

# ASSOCIAZIONE TRA BRONCHIECTASIE E BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA: DATI DAL REGISTRO EUROPEO DELLE BRONCHIECTASIE (EMBARC)

a cura della Redazione

Commento a: Polverino E, De Soya A, Dimakou K, Traversi L, Bossios A, Crichton ML, Ringshausen FC, Vendrell M, Burgel PR, Haworth CS, Loebinger MR, Lorent N, Pink I, McDonnell M, Skrgat S, Carro LM, Sibila O, van der Eerden M, Kauppi P, Shoemark A, Amorim A, Brown JS, Hurst JR, Miravittles M, Menendez R, Torres A, Welte T, Blasi F, Altenburg J, Shteinberg M, Boersma W, Elborn SJ, Goeminne PC, Aliberti S, Chalmers JD. The Association Between Bronchiectasis and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Data from the European Bronchiectasis Registry (EMBARC). *Am J Respir Crit Care Med.* 2024 Jan 25. doi: 10.1164/rccm.202309-1614OC. PMID: 38271696.

Le bronchiectasie sono dilatazioni permanenti dei bronchi che possono causare danni polmonari progressivi. Esiste un'associazione tra le bronchiectasie e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), una condizione polmonare eterogenea caratterizzata da sintomi respiratori cronici dovuti ad anomalie delle vie aeree e/o degli alveoli polmonari (1). La presenza di bronchiectasie in pazienti con BPCO è indice di esiti clinici peggiori, con riacutizzazioni frequenti e mortalità elevata (2). Tuttavia, non esiste un metodo standard per la diagnosi di bronchiectasie e di BPCO. Una Consensus internazionale mirata a standardizzare l'associazione tra le due condizioni ha proposto i criteri diagnostici *Radiological bronchiectasis, Obstruction, Symptoms, Exposure to smoking* (ROSE), che consistono in bronchiectasie radiologiche (R), ostruzione definita da un rapporto  $FEV_1/FVC < 0,7$  (O), sintomi (S) ed abitudine al fumo di almeno 10 pacchetti all'anno (E) (3). Polverino e colleghi hanno quindi indagato la prevalenza di BPCO associata alle bronchiectasie mediante l'uso del Registro Europeo delle Bronchiectasie (EMBARC), un network per la raccolta di dati prospettici sulle bronchiectasie (4). È stata inoltre investigata la possibile sovra-diagnosi di BPCO nei pazienti con bronchiectasie, valutando se la standardizzazione dei criteri ROSE possa identificare in modo più accurato la prevalenza e l'impatto dell'associazione tra bronchiectasie e BPCO. La raccolta dei dati presenti nel registro EMBARC è iniziata a gennaio 2015 ed è tuttora in corso. Polverino e colleghi hanno incluso nell'analisi 16.963 pazienti reclutati fino ad aprile 2022, di cui 4.324 con diagnosi clinica di BPCO, che sono stati confrontati con 12.639 pazienti senza BPCO. Dai risultati è emerso che i pazienti con bronchiectasie e diagnosi di BPCO presentavano esiti clinici peggiori rispetto a quelli senza tale diagnosi, con aumento della mortalità e del rischio di riacutizzazioni e ospeda-

lizzazione, nonché un peggioramento della qualità di vita e dei sintomi respiratori. Il 44,4% dei pazienti con diagnosi di BPCO non soddisfaceva i criteri ROSE per BPCO associata a bronchiectasie. Tuttavia, il 21,7% dei pazienti con BPCO non aveva mai fumato e solo il 77,8% presentava ostruzione delle vie aeree. Inoltre, il 7,7% dei pazienti senza diagnosi di BPCO con una storia di tabagismo presentava un'ostruzione delle vie aeree meno grave. Questo sottogruppo comprendeva pazienti con asma, che potrebbe spiegare parte dell'ostruzione cronica delle vie aeree. Tuttavia, questi dati sono coerenti con l'ampio numero di sovra-/sotto-diagnosi di BPCO non solo tra i pazienti con bronchiectasie, ma anche nella popolazione generale. Il fatto che la diagnosi di BPCO sia utilizzata inappropriatamente nella popolazione di pazienti con bronchiectasie ha importanti implicazioni cliniche. Infatti, la BPCO viene trattata in modo diverso dalle bronchiectasie, al contempo molti studi clinici sulle bronchiectasie escludono i pazienti con BPCO (5), tuttavia, alla luce di quanto emerso una quota di pazienti con diagnosi di BPCO dovrebbe essere effettivamente idonea per i trial sulle bronchiectasie. La stima della prevalenza di BPCO associata alle bronchiectasie usando i criteri ROSE è risultata di circa il 20%, con una limitazione dovuta all'assenza di dati relativi al fumo nel registro EMBARC. Si evidenziano anche risultati peggiori nei pazienti con diagnosi di BPCO, indipendentemente dall'ostruzione delle vie aeree e dall'abitudine al fumo. In conclusione, lo studio di Polverino e colleghi supporta la necessità dell'uso di criteri obiettivi nella definizione dell'associazione tra BPCO e bronchiectasie. I criteri ROSE proposti potrebbero contribuire a ridurre le variazioni nell'uso del termine BPCO e nella sua applicazione ai pazienti con bronchiectasie che non presentano esposizioni adeguate (come il fumo) o ostruzioni delle vie aeree.



## Bibliografia

1. Polverino E, Dimakou K, Hurst J, Martinez-Garcia MA, Miravittles M, Paggiaro P, et al. The overlap between bronchiectasis and chronic airway diseases: state of the art and future directions. *Eur Respir J*. 2018 Sep;52(3).
2. Ni Y, Shi G, Yu Y, Hao J, Chen T, Song H. Clinical characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease with comorbid bronchiectasis: a systemic review and meta-analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015;10:1465–75.
3. Traversi L, Miravittles M, Martinez-Garcia MA, Shteinberg M, Bossios A, Dimakou K, et al. ROSE: radiology, obstruction, symptoms and exposure - a Delphi consensus definition of the association of COPD and bronchiectasis by the EMBARC Airways Working Group. *ERJ Open Res*. 2021 Oct;7(4).
4. Chalmers JD, Aliberti S, Polverino E, Vendrell M, Crichton M, Loebinger M, et al. The EMBARC European Bronchiectasis Registry: protocol for an international observational study. *ERJ Open Res*. 2016 Jan;2(1).
5. Haworth CS, Bilton D, Chalmers JD, Davis AM, Froehlich J, Gonda I, et al. Inhaled liposomal ciprofloxacin in patients with non-cystic fibrosis bronchiectasis and chronic lung infection with *Pseudomonas aeruginosa* (ORBIT-3 and ORBIT-4): two phase 3, randomised controlled trials. *Lancet Respir Med*. 2019 Mar;7(3):213–26.

