

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

ALLERGIOLOGIA, 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

Bambina di tre anni con familiarità pesantemente positiva per allergie (genitori, zie e cugini materni). Allattamento al seno esclusivo fino a sei mesi quando inizia pappa vegetale senza formaggio. A 7 mesi, dopo l'assunzione di yogurt, presenta dispnea con laringospasmo e tosse trattati con cortisone a domicilio. I prick mostrano intensa positività per latte e uova. Dieta senza latte e uova e prevenzione per gli acari fino a due anni e mezzo quando si programma il test di scatenamento che esegue in regime di Day-Hospital. In cinque ore la bambina assume in dosi successive 120 ml di latte vaccino con comparsa di vomito e prurito cutaneo. Viene somministrata oxatomide, e la bambina, dopo un'osservazione di 3 ore, viene osservata per 3 ore e dimessa con dieta senza latte e uova. Cosa fare adesso? Quando riproviamo e come dare il latte e le uova? Ricordo che, in occasione del test di scatenamento, la bambina aveva un RAST al latte di grado I.

Pediatra di famiglia
Giorgio2@aliceposta.it

La bambina ha ora tre anni ed è quasi guarita dalla sua allergia alle proteine del latte vaccino, come è tipico della storia naturale di questa allergia. Ha fatto bene a fare il test di provocazione orale per verificare anche clinicamente (il RAST mostrava già valori molto bassi) la avvenuta tolleranza. La reazione che ha presentato alla dose non piccola di 120 ml ci dice che non è ancora perfettamente tollerante, ma certamente non è più un soggetto a rischio di reazioni gravi. Noi, dopo il challenge, avremmo consigliato di mantenere il latte e i derivati nella dieta, partendo da dosi più basse di quelle che hanno dato fastidio al challenge, per poi aumentarle progressivamente, man mano che la tolleranza veniva rafforzata. Ricordo che il mangiare correntemente un alimento rinforza la tolleranza, non il contrario. Invece, in qualche caso, abbiamo osservato che il challenge, se seguito da una nuova sospensione dell'alimento, può rinforzare l'allergia.

Bambina di 4 anni che, a detta della madre, presenta da 6 mesi tosse cronica persistente.

La tosse si presenta secca, stizzosa. A detta della madre è presente sia di giorno che di notte, non risponde ad aerosol o cortisonici o antibiotici per os. Sembra migliorare per alcuni giorni, ma poi ritorna con le stesse caratteristiche.

Vengono riferiti anche episodi di bronchiti asmatiche e vi è una familiarità allergica (uno zio materno soffre di asma allergico). L'Rx torace è negativo. Sentendo la storia clinica e ricordando l'articolo di Longo e Barbi sulla tosse di "Medico e Bambino" (2000;19,10:631-5), mi è venuto da pensare alla sindrome da ipersensibilità dei recettori della tosse, ma ci sono degli esami che devo eseguire per poter giungere a tale diagnosi?

Devo pensare a un corpo estraneo anche se dalla anamnesi non si evidenzia alcun episodio di tosse improvvisa o di crisi di soffocamento?

Se la diagnosi fosse di sindrome da ipersensibilità dei recettori della tosse, che farmaco dovrei usare?

Va bene la cloperastina o devo usare la paracodeina?

dott. Michele Porrello
Sciacca (Agrigento)

La diagnosi di ipersensibilità dei recettori della tosse (SIRT) è certamente la più probabile. In questi casi però non si tratta di una tosse persistente, ma ricorrente (più o meno un episodio al mese come la ricorrenza delle virosi respiratorie che di questa tosse rappresentano il trigger fondamentale). E un problema quindi che dovrebbe recedere totalmente, o quasi, nei mesi estivi.

La ipersensibilità dei recettori si può esprimere anche con tosse da sforzo o da irritanti microambientali. E quindi in parte vero che la tosse "non passa mai", ma per mettere a fuoco la diagnosi è fondamentale capire, e far capire, che la tosse da SIRT ha due momenti ben diversi: quello della tosse ricorrente, terribile, stizzosa, incoercibile, squassan-

te, estenuante, che accompagna il ricorrere dei comuni raffreddori e persiste per 3-4 giorni, e quello dei colpi di tosse isolati che il bambino continua a presentare, specialmente quando corre, anche quando sta bene.

La SIRT non esclude una concomitante presenza di labilità bronchiale, e quindi una componente asmatica può anche coincidere nello stesso bambino durante il "common cold". Ma la non risposta al broncodilatante è tipica soltanto della SIRT e fondamentale per escludere l'asma o la così detta "tosse equivalente asmatica" (vedi articolo citato nella domanda).

Non penserei al corpo estraneo per i motivi già da Lei ricordati. La paracodina è il sedativo che noi usiamo, ma non penso che sia meglio di altri simili. Importante è però saper usare dosi generose e considerare che è soltanto un sintomatico e non sempre efficace.

La vaccinazione antipneumococco e antimeningococco è consigliata a tutti i bambini al di sotto dell'anno di età? Secondo me no, per vari motivi, ma se così non fosse, come inserire le 6 dosi di vaccino nel calendario?

dott. Nicola De Gregorio (Pediatra consultoriale)
Ariano Irpino (AV)

Anch'io non voglio entrare nella discussione sull'opportunità o meno di vaccinare contro lo pneumococco e il meningococco tutti i nuovi nati, ma anch'io voglio dirLe sinteticamente il mio parere, che, e me ne dispiace, è in gran parte opposto al Suo.

Ma Lei domanda: nel caso venisse ritenuto opportuno procedere a queste vaccinazioni, come inserire le 6 dosi di vaccino nel calendario?

Siccome dalla letteratura risulta che esiste la possibilità di associare il vaccino esavalente con il vaccino coniugato contro lo pneumococco, una soluzione parziale potrebbe essere quella, al terzo e al quinto mese, di iniettare in una coscia l'esavalente e nell'altra il vaccino contro lo pneumococco. La terza dose di pneumococco penso possa essere

P

eseguita dopo l'anno di età.

Per il meningococco coniugato gruppo C non conosco letteratura sull'associabilità nella stessa seduta con l'esavalente, mentre, nella scheda tecnica del Prevenar, è scritto che è possibile associare il vaccino coniugato contro lo pneumococco con quello contro il meningococco. Quindi, per eseguire questa vaccinazione, non rimane che rimandare di 5-10 giorni l'iniezione esavalente + pneumococco o in alternativa vaccinare con l'esavalente e dopo 5-10 giorni contro lo pneumo e il meningo. Nessun problema di interferenza perché si tratta di vaccini uccisi o di loro antigeni.

Siccome è prevista l'entrata in commercio di un vaccino coniugato meningococco + pneumococco, a quel punto il discorso si fa più semplice.

Un affollamento si verifica soprattutto dopo il compimento dell'anno. A quel punto è necessario eseguire, oltre alla terza dose di esavalente, la prima dose di MPR.

Nessuna mamma ci permetterebbe di eseguire dopo queste altre vaccinazioni contemporaneamente al proprio figlio. Ci rimane il vaccino coniugato contro lo

pneumococco e quello contro il meningococco che dobbiamo distanziare di 5-10 giorni. La somministrazione di un vaccino vivo attenuato (MPR) e di vaccini inattivati o formati da loro antigeni non crea problemi.

Quando decideremo sulla varicella, vedremo cosa ci converrà fare.

Prevedo che stia scuotendo il capo! Ma la prego di tener conto dell'ultimo calendario vaccinale USA per il secondo semestre 2004, pubblicato su *MMWR* 2004, 53, n.16 del 30 aprile. Potrebbe vedere che l'assenza di vaccini esavalenti sul mercato USA rende l'affollamento delle vaccinazioni molto più complesso del nostro; eppure le loro coperture sono meglio delle nostre e da loro tutto è raccomandato e niente è obbligatorio.

Tenga conto anche che da qualche mese viene raccomandata negli USA anche la vaccinazione contro l'influenza nei bambini da 6 a 23 mesi.

A proposito della necessità di vitamina D nei lattanti, di recente è stato confermato che, per la supplementazione,

vanno tenuti in considerazione alcuni fattori tra cui l'effetto barriera fornito dal colorito della pelle, e cioè i bambini neri alle latitudini dell'Italia settentrionale vanno supplementati, quelli di carnagione chiara non di routine!

Come mai, se tutto quello che è scuro assorbe meglio i raggi solari, mentre quel che è chiaro li riflette?

Pediatra di base, Feltre (BL)

La melanina ha delle qualità particolari: riflette sia i raggi UV che i raggi infrarossi; quindi, pur essendo scura, la pelle nera non assorbe (vedere anche, per questo aspetto, raggi infrarossi o raggi ultravioletti, la rubrica "Cartoline della scienza" dei mesi di maggio e giugno).

La vitamina D viene sintetizzata nella cute per azione della luce ultravioletta sul 7-deidrocolesterolo, uno steroide precursore che sta sotto lo strato dei melanociti, e pertanto una pelle scura ostacola maggiormente l'arrivo dei raggi solari, come fosse un indumento coprente.

P