

L'asma bronchiale è una malattia infiammatoria cronica respiratoria di varia eziologia, accomunata da patogenesi bronco-ostruttiva e da iper-reattività bronchiale.

Si manifesta con episodi ricorrenti di respiro sibilante, dispnea espiratoria (a contrario di quella laringea, che è inspiratoria), senso di costrizione toracica e tosse, specie notturna e mattutina.

I fattori scatenanti sono molteplici, come allergie, sforzo, infezioni, ma possono anche essere aspecifici, spesso riguardanti l'inquinamento dell'ambiente e dell'aria. Anche la predisposizione dei bambini non è uniforme e richiama origini genetiche, o allergiche, o quelle ambientali appunto. Pertanto è evidente, che come sono vari i fattori e le origini predisponenti, di conseguenza, anche le tipologie dell'asma sono varie. Tutto ciò pone l'asma come una malattia che va oltre i confini dell'organo direttamente interessato, i bronchi, ma anche l'intero apparato respiratorio, e specie nei bambini si pone come un problema di salute sistemico.

Poiché l'asma è oggetto di continui studi e quindi di evoluzione dei concetti che la riguardano, possiamo con una buona approssimazione considerare l'attuale definizione, come temporanea. Ancora negli ultimi anni '70-'80, cioè negli anni dell'infanzia dei genitori di oggi, le definizioni di asma si concentravano soprattutto sul broncospasmo.

Il termine asma è d'origine greca e significa respiro breve. La più antica menzione conosciuta è di Omero nell'Iliade. Il termine in senso medico, per la prima volta, venne usato da Ippocrate. Era Galeno, sempre in tempi antichi, a provare a fornirne una prima spiegazione eziopatologica. Ad Avicenna, già nel medioevo, si deve l'intuito della teoria del broncospasmo. L'inizio degli accertamenti strumentali si deve invece a René Laennec, inventore dello stetoscopio (1816). In generale, le scoperte in campo medico del XIX secolo hanno posto le basi al moderno inquadramento dell'asma. Nel XX secolo, avvenne una nuova esplosione conoscitiva circa le scoperte allergologiche, immunologiche e l'affinamento degli strumenti diagnostici, tra cui l'invenzione della spirometria e dei metodi terapeutici.

Attualmente si considera l'asma una malattia infiammatoria. Nei paesi industrializzati rappresenta la più comune patologia cronica in età pediatrica.

La diagnostica si basa sull'accurata anamnesi, esame obiettivo ed accertamenti aggiuntivi. È molto importante che il medico che segue il bambino possa visitarlo durante l'episodio asmatico.

L'anamnesi, importantissima, è indirizzata sia al bambino stesso - vanno quindi raccolti i dati inerenti la gravidanza, il parto, il periodo perinatale, lo sviluppo, le infezioni, le allergie, le intolleranze, la frequenza e la circostanza della comparsa di episodi di respiro sibilante - sia verso l'ambiente in cui il bambino asmatico vive - e dunque la familiarità per l'asma e per le malattie allergiche e respiratorie, il fumo durante la gravidanza ed il fumo passivo, le condizioni igieniche e di inquinamento, e non ultima per importanza la situazione socio-psicologica familiare, scolastica ed ambientale.

Un esame obiettivo del bambino durante la crisi è fondamentale, in quanto permette di riscontrare la bronco-ostruzione, condizione che indirizza verso l'esatto indirizzo diagnostico.

Tra gli esami aggiuntivi importanti vi sono: test di funzionalità polmonare, prove allergiche, ricerca di fattori e marker d'infiammazione e valutazione dello stato delle vie respiratorie superiori.

Il test di funzionalità polmonare si pratica sostanzialmente ai bambini di età maggiore ai 6 anni. Tali test possono comprendere la spirometria, preferibilmente con misurazione della risposta al broncodilatatore (solitamente salbutamolo somministrato per via inalatoria); test di provocazione bronchiale con metacolina, molto sensibile, ma

mediamente specifico. Inoltre si praticano test da sforzo, quando c'è un sospetto di asma da sforzo. Un'eventuale comparsa della bronco-ostruzione durante il test è indicativa. L'esame è quindi considerato altamente specifico, pur essendo mediamente sensibile.

Prove allergiche di prima scelta sono quelle cutanee per allergeni inalanti (Prick-test). In caso di risultati incerti o dubbi, o qualora le suddette prove risultassero falsate, ad esempio da assunzione di farmaci antistaminici o corticosteroidi, si effettua una ricerca su un prelievo di sangue, di anticorpi sierici specifici allergici (IgE), che al giorno d'oggi avviene prevalentemente mediante metodi immunologici. La ricerca - sempre nel sangue - di una quantità totale di anticorpi allergici (IgE sieriche totali), detta anche prist-test, ha minore importanza poiché priva di specificità. Può tuttavia risultare utile nell'indicare lo stato di atopia, ossia la predisposizione genetica allo sviluppo delle reazioni allergiche.

Tra gli altri esami, va segnalata la ricerca degli eosinofili nello sputo - globuli bianchi coinvolti nei meccanismi delle reazioni allergiche - cioè un'esame mediamente specifico, ma altamente sensibile.

La valutazione dello stato delle alte vie respiratorie (naso, faringe, laringe) è importante, in quando esse costituiscono un'anticamera delle basse vie respiratorie (dalla laringe in giù). Aria contenuta in ogni respiro, prima di arrivare nei polmoni, attraversa il naso e la gola. È nel naso che l'aria viene filtrata, riscaldata e umidificata ottimamente. In caso di malfunzionamento nasale le sopra citate importanti funzioni vengono a meno, esponendo la mucosa bronchiale agli effetti irritanti. Invece eventuale presenza di focolai flogistici, infettivi, come ad esempio una rino-sinusite od adenoidite, inducono ad inalazione nelle basse vie respiratorie di microrganismi patogeni.

Fa parte dell'inquadramento diagnostico, infine, anche la valutazione della risposta alla terapia anti-asmatica (ex iuvantibus). Ciò è perfettamente in linea con i concetti terapeutici che si basano sul controllo della malattia attraverso la valutazione delle risposte alla terapia.

L'approccio terapeutico deve tener conto del tipo d'asma, della sua gravità, dell'età del bambino, della presenza di eventuali malattie concomitanti, di eventuali allergie ed intolleranze. Esso si prefigge inoltre di mantenere il controllo della malattia e della sua sintomatologia a lungo termine, riducendo al minimo la quantità ed il dosaggio dei farmaci per raggiungere lo scopo.

Per il controllo dell'asma di fondo come terapia di primo impiego, a lungo termine, nei bambini di tutte le età, vengono preferibilmente scelti corticosteroidi inalatori, con la raccomandazione dell'ausilio di un distanziatore, e sotto i 4 anni, anche di una mascherina.

Altri farmaci adatti alla terapia di fondo sono gli anileucotrieni. Si tratta di una classe di farmaci orali relativamente nuova per impiego da soli o in aggiunta alla terapia inalatoria.

I broncodilatatori a lunga durata d'azione non sono assai preferibili per uso pediatrico, eccezion fatta negli adolescenti, in aggiunta ai corticosteroidi inalanti per l'asma non ben controllata. Non vanno usati da soli. Quelli a breve durata d'azione, invece, trovano impiego negli attacchi d'asma acuti.

Gli antistaminici non hanno un'azione diretta sull'asma. Invece vengono lo stesso impiegati per il controllo di altre o concomitanti manifestazioni allergiche come ad esempio la rinite.

L'utilizzo dei corticosteroidi orali è limitato ad una fascia di malati molto selezionata, ed è limitato anche nel tempo d'impiego, dati gli effetti collaterali.

Per un attacco acuto d'asma si usano abitualmente dei broncodilatatori inalatori a breve durata d'azione, in particolar modo il salbutamolo. A seconda della gravità, trovano impiego i corticosteroidi per via orale ed endovenosa e l'ossigenoterapia.



Per l'asma allergica, tra gli altri metodi terapeutici applicabili, vi è anche l'immunoterapia specifica con i cosiddetti "vaccini antiallergici", che consiste nel somministrare per un periodo prolungato (anni) l'allergene in concentrazione crescente, al fine di determinarne la tollerabilità. Questo è indicato solo per l'asma allergica per creare una desensibilizzazione, e non sostituisce altre terapie. Inoltre, recentemente, si è aggiunta una nuova arma (anche assai costosa) per combattere l'asma allergica, ovvero gli anticorpi monoclonali anti-IgE. Si tratta di un medicinale molto importante contro l'asma allergica grave, a rischio infausto, altrimenti non controllabile.

Esistono anche alcuni procedimenti ausiliari nel trattamento dell'asma bronchiale. Uno di questi è rappresentato dalle cure climatiche. Di conseguenza i centri per queste cure sono spesso situati o in montagna - dove l'influenza climatica si basa su un'aria poco inquinata - o al mare - dove in modo naturale avviene inalazione di aria salina. Infatti, è da tempo ormai noto l'effetto benefico del sale, sia sotto forma di soluzione isotonica od ipertonica per lavaggi nasali, sia sotto forma micronizzata sulle affezioni delle basse vie respiratorie, fra cui l'asma. La cura è definita haloterapia. Nelle antiche cave di sale di Wieliczka, nei pressi di Cracovia, in Polonia, è in funzione un vero e proprio sanatorio. Altrove, per questo scopo, vengono appositamente costruite delle grotte di sale. Anche in Italia ne sono reperibili alcune.

Dai tempi più remoti, l'uomo ha sempre tentato di porre rimedio alle malattie. I rimedi venivano ricavati dai mezzi naturali a disposizione, spesso d'origine vegetale, trovando le sostanze attive nelle piante officinali. Era una pratica comune di tutte le culture e di tutte le popolazioni sin dalla preistoria. Le scoperte scientifiche e gli affinamenti hanno evoluto l'uso empirico delle sostanze officinali in una ragionata fitoterapia. Il trattamento fitoterapeutico trova oggi minore impiego nell'asma, rispetto ai tempi più remoti.

Va segnalato inoltre un metodo terapeutico del tutto diverso e controverso: l'omeopatia. L'omeopatia è una tecnica terapeutica, nata verso la fine del XVIII secolo, basata sul concetto "similia similibus curantur". Concetto del tutto opposto alla medicina "ufficiale", detta anche allopatia. L'omeopatia, nell'immaginario collettivo, viene spesso confusa o associata erroneamente alla fitoterapia. In principio essa si prefigge di curare le malattie con un "principio omeopatico", ovvero una sostanza o un insieme di sostanze diluite, che in una persona sana provocherebbero i sintomi della malattia. Gode comunque di una certa fama, dato che in Italia si attesta intorno al 5% il numero dei suoi sostenitori (vi è però una certa variabilità temporanea e geografica). La medicina basata sull'evidenza considera i risultati dell'omeopatia vicini ai risultati dell'effetto placebo.

Asma e attività fisica. La possibilità di bronco-ostruzione da esercizio fisico nei bambini asmatici è ovviamente più elevata rispetto ai bambini non asmatici, poiché lo sforzo può essere uno dei fattori scatenanti l'attacco asmatico e poiché negli asmatici vi è proprio di base un'iper-reattività bronchiale. Sembra che alla base del patomeccanismo dell'asma da sforzo vi sia l'iperventilazione, che induce alla respirazione orale, escludendo così l'effetto protettivo della respirazione nasale, quella naturale. In questo modo l'aria penetra direttamente nell'albero bronchiale senza essere riscaldata a dovere, senza essere umidificata e senza essere filtrata, portando al raffreddamento la superficie bronchiale, all'evaporazione, ed inizialmente alla contrazione vascolare, che in secondo momento dà luogo per controeazione alla dilatazione vascolare con un intenso ripristino del volume ematico ed un conseguente effetto di congestione. Prendendo in considerazione tutto ciò, è ovvio che la pratica dell'esercizio fisico nei bambini asmatici causa una certa perplessità. Pertanto, già negli anni '90, il Gruppo di Studio di Broncopneumologia ha stilato una tabella di asmogenicità di vari tipi di sport, offrendo così indicazioni relative la scelta delle eventuali discipline da svolgere. In ordine crescente risultano meno insidiose: nuoto, pallanuoto, canottaggio, sci di fondo, pallavolo, arti marziali e danza libera. Sono state altresì indicate dallo stesso Gruppo, le misure generali e le raccomandazioni inerenti il problema, quali: preriscaldamento, allenamento intermittente e senza carichi massimi, respirazione nasale, e valutazione dell'ambiente. Lo svolgimento di attività fisico-sportive è importante per un armonico sviluppo fisico, psicologico e sociale. Contribuisce all'ottimizzazione della qualità della vita.



Asma e profilassi. Le azioni profilattiche mirano alla riduzione degli episodi asmatici e della gravità degli stessi. Le azioni preventive, per quanto concerne l'asma bronchiale, hanno un'importanza primaria, e consistono in una profilassi delle infezioni respiratorie. Consistono altresì in profilassi e trattamento delle allergie. In qualità di medico che svolge quotidianamente l'attività pratica, noto che il problema delle allergie in generale è decisamente sottovalutato nella società. La profilassi ambientale ha un molteplice significato che spazia dal fumo durante la gravidanza al fumo passivo, alla salubrità del ambiente ed al in cui vive il bambino asmatico. E' dunque importante che questi conduca una vita possibilmente normale.

Dott. Mariusz Szymanski

Medico Chirurgo - Otorinolaringoiatra

mariuszszymanski@hotmail.com

Prenotazioni

dal Tel. Fisso 800827827

dal Tel. Cellulare 0872226