L’eosinofilia come tratto trattabile nella BPCO stabile: evidenze da uno studio real life su un fenotipo clinico-infiammatorio emergente

Autori: G. Scioscia[1,3], P. Tondo[1], M.P. Natale[2], S. Russano[1], C. Di Benedetto[1], M.P. Foschino Barbaro[3], D. Lacedonia[1,3]

[1] Department of Medical and Surgical Sciences, Respiratory and Intensive Care Unit, Department of Specialistic Medicine, University of Foggia; University Hospital Policlinico of Foggia, Foggia, Italy.
[2] Respiratory and Intensive Care Unit, Department of Specialistic Medicine, Opera Don Uva, Foggia, Italy.
[3] Department of Medical and Surgical Sciences, University of Foggia, Foggia, Italy.

Introduzione

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è caratterizzata da elevata eterogeneità clinica e fenotipica. L’identificazione di un sottogruppo di pazienti con componente eosinofilica persistente ha acquisito crescente rilevanza per la risposta ai corticosteroidi inalatori (ICS) e, più recentemente, alle terapie biologiche. Le linee guida GOLD 2026 indicano una maggiore probabilità di beneficio dagli ICS nei pazienti con conta di eosinofili ematici (BEC) ≥300 cellule/μL, soprattutto in presenza di frequenti riacutizzazioni, mentre valori <100 cellule/μL sono associati a minore efficacia. Obiettivo dello studio è stato valutare la distribuzione della BEC in pazienti con BPCO stabile e la sua associazione con caratteristiche cliniche, funzionali e riacutizzazioni.

Metodi

Studio osservazionale retrospettivo condotto su pazienti con BPCO stabile, arruolati tra gennaio 2023 e marzo 2026 e valutati in regime di Day Service. Sono stati raccolti dati clinici, anamnesi tabagica, esposizioni ambientali e professionali, atopia, funzionalità respiratoria, riacutizzazioni e ricoveri. Sono stati inclusi pazienti ≥18 anni, con BPCO trattata secondo GOLD, stabilità clinica e terapia stabile da almeno tre mesi. Sono stati esclusi soggetti con asma, bronchiectasie, altre cause di eosinofilia, riacutizzazioni recenti o terapia steroidea sistemica. La BEC è stata classificata secondo le soglie GOLD (<150, 150–300 e ≥300 cellule/μL). La spirometria post-broncodilatatore è stata eseguita secondo gli standard ATS/ERS.

Risultati

Sono stati arruolati 150 pazienti (età media 69,11 ± 9,21 anni; 70,67% uomini). La BEC media era 290,8 ± 355,21 cellule/μL; 45 pazienti (30%) presentavano BEC ≥300 cellule/μL e 56 (37,33%) valori compresi tra 150 e 300 cellule/μL. Tra i pazienti con BEC ≥300 cellule/μL, il 37,78% era in trattamento con triplice terapia inalatoria (ICS/LABA/LAMA). Non sono emerse differenze significative tra i gruppi per sesso, anamnesi tabagica, atopia o funzionalità respiratoria (FEV_1 68,98 ± 22,4%; FEV_1/FVC 57,32 ± 12,71%). Anche il tasso annuo di riacutizzazioni (1,22±1,11 vs 1,22±1,09; p=0,97), i ricoveri ospedalieri (13,33% vs 10,48%; p=0,62) e il carico sintomatologico (CAT e mMRC) non differivano significativamente.

Conclusioni

L'eosinofilia è frequente nella BPCO stabile, ma in questa coorte non è risultata associata a maggiore rischio di riacutizzazioni né a maggiore gravità clinica. Il basso tasso di eventi, verosimilmente correlato a un'adeguata gestione terapeutica e a un regolare follow-up, potrebbe aver attenuato tale associazione. I risultati supportano il ruolo dell'eosinofilia come tratto trattabile, suggerendo tuttavia che, nei pazienti clinicamente stabili, essa non rappresenti un predittore indipendente di riacutizzazioni.