

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

Penso capiti a tutti di avere in carico bambini da un anno in su (e di solito il disturbo non passa prima dei tre anni) che, dopo aver fatto il primo sonno, si svegliano in piena notte belli e freschi senza alcuna voglia di dormire, ma anche senza piangere, senza aver fame e sete. E che non siano questi i problemi lo dimostra il fatto che il risveglio si ripete con le stesse modalità ogni notte. Come inquadrarli fisiologicamente? Cosa consigliare alle mamme? I farmaci a base di serotonina possono servire? E la niaprazina?

doit. Nunzio Lardaro
Pediatra, San Felice a Cancellò (Caserta)

Malgrado la frequenza del problema, che Lei giustamente solleva, sono veramente pochi gli studi reperibili in letteratura circa l'uso della niaprazina e altri ipnotici in questa fascia di età e per questa problematica (e la niaprazina, che appartiene alla classe farmaceutica degli antistaminici, non è approvata per l'uso nell'insonnia del bambino dalla *US Food and Drug Administration*).

Il sonno, così come il resto delle nostre attività, è frutto di un apprendimento; questo vuol dire che, in situazioni come quelle descritte dal collega, è opportuno impiegare una congrua quantità di tempo (il tempo della comunicazione è tempo "terapeutico") per cercare di capire le abitudini di quella famiglia con quel problema, per cercare di capire quali abitudini vanno modificate (perché di questo si tratta) perché il lattante apprenda a dormire secondo ritmi fisiologici: ridurre progressivamente il sonno pomeridiano? Lasciare che il bambino stia sveglio da solo finché non si riaddormenta? Si tratta, in altre parole, di creare una routine per l'addormentamento, per favorire l'induzione e il mantenimento del sonno.

Certamente la niaprazina è molto efficace nell'indurre il sonno e molti genitori

la utilizzano, ma lo è molto meno nell'impedire il risveglio notturno; e mi domando se già l'uso del farmaco induca le modificazioni di cui sopra, ovvero, se così non è, la famiglia ha conosciuto la risposta a un farmaco piuttosto che imparare qualcosa sul proprio figlio che potrà tornare utile per il futuro.

Per cercare di prevenire la sensibilizzazione allergica verso alimenti in caso di bimbo non allattato al seno è comunque opportuno svezzare a 4 mesi? Se la finestra di tolleranza pare sia garantita fino a 6 mesi dalle Ig materne, in una madre con allergia IgE-mediata verso qualche alimento non potrebbe favorire la tolleranza verso quell'alimento anche perché non assunto dalla mamma, o mi sbaglio? Nella desensibilizzazione orale per alimenti, SOTI (Specific Oral Tolerance Induction), con il latte si assiste alla negativizzazione del prick, ma cosa succede con l'uovo o col pesce?

doit.ssa Maristella D'Addezio
Pediatra di famiglia, Potenza

Non è per un problema di IgG materne che si raccomanda una precoce introduzione di cibi complementari per favorire la tolleranza ed evitare la sensibilizzazione allergica e non è un problema legato a ciò che mangia la mamma. Una spiegazione più estesa la trova sulla rubrica Lettere del numero di ottobre scorso di *Medico e Bambino* (2009;28:493-8). Ma, in sintesi: qualsiasi alimento, quando mangiato, favorisce la tolleranza (l'intestino è fatto per indurre la tolleranza) mentre, se incontrato per via diversa (cutanea per es.), può favorire la sensibilizzazione. Detto questo, il messaggio è molto semplice: per l'allergia IgE-mediata prima il bambino mangia, e mangia di tutto, meglio è: se un bambino è alimentato fin dalla nascita

con un latte di formula, non farà mai IgE verso il latte vaccino. Si è parlato di "finestra della tolleranza" perché un'introduzione troppo precoce (prima dei 3 mesi) può comportare enteropatie da allergia non IgE-mediata e rimandare troppo dopo i 6 mesi potrebbe essere già tardi perché il bambino, specie se con eczema, a sei mesi risulta il più delle volte già sensibilizzato agli alimenti principali (latte e uovo in particolare, ma anche frumento). Un'altra ragione per iniziare presto è legata al fatto che l'immunità orientata in senso Th2 è molto più reversibile quando l'alimento è introdotto nel primo anno piuttosto che molto tempo dopo l'avvenuta sensibilizzazione. Su questo aspetto stiamo facendo uno studio, che abbiamo intitolato "lattanti al bivio", nel quale il latte vaccino viene introdotto in bambini di meno di 8 mesi già sensibilizzati al latte (prick positivi in dieta senza latte per l'eczema o per una pregressa reazione reaginica all'introduzione del latte vaccino). In questi, pur ancora in numero limitato di bambini, abbiamo osservato una negativizzazione del prick test in 4-5 mesi, contrariamente a quanto osserviamo nei nostri desensibilizzati dell'età della scuola, nei quali un sensibile abbassamento delle IgE specifiche non si misura prima di uno o due anni. La nostra esperienza con l'uovo è simile a quella con il latte e non c'è motivo di pensare che la stessa cosa non valga anche per il pesce o per ogni altro alimento si voglia.

In diversi articoli pubblicati su *Medico e Bambino* da Longo e Panizon, relativi a tosse e bronchite asmatica, si ribadisce che la tosse è sintomo poco specifico per l'asma. All'ultimo "Confronti in Pediatria" (Trieste, 4-5 dicembre 2009) la collega specializzanda ha ribadito il concetto che "tosse e asma sono due cose diverse e quando c'è tosse di solito

non c'è asma". Recentemente (*Medico e Bambino* 2009;28:534-6), rispondendo a una mia domanda sul caso di un bambino che aveva presentato tosse in presenza del gatto, e solo successivamente (anche alla mia visita) segni franchi di broncostenosi, il dott. Longo mi confermava che la tosse era legata alla probabile allergia al gatto e rappresentava il primo segno di bronco-ostruzione, poi resosi clinicamente evidente. La "tosse che non c'entra con l'asma" è dunque quella che persiste in assenza di altri segni respiratori "bassi" (dispnea, tachipnea ecc.), mentre una tosse a recente insorgenza può arricchirsi solo successivamente dei segni dell'asma? Scusate la banalità dell'argomento, ma mi sembra che il nesso "tosse-no asma" non sia un assioma che ci consenta di escludere in assoluto l'asma, prima di qualsiasi pensiero e tentativo d'interpretazione.

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

Quello che Lei scrive è tutto vero e tutto condivisibile. Ciò che la specializzanda ha voluto sottolineare è semplicemente il fatto che quando la tosse, terribile, insistente, persistente o ricorrente, è il problema primo e unico che i genitori ci portano, la diagnosi di asma va messa al fondo delle nostre ipotesi diagnostiche, mentre di fatto, nella pratica corrente, l'asma o l'allergia finiscono per essere l'unica cosa alla quale il pediatra è capace di pensare. Detto questo, è ovviamente anche vero che il bambino con l'asma ha anche la tosse, ma è raro che venga ripetutamente portato dal pediatra per questo unico sintomo (senza che mai abbia, o sia stato sentito, "fischiare"). Personalmente non ho mai incontrato un bambino con l'asma che non sia già stato correttamente diagnosticato e trattato dal suo pediatra; mentre, al contrario, ho visto tanti, tantissimi, troppi bambini con la tosse (specie da sindrome da ipersensibilità dei recettori della tosse, SIRT) ostinatamente perseguiti e perseguitati come asmatici. Nell'edito-

riale di presentazione di un bella messa a punto dell'argomento fatta da de Benedictis e coll. (Cough, wheezing and asthma in children: lesson from the past. *Pediatr Allergy Immunol* 2004;15:386-93), John Warner, un grande dell'asma del bambino, afferma che: "La tosse è certamente un sintomo molto comune nel bambino con asma e la tosse notturna parossistica che disturba il sonno può essere il sintomo di un asma mal controllato". Ma sulla tosse descritta come unico sintomo dell'asma, quella che è stata etichettata come "tosse equivalente asmatica", John Warner così si esprime: *Is this a real entity? I believe that it is extremely rare. Cough without wheezing is probably non asthma*. In altre parole, la tosse che abbia il significato dell'asma, prima o dopo, molto prima che dopo, si smaschera come tale (dispnea e/o fischio) e comunque (ricordiamocelo bene) si giova immediatamente della terapia specifica, broncodilatante in primis.
