Steroidi inalatori non modificano evoluzione della broncostenosi verso l'asma

Data 06 luglio 2006
Categoria pneumologia

Gli steroidi inalatori controllano i sintomi, ma non influenzano l'evoluzione verso l'asma nei bambini con wheezing

In un primo studio , denominato PEAK (Prevention of Early Asthma in Kids) sono stati reclutati 285 banbini (età 2-3 anni) con un indice predittivo positivo per un successivo sviluppo di asma, soprattutto per essere soggetti ad episodi frequenti di wheezing. I partecipanti sono stati randomizzati a fluticasone propionato (88 μg x2/die) oppure placebo per 2 anni, seguiti da un altro anno senza farmaci. L'end-point primario dello studio era la percentuale di giorni liberi da episodi di wheezing nel terzo anno, quello in cui non venivano usati farmaci. Non ci furono differenze tra i due gruppi per l'end-point primario. Durante il terzo anno non si ebbero neppure differenze per quanto riguarda gli episodi di riacutizzazione e la funzionalità polmonare. Al contrario durante il periodo di trattamento con il fluticasone si ottenne una maggior percentuale di giorni liberi da episodi, una riduzione delle riacutizzazioni e dei farmaci usati. Al termine del secondo anno i bambini trattati con fluticasone mostravano un accrescimento medio di 1,1 cm inferiore ($p < 0,001$) rispetto al controllo , valore che alla fine del trial si ridusse a 0,7 cm ($p = 0,008$). Gli autori concludono che nei bambini ad alto rischio di sviluppo di asma una terapia di due anni con steroide inalatorio controlla la malattia finchè viene assunta ma non è in grado di ridurre lo sviluppo di sintomi asmatici quando viene sospesa. Nel secondo studio , denominato PAC (Prevention of Asthma in Childhood) , sono stati reclutati 411 bambini di un mese di età, 294 dei quali sono stati randomizzati al trattamento con budesonide (400 μg/die) e gli altri a placebo per due settimane. Il trattamento veniva somministrato dopo 3 giorni dall'inizio di un episodio di wheezing. L'end-point primario era il numero di giorni liberi da sintomi mentre tra gli end-point secondari venne valutata la statura e la massa minerale ossea alla fine dello studio, durato tre anni. La percentuale di giorni liberi da sintomi fu dell'83% con budesonide e dell'82% con placebo (differenza assolta 1%, IC95% da -4,8% a 6,9%). Un wheezing persistente si ebbe nel 24% del gruppo budesonide e nel 21% del gruppo placebo (HR 1,22; IC95% 0,71-2,13). La presenza di dermatite atopica o di infezioni virali non cambiava questi risultati. In entrambi i gruppi la durata media dell'episodio di wheezing era di 10 giorni. Alla fine dello studio si evidenziò che il trattamento non influiva sulla statura e sulla BMD. Gli autori concludono che la terapia intermittente con steroide inalatorio non impedisce la progressione da wheezing episodico a persistente e non porta neppure a benefici nel breve termine durante gli episodi nei primi tre anni di vita. Secondo gli autori gli steroidi inalatori non dovrebbero essere usati routinariamente durante un wheezing episodico ma riservati solo ai bambini con wheezing persistente.

Ref:
1. N Engl J Med 2006 May 11; 354:1985-1997
2. N Engl J Med 2006 May 11; 354:1998-2005

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". 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 eviluzione clinica permette di discriminare tra le due condizioni. Esistono comunque dei criteri predittivi che permettono di identificare i bambini che sono a maggior rischio evolutivo verso l'asma: si tratta di bambini che hanno episodi frequenti di wheezing con associati eventualmente altri fattori di rischio maggiori (storia familiare di asma, storia personale di dermatite atopica) o più fattori di rischio minori (rinite allergica, esonofilia, sviluppo di wheezing al di fuori di episodi di raffreddore). In questi bambini serve usare gli steroidi inalatori? Presi nel loro insieme i risultati dei due studi recensiti in questa pillola suggeriscono che la terapia se assunta continuativamente, ma non in modo intermittente, è in grado di controllare i sintomi ma non di impedire l'evoluzione ad asma. Gli steroidi inalatori possono potenzialmente produrre gravi ripercussioni sulla statura e sull'osso dei bambini molto piccoli per cui un trattamento prolungato si giustifica solo in pazienti a rischio elevato. In altre parole al di sotto dei 2-3 anni di vita gli steroidi inalatori dovrebbero essere prescritti solo in chi soffre di wheezing persistente grave, quindi in soggetti molto selezionati e non per trattare episodi isolati.