Novità dal XXIV Congresso SIMRI: l'inverno sta arrivando

Ambra Nicolai[1]
Fabio Midulla[2]

Lo scorso ottobre (16 e 17) si è svolto con successo e buona partecipazione di pubblico, per la prima volta in modalità digitale a causa delle restrizioni legate all'emergenza COVID-19, il XXIV Congresso della Società Italiana Malattie Respiratorie Infantili (SIMRI).

Tra tutte le interessantissime sessioni che si sono succedute nella due giorni virtuale, abbiamo scelto di porre attenzione su quelle della professoressa Stefania La Grutta (Palermo) e del professor Fabio Cardinale (Bari), che rispettivamente ci hanno esposto le novità sugli aspetti pratici della nebulizzazione (aerosol) e sulla terapia del *wheezing* prescolare (WP). Entrambi gli argomenti assumono un carattere di grande attualità vista la stagione invernale che si appresta a iniziare.

La presentazione riguardante la nebulizzazione ha posto attenzione sugli aspetti pratici di questa tecnica di somministrazione di farmaci inalatori nei bambini in corso di malattie respiratorie delle basse vie aeree, ma in primo luogo ha chiarito il ruolo rilevante della pulizia del naso da eseguire prima della terapia aerosolica. La pulizia del naso con soluzione salina fisiologica è stata dimostrata significativamente rilevante nel miglioramento della qualità di vita e del sonno nei bambini con congestione nasale virale o allergica, nonché un notevole miglioramento della saturazione arteriosa (SpO_2) nei lattanti che accedevano in pronto soccorso per un episodio di bronchiolite. Il ruolo più rilevante in questo ambito lo assumono i pediatri di libera scelta con il loro ruolo educazionale ai neogenitori: la pulizia del naso è un elemento importante per la salute del neonato e nonostante un'iniziale resistenza da parte di alcuni genitori, alcuni studi dimostrano che gli stessi genitori, dopo essere stati adeguatamente formati sulla pratica della pulizia nasale (corretto posizionamento del neonato, corretta irrigazione, etc.), si rendono conto dell'effettivo miglioramento della qualità di vita del bambino.

Secondo aspetto analizzato nella presentazione della Prof.ssa La Grutta sono la tecnica inalatoria e la scelta del *device* (DPI, pMDI, distanziatore, aerosol). Il razionale di una terapia inalatoria è senza dubbio il diretto trattamento dell'organo bersaglio,

[1]A.O.U. Policlinico Umberto I, La Sapienza Università di Roma, Roma
[2]D.A.I. Materno Infantile e Scienze Uroginecologiche, A.O.U. Policlinico Umberto I, La Sapienza Università di Roma, Roma, *midulla@uniroma1.it*

quindi il polmone, e la possibilità di raggiungere elevate concentrazioni di farmaco nelle vie aeree evitando gli effetti collaterali di un'assunzione sistemica.

Per quanto concerne la scelta del *device*, la presentazione ci ha mostrato che i DPI non sono adatti a tutte le età in quanto il flusso inspiratorio necessario alla corretta erogazione del farmaco è molto alto (30-60 l/min) e non raggiungibile da bambini troppo piccoli. La nebulizzazione per aerosol, invece, è più adatta alle fasce di età più piccole, così come lo è l'uso dei pMDI con distanziatore, in quanto non necessita di coordinamento o di un flusso inspiratorio elevato, ma spesso erroneamente somministrata durante il pianto e durante il sonno, non raggiungendo in questo modo la giusta efficacia. La terapia aerosolica permette inoltre la possibilità di unire diverse classi di farmaci (broncodilatatori e steroidi). Anche sull'aspetto riguardante la tecnica inalatoria e il tipo di *device* gioca un ruolo rilevante il pediatra nell'educazione dei genitori.

Nella presentazione del Prof. Cardinale l'attenzione è stata posta sulla terapia del WP. In particolare punto cardine della discussione è stato assunto dall'utilizzo o meno del cortisonico orale in aggiunta alla terapia inalatoria: l'utilizzo dello steroide sistemico (quindi assunto per via orale o endovena) risulta assumere un ruolo di efficacia migliorando gli *outcome* e riducendo i tempi di stazione in pronto soccorso o di ricovero ospedaliero, ma solo nei pazienti con forme più gravi di malattia, senza però identificare altri fattori di risposta al corticosteroide (febbre, *trigger* virale, età, etc.).

Una rilevante considerazione esposta nella presentazione dimostra come in studi su bambini con WP che eseguivano uno studio microbiologico dell'aspirato trache-

Klanneke

oksun70

obronchiale in più dell'80% dei casi si rilevava la presenza di patogeni batterici e in misura molto inferiore di virus. La presenza di un'infezione prevalentemente batterica implica una risposta infiammatoria di tipo neutrofilico e quindi una refrattarietà alla terapia cortisonica. Alla luce di questo dato assume un ruolo rilevante l'utilizzo della terapia antibiotica nei pazienti con WP e in particolare, nella presentazione, si pone attenzione sul ruolo dell'azitromicina, sia per il suo ruolo antibatterico che per quello antivirale. L'utilizzo dell'azitromicina in combinazione con la terapia broncodilatatoria e/o corticosteroidea ha dimostrato una riduzione della durata dei sintomi e del rischio di progressione a polmonite, senza però ridurre la durata dell'ospedalizzazione, aumentare il rischio di azitro-resistenza e del tempo di ricaduta tra un episodio e il successivo. Infine, il Prof. Cardinale ha posto attenzione al ruolo della soluzione salina ipertonica utilizzata in combinazione con il broncodilatatore nella terapia aerosolica: questo ha dimostrato un'efficacia nel ridurre la durata del ricovero ospedaliero e anche i giorni di ossigenoterapia in bambini ricoverati per WP.

In conclusione, in vista della stagione invernale e della concomitanza dell'emergenza coronavirus, che influenza le scelte mediche in corso di infezione respiratoria anche nei bambini, queste considerazioni e il ruolo educazionale del pediatra assumono un ruolo rilevante.

Bibliografia di riferimento

- Foster SJ, Cooper MN, Oosterhof S, Borland ML. *Oral prednisolone in preschool children with virus-associated wheeze: a prospective, randomised, double-blind, placebo-controlled trial.* Lancet Respir Med 2018;6:97-106.
- Head K, Snidvongs K, Glewet S, et al. *Saline irrigation for allergic rhinitis.* Cochrane Database Syst Rev 2018;6:CD012597.
- Stokes JR, Bacharier LB. *Prevention and treatment of recurrent viral-induced wheezing in the preschool child.* Ann Allergy Asthma Immunol 2020;125:156-62.
- van Aalderen WM, Garcia-Marcos L, Gappa M, et al. *How to match the optimal currently available inhaler device to an individual child with asthma or recurrent wheeze.* NPJ Prim Care Respir Med 2015;25:14088.