

Virus respiratorio sinciziale e bronchiolite



Il virus respiratorio sinciziale, o VRS, è un patogeno respiratorio molto comune e conosciuto già da molto tempo, capace di infettare l'apparato respiratorio di pazienti di qualunque età, ma principalmente colpisce i bambini nel primo anno di vita, nei quali può raggiungere le vie aeree inferiori ed i polmoni causando la bronchiolite acuta (un'infezione delle vie aeree inferiori) o la polmonite.

La definizione di bronchiolite da VRS è ancora non univoca.

Vero. In Europa la bronchiolite è considerata una patologia respiratoria acuta che interessa i bambini di età inferiore ai 12 mesi e che si presenta con corizza, talvolta febbricola e, dopo qualche giorno, insorgenza di tosse, distress respiratorio e rantoli crepitanti. In America è definita come la più comune affezione respiratoria acuta virale dei bambini di età inferiore ai 24 mesi e si manifesta principalmente con *wheezing*.

Il VRS respiratorio sinciziale rappresenta l'unico agente eziologico della bronchiolite.

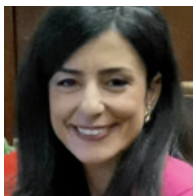
Falso. Il VRS è implicato nel 75 % dei casi, tuttavia diversi virus sono responsabili di infezioni delle basse vie aeree nel primo anno di vita, come rhinovirus, metapneumovirus umano e bocavirus umano. Analizzando le diverse espressioni fenotipiche, sembrerebbe che il VRS più frequentemente interessa bambini più piccoli, non allattati al seno ed è responsabile di forme clinica più gravi; mentre i bambini con infezione da rhinovirus sono più grandi e presentano più frequentemente ipereosinofilia e familiarità per atopica, con maggiore predisposizione a sviluppare asma.

La variabilità dell'espressione clinica in seguito ad un'infezione da VRS può dipendere da fattori immunitari dell'ospite.

Vero. Numerosi studi dimostrano che l'immunità innata possa influenzare l'insorgenza o meno della bronchiolite in corso d'infezione da parte di virus respiratori, oltre che la gravità della patologia stessa. Sembrerebbe che il VRS elicitasse maggiormente l'attivazione dell'IFN- λ 1-3 rispetto ad altri virus e l'espressione di questo mediatore correla con la gravità della bronchiolite.



Fabio Midulla
Presidente SIMRI



Silvia Bloise

Dipartimento Materno Infantile
e di Scienze Urologiche,
Sapienza Università di Roma
UOC di Pediatria
e Neonatologia

In caso di infezione da VRS il primo segno clinico di peggioramento è la riduzione dell'alimentazione.

Vero. Infatti la bronchiolite da VRS è una malattia dinamica, dove la difficoltà all'alimentazione rappresenta il primo segno indice del fatto che il bambino sta peggiorando ed è spesso causa di ricovero ospedaliero. Al contrario la ripresa dell'alimentazione è indice del superamento della fase acuta e dell'inizio della fase di guarigione.

In caso di infezione da VRS la terapia antibiotica è sempre indicata e modifica il decorso clinico della malattia.

Falso. La terapia dell'infezione da VRS è soltanto una terapia sintomatica e di supporto, non esistendo farmaci efficaci. La terapia antibiotica è indicata soltanto quando si sospetta un'infezione batterica associata (rischio <1%), come un'infezione delle vie urinarie, infezione da Chlamydia (3% dei casi) o otite (50% dei casi).

Nei bambini con bronchiolite l'indicazione ad aerosolterapia con salbutamolo o altri beta2-agonisti è dibattuta.

Vero. Le linee guida americane raccomandano di non utilizzare i beta2-agonisti in nessun caso di bronchiolite, poiché nessuno studio clinico ne ha provato l'efficacia. Al contrario, le linee guida italiane prevedono ancora l'opportunità di eseguire un tentativo terapeutico con salbutamolo per aerosol, in particolare nei bambini con familiarità per atopica e asma. La somministrazione va comunque prontamente sospesa in caso di mancato miglioramento clinico, ossia mancata riduzione della frequenza respiratoria di almeno il 10% e del distress respiratorio.

Nei bambini ricoverati per bronchiolite acuta è sempre indicato il monitoraggio con pulsossimetria continua.

Falso. Un recente studio clinico randomizzato ha dimostrato che nei bambini ospedalizzati con bronchiolite non c'è stata alcuna differenza in termini di durata di ospedalizzazione e sicurezza tra il gruppo sottoposto a pulsossimetria intermittente e quello sottoposto a pulsossimetria continua. Inoltre, il personale infermieristico ha mostrato un maggior gradimento del monitoraggio intermittente. Nell'ottica di una gestione più pratica e meno invasiva, la pulsossimetria intermittente è quindi da preferire nei lattanti con quadro clinico stabile.

La bronchiolite da VRS rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di Asma.

Vero. Circa il 50% dei bambini che ha avuto la bronchiolite presenta episodi di bronchite asmatica ricorrente nei 12 mesi successivi al ricovero, frequenza che si riduce al 40% dopo 3 anni di follow-up. Il meccanismo patogenetico resta ancora da chiarire, tuttavia è ipotizzabile che il virus provochi un'aumentata risposta infiammatoria, che a lungo termine, causa un remodelling delle vie aeree responsabile dello sviluppo di iperreattività bronchiale.

La maggior diffusione del VRS quest'anno è legata a una ridotta immunità di gregge della popolazione.

Vero. A seguito della pandemia Covid-19 e delle relative misure restrittive implementate per limitare la diffusione del SARS-CoV-2 c'è stata una riduzione drastica della circolazione dei principali virus stagionali, tra cui il VRS. Questo ha portato ad una mancata esposizione delle neo-mamme al virus con conseguente ridotta immunità protettiva e mancata trasmissione di anticorpi ai neonati, che quindi sono attualmente più a rischio di contrarre il VRS e sviluppare forme gravi. ■