Serve aumentare lo steroide inalatorio per ridurre le riacutizzazioni asmatiche?

Data 13 maggio 2018
Categoria pneumologia

Due studi effettuati in adolescenti/adulti e in bambini hanno fornito risultati discordanti.

Le linee guida consigliano che i pazienti asmatici tengano costantemente monitorata la loro funzionalità respiratoria (per esempio con la misurazione giornaliera del PEF = picco di flusso espiratorio) e nel caso sia evidente che l'asma sta peggiorando aumentino la dose dello steroide inalatorio al fine di ridurre il rischio di riacutizzazioni.

Questa strategia è stata testata in due studi pubblicati contemporaneamente dal New England Journal of Medicine.

Il primo studio , in aperto, ha arruolato 1922 soggetti adulti o adolescenti affetti da asma bronchiale che nell'anno precedente avevano avuto almeno un episodio di riacutizzazione.
I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi; un gruppo doveva monitorare la malattia e aumentare la dose dello steroide inalatorio di quattro volte qualora la malattia stessa mostrasse segni di deterioramento; l'altro gruppo, che pure monitorava la malattia, non doveva aumentare la dose dello steroide inalatorio.
Lo studio ha avuto una durata di 12 mesi. Una riacutizzazione si ebbe nel 45% dei pazienti del gruppo che doveva quadruplicare la dose dello steroide inalatorio e nel 52% del gruppo controllo. Questo si traduce in una riduzione del rischio di riacutizzazione del 19% (p = 0,002).
Gli effetti collaterali, soprattutto a livello locale, furono più frequenti nel gruppo che quadruplicava la dose dello steroide inalatorio.

Il secondo studio è stato, invece, effettuato in 254 bambini di età compresa tra 5 e 11 anni che soffrivano di asma persistente da lieve a moderata e che avevano avuto almeno un episodio di riacutizzazione trattata con steroidi sistemici nell'anno precedente.
Anche in questo caso i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: un gruppo doveva quintuplicare la dose dello steroide inalatorio per 7 giorni ai primi segni di peggioramento, l'altro gruppo doveva continuare con la dose usuale.
Lo studio ha avuto una durata di 48 settimane.
Si è osservato che quintuplicare la dose dello steroide inalatorio alle prime avvisaglie di peggioramento dell'asma non riduceva il rischio di riacutizzazioni gravi, la necessità di usare salbutamolo nè migliorava i sintomi.
Nel gruppo che doveva quintuplicare la dose di steroide inalatorio si osservò una riduzione della velocità di crescita pari a 0,23 cm per anno.

Come giudicare i risultati assolutamente diversi dei due studi che avevano un disegno simile?

Un editorialista ricorda che mentre lo studio di Jackson e coll. era in doppio cieco, quello di McKeever non era in cieco per cui i risultati di quest'ultimo dovrebbero essere valutati con più cautela.

Infatti, come abbiamo ripetuto più volte, la mancanza di cecità in uno studio, pur se randomizzato e controllato, può portare ad enfatizzare i risultati di un trattamento.

Ovviamente sono possibili anche altre spiegazioni. Per esempio esiste forse una differenza tra bambini e adolescenti/adulti per cui solo questi ultimi rispondono all'aumento di dosaggio dello steroide inalatorio?
O, ancora, la diversità di risultato dipende dalla casistica meno numerosa dello studio di Jackson e collaboratori?

Per il momento ci sembra che la questione rimanga ancora aperta, in attesa che studi futuri forniscano ulteriori elementi dianalisi.

Un ultimo aspetto che ci preme sottolineare è che, nonostante l'aumento di dosaggio dello steroide inalatorio al primo segnale di peggioramento dell'asma, le riacutizzazioni rimangono comunque molto frequenti in questa tipologia di pazienti.

RenatoRossi

Bibliografia

1. McKeever T et al, Quadrupling inhaled Glucocorticoid Dose to Abort Asthma Exacerbations. N Engl J Med 2018 Mar 8;378:902-910.

2. Jackson DJ et al. Quintuplin inhaled Glucocorticoids to Prevent Childhood Asthma Exacerbations. N Engl J Med 2018 Mar 8;378:891-901.

3. Bardin PG. Excalating inhaled glucocoticoids to prevent asthma exacerbations. N Engl J Med 2018 Mar 8; 378:950-952.