

Ask the expert – l'intervista alla prof.ssa Silvia Carraro

Maria Elisa Di Cicco¹, Enrica Mancino², Marco Zaffanello³

¹UO di Pediatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa

²Dipartimento Materno Infantile e Scienze Urologiche, Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma

³Clinica Pediatrica, Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Odontostomatologiche e Materno-Infantili, Università di Verona

Professoressa, Lei ha una lunga esperienza in ambito pneumologico pediatrico: come riassumerebbe ai nostri lettori la sua attività e le sue esperienze all'interno della SIMRI?

Ho cominciato a interessarmi di asma fin dalla tesi di laurea, relativa al biomarcatore di stress ossidativo 8-isoprostano misurato nel condensato dell'aria espirata. Successivamente mi sono occupata di marcatori non invasivi di infiammazione delle vie aeree (ossido nitrico esalato e molecole nel condensato) e, più recentemente, di approccio metabolomico nella caratterizzazione endotipica dell'asma. Negli ultimi anni, infine, il mio interesse scientifico si è rivolto soprattutto all'asma grave. In tutta la mia attività di ricerca ho sempre trovato nella SIMRI un punto di riferimento per la condivisione e il confronto scientifico.

Lei è responsabile del gruppo di studio sull'asma grave SIMRI: può riferirci i primi risultati delle analisi dei dati raccolti nel database?

I dati raccolti hanno consentito di avere un quadro generale delle caratteristiche dei pazienti pediatrici con asma grave seguiti nei centri italiani e, analizzando il work-up diagnostico, abbiamo evidenziato una certa variabilità nell'uso della TC del torace e della broncoscopia: questi dati saranno presto oggetto di una pubblicazione su Pediatric Respiratory Journal. Il lavoro sta proseguendo con l'inserimento di nuovi casi e con la raccolta dati dopo 1 anno di follow-up. In collaborazione con Franca Rusconi, responsabile scientifico del database, Michele Piazza, data manager, e tutti i centri partecipanti, stiamo progettando di analizzare l'andamento della funzionalità respiratoria, l'importanza delle comorbidità e l'evoluzione clinica nel tempo.

Potrebbe ricordare ai nostri lettori la definizione di asma grave e le differenze rispetto all'asma di difficile gestione?

Comunemente si definisce grave un'asma che rimane non controllata nonostante una terapia massimale con farmaci standard. A volte questa situazione si verifica perché ci sono dei fattori potenzialmente modificabili che concorrono al quadro clinico, come esposizione a fumo o allergeni oppure comorbidità quali la rinosinusite cronica o l'obesità: in questo caso si parla di asma di difficile gestione perché, se questi fattori vengono corretti, il controllo dell'asma può migliorare.

Quali sono le novità in ambito terapeutico nell'asma grave pediatrico?

La novità maggiore è stata l'introduzione dei farmaci biologici, che riescono a modificare in modo sostanziale l'andamento clinico e, forse, anche a cambiare la storia naturale dell'asma grave in età pediatrica. Attualmente abbiamo a disposizione a partire dai 6 anni omalizumab (anti-IgE) e mepolizumab (anti IL-5) e a partire dai 12 anni (e presto dai 6) dupilumab (anti-recettore alfa dell'IL-4). Infine, sta per arrivare tezepelumab (anti-TSLP) che potrà essere utilizzato anche nelle forme non eosinofile e non allergiche.

Come si gestisce il monitoraggio del bambino con asma grave in ambulatorio?

I pazienti con asma grave devono accedere all'ambulatorio specialistico ogni 1-3 mesi, ma non è possibile definire una tempistica standard perché è necessario tenere conto delle caratteristiche individuali. Qualora si decida di avviare una terapia con biologico, le somministrazioni del farmaco, ogni 2 o 4 settimane, sono una buona occasione per rivedere il paziente. La valutazione clinica deve sempre essere integrata dalla spirometria e, se possibile, dalla misura dell'ossido nitrico esalato.

Quali fattori ambientali possono influire negativamente sul controllo dell'asma?

Tra i numerosi fattori noti, mi sembra importante ricordare il fumo attivo o passivo, incluso lo svapo, e l'esposizione ad inquinanti ambientali. Inoltre, credo che dobbiamo tenere a mente che tutti i nostri

pazienti, ma soprattutto gli adolescenti, sono complessi e ricchi di sfaccettature. In questo senso vale la pena sottolineare quanto il loro benessere psichico possa da un lato influenzare l'andamento clinico dell'asma e dall'altro essere influenzato dalla malattia stessa.

Ha un caso clinico memorabile di asma grave che vuole condividere con i nostri lettori?

Mi ricordo bene il primo bambino che abbiamo trattato con omalizumab, più di 10 anni fa. Aveva un'asma grave, con numerose riacutizzazioni, ma dopo l'avvio della terapia il quadro è progressivamente migliorato e dopo 3 anni il farmaco è stato sospeso dato il buon controllo clinico. Dopo 8 anni dalla sospensione del biologico il nostro paziente è ormai un adolescente con un'asma in buon controllo clinico senza necessità di terapia di fondo. Ovviamente non si possono fare generalizzazioni, ma questa storia mi fa pensare che, almeno in una parte dei nostri pazienti, la terapia precoce con biologici possa davvero cambiare la storia naturale della malattia asmatica.

Come possono i pediatri istruire efficacemente le famiglie sulla gestione dell'asma grave a casa?

Penso che valgano per l'asma grave i principi educativi che si applicano alla gestione dell'asma in generale: fornire un piano d'azione per gestire le riacutizzazioni, rivalutare spesso la tecnica inalatoria, verificare che la terapia venga fatta regolarmente. Nei casi di asma grave credo sia particolarmente importante analizzare con il paziente e la famiglia quali sono i sintomi che accompagnano la perdita di controllo clinico, cercando di spiegare come riconoscerli e trattarli precocemente qualora si ripresentino.



Fig. 1: La Prof.ssa Silvia Carraro attualmente lavora presso l'Unità di Pneumologia e Allergologia Pediatrica del Dipartimento Salute Donna e Bambino dell'Università di Padova.