

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

***Viene da tutti Voi affermato (congressi e incontri vari) che l'uovo non è la causa delle reazioni allergiche al vaccino antimorbillo, e allora come mai nel foglietto di accompagnamento c'è scritto che la vaccinazione è controindicata nei soggetti che hanno avuto una reazione anafilattica all'uovo?***

Pediatra, Napoli

Il foglietto illustrativo riporta notizie vecchie, ormai superate. Andrebbe aggiornato. Questa volta il nome di "bugiardino" mi sembra proprio appropriato.

***A proposito di fototerapia ho letto in una rivista dedicata alle mamme che, nei primi giorni di vita, in alcuni centri di neonatologia, la lampada della fototerapia viene coperta con un telo, in quanto ciò aumenterebbe l'efficacia di tale terapia, evitando la dispersione laterale della luce che verrebbe in tal modo "concentrata" sul neonato. Vorrei sapere quale è la vostra esperienza a tale proposito e se, a vostra conoscenza, esistono lavori scientifici che abbiano valutato l'efficacia di tale accorgimento. Vi chiedo, inoltre, quali lampade si sono dimostrate più efficaci.***

dott.ssa Annalisa Porcella (Pediatra)  
Nido San Gavino (CA)

L'efficacia della fototerapia dipende dai seguenti fattori:

- la lunghezza d'onda della luce emessa. La bilirubina assorbe principalmente la luce nelle lampade cosiddette "special blue" (420-480 nm) che sono più efficaci delle lampade a luce bianca. Le lampade a luce verde sono di efficacia comparabile a quella delle special blue;
- l'energia emessa o radianza ( $\mu\text{W}/\text{cm}^2$ ). La radianza minima è 5 ( $\mu\text{W}/\text{cm}^2$ ). Una fototerapia tradizionale (luce blu e bianca) ha un'energia di circa 11 ( $\mu\text{W}/\text{cm}^2$ ). Una fototerapia a LED ha una radianza che va da 12 a 35 ( $\mu\text{W}/\text{cm}^2$ ).
- la distanza tra la lampada e la cute del

bambino. Allontanando la fonte di luce dal neonato, l'energia diminuisce di un fattore che equivale al quadrato della distanza. Pertanto, idealmente, la fototerapia dovrebbe essere posta a 15-20 cm di distanza dal bambino. Si deve però ricordare che le lampade alogene comportano un rischio di scottature e devono essere posizionate alla distanza consigliata dalla fabbrica;

- la superficie corporea esposta alla luce. Quanto maggiore è, tanto maggiore è l'efficacia della fototerapia. La cosiddetta panfototerapia (luce sopra e sotto) è più efficace di una fototerapia tradizionale. Due fototerapie disposte ad angolo aumentano l'esposizione ai fianchi del bambino. Secondo questo principio, un panno bianco messo ai lati del lettino può riflettere la luce su zone di cute sottosposte, ma il contributo relativo di tale metodo non è codificato.

Infine, sul neonato a termine, la fototerapia a fibre ottiche è meno efficace di una fototerapia tradizionale, in quanto il panno di luce è più piccolo del neonato e quindi irradia una superficie corporea inferiore. La fototerapia a fibre ottiche è invece di efficacia sovrapponibile a quella tradizionale nei piccoli prematuri, che hanno ovviamente una superficie corporea minore.

***Sono la mamma di una bimba di due anni (compiuti il 20 marzo scorso); la mia bambina è stata correttamente vaccinata (vaccino esavalente Infarix Hexa) una prima volta il 6 giugno 2002, poi il 16 agosto 2002 e il 18 marzo 2003. Sta ancora rinviando la quarta vaccinazione (prevista per il 22 marzo 2004) perché è stata spesso influenzata. I miei dubbi riguardano la terza dose (quella del 18 marzo 2003), dato che, durante la vaccinazione, la bimba si è mossa vivacemente e il medico ha dovuto pungerla di nuovo con la stessa siringa per iniettarle tutta la dose, dopo aver constatato che una parte della dose era andata perduta. Alla fine, dopo aver titolato un po', ha detto che la dose iniettata poteva essere ritenuta sufficiente e***

***che la vaccinazione si poteva considerare correttamente eseguita. Senza mettere in dubbio la buona fede del medico, sono rimasta un po' perplessa di fronte al fatto che costui (che peraltro è un caro amico, e anzi forse proprio per questo!) abbia perduto quasi del tutto la calma. Allora, riguardo alla correttezza con cui sarebbe stata eseguita questa vaccinazione, abbiamo solo la sua parola, ovvero la parola di un medico che ha perso per emozione un po' della sua lucidità.***

***Secondo Voi, perché io possa sedare le mie ansie, devo fare qualcosa in futuro (per esempio, delle analisi per controllare che si siano sviluppati tutti gli anticorpi), oppure cos'altro?***

Mamma di Ragusa

Per prima cosa mi lasci dire che la scheda di vaccinazione da Lei usata per l'Infarix Hexa non prevede una quarta dose nel terzo anno, che, come Lei dice, era prevista per il 18 marzo 2004. Probabilmente il 18 marzo non avrebbe dovuto eseguire la quarta dose di esavalente, ma la quarta e ultima dose di IPV, cioè solo del vaccino contro la poliomielite.

Comunque tutto questo non c'entra niente con la domanda che Lei mi rivolge e alla quale, come vedremo, è impossibile dare una risposta precisa. Posso solo fare delle considerazioni generali e darLe dei suggerimenti altrettanto generali.

La quantità di antigene vaccinale contenuto in una dose/fiala di vaccino è quella che, in base all'esperienza su centinaia di migliaia o milioni di soggetti, è in grado di conferire una sufficiente risposta immunologica, cioè la migliore difesa. La dose, cioè la quantità contenuta di antigene, è stata molto accuratamente studiata, nella fase di preparazione del vaccino prima dell'entrata in commercio. È quella la quantità giusta, né un po' di più, né un po' di meno.

Se dalla somministrazione fosse mancato un 10% della dose ideale, probabilmente potremmo ugualmente ritenere

di averne somministrato a sufficienza per una buona immunogenicità ma, se ne avessimo iniettato solo la metà o meno, è possibile che ne avremmo compromesso la sicura efficacia. Anche perché nell'esavalente sono contenuti gli antigeni per 6 malattie, per cui quello che può essere vero per un antigene, non è detto che lo possa essere per un altro.

Ma giriamo il ragionamento: cosa accadrebbe se facessimo una dose in più a un bambino che fosse stato già vaccinato con dosi piene? Di sicuro niente per una dose in più, forse qualche reazione sfavorevole potrebbe aversi con due o più dosi in più, specialmente per quanto riguarda l'anatossina tetanica. Pensi che in gran parte del mondo civile (Stati Uniti in prima fila) si fa una dose in più di Hib e una dose in più di DTPa, senza che se ne abbia alcun inconveniente per il ricevente.

Insomma, per farla breve, nonostante sia dovuto il massimo rispetto per quanto Le ha detto il pediatra che ha vaccinato il bambino, è meglio in senso assoluto praticare una dose in più di esavalente. Può farlo quando vuole, ma non aspetti molto, perché a 5-6 anni ne deve avere un'altra dose, la quarta per tutti e, diciamo, la quarta e mezzo per la sua piccola.

**Adolescente con rinocongiuntivite stagionale, vaccinato per le graminacee (concluso il ciclo l'anno scorso), con andamento clinico non soddisfacente probabilmente per la condizione di pluriallergia. Da marzo a settembre assume un antistaminico e necessita piuttosto frequentemente di un cortisonico inalatorio e a volte oculare.**

**L'ingresso relativamente recente di una nuova categoria di farmaci, mi riferisco agli antileucotrieni e nello specifico al montelukast (MT), ha sollecitato il mio interesse per le premesse teoriche del farmaco che andrebbe a bloccare l'azione dei cisteinil-leucotrieni, mediatori cardine insieme all'istamina della reazione infiammatoria della rinite allergica.**

**Un lavoro di revisione e di metanalisi della letteratura porta a concludere che gli antileucotrieni sono più efficaci del placebo, sono efficaci quanto gli antistaminici, meno efficaci dei cortisonici inalatori (CI) e che usati in concomitanza con la laratadina (LRT) sono efficaci quasi quanto i CI. Ancora due lavori (l'uno utilizza l'associazione MT e LRT**

**versus i singoli e il placebo e l'altro i CI versus con MT+LRT) darebbero risultati confortanti. Anche al congresso di Immunologia tenutosi a Firenze nel marzo scorso se ne è parlato positivamente (ma al di là della citazione della letteratura non ho colto o saputo cogliere il risvolto pratico).**

**Nel caso descritto è possibile associare il MT alla terapia convenzionale (sarei molto tentata)?**

**Non è un'indicazione ufficiale nella terapia della rinite allergica? Se è così, un motivo ci sarà, ma quale?**

**Desidererei un commento ai lavori citati perché può essere che i dati che mi convincono in quanto statisticamente significativi, di fatto non abbiano la stessa rilevanza clinica (mi viene così da pensare per analogia al commento in merito all'uso nelle bronchiti asmatiformi e alla recensione del lavoro sul Lancet nell'asma)**

dot.ssa Graziella Nassinbeni (Pediatria ospedaliero)  
Tolmezzo (UD)

I motivi per non usarli sono diversi.

- Il primo è di ordine burocratico. Non si è autorizzati alla prescrizione con il SSN (classe A, nota 82) in quanto la rinite non è prevista come indicazione al farmaco.

- Il documento ARIA non ritiene gli anti-LT di sufficiente comprovata efficacia da considerarli indicati nella rinite allergica.

- I risultati ottenuti (vedi anche metanalisi su *American Journal of Medicine* da Lei citata) dimostrano che gli antileucotrieni funzionano, ma troppo poco per meritare l'uso in un rapporto costi/benefici: miglioramento del 5% del "nasal score" (vuol dire 95 starnuti al giorno invece che 100) e appena di 0,3 unità lo score di qualità di vita (score che va da 0 a 6). Si tratta, come giustamente già da Lei ipotizzato, del solito problema della eccessiva differenza tra significatività statistica e rilevanza clinica. Come si è ampiamente discusso nell'ultima edizione di Confronti, prima di modificare abitudini terapeutiche consolidate, dobbiamo sempre saper valutare con attenzione non solo il p statistico, ma anche e specialmente il rapporto costi/benefici di ogni novità che intendiamo adottare.

- Per avere un maggiore risultato terapeutico sulla rinite si fa molto prima e meglio (e con meno costo) a cambiare antistaminico o raddoppiare la dose o ancora fare quello che le Linee Guida e la logica consigliano: aggiungere uno

steroide topico. Il raddoppio dell'antistaminico lo faccio spesso nel bambino anche perché i bambini sono più rapidi metabolizzatori degli antistaminici.

Veniamo ora al Suo caso. Se ha voglia di provare il montelukast, mi sembra sacrosanto che provi. Lo faccia con qualche scatola in omaggio e poi mi sappia dire. Io ho usato l'associazione in casi simili, ma mai nessuno si è accorto della differenza. Le ricordo comunque che l'adolescenza è l'età nella quale l'allergia è massima (massima concentrazione di IgE). La sintomatologia da marzo a ottobre indica che il ragazzo non è allergico al solo polline delle graminacee (metà aprile-metà giugno) ma anche al polline della betulla, carpino e nocciolo (marzo-aprile) e all'alternaria (estate).

**In merito all'uso dei prick e dei prick by prick, con alimenti freschi vorrei sapere:**

**1. se possono essere eseguiti già in età neonatale;**

**2. se esiste l'indicazione all'esecuzione del prick test per il latte vaccino in un lattante con diarrea acuta alimentata da sempre ed esclusivamente al seno, nel tentativo di svelare una APLV (eventuale sensibilizzazione alle PLV attraverso il latte materno);**

**3. se la loro negatività esclude la possibilità di una APLV;**

**4. se, infine, è stata mai ipotizzata nella specie umana una reazione allergica al latte materno.**

dot. Fabio Pellegrini (Pediatria ospedaliero)  
Napoli

Il prick test può essere eseguito quanto precocemente si vuole, ma sarà molto improbabile ritrovare una sensibilizzazione già nel neonato. Anche se la presenza di qualche IgE specifica verso i più comuni trofo- e pneumoallergeni può essere misurata sul sangue del cordone (indice di un avvenuto riconoscimento in epoca prenatale), ci vuole qualche mese perché queste siano sufficientemente elevate da essere misurate con un comune RAST o con il prick test. In altre parole il bambino matura lentamente la sua risposta IgE verso gli allergeni e lo fa prima per quelli alimentari (latte e uovo in particolare) e successivamente per quelli inalatori (acari, epiteli, pollini ecc.). Un esempio paradigmatico di precocissima allergia IgE mediata al latte vaccino è il neonato con predi-

sposizione atopica che si sensibilizza con le piccole dosi di latte formulato che gli vengono date al nido in attesa della montata latte e poi viene allattato al seno esclusivo. Quando poi allo svezzamento dal seno riceve il primo biberon di latte vaccino, produce una reazione anafilattica immediata (vomito, orticaria, stato collassiale). Quel bambino che può avere anche solo 3-4 mesi ha di regola una marcata prick-positività al latte. Per quanto riguarda l'ultima domanda sono stati descritti singoli casi (ne abbiamo avuto anche noi esperienza) di lattanti che hanno prodotto una reazione acuta al latte vaccino portato attraverso il latte materno (come sa, nel latte possono trovarsi quantità variabili di proteine alimentari assunte dalla mamma, quali il latte vaccino o l'uovo). Anche in questi casi non si tratta però di un'allergia al latte materno, ma alle proteine eterologhe contenute in questo. La diarrea acuta, anche se in latte materno, deve però far pensare sempre in prima battuta a un fatto infettivo. Al contrario, nella diarrea protratta del lattante, il più delle volte post-enterica, può essere ipotizzata una APLV, ma in questo caso difficilmente sarà coinvolto un meccanismo IgE mediato (in altre parole non sarà con il prick o con il RAST che potrà confermare o escludere questa ipotesi).

**L'ufficiale sanitario, che è anche il medico vaccinatore del Comune in cui io opero come pediatra di famiglia, ha sottoposto alcuni bimbi a un calendario vaccinale molto personalizzato con tre dosi di esavalente a 2, 4 e 6 mesi di**

**età. Quale strategia vaccinale è più conveniente adesso per questi bimbi?**

dott. Antonio Guerrieri (Pediatra di famiglia)

I calendari vaccinali nazionali, essendo stati diramati come legge (7 aprile 1999), vanno seguiti soprattutto da quelli che occupano una carica pubblica nel campo della prevenzione. La tendenza purtroppo a creare un proprio calendario vaccinale, sulla base di proprie convinzioni, ma spesso anche solo per differenziarsi dagli altri, è molto diffusa, per cui in alcune aree si assiste a una vera e propria anarchia. I nostri nonni dicevano *dura lex, sed lex*.

Detto questo, debbo convenire che la schedula seguita dal medico vaccinatore ha una sua logica (2, 4, 6 mesi e 13-18 mesi, aggiungo io) ed è attuata dai 2/3 del mondo civile, Stati Uniti in prima linea (guardi il calendario vaccinale statunitense, che riporta proprio una schedula uguale a quella che Lei ricorda). Io penso che, se un medico vaccinatore inserito nel sistema ritiene che non sia corretto il calendario proposto, debba farlo presente alla ASL, perché venga richiesta una sua modifica e non debba modificarlo *motu proprio*. In base all'esperienza è d'altra parte possibile affermare che anche con la schedula (2, 4 mesi, oltre 1 anno di età) oggi raccomandata si ottengono ugualmente dei buoni risultati e un appuntamento di meno richiede meno spesa e meno lavoro.

**Sto seguendo una bambina di 10 anni con problemi di ritardo psicomotorio**

**(più psico che motorio), che ha avuto un episodio di anafilassi dopo l'ingestione di pinoli. La bambina è risultata allergica ai prick by prick con pinoli (in corso dosaggio dei RAST specifici). I genitori vivono nell'angoscia che questa bimba che tende a mettere in bocca tutto ciò che è commestibile senza riuscire a capire che deve stare attenta a ciò che i cibi contengono, assuma per errore qualcosa che contenga i pinoli. Ho letto i vostri lavori sulla desensibilizzazione ad alimenti. È possibile ipotizzare una desensibilizzazione anche al pinolo in questo caso di "difficile" gestione?**

dott.ssa Anna Magni, Brescia  
e-mail: annaevit@inwind.it

L'allergia ai pinoli è nota. Non è crociata con altri allergeni vegetali (a parte il polline del pino). La probabilità di ingerire inavvertitamente un pinolo è molto bassa, ma ovviamente richiede sempre molta scrupolosa attenzione agli ingredienti di quello che si mette in bocca. L'angoscia dei genitori va pertanto ridimensionata. Il pinolo non è come il latte (e in parte anche l'uovo) che lo puoi trovare dove meno te l'aspetti, che si nasconde da ogni parte, che può inquinare con minime tracce qualsiasi alimento. In altre parole per gli alimenti non comuni (ma anche il pesce è uno di questi) non crediamo che ci sia un rapporto costi/benefici sufficiente per giustificare una desensibilizzazione, che qualche rischio pur sempre può riservare e che non credo sia mai stata tentata da nessuno.



TRADUZIONI & CONGRESSI

via S. Caterina da Siena, 3  
34122 Trieste

tel 040 773737  
fax 040 760590

traduzioni@quickline.it  
congressi@quickline.it  
www.quickline.it

Non esitate a contattarci. Il nostro staff è in grado di offrirvi un servizio di Segreteria Congressuale personalizzato secondo le vostre esigenze, garantendo flessibilità, efficienza e cura dei dettagli.

Per conoscere meglio la nostra storia e i servizi da noi offerti visitate il sito [www.quickline.it](http://www.quickline.it) dove avrete altresì modo di scaricare i programmi dei prossimi congressi in calendario e, da settembre, effettuare l'iscrizione e la prenotazione alberghiera online con possibilità di pagamento con carta di credito.

**Più di 15 anni di attività nel campo  
dell'organizzazione congressuale  
Più di 60 congressi pediatrici organizzati in tutta Italia**