ASMA WHEEZING

Dobbiamo stabilire da che età consideriamo i bambini. Cioè dai sei anni se parliamo di asma, ma se valutiamo anche il wheezing dobbiamo inserire l'età prescolare. In effetti il wheezing e l'asma, come sappiamo, non sono completamente sovrapponibili, e dalla discussione del board non è emerso se dobbiamo limitarci alla diagnosi di asma

Abbiamo formulato i seguenti quesiti che riprendono quelli della precedente Consensus SIPPS del 2015 con l'obiettivo di aggiornare i dati:

1) Vitamina D nell'asma: quali meccanismi?

2) Che ruolo ha la vitamina D nell'incidenza di asma?

3) Che ruolo ha la vitamina D sulla prevalenza di asma grave?

4) Che ruolo ha la vitamina D sulle riacutizzazioni asmatiche?

5) Che effetti ha la supplementazione con vitamina D sul controllo dell'asma?

Non sappiamo se sia utile ampliare la ricerca al periodo gravidanza-allattamento considerando:

-Effetti della vitamina D in gravidanza e allattamento sullo sviluppo di episodi broncostruttivi nel neonato e nel bambino

-La supplementazione con vitamina D in gravidanza e allattamento e sviluppo di episodi broncostruttivi nel neonato e nel bambino

E' ovvio che in questo caso parliamo di wheezing

Nei pazienti di età inferiore a 21 anni, la carenza di vitamina D:

1. **è un fattore di rischio per le riacutizzazioni di wheezing o asma?**
2. **è un fattore di rischio per wheezing o asma grave**
3. **riduce il controllo del wheezing o dell'asma?**

Nei pazienti di età inferiore a 21 anni, la supplementazione di vitamina D:

1. **riduce l'incidenza delle riacutizzazioni di wheezing o asma?**
2. **riduce il rischio di wheezing o asma grave?**
3. **è efficace sul controllo del wheezing o dell'asma?**

Per strutturare i quesiti in **P.I.C.O.**

La **Popolazione di riferimento** dei quesiti è costituita da:

1. bambini di età inferiore a 6 anni, affetti da wheezing
2. bambini e adolescenti di età 6-21 anni, affetti da asma bronchiale

L'**Intervento o l'esposizione** considerati sono:

1. la carenza di vitamina D (con la conseguente necessità di effettuare le normali terapie e profilassi)
2. la supplementazione di vitamina D (con eventuali dosaggi specifici)

Gli **Outcome** considerati sono riportati nei punti 1-6

OBESITA' SINDROME METABOLICA

Quanta vit D somministrare a un bambino O/SP per migliorare le complicanze metaboliche? Con quali modalità? (quotidiana, settimanale, ecc.) Quale cutoff dei livelli di vit D?

P: varie popolazioni possono essere prese in considerazione, ma penso che dobbiamo riflettere se valga la pena allargarsi troppo, soprattutto tenendo in considerazione l'ottima filosofia cui Giosi ha più volte fatto riferimento, di produrre – alla fine – un documento sufficientemente conciso da invitare alla lettura…

1. pazienti di **età < 21 anni** con **Sovrappeso/obesità (SP/OB) e/o sindrome metabolica (SM)** con **NORMALI livelli sierici basali di vitamina D** (ma ricordiamoci della non uniformità di metodica utilizzata nei vari studi, nonché della difficoltà di stabilire dei cut-off il più ampiamente condivisi)

2. **pazienti di età < 21 anni** con **Sovrappeso/obesità (SP/OB) e/o sindrome metabolica (SM)** con **BASSI livelli sierici basali di vitamina D** (ma ricordiamoci della non uniformità di metodica utilizzata nei vari studi, nonché della difficoltà di stabilire dei cut-off il più ampiamente condivisi

I: anche per l’intervento/esposizione credo si possano pensare ad almeno due possibilità (n.d.r. La somministrazione è un intervento, i livelli basali sono un fattore di esposizione):

1. La somministrazione orale di vit. D

C: dipenderà, penso io da quali “P” e “I” scegliamo di affrontare (Giustissimo!, dipende però anche dall'outcome). Proposte (totalmente aperte a critiche e proposte alternative o aggiuntive, come peraltro tutto quanto sto scrivendo qui!):

1. Bambini “sani” (nel senso di non essere affetti da SP/OB semplice)

2. Bambini con SP/OB non affetti da SM (ad es., vs. quelli con SM)

3. Bambini con SM ma senza SP/OB (ad es., vs. quelli con SP/OB)

Ma anche:

- ~~Bambini sani che non assumono vit.~~ D sarebbe utile come confronto per una popolazione di bambini sani che assumono vitamina D

- Bambini con SM ma senza SP/OB che non assumono vit. D

Ma anche, ancora:

- Bambini sani con livelli sierici normali di vit. D non saprei, ci ragioniamo

- Bambini con SP/OB e/o SM con livelli sierici normali di vit. D (sia per valutare l'effetto delle carenze, sia si volesse valutare l'effetto di vere e proprie supplementazioni con dosi superiori a quelle utilizzate nella profilassi)

O: credo che sia prematuro esprimersi su questo, se prima non arriviamo a dire quali "P", "I" e "C" pensiamo di affrontare. Però se qualcuno ha già idee precise, applicabili indipendentemente dai PIC che sceglieremo, ben vengano le proposte! Potremmo cominciare ad identificarne qualcuno (SOLO PROPOSTE!!! vedete voi...)

1. Riduce il rischio di SM (nei bambini con SP/OB ma senza SM)?

2. è efficace nella risoluzione della SM?

3. Riduce il rischio delle comorbidità frequentemente associate a SP/OB/SM (es. asma....anche esiti a lungo termine come infarto e ictus???)?