

## LA BRONCHIOLITE DELLE CONTROVERSIE

La bronchiolite è una patologia frequente, impegnativa, a volte grave, che trova da sempre notevoli punti di controversia nella diagnosi, nella gestione (tra assistenza domiciliare e ospedaliera) e soprattutto nella terapia.

I punti di vista di Barbi e di Cavagni riportati in questo numero di *Medico e Bambino* sono entrambi condivisibili e nello stesso tempo molto diversi riguardo alle indicazioni terapeutiche fornite. Una vera controversia che non trova risposte univoche anche dalla lettura attenta delle evidenze prodotte in letteratura.

Di solito, quando non vi sono certezze a sostegno di un intervento farmacologico verso una astensione dal trattamento, vuol dire che i risultati in termini di esiti degli studi clinici controllati sono piuttosto deboli, e sicuramente non in grado di modificare in modo drammatico la storia clinica della patologia. Quanto ci si aspetta dal trattamento di un bambino con bronchiolite è di: a) abbreviare la durata della sintomatologia; b) migliorare la cenestesi del bambino e il suo sforzo respiratorio, per nutrirlo in modo adeguato (attraverso una migliore ossigenazione?); c) ridurre la frequenza con cui ragionevolmente si rende necessario fare ricorso all'ossigenoterapia e all'alimentazione enterale-parenterale (criteri di gravità e di ospedalizzazione). Infine, ci si potrebbe attendere che gli interventi farmacologici possano ridurre quel quadro di broncoreattività che segue la bronchiolite, e che oggi sappiamo non essere causa dell'asma del bambino più grandicello.

Questi risultati attesi da un intervento farmacologico di solito riguardano un bambino che a domicilio comincia a stare male, e che richiede un intervento terapeutico, sia pure di efficacia dubbia o non provata; e questo, nel rapporto con la famiglia, complica sicuramente le cose.

È stato più volte ricordato nelle pagine di questa rivista che, a fronte delle ragioni e situazioni assistenziali espresse in precedenza, le pratiche terapeutiche adottate per la cura della bronchiolite, in ospedale e a domicilio, sono tra le più varie, anche tra singoli operatori.

Noi tuttavia, pur rimanendo nel dubbio su alcune pratiche terapeutiche, dalla lettura dei due pareri sulle ragioni del SI e del NO, possiamo trovare alcuni punti fermi di possibile rilevante trasferibilità pratica:

- la bronchiolite è una diagnosi troppo generica, che andrebbe articolata a seconda dell'età del bambino e delle possibilità di diagnosi, che sono di contesto epidemico della patologia e di uso del test rapido per il virus respiratorio sinciziale (VRS); questo andrebbe incentivato e diffuso in diversi ambiti territoriali facenti capo a un servizio ospedaliero, sia esso di reparto o di laboratorio;
- una volta posta la diagnosi (o sospettata fortemente), la terapia antibiotica è inutile, e andrebbe riservata ai casi che si complicano o che sono molto gravi dall'inizio (dove è difficile capire) o nei casi di bambini molto piccoli (< 3 mesi) dove è possibile pensare (in assenza di una sicurezza diagnostica) a una *Chlamydia* (evento relativamente raro) e alla conseguente necessità di usare il macrolide;
- il cortisonico inalatorio (molto utilizzato) non serve, e può essere confondente per la famiglia nella gestione domiciliare: non serve per fare stare meglio il bambino in fase acuta

né per ridurre la broncoreattività a distanza;

- il cortisonico per via orale ha un'efficacia molto dubbia e, forse, di piccolo rilievo clinico solo per alcuni sottogruppi di bambini; un recente studio clinico controllato (*J Pediatr* 2002;140:27-32), condotto in un reparto di emergenza, dimostrerebbe che l'unico effetto (non irrilevante) di una singola dose di desametasone è quello di migliorare alcuni parametri respiratori (peraltro non in modo drammatico) entro 4 ore dalla somministrazione in bambini < 24 mesi, con una significativa riduzione dei casi ospedalizzati. Ma è un lavoro che, come tanti altri, ha il grosso bias dell'età della casistica selezionata. La bronchiolite-bronchiolite, quella che interessa con l'edema intraluminali i bronchioli terminali, è una patologia del bambino più piccolo (sotto i sei mesi). Certamente sappiamo che l'isolamento del VRS o il periodo epidemico non sono sufficienti per etichettare una infezione come "bronchiolite", in quanto il VRS è dimostrata importante e frequente causa di bronchite spastica (o bronchite asmatiforme, come dir si voglia) nel bambino più grandicello, e questa sì, lo sappiamo tutti, risponde bene e prontamente al cortisonico per via orale;

- anche per l'efficacia dei  $\beta$ 2-stimolanti possiamo fare la stessa considerazione. È età- (e quadro clinico-) dipendente; una prova è possibile, soprattutto nei più grandicelli, un ex adjuvantibus, che è forse l'unico criterio per poter differenziare una bronchiolite da una bronchite asmatiforme nel bambino a cavallo dell'anno di età o più. In fin dei conti è il comportamento dettato dal buon senso, che è poi quello che Cavagni sostiene nel suo intervento. Anche in questo caso con evidenza di un miglioramento clinico "visibile", in assenza del quale è pratica da abbandonare rapidamente;

- l'uso dell'adrenalina è il punto di maggiore interesse e attenzione, ma forse anche di maggiore (eccessivo) entusiasmo o timore. Noi, personalmente, a fronte di una letteratura in termini di RCT sufficientemente robusta che ne dimostra l'efficacia, anche in questo caso parziale e sul breve periodo, siamo dell'idea che vanno distinti due momenti molto diversi nel suo utilizzo: il primo, più conosciuto e collaudato, realizzato in ambiente ospedaliero e nel bambino più grave, come sostegno all'ossigenoterapia e all'idratazione, interventi questi ultimi fondamentali e che, con l'adrenalina, non possiamo pensare di evitare. Si tratta di un utilizzo che noi stessi abbiamo più volte potuto verificare efficace, per un effetto, immediatamente misurabile, sull'ossigenazione. Il secondo riguarda il suo uso *off label* in ambiente domiciliare, e quindi non come supporto all'ossigenoterapia ma in anticipo a questa, con l'obiettivo di evitare il ricorso all'ospedale. Malgrado il suo utilizzo non sia ancora oggetto di approvazione extraospedaliera, questa pratica è di fatto in uso e rappresenta un'occasione per la pediatria di famiglia (e per i servizi di Pronto Soccorso-Accettazione) per sperimentarne formalmente l'efficacia rispetto a determinate misure di esito attese: a) riduzione delle ospedalizzazioni; b) miglioramento di alcuni parametri clinici; c) profilo di sicurezza. In attesa di questo, non dimentichiamo quanto ci viene ricordato, senza controversie, da Barbi e Cavagni: nei casi che lo richiedono, l'ossigeno e la reidratazione sono gli unici interventi in grado di dare vero benessere al bambino.

Federico Marchetti e Giorgio Longo