

Bimbi asmatici o più semplicemente broncoreattivi? Facciamo chiarezza!

Cari mamma e papà, se siete giunti su questa pagina è perché forse il pediatra ha detto che il vostro bambino è un “*broncoreattivo*”... magari avrà parlato di asma, bronchite asmatica oppure di asma allergico... o ancora per dirla all'inglese potrebbe aver usato il termine di “*wheezing*” del bambino.

Di che parliamo?

Cos'è l'asma? Quali sono le cause?

L'asma è una malattia dei bronchi. Ricordiamo, per i meno esperti, che i bronchi sono quei “*tubi*” che tutti noi abbiamo nel torace che servono a portare aria ai polmoni. Alcuni bambini, detti *bambini broncoreattivi*, hanno bronchi un po' particolari che presentano una strana e spiccata tendenza a stringersi, così che di tanto in tanto diventano *sottili tubicini* che lasciano passare meno aria. Noi pediatri amiamo chiamare questo fenomeno *broncoreattività* e il restringimento dei bronchi che si verifica viene detto *bronicospasmo*. Questa reazione eccessiva di contrazione può avvenire in seguito a svariati stimoli tra cui: infezioni virali, allergeni, fumo, inquinanti, irritanti, aria fredda e secca, sforzo fisico, risata intensa, pianto intenso.

Ma perché tutto ciò? Tali fenomeni sono dovuti ad una risposta immunitaria “anomala” che si sviluppa nei bronchi, come se il sistema immunitario cercasse di difenderli da sostanze verso le quali non c'è ragione di difesa e verso cui solitamente altre persone non presentano alcuna reazione. E' ormai certo che alcuni fattori genetici giochino un ruolo determinante in tutto ciò.

Bambini broncoreattivi o bambini asmatici? Qual è la differenza?

Nei bambini esistono 2 tipi principali di asma: ASMA INFETTIVO e ASMA ALLERGICO

(quest'ultimo è l'asma vero e proprio).

- Quando si parla di *bambini broncoreattivi* ci si riferisce nella maggior parte dei casi a bambini che soffrono di ASMA INFETTIVO e che vanno incontro ad episodi ricorrenti di *bronchite asmatica infettiva*. E' infatti alquanto improprio utilizzare il termine di "*bambino asmatico*" per questa categoria di bimbi. Stiamo parlando di bimbi che ogni volta che incorrono in un'infezione delle vie respiratorie (rinite, tonsillite, tracheite... etc etc), diversamente da altri loro coetanei, vanno incontro a fenomeni di broncospasmo (in altre parole il dottore potrebbe dirci dopo la visita: "Signora ha giusto un pò d'asma" e magari prescriverà un broncodilatatore come Ventolin® o Broncovaleas® in aerosol o spray). Questa condizione è molto diffusa nei bambini sotto i 5 anni di vita. Non è detto che tali bambini siano o diventeranno *bambini asmatici* (cioè affetti da asma vero e proprio, *vedi dopo*) in quanto questa forma di broncospasmo tende a scomparire spontaneamente dopo i 5 anni.
- I *bambini asmatici* sono invece quei bambini che soffrono di asma vero e proprio. Che vuol dire "asma vero e proprio"? In pratica l'asma bronchiale va inteso come una malattia cronica delle vie aeree (quindi duratura nel tempo) caratterizzata da un'inflammatione cronica dei bronchi che si accompagna a fenomeni di broncospasmo (cioè bronchi che "si stringono"!) di frequenza e intensità variabili da caso a caso. Nella maggior parte di questi bambini un ruolo determinante è giocato da *allergeni*, configurando quello che viene indicato come ASMA ALLERGICO. Gli allergeni sono sostanze di origine animale o vegetale capaci di generare una reazione immunitaria a livello della parete dei bronchi che provoca infiammazione e contrazione di questi.

Non raramente queste due forme di broncoreattività possono coesistere nello stesso bambino. Accade infatti che alcuni bambini broncoreattivi nei primi 5 anni di vita (cioè con episodi ricorrenti di bronchite asmatica infettiva) presentino anche una componente allergica che può essere utile scovare attraverso le famigerate "*prove allergiche*" e che può essere suggestiva di una possibile evoluzione in asma allergico.

Quali fattori possono far “stringere” i bronchi dei bambini?

I fattori che possono contrarre i bronchi dei bambini sono tanti. E' però importante considerare che ogni bambino può essere sensibile solo ad alcune e non a tutte le cose qui elencate:

- *Infezioni delle vie respiratorie*: molti virus ed alcuni batteri che nella maggior parte dei bambini provocano un banale raffreddore o magari febbre o mal di gola, nei bambini asmatici provocano in più anche la “chiusura dei bronchi” e quindi sintomi d’asma
- *Allergeni*: si tratta di sostanze di origine animale o vegetale che provocano allergia (vedi asma e allergia)!
- *Agenti irritanti*: fumo di sigaretta, fumo di botti di capodanno, fumi di scarico delle macchine o altri inquinanti, odori molto forti, aria fredda e secca
- *Respirare velocemente* può, in alcuni bambini, scatenare l’asma! Ciò può avvenire quando il bimbo piange, ride, gioca intensamente o fa uno sforzo fisico (asma da sforzo).
Attenzione! Questo non significa che dovrete impedire al vostro bimbo di ridere o giocare... piuttosto dovrete concordare con un pediatra esperto la terapia più adeguata (vedi dopo) affinché possa fare tutte queste cose senza che sia colto da attacchi di tosse o mancanza di respiro!
- *Reflusso gastroesofageo*: il reflusso gastroesofageo può provocare sintomi asmatici; ciò può avvenire in 2 modi: 1. Il reflusso acido sale alla laringe e viene aspirato direttamente nei bronchi (come micro- o macro-aspirazioni) 2. Il reflusso acido non arriva a salire fino ai bronchi ma si ferma all’esofago; qui però va a stimolare un nervo (il nervo vago!) che dall’esofago collega ai bronchi e li fa chiudere.

Quali sono i sintomi d’asma nei bambini?

Quando il bambino NON È IN CORSO DI ATTACCO ASMATICO (*fase intercritica*) i sintomi più comuni dell’asma sono:

- *Tosse secca* che non va mai via, con periodi di alti e bassi, e che a volte tende a peggiorare di notte ^{terapia}

- *Facile "stancabilità"*: alcuni bambini asmatici non presentano tosse né fischi ma si tratta di bimbi che "si stancano troppo presto" rispetto ai loro coetanei durante il gioco o che magari tendono ad evitare di fare sforzi fisici; questi bambini sono quelli che più spesso rischiano di passare inosservati.

- *Fischi respiratori* (detti anche "sibili") sono dovuti all'aria che passando in bronchi più stretti del normale inizia a fischiare come farebbe il vento passando in un piccolo cunicolo. Tale fischio può essere molto forte (udibile ad orecchio nudo dalla madre) oppure meno forte (udibile solo dal pediatra alla visita). E' importante ricordare che in alcuni casi il fischio non c'è proprio: infatti non sempre l'asma si manifesta con fischio respiratorio!

Quando un bambino invece è **IN CORSO DI ATTACCO ASMATICO** (*fase di riacutizzazione*) si assiste ad un improvviso ed inaspettato peggioramento dei sintomi respiratori con comparsa di:

- Difficoltà a respirare e affanno
- Aumento della tosse che può anche diventare produttiva (specie se l'attacco asmatico è stato scatenato da un infezione)
- Aumento dei fischi respiratori o comparsa di questi se prima non c'erano
- Cianosi
- Riduzione della saturazione di ossigeno misurata al ditino nei casi più gravi

Asma e allergia: tutti gli asmatici sono anche allergici?

Assolutamente no! O meglio: sotto i 5 anni la maggior parte non lo sono perché in quella fascia di età prevale l'asma infettivo; sopra i 5 anni di vita tendono a prevalere bambini con

asma allergico.

Per *allergia* si intende il fenomeno per cui una persona reagisce in modo inappropriato e con danno per l'organismo in seguito all'incontro di sostanze che normalmente non dovrebbero provocare reazioni.

Esistono vari tipi di allergie. Queste reazioni inappropriate del sistema immunitario possono infatti verificarsi a livello di diversi organi:

- nella pelle (ad es: orticaria, dermatite atopica... etc)
- nell'intestino (allergie alimentari, diarrea, vomito, colite... etc)
- nelle vie respiratorie (asma, laringospasmo...)
- a livello sistemico, cioè di tutti gli organi (shock anafilattico)

Le sostanze capaci di provocare allergie vengono dette allergeni.

Gli allergeni che più spesso contribuiscono all'asma sono quelli *inalatori* (cioè che entrano nel corpo col respiro, detti anche aeroallergeni): acari della polvere, muffe, detriti e particelle di scarafaggi, animali domestici (cani, gatti o altri animali con pelo), pollini di alberi, piante, erbe selvatiche.

Ci tengo a dire a tutte le mamme che gli allergeni alimentari (cioè quelli che entrano nel corpo col cibo come uova, latte, grano, pesce, pomodoro, arachidi e tantissimi altri) molto raramente provocano SOLO asma. Se un alimento riesce a scatenare l'asma in un bambino sicuramente saranno presenti anche altri problemi allergici associati (ad es: dermatite atopica o allergia intestinale). Quindi se il vostro bambino ha solo ed esclusivamente un problema di asma non vi "fissate" a cercare la causa solo in fantomatici alimenti incriminati perché rischiate di finire fuoristrada e togliere inutilmente alimenti preziosi per la crescita ai vostri bimbi. Evitare le diagnosi di allergia "fai da te" e seguire i consigli di un pediatra

Asma e bronchite asmatica in bambini: cause, sintomi, allergia, terapia
esperto potrà sicuramente aiutarvi.

Di fronte ad un bambino asmatico è sempre importante capire se si tratta di un bambino che è anche allergico. Infatti se c'è:

asma con allergia la probabilità che l'asma tenda a perdurare fino all'età adulta aumenta

asma senza allergia è possibile che l'asma sia solo di natura infettiva e tenda a scomparire verso i 5 anni di età

Capire ciò è importante per decidere come impostare la terapia anti-asmatica (vedi dopo).

Quando e come praticare le prove allergiche nei bambini?

Innanzitutto bisogna dire che la pratica di quelle che sono impropriamente chiamate "prove allergiche" dalla maggior parte delle persone, non è l'unico modo per stabilire il rischio allergico di un bambino con asma.

Un bambino asmatico ha un elevato rischio che si tratti di asma allergico qualora presenti:

- almeno un familiare di I° grado allergico (genitore, fratello o sorella)
- storia di dermatite atopica
- positività delle prove allergiche per allergeni inalatori

Pertanto risulta sempre utile in bambini asmatici che presentino fattori di rischio per allergia discutere col proprio pediatra se è indicato praticare o meno le "prove allergiche" tenendo presente che per gli *allergeni inalatori* la positivizzazione di queste (detta anche sensibilizzazione!) avviene spesso solo dopo i 4-5 anni di età.

Esistono diverse tipologie di "prove allergiche". Abbiamo infatti:

- Prick-test: questi si svolgono mettendo sul braccino del bimbo delle gocce di reattivo

contenente l'allergene che si vuole esaminare (esistono appositi kit in commercio); subito dopo si effettuano delle micro-punture molto superficiali sulle gocchine in modo che l'allergene può penetrare nel derma superficiale; si attenderanno alcuni minuti per avere la risposta del test: se l'esito è positivo apparirà un "pomfo" (in pratica un rigonfiamento della pelle identico a quello che si verifica in seguito a punture di zanzara...); il pediatra che esegue il test osserverà i vari pomfi che si generano durante il test in risposta ai vari allergeni utilizzati e li confronterà col pomfo che viene inevitabilmente generato da un reattivo speciale che viene usato ogni volta e che si chiama "istamina": qualora il pomfo che si sta esaminando presenti un diametro di almeno 3 mm o sia almeno la metà del pomfo di confronto dell'istamina, si dirà che quel prick-test è positivo e che quindi quel paziente è *sensibilizzato* a quell'allergene (il che non significa necessariamente che sia allergico per quella sostanza! oltre all'esito del prick-test dovrà essere il quadro clinico del bambino a orientare il pediatra nell'esprimere il giudizio di "allergia" o "non allergia" per quella particolare sostanza).

- Rast: consistono in "prove allergiche" analoghe ai prick-test, con la differenza che i Rast vengono effettuati su prelievo di sangue. Il test consiste nel dosaggio delle IgE-specifiche per determinati allergeni, ovvero anticorpi prodotti dal nostro organismo, chiamati appunto "IgE", che possono essere suggestivi di sensibilizzazione a particolari sostanze.

Quali terapie per la cura dell'asma nei bambini?

Per l'asma bronchiale esistono 2 tipologie principali di terapia:

TERAPIE AL BISOGNO cioè da somministrare solo in caso di aumento dei sintomi o in caso di attacco asmatico, sotto la guida del proprio pediatra.

Vengono utilizzati *broncodilatatori a breve durata d'azione* quali Ventolin® o Broncovaleas® che possono essere somministrati in aerosol o meglio ancora mediante spray con apposito *distanziatore* per i più piccini che ancora non sanno coordinare bene l'inalazione del farmaco.

E' la famosa "compressina" di Bentelan® tanto amata da molti genitori?

Come molti di voi sanno il Bentelan® è cortisone... usare il cortisone per bocca in molti casi provocherà un netto miglioramento dei sintomi asmatici eliminando in maniera più o meno completa i sibili, placando la tosse stizzosa e migliorando la respirazione del piccolo. E' però auspicabile che non tutte le volte che un bimbo ha sintomi asmatici si corra subito ai ripari col cortisone per os! Nonostante quest'ultimo sia infatti molto efficace nel ridurre i sintomi, esso non è privo di importanti effetti dannosi per l'organismo, soprattutto se assunto in maniera protratta e/o ricorrente. Pertanto il nostro suggerimento è quello di utilizzare il cortisone per bocca nell'asma solo se davvero necessario e solo sotto la guida del proprio pediatra, evitandone l'auto-prescrizione che molte volte non è tanto utile ad apportare un significativo beneficio al bambino quanto lo è piuttosto per sedare l'ansia del genitore! Ruolo importante del pediatra deve essere dunque quello di aiutare il genitore ad uscire dal *vortice dell'automedicazione* in cui spesso si cade quando si ha un figlio asmatico e che spesso porta a pericolosi abusi di cortisone! Insomma cerchiamo di usare il cortisone per bocca solo su indicazione del pediatra che, dopo aver visitato il piccolo, volta per volta saprà rendersi conto se è il caso di "sparare cannonate" con cortisonici oppure se è possibile gestire i sintomi d'asma nel modo più sicuro ed appropriato, ovvero utilizzando broncodilatatori per via inalatoria!

TERAPIE DI FONDO cioè da somministrare sempre, giorno per giorno, anche quando il bambino non ha fischi, tosse o altri sintomi d'asma. Non tutti i bambini hanno bisogno di *terapie di fondo* ed in molti i casi è possibile gestire l'asma esclusivamente con *terapie al bisogno* (soprattutto quando si tratta di asma infettivo e non di asma allergico!).

In casi selezionati e dopo accurata valutazione pediatrica eventualmente integrata con test spirometrici e allergologici può essere utile valutare l'introduzione in terapia di farmaci quali:

o *cortisonici inalatori* (che molti di voi conosceranno coi nomi commerciali di Fluspiral®, Flixotide®, Pulmaxan® e vari altri); il pediatra che ha in cura il piccolo saprà modulare il dosaggio di tali farmaci che può variare da basse a medie o alte

o *cortisonici inalatori associati a broncodilatatori a lunga durata d'azione* (un esempio diffuso in commercio e sicuramente familiare a molti di voi è il Seretide®)

o *antileucotrieni* (parliamo di principi attivi quali Montelukast e Zafirlukast noti a molti di voi genitori coi nomi commerciali di Montegen®, Singulair®, Lukasm® o Zafirst®); questi ultimi hanno mostrato particolare efficacia soprattutto in bambini affetti da *asma da sforzo*: parliamo dunque di bambini che appena fanno uno sforzo fisico, magari giocando, ma a volte anche semplicemente ridendo o piangendo, vengono bruscamente interrotti dall'insorgenza di fastidiosi sintomi come affanno, sibili... o a volte anche solo tosse stizzosa!

Infine per i casi di asma più severi e difficili da gestire esistono ulteriori "armi" farmacologiche che però è opportuno vengano prescritte in centri specializzati per la cura dell'asma con esperienza in merito ed in casi altamente selezionati. Esempi in questo senso sono i *teofillinici* o ancora gli *anticorpi monoclonali anti-IgE* (omalizumab, diffuso in commercio col nome di Xolair®).

Cos'è l'asma? Quali sono le cause?

L'asma è una malattia dei bronchi. Ricordiamo, per i meno esperti, che i bronchi sono quei "tubi" che tutti noi abbiamo nel torace che servono a portare aria ai polmoni. Alcuni bambini, detti *bambini broncoreattivi*, hanno bronchi un po' particolari che presentano una strana e spiccata tendenza a stringersi, così che di tanto in tanto diventano *sottili tubicini* che lasciano passare meno aria. Noi pediatri amiamo chiamare questo fenomeno *broncoreattività* e il restringimento dei bronchi che si verifica viene detto *bronicospasmo*. Questa reazione eccessiva di contrazione può avvenire in seguito a svariati stimoli tra cui: infezioni virali, allergeni, fumo, inquinanti, irritanti, aria fredda e secca, sforzo fisico, risata intensa, pianto intenso.

Ma perché tutto ciò? Tali fenomeni sono dovuti ad una risposta immunitaria "anomala" che si sviluppa nei bronchi, come se il sistema immunitario cercasse di difenderli da sostanze verso

le quali non c'è ragione di difesa e verso cui solitamente altre persone non presentano alcuna reazione. E' ormai certo che alcuni fattori genetici giochino un ruolo determinante in tutto ciò.

Bambini broncoreattivi o bambini asmatici? Qual è la differenza?

Nei bambini esistono 2 tipi principali di asma: ASMA INFETTIVO e ASMA ALLERGICO (quest'ultimo è l'asma vero e proprio).

- Quando si parla di *bambini broncoreattivi* ci si riferisce nella maggior parte dei casi a bambini che soffrono di ASMA INFETTIVO e che vanno incontro ad episodi ricorrenti di *bronchite asmatica infettiva*. E' infatti alquanto improprio utilizzare il termine di "*bambino asmatico*" per questa categoria di bimbi. Stiamo parlando di bimbi che ogni volta che incorrono in un'infezione delle vie respiratorie (rinite, tonsillite, tracheite... etc etc), diversamente da altri loro coetanei, vanno incontro a fenomeni di broncospasmo (in altre parole il dottore potrebbe dirci dopo la visita: "Signora ha giusto un pò d'asma" e magari prescriverà un broncodilatatore come Ventolin® o Broncovaleas® in aerosol o spray). Questa condizione è molto diffusa nei bambini sotto i 5 anni di vita. Non è detto che tali bambini siano o diventeranno *bambini asmatici* (cioè affetti da asma vero e proprio, *vedi dopo*) in quanto questa forma di broncospasmo tende a scomparire spontaneamente dopo i 5 anni.
- I *bambini asmatici* sono invece quei bambini che soffrono di asma vero e proprio. Che vuol dire "asma vero e proprio"? In pratica l'asma bronchiale va inteso come una malattia cronica delle vie aeree (quindi duratura nel tempo) caratterizzata da un'inflammatione cronica dei bronchi che si accompagna a fenomeni di broncospasmo (cioè bronchi che "si stringono"!) di frequenza e intensità variabili da caso a caso. Nella maggior parte di questi bambini un ruolo determinante è giocato da *allergeni*, configurando quello che viene indicato come ASMA ALLERGICO. Gli allergeni sono sostanze di origine animale o vegetale capaci di generare una reazione immunitaria a livello della parete dei bronchi che provoca infiammazione e contrazione di questi.

Non raramente queste due forme di broncoreattività possono coesistere nello stesso

bambino. Accade infatti che alcuni bambini broncoreattivi nei primi 5 anni di vita (cioè con ^{terapia} episodi ricorrenti di bronchite asmatica infettiva) presentino anche una componente allergica che può essere utile scovare attraverso le famigerate “*prove allergiche*” e che può essere suggestiva di una possibile evoluzione in asma allergico.

Quali fattori possono far “stringere” i bronchi dei bambini?

I fattori che possono contrarre i bronchi dei bambini sono tanti. E’ però importante considerare che ogni bambino può essere sensibile solo ad alcune e non a tutte le cose qui elencate:

- *Infezioni delle vie respiratorie*: molti virus ed alcuni batteri che nella maggior parte dei bambini provocano un banale raffreddore o magari febbre o mal di gola, nei bambini asmatici provocano in più anche la “chiusura dei bronchi” e quindi sintomi d’asma
- *Allergeni*: si tratta di sostanze di origine animale o vegetale che provocano allergia (vedi asma e allergia)!
- *Agenti irritanti*: fumo di sigaretta, fumo di botti di capodanno, fumi di scarico delle macchine o altri inquinanti, odori molto forti, aria fredda e secca
- *Respirare velocemente* può, in alcuni bambini, scatenare l’asma! Ciò può avvenire quando il bimbo piange, ride, gioca intensamente o fa uno sforzo fisico (asma da sforzo).
Attenzione! Questo non significa che dovrete impedire al vostro bimbo di ridere o giocare... piuttosto dovrete concordare con un pediatra esperto la terapia più adeguata (vedi dopo) affinché possa fare tutte queste cose senza che sia colto da attacchi di tosse o mancanza di respiro!
- *Reflusso gastroesofageo*: il reflusso gastroesofageo può provocare sintomi asmatici; ciò può avvenire in 2 modi: 1. Il reflusso acido sale alla laringe e viene aspirato direttamente nei bronchi (come micro- o macro-aspirazioni) 2. Il reflusso acido non arriva a salire fino ai bronchi ma si ferma all’esofago; qui però va a stimolare un nervo (il nervo vago!) che

Quali sono i sintomi d'asma nei bambini?

Quando il bambino NON È IN CORSO DI ATTACCO ASMATICO (*fase intercritica*) i sintomi più comuni dell'asma sono:

- *Tosse secca* che non va mai via, con periodi di alti e bassi, e che a volte tende a peggiorare di notte
- *Facile "stancabilità"*: alcuni bambini asmatici non presentano tosse né fischi ma si tratta di bimbi che "si stancano troppo presto" rispetto ai loro coetanei durante il gioco o che magari tendono ad evitare di fare sforzi fisici; questi bambini sono quelli che più spesso rischiano di passare inosservati.
- *Fischi respiratori* (detti anche "sibili") sono dovuti all'aria che passando in bronchi più stretti del normale inizia a fischiare come farebbe il vento passando in un piccolo cunicolo. Tale fischio può essere molto forte (udibile ad orecchio nudo dalla madre) oppure meno forte (udibile solo dal pediatra alla visita). E' importante ricordare che in alcuni casi il fischio non c'è proprio: infatti non sempre l'asma si manifesta con fischio respiratorio!

Quando un bambino invece è IN CORSO DI ATTACCO ASMATICO (*fase di riacutizzazione*) si assiste ad un improvviso ed inaspettato peggioramento dei sintomi respiratori con comparsa di:

- Difficoltà a respirare e affanno
- Aumento della tosse che può anche diventare produttiva (specie se l'attacco asmatico è stato scatenato da un'infezione)
- Aumento dei fischi respiratori o comparsa di questi se prima non c'erano
- Cianosi

- Riduzione della saturazione di ossigeno misurata al ditino nei casi più gravi terapia

Asma e allergia: tutti gli asmatici sono anche allergici?

Assolutamente no! O meglio: sotto i 5 anni la maggior parte non lo sono perché in quella fascia di età prevale l'asma infettivo; sopra i 5 anni di vita tendono a prevalere bambini con asma allergico.

Per *allergia* si intende il fenomeno per cui una persona reagisce in modo inappropriato e con danno per l'organismo in seguito all'incontro di sostanze che normalmente non dovrebbero provocare reazioni.

Esistono vari tipi di allergie. Queste reazioni inappropriate del sistema immunitario possono infatti verificarsi a livello di diversi organi:

- nella pelle (ad es: orticaria, dermatite atopica... etc)
- nell'intestino (allergie alimentari, diarrea, vomito, colite... etc)
- nelle vie respiratorie (asma, laringospasmo...)
- a livello sistemico, cioè di tutti gli organi (shock anafilattico)

Le sostanze capaci di provocare allergie vengono dette allergeni.

Gli allergeni che più spesso contribuiscono all'asma sono quelli *inalatori* (cioè che entrano nel corpo col respiro, detti anche aeroallergeni): acari della polvere, muffe, detriti e particelle di scarafaggi, animali domestici (cani, gatti o altri animali con pelo), pollini di alberi, piante, erbe selvatiche.

Ci tengo a dire a tutte le mamme che gli allergeni alimentari (cioè quelli che entrano nel corpo col cibo come uova, latte, grano, pesce, pomodoro, arachidi e tantissimi altri) molto

raramente provocano SOLO asma. Se un alimento riesce a scatenare l'asma in un bambino ^{terapia} sicuramente saranno presenti anche altri problemi allergici associati (ad es: dermatite atopica o allergia intestinale). Quindi se il vostro bambino ha solo ed esclusivamente un problema di asma non vi "fissate" a cercare la causa solo in fantomatici alimenti incriminati perché rischiate di finire fuoristrada e togliere inutilmente alimenti preziosi per la crescita ai vostri bimbi. Evitare le diagnosi di allergia "fai da te" e seguire i consigli di un pediatra esperto potrà sicuramente aiutarvi.

Di fronte ad un bambino asmatico è sempre importante capire se si tratta di un bambino che è anche allergico. Infatti se c'è:

asma con allergia la probabilità che l'asma tenda a perdurare fino all'età adulta aumenta

asma senza allergia è possibile che l'asma sia solo di natura infettiva e tenda a scomparire verso i 5 anni di età

Capire ciò è importante per decidere come impostare la terapia anti-asmatica (vedi dopo).

Quando e come praticare le prove allergiche nei bambini?

Innanzitutto bisogna dire che la pratica di quelle che sono impropriamente chiamate "prove allergiche" dalla maggior parte delle persone, non è l'unico modo per stabilire il rischio allergico di un bambino con asma.

Un bambino asmatico ha un elevato rischio che si tratti di asma allergico qualora presenti:

- almeno un familiare di 1° grado allergico (genitore, fratello o sorella)
- storia di dermatite atopica
- positività delle prove allergiche per allergeni inalatori

Pertanto risulta sempre utile in bambini asmatici che presentino fattori di rischio per allergia

discutere col proprio pediatra se è indicato praticare o meno le “prove allergiche” tenendo presente che per gli *allergeni inalatori* la positivizzazione di queste (detta anche sensibilizzazione!) avviene spesso solo dopo i 4-5 anni di età.

Esistono diverse tipologie di “prove allergiche”. Abbiamo infatti:

- Prick-test: questi si svolgono mettendo sul braccino del bimbo delle gocce di reattivo contenente l'allergene che si vuole esaminare (esistono appositi kit in commercio); subito dopo si effettuano delle micro-punture molto superficiali sulle gocce in modo che l'allergene può penetrare nel derma superficiale; si attenderanno alcuni minuti per avere la risposta del test: se l'esito è positivo apparirà un “pomfo” (in pratica un rigonfiamento della pelle identico a quello che si verifica in seguito a punture di zanzara...); il pediatra che esegue il test osserverà i vari pomfi che si generano durante il test in risposta ai vari allergeni utilizzati e li confronterà col pomfo che viene inevitabilmente generato da un reattivo speciale che viene usato ogni volta e che si chiama “istamina”: qualora il pomfo che si sta esaminando presenti un diametro di almeno 3 mm o sia almeno la metà del pomfo di confronto dell'istamina, si dirà che quel prick-test è positivo e che quindi quel paziente è *sensibilizzato* a quell'allergene (il che non significa necessariamente che sia allergico per quella sostanza! oltre all'esito del prick-test dovrà essere il quadro clinico del bambino a orientare il pediatra nell'esprimere il giudizio di “allergia” o “non allergia” per quella particolare sostanza).
- Rast: consistono in “prove allergiche” analoghe ai prick-test, con la differenza che i Rast vengono effettuati su prelievo di sangue. Il test consiste nel dosaggio delle IgE-specifiche per determinati allergeni, ovvero anticorpi prodotti dal nostro organismo, chiamati appunto “IgE”, che possono essere suggestivi di sensibilizzazione a particolari sostanze.

Quali terapie per la cura dell'asma nei bambini?

Per l'asma bronchiale esistono 2 tipologie principali di terapia:

TERAPIE AL BISOGNO cioè da somministrare solo in caso di aumento dei sintomi o in caso di attacco asmatico, sotto la guida del proprio pediatra.

Asma e bronchite asmatica in bambini: cause, sintomi, allergia,

Vengono utilizzati *broncodilatatori a breve durata d'azione* quali Ventolin® o *terapia* Broncovaleas® che possono essere somministrati in aerosol o meglio ancora mediante spray con apposito *distanziatore* per i più piccini che ancora non sanno coordinare bene l'inalazione del farmaco.

E' la famosa "compressina" di Bentelan® tanto amata da molti genitori?

Come molti di voi sanno il Bentelan® è cortisone... usare il cortisone per bocca in molti casi provocherà un netto miglioramento dei sintomi asmatici eliminando in maniera più o meno completa i sibili, placando la tosse stizzosa e migliorando la respirazione del piccolo. E' però auspicabile che non tutte le volte che un bimbo ha sintomi asmatici si corra subito ai ripari col cortisone per os! Nonostante quest'ultimo sia infatti molto efficace nel ridurre i sintomi, esso non è privo di importanti effetti dannosi per l'organismo, soprattutto se assunto in maniera protratta e/o ricorrente. Pertanto il nostro suggerimento è quello di utilizzare il cortisone per bocca nell'asma solo se davvero necessario e solo sotto la guida del proprio pediatra, evitandone l'auto-prescrizione che molte volte non è tanto utile ad apportare un significativo beneficio al bambino quanto lo è piuttosto per sedare l'ansia del genitore! Ruolo importante del pediatra deve essere dunque quello di aiutare il genitore ad uscire dal *vortice dell'automedicazione* in cui spesso si cade quando si ha un figlio asmatico e che spesso porta a pericolosi abusi di cortisone! Insomma cerchiamo di usare il cortisone per bocca solo su indicazione del pediatra che, dopo aver visitato il piccolo, volta per volta saprà rendersi conto se è il caso di "sparare cannonate" con cortisonici oppure se è possibile gestire i sintomi d'asma nel modo più sicuro ed appropriato, ovvero utilizzando broncodilatatori per via inalatoria!

TERAPIE DI FONDO cioè da somministrare sempre, giorno per giorno, anche quando il bambino non ha fischi, tosse o altri sintomi d'asma. Non tutti i bambini hanno bisogno di *terapie di fondo* ed in molti i casi è possibile gestire l'asma esclusivamente con *terapie al bisogno* (soprattutto quando si tratta di asma infettivo e non di asma allergico!).

In casi selezionati e dopo accurata valutazione pediatrica eventualmente integrata con ^{terapia} test spirometrici e allergologici può essere utile valutare l'introduzione in terapia di farmaci quali:

- o *cortisonici inalatori* (che molti di voi conosceranno coi nomi commerciali di Fluspiral®, Flixotide®, Pulmaxan® e vari altri); il pediatra che ha in cura il piccolo saprà modulare il dosaggio di tali farmaci che può variare da basse a medie o alte dosi in base al quadro clinico
- o *cortisonici inalatori associati a broncodilatatori a lunga durata d'azione* (un esempio diffuso in commercio e sicuramente familiare a molti di voi è il Seretide®)
- o *antileucotrieni* (parliamo di principi attivi quali Montelukast e Zafirlukast noti a molti di voi genitori coi nomi commerciali di Montegen®, Singulair®, Lukasm® o Zafirst®); questi ultimi hanno mostrato particolare efficacia soprattutto in bambini affetti da *asma da sforzo*: parliamo dunque di bambini che appena fanno uno sforzo fisico, magari giocando, ma a volte anche semplicemente ridendo o piangendo, vengono bruscamente interrotti dall'insorgenza di fastidiosi sintomi come affanno, sibili... o a volte anche solo tosse stizzosa!



CERCHI UN PEDIATRA A CASA?

11:29

Elenco Medici

Seleziona uno o più medici e attendi il primo che risponderà

SELEZIONA TUTTI

<input type="radio"/>		Dott. Iva Trevisano	Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Domenico Arcuri	Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Maria Pia Panicucci	Non Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Gaetano Padovano	Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Marzio Calabresi	Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Sebastiano Cremonesi	Non Disponibile	

SCARICA L'APP



Infine per i casi di asma più severi e difficili da gestire esistono ulteriori “armi” farmacologiche che però è opportuno vengano prescritte in centri specializzati per la cura dell’asma con esperienza in merito ed in casi altamente selezionati. Esempi in questo senso sono i *teofillinici* o ancora gli *anticorpi monoclonali anti-IgE* (omalizumab, diffuso in commercio col nome di Xolair®).