

Linee guida italiane sulla gestione della bronchiolite: update del 2022

Simona Marra

Dipartimento Materno Infantile e Scienze Urologiche, Università di Roma “La Sapienza”

E-mail: simona.marra@uniroma1.it

A Febbraio 2023 sono state pubblicate sull'*Italian Journal of Pediatrics* le nuove linee guida sulla gestione della bronchiolite nei lattanti, aggiornamento alla luce delle ultime evidenze scientifiche di quelle del 2014 (Baraldi E, et al. *Ital J Pediatr.* 2014;24(40):65).

Obiettivo di questo documento, nato dalla collaborazione di membri delle più importanti società scientifiche pediatriche italiane, è quello di uniformare e standardizzare la gestione di una patologia che rappresenta ancora oggi una tra le più frequenti cause di ospedalizzazione in età pediatrica. L'agente eziologico principale della bronchiolite è il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS), che contagia fino al 60% dei bambini entro l'anno di età e la cui stagionalità ha visto un drastico cambiamento in seguito alla pandemia da COVID-19 (Nenna R, et al. *Front Pediatr.* 2022;10:930281), con un importante impatto sui sistemi sanitari di tutto il mondo. Da ciò deriva la necessità di fornire ai pediatri ospedalieri e di libera scelta (PLS) gli strumenti adeguati ed aggiornati per il trattamento di una malattia estremamente eterogenea, la cui diagnosi e gestione sono tutt'ora molto dibattute. Nel documento si ribadisce come la diagnosi di bronchiolite si basi su storia clinica ed esame obiettivo (contatto con persone con infezioni delle alte vie, presenza di rinorrea e/o tosse, segni di distress respiratorio, rantoli e/o wheezing all'auscultazione del torace, apnea, febbre, colorito cutaneo, livelli di saturazione di ossigeno SpO₂); gli esami di laboratorio e/o strumentali non sono routinariamente raccomandati, ma trovano spazio in casi selezionati.

In assenza di fattori di rischio e con una buona compliance familiare, buona parte delle forme di bronchiolite può essere gestita a domicilio dai PLS, fornendo ai genitori indicazioni per un corretto monitoraggio (attenzione all'alimentazione e la comparsa di distress respiratorio). I criteri per l'eventuale ospedalizzazione, invece, sono: gravità clinica (forme moderato-severe, **Figura 1**), incapacità di mantenere un adeguato stato di idratazione, diagnosi dubbia, presenza di fattori di rischio per patologia severa. Il trasferimento presso un reparto di terapia intensiva pediatrica (TIP) va valutato in caso di insufficienza respiratoria che richiede assistenza ventilatoria, ipossiemia non responsiva all'ossigenoterapia a basso/alto flusso, apnee con desaturazioni, severa compromissione dello stato generale.

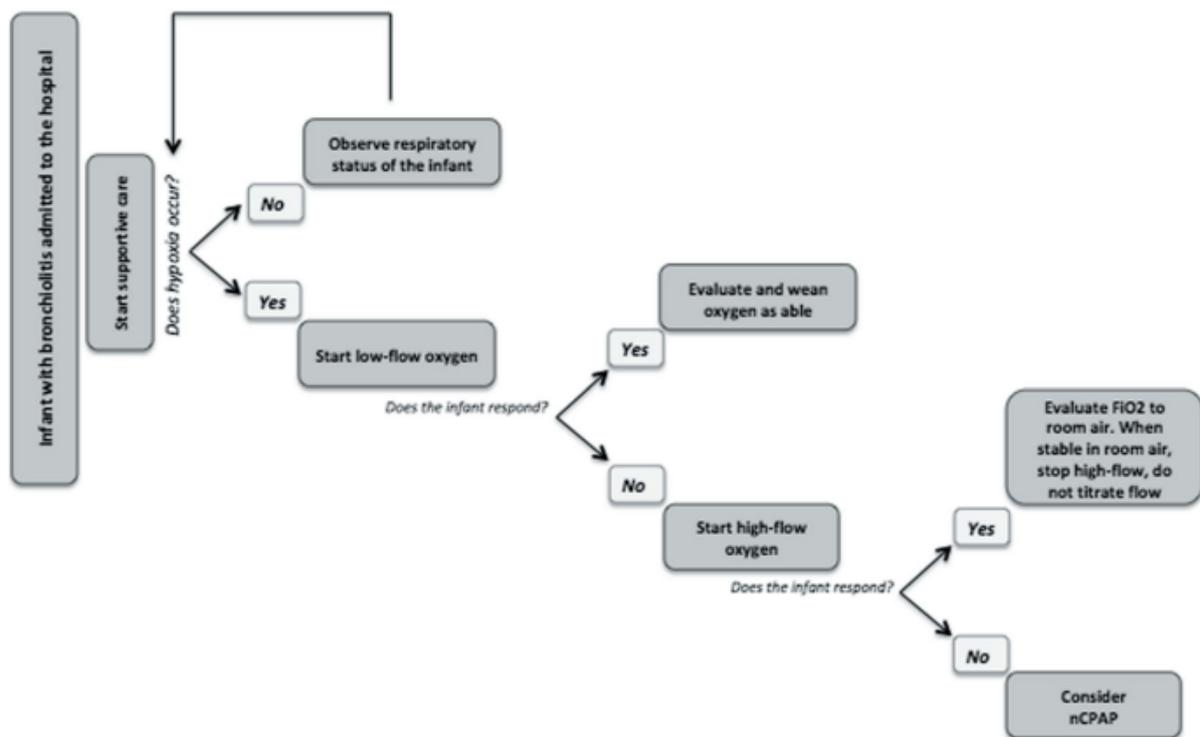
Fig. 1: Severità della bronchiolite (tabella tratta da: Manti S, et al. *Ital J Pediatr.* 2023 Feb 10;49(1):19)

	Mild	Moderate	Severe
Respiratory rate	Normal to slightly increased	Increase	Markedly increased compared to normal values per age range (< 2 months: <60/min) (2-12 months: <50/min)
Respiratory effort	Mild chest wall retraction	Tracheal tug Nasal Flare Moderate chest wall retraction	Marked chest wall retraction Nasal Flare Grunting
Oxygen saturation	No supplemental oxygen requirement, O ₂ saturation >95%	O ₂ saturation 90-95%	O ₂ saturation <90%, may not be corrected by O ₂
Feeding	Normal to slightly decreased	50-75% of normal feeds	< 50% of feeds, unable to feed
Apnea	Absent	May have brief episodes	May have increasing episodes

Punto molto discusso del documento è il trattamento, che si basa sul “less treatment is better”. Fortemente raccomandata resta l'aspirazione superficiale delle prime vie aeree, soprattutto nei più piccoli, per migliorare la pervietà delle vie aeree e la capacità di alimentarsi per os e soprattutto prima della misurazione della SpO₂, per evitare sovradiagnosi di ipossiemia. Se quest'ultima si verifica realmente, con livelli di SpO₂ al di sotto del 92% (cut-off più utilizzato), verrà avviato supporto con ossigeno a basso flusso (tramite naso-cannule o mascherina), da sospendere quando la SpO₂ è stabilmente ≥93%, le condizioni cliniche sono buone con distress assente/minimo, il bambino si alimenta adeguatamente.

Al contrario, in caso di fallimento dell'ossigeno a basso flusso nel correggere l'ipossiemia e non come prima linea di trattamento, si potrà valutare l'utilizzo della naso-cannule ad alto flusso (HFNC); se non c'è miglioramento entro un'ora, generalmente il paziente va trasferito in TIP. Tuttavia, non ci sono al momento dati definitivi sugli effetti di questa metodica sulla percentuale di ricovero in TIP, sulla necessità di intubazione, sulla durata del ricovero e sul decorso clinico. Sempre più utilizzata è la nasal CPAP, metodica di ventilazione non invasiva già ampiamente diffusa in neonatologia, che può essere valutata in caso di fallimento delle HFNC ed in setting dedicati (**Figura 2**). Tuttavia mancano al momento dati validati per raccomandarne l'utilizzo nella bronchiolite (Jat KR, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2022;4(4):CD010473).

Fig. 2: Approccio proposto per l'utilizzo del supporto respiratorio non invasivo nella bronchiolite (tabella tratta da: Manti S, et al. Ital J Pediatr. 2023 Feb 10;49(1):19)



Va sempre garantito un adeguato stato di idratazione, incoraggiando l'allattamento al seno o con latte artificiale in pasti piccoli e frequenti; l'idratazione endovenosa con soluzioni isotoniche va valutata solo se l'alimentazione per os non è tollerata. Contrariamente alle precedenti linee guida, non viene più raccomandata la soluzione ipertonica per via inalatoria né il singolo trial con salbutamolo (in linea con le ultime note AIFA); controversa resta l'indicazione all'adrenalina in aerosol, il cui utilizzo per ora non è supportato. Si ribadisce che non ci sono indicazioni per l'uso di steroidi inalatori o sistemici (questi ultimi da valutare solo in forme severe gestite in TIP) né per la terapia antibiotica, inclusi i macrolidi, se non in casi di accertata sovrainfezione batterica. L'utilizzo di altri farmaci (antivirali, DNasi, metilxantine, ipatropio bromuro) rimane non supportato dalle evidenze attuali.

Criteri per la dimissione sono: livelli di SpO₂ ≥ 93% in aria ambiente, stabilità clinica, alimentazione adeguata per os (>75% dell'usuale), buona compliance familiare, disponibilità del PLS per monitoraggio a domicilio.

Infine, si ribadisce l'importanza della profilassi (ambientale e farmacologica) per la prevenzione della diffusione del VRS e conseguentemente della patologia.

Le nuove linee guida per la bronchiolite sostengono un approccio conservativo, sottolineando l'importanza della scelta del supporto respiratorio e della corretta idratazione. La riduzione dell'uso di farmaci non supportati da evidenze scientifiche e l'educazione dei genitori possono contribuire a migliorare la gestione e gli esiti clinici di questa comune condizione pediatrica.