

Diagnosi di asma in età pediatrica: linee guida a confronto

Giada Rinninella, Martina Di Benedetto

Scuola di Specializzazione in Pediatria – Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

Corrispondenza: Giada Rinninella **e-mail:** giada.rinninella@unifi.it

La diagnosi di asma in età pediatrica rappresenta ancora oggi un'importante sfida clinica, non esiste infatti attualmente accordo su un unico algoritmo diagnostico. Questo in parte è dovuto al tentativo di applicare alla popolazione pediatrica gli stessi algoritmi dell'adulto, con scarso successo (gli stessi trial clinici hanno questo limite).

Dal confronto tra le linee guida della *European Respiratory Society* (ERS) del 2021, della *British Thoracic Society* (BTS) del 2019, del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) del 2017 e le raccomandazioni GINA (*Global Initiative for Asthma*) del 2022 emerge in prima istanza la volontà sempre più forte di andare verso una diagnosi basata sull'evidenza, dando meno potere alla diagnosi clinica.

Le linee guida delle BTS sono le uniche che continuano a dare un ruolo fondamentale alla diagnosi clinica, tracciando percorsi diagnostici differenti in base alla valutazione di criteri clinici che permettono di effettuare una stima della probabilità di essere affetti da asma. In quelli ad alta probabilità la risposta positiva al trattamento di fondo permette già di effettuare la diagnosi, senza la necessità di confermarla con test strumentali, che sono invece richiesti nei pazienti con probabilità intermedia di essere asmatici. Il primo test da eseguire è la spirometria di base, che rimane in accordo a tutti gli algoritmi il punto di partenza. Se la spirometria di base documenta un quadro ostruttivo, un test positivo di broncodilatazione conferma la diagnosi. Le linee guida NICE e dell'ERS conferiscono al FeNO (Frazione esalata di Ossido Nitrico) un ruolo a completamento diagnostico, con due cut-off differenti, pari rispettivamente a 35 ppb e 25 ppb. Per le linee guida NICE se presente un quadro ostruttivo, ma un test di broncodilatazione negativo, un FeNO test positivo associato a un riscontro di variabilità del PEF $\geq 12\%$ conferma la diagnosi. Per le linee guida ERS, invece, se il test di broncodilatazione è negativo, un FeNO test con risultato ≥ 25 ppb, supportato da un miglioramento dei parametri spirometrici dopo 4-8 settimane di terapia di fondo, conferma la diagnosi. Al contrario secondo GINA 2022 e le BTS, il FeNO test non ha un ruolo rilevante dal punto di vista diagnostico. I test di broncoprovocazione sotto sforzo confermano la diagnosi secondo le linee guida ERS e GINA (positivi se caduta del FEV1 rispettivamente del 10% e del 12%), ma non trovano indicazione nelle linee guida NICE. Dunque, data la mancanza di algoritmi diagnostici univoci e di cut-off adeguati all'età pediatrica, un problema ancora attuale è la misdiagnosi, sia in senso di sovradiagnosi che in sottodiagnosi, con implicazioni di carattere economico-sanitario e in termini di salute per effetti collaterali non necessari dati da un over treatment o per la mancata diagnosi di altre patologie.