

Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica:

ALLERGLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETOLOGIA, EMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA E MALFORMAZIONI, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, VACCINAZIONI

Vorrei avere risposta al seguente caso. Taglio cesareo in 41^a settimana con rottura prematura delle membrane (da circa 24 ore); concomitante terapia con Rocefin 2 g/die. Al neonato (Apgar 9-10; condizioni generali buone), ricoperto da liquido tinto, maleodorante, vengono eseguiti tamponi nasale, faringeo, auricolare, dai quali in seconda giornata viene isolato l'Escherichia coli. Nella madre (ancora in terapia antibiotica) compare in 1^a e 2^a giornata dal parto iperpiressia serale (39,5 °C).

1. È opportuno, in presenza di liquido amniotico tinto, maleodorante (con rottura delle membrane da 24 ore), eseguire controlli clinici alla nascita (tamponi, esami emato-chimici ecc.)? oppure è indicata una profilassi antibiotica, comunque, anche nel neonato?

2. In caso di positività dei tamponi, in un neonato clinicamente sano, quali comportamenti adottare?

3. Può essere utile monitorare la PCR ogni 24 ore? Quali range considerare normali in seconda-terza giornata?

dot.ssa O. Limongelli

L'argomento, cioè la rottura precoce delle membrane (PROM), è molto controverso: elenchiamo i punti salienti in rapporto alle evidenze più solide della letteratura.

1. La rottura delle membrane è uno dei fattori di rischio per infezione neonatale. In assenza di altri fattori, in neonati a termine, la frequenza di sepsi neonatale è di circa 1%. Viceversa le cose cambiano molto in caso di coesistente corioamnionite (sepsi nel 9% dei casi) o prematurità (sepsi nel 13% dei casi). Il caso in questione deve quindi essere considerato a basso rischio.

2. Sulla terapia antibiotica alla madre, in caso di PROM in gravidanza a termine, non esistono linee guida assolute. La terapia viene abitualmente effettuata in caso di PROM in gravidanza pretermine e, obbligatoriamente, in caso di corioamnionite. La corioamnionite è abitualmente diagnosticata dalla seguente combinazione di segni:

- Febbre > 38 °C

- Tachicardia materna e fetale
- Dolore addominale/pelvico in assenza di contrazioni
- Perdita vaginale maleodorante
- Leucociti > 15.000
- PCR > 20 mg/l
- Amniocentesi: Gram e coltura positivi, Leucociti, Glucosio < 15 mg/dl

3. Le colture di superficie sono di scarso aiuto per i seguenti motivi: a) indicano solo una colonizzazione e non un'infezione; b) hanno una concordanza molto bassa con l'emocoltura (circa 11%); c) l'esito è noto di regola dopo 48-72 ore, intervallo in cui la quasi totalità delle sepsi precoci si è già manifestata clinicamente e quindi le decisioni sono già state prese.

4. Per quanto appena detto i tamponi sul neonato non sono utili nel prendere decisioni.

5. Esami di laboratorio. L'emocromo è comunemente consigliato in neonati con fattori di rischio. È peraltro poco specifico, dato anche che i valori normali di WBC variano molto nei primi giorni di vita. I valori sospetti di WBC sono < 5000 o > 20.000/mm³. Per i neutrofili i valori sospetti nelle prime 48 ore sono < 2000-2500/mm³ (indicativi se coesiste dispnea). Per il rapporto tra forme immature e neutrofili (I/T) i valori sospetti nelle prime 24 ore sono > 0,16 (indicativo se coesiste neutropenia).

Per la PCR, come per i globuli bianchi, vi è un incremento fisiologico nelle prime 24-48 ore. È quindi scarsamente utile nelle infezioni precoci (mentre lo è in quelle tardive). Il valore principale della PCR consiste nella sua negatività in due determinazioni a distanza di 24 ore: in tal caso una sepsi è molto poco probabile (ovviamente se la clinica è rimasta negativa).

6. La profilassi antibiotica nel neonato è molto discussa anche nell'unico caso in cui forse è utile: lo streptococco beta-emolitico di gruppo B. A Trieste non viene effettuata. Una terapia antibiotica è indicata in caso di: a) sospetto clinico; b) corioamnionite.

È inoltre da considerare se vi sono più fattori di rischio (ad esempio tampone materno positivo per streptococco B e neonato pretermine).

7. Per concludere, nel nostro reparto, in un caso simile, avremmo fatto solo un'osservazione di 48 ore.

Vorrei conoscere gli ultimi aggiornamenti sulla profilassi ambientale contro gli acari della polvere, e in particolare vorrei sapere se gli acari colonizzano anche i materiali sintetici (ad esempio coperte, piumini, cuscini). Se ciò è vero, cosa bisogna usare in alternativa?

Pediatra di base, Gubbio
via e-mail

Nei materiali sintetici si trovano quantità di allergene dell'acaro in concentrazione 8 volte più elevata di quanto non sia presente nei materassi di lana o nelle coperte di piuma. Anche gli allergeni del cane e del gatto sono presenti in concentrazione 4 volte superiore.

L'intervento corretto è quello di avvolgere materassi, cuscini e coperte con appositi tessuti barriera a trama fitta, che non lasciano passare gli allergeni. Non vanno utilizzati materiali tipo "tessuto non tessuto" perché in questi vi si possono annidare gli acari (*Allergy* 2003;58:981) e non sono lavabili. È importante ricordarsi di lavare i tessuti barriera con regolare periodicità in acqua a 60 °C perché altrimenti gli acari crescono e proliferano anche su questo tipo di coprimaterasso.

Com'è noto, la vaccinazione antinfluenzale è indicata nei soggetti splenectomizzati. Questa indicazione viene confermata anche per i soggetti splenectomizzati per porpora trombocitopenica autoimmune?

Medico ospedaliero, Napoli

Prima di rispondere sono andato a leggere i riferimenti moderni in proposito: Prevention and control of influenza, *MMWR* 2003;52:1-44 (le indicazioni sono a pagina 8); *Red Book* 2003, pag. 388; *Circolare* n. 5 del Ministero della Salute (22 luglio 2003), pagina 7.

In nessuno di questi la splenectomia viene

ricordata come indicazione per la vaccinazione contro l'influenza.

Lo è invece per i tre batteri capsulati polisaccaridici: *Haemophilus influenzae* tipo b, meningococco e pneumococco.

Mia figlia di anni 11 soffre di orticaria da quasi un anno e mezzo, comparsa improvvisamente nel mese di luglio mentre giocava all'aria aperta, manifestandosi con ponfi di circa 6 cm, prurito, gonfiore agli occhi, al naso, alle labbra. A volte lamenta, dopo l'assunzione di cibo, anche forti mal di pancia e diarrea. Dopo aver fatto dei test cutanei, è risultata intollerante al latte vaccino e ai suoi derivati. Ha assunto il latte Zimil, ha seguito una dieta eliminando gli alimenti ritenuti allergizzanti, causando la perdita di peso. Ho reintrodotti tutti gli alimenti progressivamente, con la conseguente ricomparsa della sintomatologia allergologica. Pertanto, sono ricorso nuovamente all'assunzione giornaliera dell'antistaminico (Zirtec).

Inoltre, su consiglio di un pediatra allergologo, ho seguito una cura per circa tre mesi, assumendo un medicinale chiamato Toliman (cinnarizina), avendo lievi miglioramenti, ma causando sonnolenza e stress psicologico. Questa cura però non eliminava completamente lo Zirtec, che veniva assunto ad intervalli di 4-5 giorni. Chiedo a voi specialisti di conoscere se ci siano altri rimedi e/o cure da poter intraprendere per la soluzione del problema. Grazie anticipatamente per la vostra disponibilità.

Una mamma

L'orticaria che persiste più di sei settimane (tempo convenzionale) è un'orticaria "cronica". L'orticaria cronica, a differenza dell'orticaria acuta, non è mai legata a un meccanismo allergico IgE mediato. Questo per dire che non è dovuta ad allergia ad alimenti, farmaci o quant'altro uno possa ipotizzare.

L'orticaria cronica è un'orticaria che ha come meccanismo patogenetico la produzione di IgG verso i recettori delle IgE sui mastociti. È, in altre parole, una malattia autoimmune. Come tutte le malattie autoimmuni si esaurisce da sola dopo tempi variabili (mesi/anni). Non ci sono esami specifici per la diagnosi: l'intradermoreazione con il siero del paziente è un test fattibile ma grossolano, quello che noi facciamo è la ricerca degli autoanticorpi antitiroide, perché una tiroidite è spesso associata all'orticaria autoimmune, e poi, come

in ogni malattia autoimmune, richiediamo il dosaggio degli anticorpi anti-transglutaminasi tissutale per escludere una celiachia di fondo. Fatto questo, la terapia è soltanto antistaminica: la cetirizina è certamente l'antistaminico più efficace (eventualmente provare con il suo derivato più recente, la levocetirizina). Nel bambino e nell'orticaria cronica quasi sempre è necessario somministrare una dose doppia del farmaco (1 cp al mattino e una alla sera). L'associazione di due antistaminici di classe diversa è un'altra possibilità da tentare nei casi ribelli e in questo caso la cinnarizina (come già fatto) è una buonissima scelta. Poiché la cinnarizina produce sonnolenza, si consiglia di somministrarla alla sera, lasciando la cetirizina al mattino. Non aver fretta di sospendere o abbassare la dose; gli antistaminici non danno effetti collaterali importanti, nemmeno per tempi lunghissimi di terapia.

E poi tanta pazienza perché l'orticaria cronica passa sempre, prima o poi, ma passa sempre.

Dopo aver fatto le prove allergiche a una bimba di 10 mesi, si è scoperta e confermata un'allergia al latte e all'uovo (albume e tuorlo).

L'allergologa ha consigliato di darle per qualche giorno 4 gocce di Zirtec, aerosol con mezza fiala di Clenil e 4 gocce di Breva; invece del latte di capra che prendeva, il latte di soia.

È stato fatto tutto quello che era stato prescritto, ma la bimba ha continuato ad avere la tosse.

Allora è stato cambiato nuovamente il latte, tornando al latte di capra, e la tosse è nettamente migliorata.

L'allergologa ha anche detto di effettuare un esame del sangue per controllare le IgE (a marzo erano circa 419).

Vorrei sapere se è il caso di fare il prelievo, visto che comunque l'allergia c'è e se posso iniziare a dare piccolissime quantità di latte vaccino, visto che voi effettuate questo tipo di iter sino ad arrivare a mezzo bicchiere di latte ma in bambini con gravi problemi di allergia.

Quello che inoltre mi chiedo è se posso fare lo stesso con l'uovo, visto che anche questo è un componente di una grande quantità di alimenti, e soprattutto perché la stragrande maggioranza dei vaccini si coltivano sull'uovo?

Passerà questa allergia?

Pediatra di base

1. Immagino che la bambina abbia avuto

o abbia ancora una dermatite atopica. I bambini con dermatite atopica hanno, in particolare nei primi anni di vita, con elevata frequenza una cutipositività (al prick) verso il latte e l'uovo. Questo è come un marchio di fabbrica che conferma la loro costituzione atopica (allergica IgE mediata). Per questo motivo è utile e consigliabile attuare da subito una profilassi ambientale con coprimaterasso e copricuscino antiacaro, per l'alta probabilità che con il tempo la bambina sviluppi questa allergia respiratoria che, al contrario di quelle alimentari, tenderà ad aumentare continuamente con gli anni.

2. Il valore delle IgE ci conferma solamente che è un soggetto "allergico". È un esame che non occorre fare e che non deve più rifare: non ci dice mai nulla di utile nei casi che già sanno di essere "atopici".

3. La dermatite atopica è solo raramente e mai completamente collegata agli alimenti che risultano prick positivi. La tosse non lo è mai! Quello che ha visto togliendo e ridando il latte di capra è una pura coincidenza.

4. La gran parte dei bambini con dermatite atopica (e/o comunque prick positivi al latte e uovo nel primo anno di vita) tollera perfettamente l'alimento senza manifestare alcun fastidio, né cutaneo né intestinale né tantomeno respiratorio. Con tutta probabilità è anche il caso della bambina almeno per quel che riguarda il latte: il latte di capra è infatti molto vicino a quello di mucca (nessun allergico con disturbi clinici importanti al latte di mucca tollera quello di capra, che è antigenicamente cross-reattivo). Quindi può dare il latte di capra, ma anche il latte vaccino senza problemi (PS: magari, visto che la medicina non è matematica, somministri le prime dosi di latte di latteria in quantità crescente, raddoppio ogni 30 minuti partendo da 1-2 ml di latte, ma vedrà che non succede nulla).

5. Questo che le dico per il latte (forte del fatto che, prendendo quello di capra, mostra di tollerare anche quello di mucca) non vale automaticamente per l'uovo. Comunque l'uovo si consiglia di darlo al bambino atopico dopo i 18 mesi. Anche allora andrà somministrato un po' per volta con un test di scatenamento che a volte facciamo in ospedale (ambiente protetto), in mezza giornata, a volte la mamma, o la nonna, lo fa a casa di testa sua, cominciando con qualche biscottino all'uovo e aumentando progressivamente la dose man mano che si constata che non succede nulla.