

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

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETE-ENDOCRINOLOGIA, EMATOLOGIA-ONCOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFRO-UROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, REUMATOLOGIA, VACCINI

Recentemente è stato introdotto il concetto della "finestra di tolleranza" tra 4-6 mesi di vita soprattutto per i bambini allattati con latte materno. Vorrei pertanto chiedere alcune delucidazioni:

1. La "finestra di tolleranza" è da intendere da 4 mesi + 1 gg a 6 mesi + 30 gg oppure da 4 mesi + 1 gg a 6 mesi compiuti (nel primo caso la "finestra di tolleranza" sarebbe di soli 2 mesi, nel secondo caso di 3 mesi)?

2. In questo periodo di tempo devono essere introdotti proprio tutti gli alimenti, anche quelli più allergici come l'uovo (sia il tuorlo che l'albume), il kiwi, il pesce, i legumi, gli spinaci ecc.? Per quanto riguarda il glutine, vale lo stesso principio oppure è sempre consigliato dopo 6 mesi di vita compiuti?

3. Questi concetti valgono anche per i bambini allattati con latte adattato e per quelli che hanno un'anamnesi positiva per allergia?

4. Per i bambini prematuri la "finestra di tolleranza" viene calcolata con età cronologica oppure con età corretta?

5. Per i bambini con prick/RAST positivo per uno o più alimenti, l'introduzione dell'alimento dovrebbe avvenire quando i test diventano negativi oppure quanto tempo dopo la loro normalizzazione?

6. Ho sentito che la frutta non dovrebbe essere proposta dopo il latte o vicino al latte perché verrebbe inibito l'assorbimento del ferro presente nel latte. Questo vale anche per altri alimenti? In questi casi quando possiamo darla?

dott.ssa Santina Quaranta
Pediatra di famiglia, Seregno (Milano)

Come ho già risposto su questa rubrica, la "finestra" va intesa in senso molto generico e senza alcun limite rigido. Significa semplicemente che, ai fini della sensibilizzazione allergica IgE-mediata, attendere troppo per introdurre gli alimenti diversi dal latte materno non è utile e probabilmente dannoso, specie

nel bambino con dermatite atopica che si sensibilizza con maggiore facilità attraverso la via cutanea. Al contrario, anticipare troppo può facilitare enteropatie da allergia non IgE-mediata alle proteine alimentari.

L'introduzione di cibi eterologhi va fatta con gli alimenti che vengono utilizzati nell'alimentazione abituale della famiglia; alimenti che proprio se mangiati da tutti, meno che dal bambino, possono sensibilizzarlo attraverso la via cutanea o inalatoria. Consideri comunque che questa nuova visione eziopatogenetica del come si diventa allergici, per quanto ricca di concrete evidenze, va considerata ancora come un'affascinante ipotesi di lavoro, non va presa come una raccomandazione consolidata (non è, in altre parole, un'evidenza di grado A).

La già avvenuta cuti- (prick) o RAST-positività non dovrebbe rappresentare un motivo di ritardata introduzione, ma dovrebbe consigliare soltanto un'introduzione più cauta e graduale perché una reazione allergica non può essere esclusa. Anche questa la consideri come un'opinione personale, non obbligatoriamente condivisa da tutti. Tenga presente che questa nuova visione del problema rappresenta un vero e proprio terremoto culturale, una rivoluzione copernicana e tutto va considerato in rapida e variabile evoluzione.

Infine, per l'ultimo aspetto, credo che non faccia differenza per il ferro se lo svezzamento viene fatto al tempo giusto e con tutto quello che è giusto: in questo la carne è molto più importante della frutta.

Bambino che a 6 mesi aveva presentato dermatite atopica alle guance, al cuoio capelluto e alle pieghe delle ginocchia, risolta con mometasone topico e non più comparsa; prick test positivo per albume, negativo per altri alimenti e per acari.

Da pochi giorni arriva in casa un gatti-

no, e il bimbo, che ha 4 anni e mezzo, comincia a tossire; lo ascolto e non rilevo segni di broncostenosi, ma... dopo qualche ora il bambino continua a tossire senza sosta, e viene portato in PS pediatrico dove gli riscontrano un accesso d'asma che trattano con salbutamolo in aerosol. Lo rivisito il giorno dopo e non rilevo rumori espiratori significativi, solo alcuni gemiti tele-inspiratori; i genitori mi raccontano che il viaggio in macchina in presenza del gatto è stato un... calvario di tosse. Il bambino ha continuato l'aerosol per qualche giorno e il gatto è stato domiciliato dai nonni.

In attesa dell'esito del prick test, che immagino confermerà l'allergia all'epitelio di gatto, mi chiedo se non sono stato capace di fare diagnosi clinica o se i segni ostruttivi manifesti potrebbero essere comparsi solo dopo qualche ora dalla mia visita (e regrediti così rapidamente dopo l'inizio della terapia?), e quindi se la tosse, equivalente o "precursore" asmatico, possa in qualche caso (eccezionale?) essere una realtà clinica.

dott. Alberto Neri
Pediatra di famiglia, Cento (Ferrara)

Penso che sia andata proprio come Lei ipotizza. Il "fischio espiratorio" può certamente farsi sentire solo dopo alcune ore dall'inizio della sintomatologia specifica (tosse stizzosa insistente, in questo caso) e dopo salbutamolo può non essere più udito, specie se non era un broncospasmo troppo marcato. Un trucco del mestiere che mi sento di suggerire in questi casi dubbi e con bambino non collaborante è quello di ascoltare il torace durante un espirio "forzato manualmente". Questo si ottiene molto facilmente premendo, all'inizio dell'espirio, la gabbia toracica con entrambe le mani, anteriormente con la sinistra e posteriormente con il fonendo tenuto con la mano destra piatta. In questo modo, quando presente, si può facilmente amplificare e ascoltare il fischio espiratorio.

È un trucco del mestiere che ho imparato dall'amica e grande professionista quale era Luisa Businco e che ho da sempre utilizzato con grande profitto. Per saperne di più, è uno dei tanti "trucchi" che può trovare sul volume *Pediatria dal vivo: trucchi del mestiere, diagnosi a colpo d'occhio, errori*, che ho scritto con il prof. Alessandro Ventura e che è pubblicato dalla casa Editrice Prisma, Pisa.

Che la tosse accompagni (o preceda, come in questo caso) il broncospasmo è cosa ovvia; si può parlare invece di tosse equivalente asmatica (evenienza molto più rara) quando la tosse, che risponda immediatamente al salbutamolo, rimane la sola sintomatologia a caratterizzare l'episodio "asmatico".

Scrivo per avere un suo parere in merito a un caso di allergia all'uovo crudo. Si tratta di un bambino di 3 anni e mezzo. All'anamnesi sono segnalati due episodi di orticaria: il primo a 2 anni, dopo pochi minuti dall'ingestione di un uovo alla coque, l'altro a 2,5 anni, subito dopo l'assunzione di tiramisù. Tra gli esami allergologici (nel 2007) RAST per albume 0,44 e per tuorlo < 0,35. Non ho purtroppo a disposizione l'esito dei prick test. Da allora il bambino evita l'uovo sodo e la frittata; sembra tollerare i prodotti industriali che contengono l'uovo pastorizzato, ma anche gli gnocchi e le tagliatelle all'uovo fatte in casa. Ho eseguito i prick test con albume e tuorlo d'uovo, risultati entrambi negativi. Ho in programma di eseguire il prick by prick con uovo crudo. Se quest'ultimo risultasse negativo, ritenete che sia necessario un test di provocazione orale con uovo crudo?

Un pediatra

Da quanto Lei scrive mi sembra che il bambino sia già ben guarito. E non solo per la negatività del prick test (e l'irrisoria quantità di IgE specifiche ritrovate al RAST), quanto per la mancanza di sintomi con la frittata (sempre in parte cruda) e gli gnocchi fatti in casa (appena "scottati"). Il prick by prick con albume potrebbe risultare debolmente positivo in quanto è molto sensibile, come o più del RAST. Ma, indipendentemente da questo, è certo che l'uovo deve essere riproposto (che è poi quello che avrebbero fatto le mamme e le nonne prima che esistessero gli allergologi).

In alternativa, potrebbe raccomandare di continuare con una certa frequenza (almeno 2-3/settimana) con la frittata, fino a negativizzazione del prick by prick e comunque tranquillizzando da subito sulla cessata "pericolosità" del problema.

Vorrei avere un parere per un bambino di anni 8 che ha presentato una reazione caratterizzata da edema delle labbra e della lingua, insorta dopo circa 30 minuti dall'esecuzione, da parte di un odontoiatra, di un'anestesia locale con mepivacaina al 2%, associata ad adrenalina; tale reazione si è risolta spontaneamente senza l'utilizzo di nessun farmaco.

Lo stesso paziente, con anamnesi familiare muta per allergie e con anamnesi personale negativa, ha goduto di benessere sino ai 6 anni, quando, dopo ingestione, per la prima volta, a scuola, di kiwi, ha presentato edema del volto e delle labbra con importanti dolori addominali (regrediti in breve dopo l'assunzione di cortisone e antistaminico per os).

Indagato con prick test, aveva positività marcata (+++++) per le graminacee e il kiwi e meno marcata (++) al pesce mix. Da quando ha eliminato il kiwi dalla sua alimentazione non si è più presentato alcun problema sino all'esecuzione di questa anestesia locale dal dentista.

Il mio quesito si riferisce all'opportunità di indagare ed eventualmente come (visto che qui ci sono stati tre pareri opposti) la possibile allergia agli anestetici, anche in previsione di future anestesi generali o per cure odontoiatriche (il bambino ha molte carie che il suo dentista ora vorrebbe trattare senza anestesia e anche senza la collaborazione del paziente stesso).

La ringrazio fin da ora per la sua sempre gentile e puntuale collaborazione.

dott.ssa Marta Pennacchio
Pediatra di famiglia, Brescia

La prima ipotesi che farei è che il ragazzo abbia presentato la reazione allergica per il contatto con i guanti di lattice del dentista, in quanto il kiwi ha epitopi allergenici in comune con il lattice.

In seconda istanza potrebbe essersi trattato di un angioedema aspecifico, traumatico (da manovre dentistiche). L'allergia all'anestetico locale (mepivacaina) avrebbe dato una reazione più pronta e specialmente anche sistemica (orti-

caria e quant'altro) e inoltre è una evenienza rarissima; non so nemmeno se mai segnalata in età pediatrica.

Farei pertanto un prick con il lattice (anche un prick by prick con un guanto di lattice va benissimo) e, soltanto se negativo, un test di scatenamento con mepivacaina (seguendo uno schema di aumenti graduali) che potrà confermare o negare questa allergia.

Ragazzo di 16 anni, con pollinosi primaverile non importante e di vecchia data, senza altri rilievi di salute.

I primi di maggio, mangia un piatto di calamari e seppie a pranzo poi, due ore dopo, mentre è impegnato in una partita di calcio e sotto il sole intenso, presenta angioedema e orticaria al volto (intensa) e modesta al corpo. Il ragazzo mangia spesso pesce o crostacei di mare e non ha mai avuto reazioni. Lo stesso pasto "incriminato" è stato assunto da altri compagni, che non hanno presentato sintomi.

Visto in PS, eseguiti esami: da segnalare solo IgE 350 UI/ml. Va da un allergologo degli adulti che trova prick positivi per inalanti, come già noto, e negativi per estratti alimentari. Allora esegue prick con alimento fresco che danno risposta positiva per gambero, cicala e calamaro. Conclude pertanto per "anafilassi da allergia a molluschi e crostacei" e raccomandando l'astensione assoluta dai cibi suddetti e Fastject sempre a disposizione.

La famiglia, di fronte a questa "pesante" prescrizione, sente un secondo allergologo che appare dubbioso sulla diagnosi, conclude per possibile "orticaria da sforzo e forse da alimenti" e indica, in maniera non mandatoria, di non mangiare i cibi in sospetto e di tenersi in casa un antistaminico.

Personalmente ho più di qualche dubbio: un'anafilassi da alimenti due ore dopo il pasto? È possibile che l'attività sportiva in atto o il caldo notevole abbiano avuto il loro ruolo? Affermo che mi sembra eccessivo portarsi nello zainetto a scuola il Fastject e ipotizzo che, per "tagliare la testa al toro" e, visto il turbamento dei familiari, un challenge da contatto, ed eventualmente ingestione dei cibi imputati in ambiente protetto, andrebbe fatto.

Voi cosa ne pensate?

dott. Tiziano Basso
Pediatra ospedaliero, Tolmezzo (Udine)

Mi sembra che non ci siano dubbi sulla diagnosi: si tratta di un caso di FREIA o FDEIA che dir si voglia (*Food Related o Dependent Exercise Induced Anaphylaxis*). Questa condizione è per sua definizione una reazione anafilattica (in questo caso, per fortuna, limitata) che si verifica durante lo sforzo fisico preceduto dall'ingestione di un alimento verso il quale il soggetto è allergico; nello stesso soggetto sia lo sforzo fisico che l'ingestione dell'allergene alimentare sono separatamente tollerati. Di norma è necessaria un'intensa attività fisica (per

questo è più comune nell'età del paziente citato) e che sia fatta entro 2-3 ore dal pasto.

L'allergia ai gamberetti è molto comune negli allergici agli acari, ma il più delle volte è asintomatica (come in questo caso). La tropomiosina è l'epitopo in comune e lo si può trovare caratteristicamente nei gamberetti (crostacei), ma anche nei molluschi (lumache per esempio).

Lo sforzo fisico intenso è un fattore "smascherante" quando fatto nelle 2-3 ore successive al pasto (meccanismo

ancora non chiaro; forse aumentata permeabilità e quindi assorbimento intestinale).

Il consiglio da dare è molto semplice: basta avere l'accortezza di evitare questo allergene prima di fare sport e non occorre alcuna altra precauzione né alcuna limitazione dietetica.

Per chi volesse saperne di più consiglio la lettura di questo articolo: Du Toit G. "Food-dependent exercise-induced anaphylaxis in childhood" *Pediatr Allergy Immunol* 2007;18:455-63.

Vaccini

a cura di Giorgio Bartolozzi

Per una più facile lettura, in questa "sottorubrica", vengono raggruppate tutte le domande riguardanti le vaccinazioni.

Circa tre anni fa, un mio piccolo paziente di 6 anni e mezzo è stato sottoposto a splenectomia per rottura di milza dovuta a un trauma addominale da caduta in bicicletta. Dopo la dimissione mi sono attivato per fargli eseguire, presso il Distretto, le vaccinazioni antipneumococco e antimeningococco (per l'emofilo era già stato vaccinato). Rimaneva da risolvere il problema della profilassi antibiotica.

Sentito il parere del collega del Centro di riferimento di Ematologia pediatrica, cercata qualche certezza in letteratura e con i molti dubbi che mi rimanevano ancora in testa sulla profilassi continua, dopo aver esposto ai genitori tutta la problematica del caso, con il loro accordo e consenso abbiamo adottato la seguente strategia di comportamento: valutazione immediata in caso di febbre e dove non fosse stato possibile (fine settimana, festività ecc.) trattamento antibiotico con amoxicillina-clavulanato e poi valutazione appena possibile.

In questi tre anni il ragazzo non si è praticamente mai ammalato e ci siamo visti solo in occasione della somministrazione del vaccino antinfluenzale. Sono stato molto fortunato? Recentemente, in occasione di un corso di aggiornamento che riguardava il comportamento da adottare dopo splenectomia post-trauma, durante la discussione, ho esposto il mio caso, e questo ha sollevato molte

critiche da parte dei colleghi per i possibili rischi per il mio paziente e per gli eventuali risvolti di tipo medico-legale (secondo il relatore fa testo il dato della letteratura che consiglia la profilassi continuativa fino alla maggiore età! Quale?)

Se le cose stanno veramente così, cosa devo fare per tutelare la salute del mio paziente? (E anche la mia?). Consigliare di iniziare una profilassi continuativa dopo che per tre anni sembra non averne avuto bisogno? Continuare come fatto finora?

dott. Guido Cavagna
Pediatra di famiglia, Padova

La letteratura e le raccomandazioni ufficiali non lasciano spazio in proposito: accanto alle vaccinazioni, va eseguita una profilassi con benzatin-penicillina (*Wycilina* o diaminocillina) nel suo assistito alla dose di 600.000 U ogni 25 giorni fino a 9-10 anni, poi 1.200.000 U. Per quanto tempo? Almeno per 5 anni, trattandosi di una splenectomia per trauma, ma meglio fino ai 18 anni, essendo stata fatta questa splenectomia in tenera età.

I bambini a rischio, vaccinati prima con Prevenar e poi con una dose di vaccino polisaccaridico 23-valente (protocollo che si seguiva qualche anno fa prima

che si conoscessero le risposte immunologiche a questi vaccini), si possono considerare protetti? Hanno bisogno di altre dosi, visto il possibile blocco delle difese immunitarie che può indurre il vaccino 23-valente? Penso ai soggetti quali splenectomizzati beta-talassemici.

In adulto affetto da piastrinopenia con programma a breve di un intervento di splenectomia, abbiamo somministrato una dose di vaccino coniugato anti-meningococco, pneumococco e anti-H1B. Occorrono altre dosi dopo la splenectomia?

Ma più in generale, negli adulti a rischio che non hanno mai ricevuto vaccinazioni anti-pneumococciche, è sufficiente una sola dose di Prevenar?

dott.ssa Marinella Mao
Pediatra di famiglia, Botticino Sera (Brescia)

Nei bambini a rischio è meglio fare una nuova dose di coniugato; per ora 7- e poi 13-valente.

Nell'adulto da splenectomizzare per piastrinopenia, poiché si tratta di un'indicazione per malattia ematologica, è meglio praticare una seconda dose di coniugato dopo 3-5 anni.

Infine, negli adulti non prima vaccinati, anche se a rischio, è sufficiente una singola dose, per ora 7-valente e poi 13-valente. Il 13-valente dovrebbe essere a disposizione alla fine di gennaio 2010.