

A DPOC em 2024:

Uma reflexão crítica sobre as últimas recomendações GOLD.

Elsa Fragoso

Assistente hospitalar graduada de Pneumologia, ULS de Santa Maria.

Docente convidada da Clínica Universitária de Pneumologia da FMUL.

O Projecto *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) publica anualmente um documento que reúne as normas internacionais de boa prática para a gestão da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). A actualização de 2024 não apresenta alterações de fundo, no entanto, é importante visitar aspectos-chave da gestão da doença, bem como reflectir sobre alguns dos temas desenvolvidos no último documento.

A definição de DPOC mantém-se inalterada em relação a 2023, bem como a classificação taxonómica por etiotipos, que procura lembrar as diversas origens da doença. A classificação espirométrica e a ferramenta ABE também não sofreram alterações, permitindo identificar os principais traços tratáveis e adequar a estratégia terapêutica inicial, que continua a ser a dupla broncodilatação, na maioria dos casos. Manteve-se a recomendação prática de considerar a terapêutica inalatória tripla *ab initio* no doente GOLD E com contagens de eosinófilos $>300/\mu\text{L}$. Os ajustes terapêuticos subsequentes baseiam-se no traço dominante, sendo certo que, a haver indicação para transitar para terapêutica tripla na DPOC, essa mudança deve ser efectuada o mais precocemente possível, à luz da evidência actual.

As principais alterações introduzidas em 2024 podem agrupar-se em quatro grandes categorias: 1) Função respiratória; 2) Soluções para o subdiagnóstico; 3) Prevenção; 4) Tratamento.

No que respeita à avaliação da função respiratória, o conhecimento mais detalhado sobre o PRISm (*Preserved Ratio Impaired Spirometry*) permitiu a expansão desta secção. O termo PRISm descreve indivíduos com relação FEV1/FVC normal e FEV1 diminuído no estudo pós-BD. Estima-se uma prevalência de 10.4% a 11.3% em fumadores e ex-fumadores. O conceito de trajectórias de função pulmonar recorda-nos permanentemente que o factor tempo é determinante. Com efeito, não sendo um fenótipo estável, 20% a 30% dos indivíduos com PRISm evoluem para DPOC. Além disso, a evidência disponível demonstra, nos doentes com PRISm, aumento do risco de doença cardiopulmonar, aumento da mortalidade por todas as causas e causa cardiovascular e aumento do risco de internamento, pelo que é fundamental a vigilância destes indivíduos. Muitos são sintomáticos e têm evidência de doença estrutural pulmonar, pelo que devem ser medicados. Fica por estabelecer a melhor solução terapêutica, dado não existirem estudos nesta população, sendo certo que a abordagem deverá ser personalizada e, provavelmente, passar pela broncodilatação. A insuflação pulmonar é um tema central quando se discute a função respiratória e a DPOC não é excepção. Correlaciona-se com a dispneia, sobretudo no esforço, pelo que tem de ser considerada no doente sintomático, que se apresente com espirometria normal, doença das pequenas vias aéreas ou PRISm. Numa última nota referente à avaliação da função pulmonar, continua a ser recomendada genericamente a espirometria pós-broncodilatação, embora seja considerada a possibilidade de

avaliar indivíduos com suspeita diagnóstica de DPOC exclusivamente com espirometria basal, recorrendo à prova de broncodilatação apenas se for identificada obstrução das vias aéreas. Continua a ser utilizado o valor fixo de 70% para a relação FEV1/FVC pós-BD, embora seja fundamental interpretar o valor obtido recorrendo aos intervalos de confiança a 95% e Z-scores, utilizando como referencial as equações GLI (*Global Health Initiative*), de forma a melhorar a acuidade diagnóstica.

No que respeita às soluções para melhorar o subdiagnóstico, foi introduzido um capítulo sobre o rastreio espirométrico de populações-alvo: indivíduos sintomáticos, com factores de risco, com eventos nos primeiros anos de vida ou infecções respiratórias recorrentes. A criação de sinergias parece determinante, sendo recomendada a realização sistemática de espirometria em indivíduos com identificação incidental de alterações imagiológicas compatíveis com DPOC ou submetidos a rastreio imagiológico de neoplasia do pulmão. A implementação de programas de rastreio activo deve, no entanto, assegurar a existência de recursos para providenciar um seguimento apropriado e intervenções específicas atempadas e custo-efectivas nos indivíduos identificados pelo rastreio.

No âmbito da prevenção, as estratégias de vacinação integram, actualmente, a vacinação contra o vírus sincicial respiratório (VSR). Tendo por base as premissas de elevada prevalência, do impacto significativo como causa de exacerbação de DPOC e da eficácia elevada e consistente da vacina na prevenção da doença grave em idosos, foi estabelecida a indicação de vacinação para indivíduos com mais de 60 anos e/ou com presença de doença cardíaca ou respiratória crónicas.

Também a terapêutica da DPOC mereceu algumas considerações no documento GOLD 2024. Salienta-se o alargamento da secção dedicada aos dispositivos inalatórios, enfatizando assim a relevância da selecção do inalador apropriado a cada doente, aspecto determinante da efectividade do tratamento. A terapêutica farmacológica para a cessação tabágica é abordada numa secção nova. Por último, o estudo BOREAS demonstrou a eficácia do dupilumab (anticorpo monoclonal humanizado anti-receptor da IL-4 e IL-13) na redução das exacerbações da DPOC e melhoria da qualidade de vida em doentes sintomáticos com DPOC moderada a grave com >300 eosinófilos/ μL e que mantêm exacerbações apesar da terapêutica tripla. Ainda que seja reforçada a necessidade de confirmar os resultados do BOREAS, fica definitivamente aberta a porta para a terapêutica biológica na DPOC com fenótipo inflamatório TH2.

25 de Março de 2024