

Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica:

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETE-ENDOCRINOLOGIA, EMATOLOGIA-ONCOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFRO-UROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, REUMATOLOGIA, VACCINI

Un mio piccolo paziente di 3 anni, ex prematuro, con familiarità positiva per allergia respiratoria, dopo una bronchiolite (lieve) a 6 mesi di età presenta frequenti bronchiti asmatiche, dalle quali si rimette piuttosto lentamente. Ipotizzando una allergia respiratoria, viene effettuato due volte prick inalanti (risultati negativi); la prima volta nel primo anno di vita (anche con test per uovo, negativo) e poi di nuovo a 2 anni.

Per la ricorrenza del wheezing la mamma si è rivolta 6 mesi fa a un primo allergologo che ha ripetuto i prick (sempre negativi) e RAST (negativo); diagnosi di "wheezing ricorrente"; vengono prescritti cortisonici inalatori da settembre ad aprile, ma i risultati sono scarsi.

Non soddisfatta, la mamma si rivolge a un altro allergologo che rifà i prick (negativi per la quarta volta) e stavolta diagnostica un "wheezing multitrigger", aggiungendo alla prescrizione il montelukast. Cos'è il wheezing multitrigger? C'è qualche motivazione scientifica e/o di buon senso nell'uso di cortisonico inalatorio+montelukast rispetto al solo broncodilatatore al bisogno? In parole povere, c'è vantaggio clinico?

dot. Rosario Cavallo

Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)

La definizione di *multitrigger wheezing* è stata proposta ufficialmente dalla Task force che l'anno scorso ha prodotto e pubblicato le linee di comportamento diagnostico e terapeutico nel bambino con "fischio" nell'età prescolare¹. Con questo termine viene etichettato il bambino che, oltre ai ricorrenti episodi di *viral wheezing* (bronchiti asmatiformi), presenta dispnea con "fischio" anche in benessere, fuori infezione e per cause diverse, come sforzo fisico, forti risate, inalazione di fumo o altri irritanti ambientali, aria fredda ecc. (*multitrigger*

wheezing appunto). In contrapposizione con questo viene usato il termine di *episodic wheezing* per etichettare il broncospasmo che si presenta soltanto in occasione del ricorrere delle comuni virusi respiratorie, senza nessun sintomo nel periodo intercritico, tra una virosi e l'altra. Il bambino con sintomi anche fuori infezione (*unremitting o multitrigger wheezing*) è usualmente un soggetto atopico, che magari ha sofferto di dermatite nei primi anni di vita e che ha buone probabilità di evolvere in "asma bronchiale allergico" nell'età della scuola. In altre parole niente di diverso, al di là dei termini usati, di quanto si può trovare nell'articolo di *Medico e Bambino* di qualche anno fa con il titolo, appunto, "Il fischio dalla nascita in poi: inquadramento diagnostico e terapeutico delle sindromi asmatiformi"².

Infine, giusto per dirla tutta, segnalo che ci sono bambini che presentano un *unremitting, multitrigger wheezing* e rispondono bene agli steroidi inalatori, malgrado l'assenza di una costituzione atopica e la negatività dei test cutanei. Questi bambini appartengono a un fenotipo troppo trascurato, o completamente scotomizzato, dalla letteratura sull'argomento¹, mentre, pur nella loro oggettiva rarità, sono una entità importante e che richiederebbe maggiore attenzione, anche perché di questi bambini con "asma perenne non atopico" sappiamo molto poco. Sappiamo però che tutti hanno una flogosi bronchiale a eosinofili (riconoscibile anche con una semplice ricerca degli stessi nel muco nasale) e per questo rispondono bene e subito agli steroidi inalatori. Si tratta in altri termini di una sorta di asma "intrinseco" o di "tipo adulto" a inizio precoce. Segnalo che proprio quest'anno è stata pubblicata su *Thorax* una nostra lettera nella quale richiamavamo l'interesse scientifico di questo raro fenotipo di asma persistente dell'età pediatrica³.

Per quanto riguarda il trattamento nulla di nuovo: gli steroidi inalatori risultano sempre efficaci quando nei bronchi vi è una flogosi a eosinofili (e quindi nel *multitrigger wheezing* dell'atopico), mentre non possono servire nel bambino con *viral o episodic wheezing*, che non ha alcuna infiammazione persistente da rimuovere. Ma, come ben discusso anche su un recente editoriale del *New England Journal of Medicine*, che invito a leggere⁴, nell'età prescolare non è sempre così facile tagliare con il coltello i diversi fenotipi del bambino che fischia e il ricorso a un tentativo o periodo di prova con gli steroidi inalatori, o con il montelukast, è considerato corretto^{1,3}. Su quest'ultimo farmaco ho avuto già più volte modo di esprimere il mio parere (piuttosto scettico) e rimando, per chi volesse saperne di più, alla lettura del faccia a faccia tra il sottoscritto Giorgio Longo, Attilio Boner e Stefano Miceli Sopo, pubblicato sempre sulle pagine di *Medico e Bambino*⁵.

Bibliografia

1. Brand PL, Baraldi E, Bisgaard H, et al. Definition, assessment and treatment of wheezing disorders in preschool children: an evidence-based approach. *Eur Respir J* 2008;32:1096-110.
2. Longo G. Il fischio dalla nascita in poi: inquadramento diagnostico e terapeutico delle sindromi asmatiformi. *Medico e Bambino* 2003;22:363-8.
3. Longo G, Panontin E, Ventura G. Non-atopic persistent asthma in children. *Thorax* 2009;64:459.
4. Frey U, von Mutius E. The challenge of managing wheezing in infants. *N Engl J Med* 2009;360:2130-3.
5. Boner A, Longo G, Miceli Sopo S. Antileucotrieni nel bambino con "viral wheezing" ricorrente. Costi e benefici: per una evidenza oltre al "p" statistico. *Medico e Bambino* 2005;24:171-3.