Sovrastimata la diagnosi di asma da sforzo nei bambini

Data 20 marzo 2006
Categoria pediatria

Pochi bambini valutati per un problema di asma da sforzo poco responsiva al trattamento avevano avuto la conferma delladiagnosi.

Obiettivo di questo studio prospettico osservazionale era quello di valutare l'accuratezza della diagnosi clinica di asma indotta da esercizio fisico (asma da sforzo) tra la popolazione pediatrica in età scolare di Vancouver (Canada). Lo studio è stato realizzato in un centro di terzo livello e ha reclutato bambini inviati dal medico curante con diagnosi di asma da sforzo e con storia di un suo cattivo controllo nonostante il trattamento (persistenza dei sintomi respiratori in base a quanto riferito dal paziente). In un periodo di 18 mesi sono stati arruolati 52 bambini (età media 11,5 anni + 2,7). A tutti è stata valutata la funzionalità respiratoria basale, dopo 5 e 15 minuti da esercizio fisico standardizzato e dopo 10 minuti dalla somministrazione di salbutamolo per aerosol. In base alla risposta ai test e all'anamnesi gli autori classificavamo i bambini in 5 categorie che riportiamo brevemente nel box (vedi). Veniva considerata positiva (presenza di asma da sforzo) una caduta del FEV1 > del 10% dopo 5 o 15 minuti dall'esercizio fisico. I risultati hanno messo in evidenza che solo 8/52 bambini (15,4%) presentavano asma da sforzo in base alla definizione data. Dei restanti bambini reclutati, 12 (23%) sono stati classificati come "in scarsa forma fisica" (minor resistenza all'esercizio fisico, tendenza all'obesità); 7 (13,5%) come "con tosse abituale" (tosse esplosiva e disturbante che compare durante il test ma cessa distraendo il bambino, sempre assente durante il sonno, non responsiva alla terapia e non sempre presente durante l'esercizio fisico); 14 (27%) come "con disfunzione delle corde vocali" (incapacità a respirare profondamente e comparsa di disfonia e stridore inspiratorio durante l'esercizio); 11 (21%) sono rimasti senza diagnosi nonostante la storia clinica convincente. 7 di questi si sono sottoposti ad un trattamento di un mese con salmeterolo + fluticasone per via inalatoria e 5 hanno finito il trial riportando un miglioramento dei sintomi (senza modificazione però del quadro spirometrico). 8 bambini che svolgevano attività sportiva agonistica presentavano una storia di accanimento terapeutico e avevano realizzato un numero doppio di consulenze mediche. Nessuno di questi è risultato avere asma da sforzo (6 sono ricaduti nel gruppo "con disfunzione delle corde vocali", 1 in quello "con tosse abituale", 1 non ha ricevuto diagnosi). Le conclusioni degli autori sono che solo una piccola percentuale di bambini valutati presso un centro specialistico per un problema di asma da sforzo poco responsiva al trattamento aveva poi avuto la conferma della diagnosi. L'errore nasceva dal fatto che il bambino veniva etichettato come soggetto con broncolabilità da sforzo solamente in base ai sintomi respiratori riferiti. Gli autori sottolineano comunque come per un corretto inquadramento diagnostico quasi sempre risulti superfluo eseguire il test da sforzo con spirometria ma sia sufficiente un'attenta anamnesi e una valutazione clinica dei disturbi respiratori durante l'attività fisica. Un editoriale di accompagnamento sottolinea che dallo studio appare evidente una sovrastima dell'asma da asma sforzo legata ad un inquadramento diagnostico superficiale. Secondo l'editorialista gli autori non avrebbero però valutato adeguatamente come fosse controllata nei bambini reclutati la malattia di base (l'asma da sforzo può essere infatti conseguenza di un suo cattivo controllo). L'editoriale sottolinea ancora l'importanza che i bambini asmatici non rinuncino o riducano l'attività fisica e di movimento, con conseguente rischio aumentato di obesità e di peggioramento dell'asma e come il regolare esercizio fisico possa sicuramente migliorare l'asma da sforzo.

Fonte: Archives of Disease in Childhood 2005; 90:898-902

Contenuto gentilmente concesso da: Associazione Culturale Pediatri (ACP) - Centro per la Salute del Bambino/ONLUS CSB - Servizio di Epidemiologia, Direzione Scientifica, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste; tratto da: Newsletter pediatrica. Bollettino bimestrale- Agosto-Settembre 2005, Volume 2, pag. 44-60.