

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

Ho un paziente di 3 anni che presenta frequenti episodi di bronchite asmatica, senza familiarità né storia personale di atopìa. Al Congresso "Confronti in Pediatria 2003" (Trieste) si è parlato della possibile indicazione all'uso di leucotrieni come prevenzione dell'atopia. Non ho trovato questa indicazione nelle linee guida internazionali. Cosa consigliate?

Pediatra di base, Vicenza

Non mi pare che sia stato detto che l'antileucotriene è utile nel prevenire l'atopia, perché questo nessuno lo ha mai nemmeno ipotizzato. Ci sono invece lavori, in particolare sull'animale, che avrebbero dimostrato un'azione del farmaco nel contrastare il danno ostruttivo irreversibile (il *remodelling*), ma siamo ancora lontani dal poterlo considerare un elemento di EBM che debba condizionare le nostre decisioni prescrittive. Di fatto, nelle linee guida più accreditate, viene a tutt'oggi dichiarata l'incertezza sul ruolo e la collocazione di questi farmaci nel trattamento dell'asma. Nelle linee guida GINA (Global strategy for asthma management and prevention. National Heart, Lung and Blood Institute/WHO Workshop Report, novembre 2003) si ricorda a questo proposito che gli antileucotrieni sono meno efficaci, e non in grado di sostituire gli steroidi inalatori anche quando usati alle dosi più basse. Sono altresì da considerare come secondo farmaco (in alternativa ai beta-2 long acting) da associare ai cortisonici inalatori nei casi non sufficientemente controllati da questi ultimi o con l'obiettivo di ridurne la dose.

A "Confronti" il prof. Boner ha poi ricordato come nei bambini con bronchite asmatica ricorrente ("viral wheezing") gli antileucotrieni, al contrario dei cortisonici inalatori, si sono dimostrati utili nel prevenire il ricorrere di questi episodi e sono da lui utilizzati in casi selezionati per gravità, ma che non siano atopici, cioè senza infiammazione allergica bronchiale (nel qual caso va fatto il cortisonico inalatorio). È stato

però anche ricordato e sottolineato (dott. Longo) che i bambini non atopici raramente hanno una ricorrenza troppo alta di episodi (che di norma non sono nemmeno particolarmente gravi). Il lavoro citato a questo proposito da Boner è quello denominato PREVIA (Prevention of Viral Induced Asthma. *Eur Respir J* 2003;22 suppl. 45:533s). Si tratta di un RCT policentrico che ha trattato 549 bambini con montelukast o placebo per 48 settimane. Il numero di episodi di bronchite asmatica è stato mediamente di 1.6 episodi all'anno nel gruppo in trattamento attivo contro 2.34 nel gruppo placebo. Questa differenza è altamente significativa ($p < 0,001$); le riacutizzazioni sono state ridotte di un terzo rispetto al placebo, ma sul piano pratico significa aver trattato un bambino con il montelukast per un anno, per risparmiare meno di un episodio di bronchite asmatica. La pochezza dell'efficacia clinica del montelukast nelle bronchiti asmatiche si evince anche da un precedente RCT condotto su ampia casistica di bambini, sempre tra i 2 e i 5 anni (età del "viral wheezing"), affetti da asma persistente moderato/grave (Knorr B. *Pediatrics* 2001;108:48). Anche in questo lavoro il vantaggio del montelukast si è rilevato modesto sul piano clinico: guadagno terapeutico di 5 giorni senza asma su 12 settimane di trattamento; 12 pazienti da trattare per risparmiare un trattamento cortisonico per os e non evidenza, nemmeno statistica, di un effetto sulla riduzione delle crisi acute d'asma (quelle legate, di norma, nell'età prescolare, alle infezioni virali), con un NNT di 17 e un IC 95% che arriva all'infinito. Che questi risultati del trattamento fossero difficilmente rilevanti sul piano clinico lo dimostra chiaramente la non riscontrata differenza, rispetto al placebo, nel parere dei genitori, nello score di qualità di vita e nel numero di abbandoni per inefficacia del trattamento. Nell'edizione di "Confronti" 2003 erano proprio questi gli aspetti (differenza tra significatività statistica e vantaggi clinicamente rilevanti) che si voleva mettere in rilievo.

Bambino di sette mesi allattato al seno; la mamma non ha avuto la rosolia. Quando posso vaccinare entrambi per la rosolia?

dott.ssa Benedetta Ferraro (Pediatria)
Monreale

Il bambino non si può vaccinare prima dell'anno. Dopo che lo ha compiuto, riceverà il vaccino morbillo-parotite-rosolia (MPR). Perché vaccinarlo ora contro la rosolia?

E veniamo alla madre. Lei dice che non ha avuto la rosolia; ma questa affermazione si basa sull'anamnesi o sul risultato di un esame di laboratorio? Se si basa sull'anamnesi, posso dire che sbaglia nel 50% dei casi, sia in senso negativo che positivo.

Comunque, se è il caso, può vaccinarsi anche domani; il virus vivo attenuato del vaccino non è capace di diffondere per via aerea e non sempre passa nel latte. Vi sono vecchi lavori che non hanno dimostrato il virus del vaccino nel latte di donne vaccinate e più recenti che lo hanno trovato (Grillner L, et al. *Scand J Infect Dis* 1973; Buimovici-Klein E, et al. *J Pediatr* 1977); comunque la via alimentare non è quella seguita dal virus della rosolia, per cui anche nel caso sia stato trovato il virus nel latte, nel bambino non sempre c'è stata sierconversione. In pochi casi si è avuto un lieve esantema (Lamdes RD, et al. *J Pediatr* 1980; Lerman SJ. *J Pediatr* 1981; Bass JW, et al. *J Pediatr* 1981). Se però anche passasse e infettasse il bambino, niente di male: il virus non riacquista mai la sua virulenza.

Pensi che il Collegio Americano degli Ostetrici e dei Ginecologi raccomanda la vaccinazione delle donne suscettibili nell'immediato periodo post-partum (*Technical Bulletin* n. 160, ottobre 1991).

Ora però sorge un altro problema: non si trova più il vaccino contro la rosolia monocomponente. Niente di male, perché la madre, anche se avesse avuto sia morbillo che parotite, può essere vaccinata con MPR.