Novità dal Congresso SIMRI 2019

Valentina Tranchino[1]
Fabio Cardinale[1]
Giorgio Piacentini[2]

Il Congresso Nazionale della Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili (SIMRI) rappresenta il più importante appuntamento della pneumologia pediatrica del nostro Paese. Più di 500 specialisti si sono ritrovati a Bari a fare il punto su temi di grande attualità scientifica e interesse sociale. L'approccio al paziente con *high medical complexity* (HMC), le vaccinazioni del bambino con *special needs*, le patologie malformative polmonari, le emergenze respiratorie, le nuove frontiere nell'approccio terapeutico alle patologie polmonari e l'appropriatezza prescrittiva hanno rappresentato i principali *topic* attorno a cui si sono sviluppate le sessioni congressuali. Per rendere più interattiva la partecipazione si sono svolti corsi precongressuali di formazione teorico-pratica, che hanno permesso il confronto diretto dell'uditorio con i singoli specialisti. Di particolare interesse è risultata la *International Pediatric Lung Session* organizzata in collaborazione con le sezioni pediatriche dell'European Respiratory Society (ERS) e dell'American Thoracic Society (ATS) che ha visto protagonisti eminenti esponenti della pneumologia pediatrica europea e nordamericana del calibro di S. Turner (*preschool wheezing*), R. Deterding (*interstitial lung disease in children*), M.B. Shields (*chronic cough*), S. Davis (*primary ciliary dyskinesia*) e P. Openshaw (*asthma, atopy and respiratory infections*).

Nel corso del Congresso è stato inoltre presentato il primo *Position Paper* intersocietario su "Aerosolterapia in età pediatrica: I benefici, il ruolo del medico per il paziente, gli strumenti, in una corretta terapia inalatoria". Il documento, illustrato dal Presidente SIMRI, Giorgio Piacentini, ha l'obiettivo di supportare il medico pediatra nella scelta dell'aerosolterapia in tutte le occasioni in cui l'impiego di questa tecnica può contribuire in modo efficace alla gestione delle patologie delle basse, medie e alte vie respiratorie. Negli ultimi dieci anni il rapido sviluppo tecnologico nel campo delle nanotecnologie, della microelettronica e delle fonti energetiche ha permesso infatti lo sviluppo di nuove generazioni di nebulizzatori, dotati di un'efficienza nella somministrazione di farmaci di gran lunga

[1] U.O.C. di Pediatria e Pronto Soccorso ad indirizzo Pneumo-allergologico e Immuno-reumatologico, Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari
valentina.tranchino@libero.it
[2] Clinica Pediatrica, Università degli Studi di Verona

IgorVetushko

superiore rispetto ai nebulizzatori tradizionali. La potenziata *performance* dei nebulizzatori grazie soprattutto alla realizzazione di nuove ampolle che permettono di selezionare le dimensioni delle particelle e di ridurre lo spreco di farmaco, consente oggi una riduzione del tempo di somministrazione degli aerosol, adattando l'erogazione al *pattern* respiratorio del singolo paziente e migliorando così la *compliance* terapeutica.

Tra i principali argomenti oggetto di trattazione nel Congresso c'è stata anche la terapia del *wheezing* prescolare. L'argomento è stato affrontato dal dott. Fabio Cardinale, coordinatore scientifico del Congresso, che ha presentato le ultime novità della letteratura riguardanti i *big trial* aventi per oggetto la risposta del *wheezing* prescolare riacutizzato ai corticosteroidi orali e l'efficacia in questo dei macrolidi. In particolare ha portato i dati della letteratura più recente circa gli effetti immunomodulatori e antinfiammatori dell'azitromicina e il rapporto rischi/benefici del suo impiego nel bambino con *preschool wheezing*. È stata, inoltre, focalizzata l'attenzione sulle evidenze di una disbiosi respiratoria nei primi anni di vita, sugli effetti dei macrolidi sulla colonizzazione da *Moraxella* e la relazione di questa con la probabilità di persistenza del *wheezing* nel tempo.

Nel corso del Congresso si è parlato inoltre di novità nel trattamento con farmaci biologici nell'asma grave nell'ambito di una lettura tenuta del Prof. Marseglia. I monoclonali anti-IgE sono stati introdotti più di 10 anni fa per il trattamento dell'asma atopico grave con risultati significativi sia sull'andamento clinico della patologia sia sulla qualità di vita dei pazienti trattati. Una nuova frontiera terapeutica per la cura dell'asma grave eosinofilico è rappresen-

tata da alcuni farmaci biologici recentemente approvati per l'utilizzo umano e che hanno come *target* le interleuchine (IL-) 5, 4 e 13. In particolar modo il mepolizumab, anticorpo monoclonale anti-IL-5, sembra mostrare promettenti effetti anche in età pediatrica. Da settembre 2019 la FDA americana ha autorizzato l'impego del mepolizumab per la fascia d'età 6-11 anni per il trattamento dell'asma grave eosinofilico refrattario alla terapia standard. L'effettiva mancanza di estesi *trial* clinici che vadano a delineare il profilo di efficacia e sicurezza per l'utilizzo dei nuovi farmaci biologici nella popolazione pediatrica rappresenta, a oggi, un problema di cruciale importanza. Sono necessari ulteriori studi per ottimizzare al meglio il trattamento con farmaci biologici nonché per ridurne i costi, che rimangono comunque elevati.

Negli ultimi anni, gli avanzamenti nelle conoscenze sui meccanismi molecolari alla base di molte malattie neuromuscolari e i progressi compiuti nella *home-care* dei pazienti con insufficienza respiratoria cronica grazie alla ventilazione non invasiva hanno permesso di aumentare la sopravvivenza di bambini affetti da condizioni genetiche letali. La relazione del Dott. Cutrera ha quindi messo in evidenza come la corretta presa in carico assistenziale del bambino con disabilità complessa preveda un'integrazione funzionale efficace che abbracci tanto gli aspetti prettamente clinici, quanto quelli riabilitativi, educativi e psicosociali. In quest'ambito lo pneumologo pediatra svolge un ruolo del tutto centrale nella organizzazione dell'intero processo assistenziale, gestendo l'emergenza respiratoria, principale causa di morbilità e mortalità in questi pazienti, coordinando gli interventi di diversi specialisti e sviluppando strategie di trattamento calibrate sul bambino/famiglia.

oksun70

A conclusione dei lavori, durante la terza giornata congressuale, come da tradizione, si è svolta la manifestazione "Vivere bene per respirare meglio: dai un calcio al fumo". Questa ha visto la partecipazione di circa 250 studenti di scuole medie del territorio, insegnanti, pneumologi pediatri, giornalisti e personalità dello spettacolo, che hanno affrontato in maniera interattiva gli effetti del tabagismo passivo sulla salute respiratoria. Sono state fatte delle dimostrazioni inoltre di una spirometria su alcuni bambini affetti da asma, allo scopo di sensibilizzare i bambini e le loro famiglie sull'importanza di un attento monitoraggio oltre che clinico anche strumentale della patologia. I ragazzi hanno poi dato un simbolico calcio al fumo abbattendo dei birilli a forma di sigaretta all'interno della sede congressuale.

Anche quest'anno il Congresso Nazionale della SIMRI ha rappresentato una vivace occasione di aggiornamento e scambio culturale per tutti i pediatri che, tra ospedale e territorio, si confrontano quotidianamente con patologie respiratorie, dalle più comuni alle più complesse, con il fine ultimo di approfondire le conoscenze e trasferirle nella pratica clinica per migliorare la qualità di vita dei pazienti con malattie polmonari acute e croniche.

Il commento di Nicola Ullmann, Federica Porcaro e Renato Cutrera

Ultime dall'ERS Conference | Madrid 2019

Il Congresso Internazionale della European Respiratory Society (ERS), che si è tenuto a Madrid tra fine settembre e inizio ottobre 2019, si è confermato, come ogni anno, un evento utile e stimolante, ricco di relazioni di elevato interesse scientifico.

Uno dei numerosi argomenti trattati è stato quello della **tracheomalacia** in età pediatrica, condizione clinica nota da tempo, ma che suscita sempre maggior interesse. Una sessione dedicata a questa tematica ha preso spunto da un recente lavoro pubblicato sul giornale dell'ERS di cui consigliamo la lettura[1] e di cui sotto riportiamo alcuni dati.

La tracheomalacia, isolata o associata a broncomalacia, che ha una frequenza variabile tra 1:15.000 e 1:2.500 bambini nati vivi, è caratterizzata da una riduzione > 50% del lume tracheale in fase espiratoria. In base all'eziologia è possibile identificare una forma di tracheomalacia primitiva e una forma secondaria. Dal punto di vista clinico questi pazienti si possono presentare con tosse a timbro "metallico", infezioni ricorrenti ed episodi di difficoltà respiratoria o *wheezing*. Talvolta viene erroneamente posta la diagnosi di asma grave. La broncoscopia con strumento flessibile rappresenta tuttora il *gold standard* diagnostico, benché la TC con studio dinamico si sia dimostrata attendibile e in alcuni casi anche indicata[2]. Altre indagini che possono essere di ausilio per la diagnosi o il *follow-up* sono le prove di funzionalità respiratoria, la fluoroscopia, RMN dinamica, tracreo-broncoscopia.

La gestione terapeutica prevede opzioni mediche e chirurgiche la cui scelta è fondata sulla entità della malacia, l'eziologia e la severità del quadro clinico. Tra le prime, benché non siano disponibili molti dati in letteratura, vanno contemplate: $ß_2$-agonisti, agenti antimuscarinici e terapia antibiotica ad ampio spettro in corso di riacutizzazioni respiratorie. La fisioterapia respiratoria viene frequentemente prescritta per aiutare la *clearance* delle vie aeree. Nei casi indicati, l'utilizzo del supporto ventilatorio non invasivo, e in specie della CPAP, permette di prevenire il collasso delle vie aeree attraverso il mantenimento di una pressione continua di fine espirazione. La terapia chirurgica contempla varie opzioni quali la tracheopessi (anteriore e/o posteriore), la pessi delle arterie polmonari, l'aortopessi, la pessi dell'arteria innominata, la sezione del segmento tracheale malacico, il posizionamento di *stent* endotracheali ovvero di *split* esterni e nei casi più gravi la tracheotomia.

Tra i tanti argomenti trattati, diverse sessioni hanno riguardato la bronchiolite nei suoi vari aspetti, ancora oggi in fase di dibattimento. È ormai nota la diversa definizione americana ed europea che *in primis* si differenzia per l'età considerata, in quanto gli americani considerano pazienti con età compresa nei primi 24 mesi. Anche la definizione clinica spesso non è comune ai vari studi e tutto ciò rende difficilmente interpretabili i risultati dei vari *trial* clinici.

I fattori di rischio condivisi sono: età < 3 mesi, comorbilità, bassa condizione socio-economica familiare. Diversi sono gli *score* utilizzati per definire la gravità della bronchiolite in lieve, moderata e grave, che prendono in considerazione alcuni parametri quali: frequenza respiratoria, rientramenti toracici, saturazione di ossigeno, alimentazione e condizioni generali. Nessuna linea guida raccomanda l'esecuzione della radiografia del torace, alcune raccomandano il controllo della saturazione intermittente e l'esecuzione di test virali per motivi di isolamento ospedaliero. L'esecuzione di emogasanalisi viene riservato ai casi di grave *distress* respiratorio.

Le indicazioni all'ospedalizzazione sono legate ai livelli di saturazione se < 92%, ad altri fattori clinici (inadeguata assunzione di liquidi, grave *distress* respiratorio, apnea), presenza di fattori di rischio per bronchiolite grave e/o fattori sociali.

Benché le linee guida non abbiano delle indicazioni condivise, il trattamento suggerito risulta essere: la supplementazione di ossigeno in relazione ai valori di saturazione, l'idratazione (NSG o EV) e l'aspirazione delle vie aeree. Gli alti flussi, quando necessari, migliorano lo sforzo respiratorio e riducono il lavoro respiratorio, riducendo la necessità di intubazione. Alcune linee guida suggeriscono un *trial* con $β_2$-agonisti, adrenalina o l'utilizzo di soluzione salina ipertonica nebulizzata, mentre nessuna raccomanda l'uso di corticosteroidi.

Indicazioni alla dimissione si presentano quando il bambino è clinicamente stabile, l'assunzione orale di liquidi è adeguata e si ha il mantenimento di una saturazione di ossigeno maggiore a 94% per 4 ore.

In conclusione, questa esperienza congressuale, caratterizzata da grandi stimoli scientifici, ha ravvivato in tutti noi la passione e l'entusiasmo che ci sostiene tutti i giorni nel nostro lavoro.

U.O.C. di Broncopneumologia, Dipartimento Pediatrico Universitario Ospedaliero, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, Roma
nicola.ullmann@opbg.net

Bibliografia

1) Wallis C, Alexopoulou E, Antón-Pacheco, et al. *ERS statement on tracheomalacia and bronchomalacia in children*. Eur Respir J 2019; 54. DOI: 10.1183/13993003.00382-2019.
2) Ullmann N, Secinaro A, Menchini L, et al. *Dynamic expiratory CT: an effective non-invasive diagnostic exam for fragile children with suspected tracheobronchomalacia*. Pediatr Pulmonol 2018;53:73-80.