

Biologic Management in Severe Asthma for Adults An American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline

Oberle AJ, Abbas F, Adrish M, Agache I, Conroy M, Coz Yataco AO, Little FF, Mammen MJ, Anand MP, Re

ddy R, Solanki N, Holguin F. Biologic Management in Severe Asthma for Adults: An American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline. Chest. 2026 Feb;169(2):336-348. doi: 10.1016/j.chest.2025.08.042. Epub 2025 Sep 24. PMID: 41005695.

Recensione a cura di Martina Costantino, Medico specializzando in Allergologia e Immunologia clinica, Università degli studi di Napoli Federico II

Nel febbraio u.s. la rivista CHEST ha pubblicato una linea guida che confronta gli attuali farmaci biologici per il trattamento dell'asma grave, fornendo indicazioni pratiche su come orientarsi nella scelta del trattamento più appropriato per il paziente.

Si tratta di un documento particolarmente interessante, poiché come afferma Amber J. Oberle (fra le autrici principali del paper): “*Nonostante siano disponibili studi che aiutano il clinico nella scelta iniziale del biologico, ad oggi non esiste una linea guida pubblicata che supporti la selezione del biologico quando un paziente ha già provato e fallito uno o più biologici*”, sottolineando in particolare la difficoltà nella gestione di pazienti refrattari a terapie tradizionali che hanno già tentato uno o due farmaci biologici.

Attualmente i biologici approvati includono: omalizumab (antiIgE), mepolizumab e reslizumab (antiIL5), benralizumab (antiIL5R α), dupilumab (antiIL4R α) e tezepelumab (antiTSLP). Tutti sono somministrati per via sottocutanea, eccetto reslizumab che richiede infusione endovenosa.

Prendendo in considerazione le evidenze cliniche più recenti, la guida fornisce raccomandazioni basandosi su tre elementi chiave: in primis personalizzazione della terapia, basata sul pattern infiammatorio (valutato tramite eosinofilia periferica, FeNO, IgE totali e specifiche), sulla storia di riacutizzazioni e sulle comorbidità rilevati quali poliposi nasale, dermatite atopica ed esofagite eosinofila; e riduzione dell'uso di corticosteroidi, considerato un obiettivo terapeutico principale delle nuove terapie.

A seguire propone un Follow up strutturato per rivalutare periodicamente: sintomi, riacutizzazioni, uso di OCS, compliance e qualità della vita, incoraggiando a switch terapeutici laddove necessario, — ricordando che la terapia tramite biologico richiede da 1 a 3 mesi per i primi risultati clinici e da 12 a 24 per i massimali. In assenza di risposta adeguata entro 4–6 mesi, il panel raccomanda lo switch a un biologico alternativo.

Fra le raccomandazioni principali vi sono:

- Per Asma allergico moderato-grave con ≥ 1 riacutizzazione/anno: Omalizumab o dupilumab; nei casi con riacutizzazioni severe o ospedalizzazione, dupilumab è preferito;
- Per Asma grave steroide dipendente: Preferenza per antiIL5 o dupilumab rispetto a tezepelumab, riflettendo la maggiore evidenza corticosteroid-sparing associata ai primi;
- Per Fallimento della terapia antiIL5: è raccomandata la misurazione del FeNO post-trattamento come biomarcatore discriminante per orientare la scelta successiva (es. passaggio a dupilumab o tezepelumab).

Questa linea guida rappresenta uno dei primi tentativi di schematizzare la scelta del biologico nella terapia dell'asma grave, soprattutto nei pazienti complessi o refrattari. Pur non essendo definitiva — dato il rapido avanzamento della ricerca — propone un linguaggio condivisibile tra pneumologi, allergologi e altri specialisti coinvolti nella gestione della patologia.