Wheezing dei bambini: quale trattamento?

Data 09 settembre 2009
Categoria pneumologia

Alcuni studi aggiungono nuove conoscenze al trattamento del wheezing pediatrico.

Due studi pubblicati contemporaneamente dal New England Journal of Medicine hanno valutato l'efficacia degli steroidi (per os o inalatori) nel wheezing pediatrico.
Nel primo studio , randomizzato, durato 12 mesi, furono reclutati 127 bambini (età 1-6 anni) con un'anamnesi positiva per wheezing da infezione virale, randomizzati a fluticasone (750 µg x 2 /die) oppure placebo. La terapia veniva somministrata alla comparsa dei sintomi e fino a 48 ore dopo che i sintomi erano scomparsi. In caso di peggioramento i genitori potevano aggiungere salbutamolo (da 2 a 4 inalazioni di 100 µg). L'uso di steroidi orali si rese necessario nel 18% dei bambini randomizzati a placebo e nell'8% del gruppo fluticasone. In quest'ultimo gruppo i sintomi durarono in media 1,2 giorni in meno. Tuttavia l'uso del fluticasone risultava associato ad un minor aumento di peso (1,53 kg vs 2,17) e di statura (6,23 cm vs 6,56 cm).
Nel secondo studio vennero arruolati 687 bambini (10 mesi-5 anni) ricoverati per wheezing scatenato da una infezione respiratoria virale e che non avevano risposto al salmeterolo. I pazienti furono trattati per 5 giorni con prednisolone oppure placebo. L'end-point primario era il tempo di dimissione, mentre end-point secondari erano il numero di somministrazioni di salbutamolo ed alcuni punteggi respiratori. Non si ebbe alcuna differenza tra i due gruppi per tutti gli end-pointesaminati.

Fonte:

1. Ducharme FM et al. Preemptive use of high-dose fluticasone for virus-induced wheezing in young children. N Engl J Med 2009 Jan 22; 360:339.
2. Panickar J et al. Oral prednisolone for preschool children with acute virus-induced wheezing. N Engl J Med 2009 Jan 22;360:329.

Commento di Renato Rossi

L'asma, una delle malattie pediatriche più comuni, inizia spesso a provocare sintomi già nel primo anno di vita. In questo periodo però si verificano anche episodi di broncospamo legati in genere a infezioni respiratorie di tipo virale e questo non necessariamente significa che poi il bambino avrà un'evoluzione verso l'asma. Con un termine inglese ormai entrato ampiamente nell'uso si definiscono questi piccoli pazienti "bambini con wheezing" (letteralmente "sibilo"). E' difficile dire, di fronte ad un bambino con wheezing, se si tratta di una vera e propria asma all'inizio oppure di un semplice broncospasmo dovuto ad un flogosi respiratoria virale o ad altri fattori scatenanti, ma che non avrà conseguenze future. Solo la successiva evoluzione clinica permette di discriminare tra le due condizioni. In uno studio già recensito a suo tempo da Pillole.org si è visto che gli steroidi inalatori controllano i sintomi, ma non influenzano l'evoluzione verso l'asma nei bambini con wheezing . In un altro studio su 220 bambini (1-5 anni) con storia di wheezing intermittente si è notato che non vi erano differenze per l'end-point primario (giorni liberi dal trattamento in 12 mesi) tra i gruppi ramdomizzati a budesonide, montelukast oppure placebo. Non differiva neppure l'uso di steroidi orali ed il ricorso alle cure del medico. Tuttavia la terapia medica migliorava maggiormente i sintomi nelle due settimane che seguivano l'inizio del trattamento e a trarne più beneficio erano i bambini a rischio più elevato di asma.
In una revisione sistematica Cochrane di 5 trials si è evidenziato che gli steroidi inalatori ad alte dosi sono parzialmente efficaci per il wheezing lieve dei bambini, mentre non vi sono evidenze a favore della terapia di mantenimento con basse dosi al fine di prevenire gli episodi di broncospasmo.
In un'altra revisione Cochrane è stata invece valutata l'efficacia degli steroidi per os iniziati dai genitori alla comparsa del sibilo. Sono stati considerati meritevoli di essere inclusi nella revisione solo due RCT (per 303 bambini), ma le evidenze a favore della pratica esaminata sono apparse non conclusive, per cui gli autori non la raccomandavano fintanto che non fossero stati pubblicati altri lavori.
Tutto questo che cosa ci porta a concludere? Un editorialista, commentando gli studi citati, suggerisce che non esistono dati forti a favore dell'uso degli steroidi orali nel wheezing virale in bambini in età prescolare senza storia di atopia. Inoltre l'impatto degli steroidi inalatori sull'accrescimento impone cautela, soprattutto nei bambini con molti episodi di sibilo, mentre potrebbe essere utile ricorrere agli antileucotrienici. Per la verità, nello studio di Bacharier e coll. nè lo steroide orale nè l'antileucotrienico si sono dimostrati superiori al placebo per l'end-point primario, ma rimane il probelma di cosa fare nei bambini che sono a rischio elevato di evoluzione verso l'asma. In questi casi una terapia con steroidi inalatori o antileucotrienici potrebbe essere ragionevole.
Ma è possibile identificare questi bambini? Esistono dei criteri predittivi maggiori che possono così essere riassunti:
1) episodi molto frequenti di sibilo durante l'anno
2) storia familiare di asma
3) storia personale di dermatite atopica
Esistono poi dei fattori di rischio minore: rinite allergica, eosinofilia, sviluppo di wheezing al di fuori di episodi di

raffreddore.
Anche se non è dimostrato che in questi bambini la terapia sia in grado di ritardare o impedire l'evoluzione verso l'asma, può essere utile per controllare maggiormente i sintomi e per ridurre gli episodi acuti. Ovviamente, dato il rischio di ripercussioni sull'accrescimento, è preferibile ricorrere a trattamenti intermittenti e alle dosi minime efficaci.

Referenze

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2464
2. Bacharier LB et al. Episodic use of an inhaled corticosteroid or leukotriene receptor antagonist in preschool children with moderate-to-severe intermittent wheezing. J Allergy Clin Immunol 2008 Dec; 122:1127.
3. McKean M, Ducharme F. Inhaled steroids for episodic viral wheeze of childhood. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 1. Art. No.: CD001107. DOI: 10.1002/14651858.CD001107.
4. Vuillermin P, South M, Robertson C. Parent-initiated oral corticosteroid therapy for intermittent wheezing illnesses in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD005311. DOI: 10.1002/14651858.CD005311.pub2.