

Linee Guida GINA 2024: cosa c'è di nuovo?

Paola Di Filippo

Centro Regionale di Broncopneumologia Pediatrica, Ospedale SS. Annunziata di Chieti

e-mail: difilippopaola@libero.it

Anche quest'anno, la *Global Initiative for Asthma* (GINA) ha pubblicato l'update sulla strategia globale per la prevenzione e la gestione dell'asma, basato sulle ultime evidenze scientifiche.

Le maggiori novità riguardano la diagnosi. Il picco di flusso espiratorio (PEF), sebbene meno affidabile, torna ad essere considerato ove non vi sia accesso alla spirometria, in quanto la sua valutazione permette una diagnosi più accurata rispetto alla sola valutazione dei sintomi. La diagnosi di asma prevede tuttora la simultanea presenza di sintomi suggestivi e limitazione al flusso aereo, ma quest'ultima è stata meglio definita nell'attuale documento. La limitazione al flusso aereo è stata definita dalla presenza di uno o più tra:

- Positività del test di broncodilatazione: $FEV_1 \geq 12\%$ o $PEF \geq 15\%$
- Variabilità $> 13\%$ alla doppia misurazione quotidiana del PEF nell'arco di 2 settimane
- Miglioramento della funzionalità polmonare dopo 4 settimane di terapia (FEV_1 aumentato del 12% o PEF del 15% rispetto al basale)
- Positività del test di iperreattività bronchiale: caduta del FEV_1 almeno del 12% o del PEF almeno del 15% dopo test di iperreattività standardizzati, ricordando che la caduta del FEV_1 può risultare anche da una inalazione incompleta (esempio in caso di ostruzione della laringe o sforzo inefficace); pertanto deve essere accompagnata da una caduta del rapporto FEV_1/FVC
- Variazione del $FEV_1 \geq 12\%$ o del $PEF \geq 15\%$ tra le visite

Inoltre, la commissione tecnica ha ribadito che non adotterà la recente raccomandazione della *European Respiratory Society* e dell'*American Thoracic Society* di considerare positivo il test di broncodilatazione se il FEV_1 aumenta del 10% e non del 12% o di 200 ml, fintanto che questa non sia esaminata in ulteriori popolazioni di studio o per *outcome* diversi dalla sopravvivenza.

In merito alla terapia, innanzitutto è stata conservata la terminologia adottata nel 2023, con il mantenimento del termine *anti-inflammatory reliever* (AIR) in riferimento all'associazione corticosteroide inalatorio (CSI)-formoterolo e CSI- β -2 agonisti a breve durata d'azione (SABA), e distinguendo la terapia al bisogno CSI-formoterolo (AIR *only*) negli step 1-2 dalla *maintenance and reliever therapy* (MART) con la combinazione CSI-formoterolo negli step 3-5. Inoltre, questo *update* ribadisce che tutti i pazienti con asma, indipendentemente dalla gravità, non dovrebbero mai ricevere una monoterapia con SABA.

Alcuni cambiamenti riguardano invece la terapia iniziale in adulti ed adolescenti sia nella *track 1* che nella *2*. Nella *track 1*, visto che dal 2021 bassi dosi di CSI-formoterolo al bisogno sono la prima scelta negli step 1 e 2, questi sono stati riassunti nello step 1-2. Quando iniziare direttamente dallo step 3, passando a CSI-formoterolo come terapia di mantenimento e non solo al bisogno è una scelta che ad oggi non prevede precise indicazioni. Tuttavia, la presenza di sintomi quotidiani, il tabagismo, una scarsa funzionalità respiratoria, una recente o pregressa esacerbazione grave, la ridotta percezione della broncoostruzione, una iperreattività bronchiale grave o l'esposizione a pollini stagionali sono i fattori clinici che guidano solitamente questa scelta. Per quanto riguarda la *track 2*, i criteri per scegliere tra step 1 e step 2 hanno considerato i risultati di un trial recente, che ha evidenziato che sebbene l'utilizzo di CSI abbia dimezzato il rischio di gravi riacutizzazioni in pazienti con ≤ 2 sintomi a settimana, è improbabile che questi pazienti assumano CSI quotidianamente se prescritti. Pertanto per i pazienti con sintomi così infrequenti, assumere CSI + SABA al bisogno è preferibile rispetto a CSI quotidiani + SABA al bisogno per assicurare che il paziente non riceva solo SABA.

Per quanto riguarda i bambini sotto i 12 anni, gli step di trattamento restano gli stessi del 2023, fatta eccezione per lo step 1 nei bambini 6-11 anni, che prevede solo l'assunzione di CSI e SABA al bisogno e non più l'alternativa di valutare le basse dosi di CSI.

Altre interessanti raccomandazioni terapeutiche includono l'utilizzo di CSI ad alte dosi per massimo 3-6 mesi per minimizzare il rischio di effetti collaterali, la continuazione della terapia MART nei pazienti con asma grave in terapia con farmaci biologici, e l'utilità della riabilitazione polmonare.

È stato inoltre meglio definito il controllo dell'asma come il risultato del controllo dei sintomi e del rischio futuro di esiti avversi. Pertanto, la valutazione del controllo dell'asma non dovrebbe essere limitata solo alle ultime 4 settimane, ma deve includere la storia ed i fattori di rischio delle riacutizzazioni, il rischio di declino accelerato della funzionalità polmonare e di effetti avversi dei farmaci. Una nuova sezione GINA ha introdotto il concetto di remissione clinica sia *on-* che *off-treatment*. La remissione dell'asma *on-treatment* è coerente con gli obiettivi GINA a lungo termine del trattamento, ma gli obiettivi soggettivi del paziente dovrebbero essere considerati.

Infine, per quanto riguarda la prevenzione, se è vero che l'età pediatrica rappresenta una *window of opportunity*, ad oggi ci sono pochi *intervention studies*. Le evidenze scientifiche disponibili raccomandano di evitare il fumo passivo in gravidanza e nel 1° anno di vita, incoraggiare il parto spontaneo, evitare l'uso di antibiotici nel 1° anno di vita e correggere l'eventuale deficit di vitamina D in gravidanza per ridurre il rischio di *early wheezing*.

Fonte: 2024 GINA main report <https://ginasthma.org/2024-report/> [accesso 29 giugno 2024]