;3(8):631–9.
4. Mooney L, Hawkins NM, Jhund PS, Redfield MM, Vaduganathan M, Desai AS, et al. Impact of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Patients With Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: Insights From PARAGON-HF. *J Am Heart Assoc*. 2021 Dec 7;10(23).
5. de Miguel-Díez J, Chancafe Morgan, Jimenez-Garcia. The association between COPD and heart failure risk: a review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2013 Jun;305.
6. Diab N, Gershon AS, Sin DD, Tan WC, Bourbeau J, Boulet LP, et al. Underdiagnosis and Overdiagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2018 Nov 1;198(9):1130–9.

