

## L'immunoterapia allergene-specifica

La replica di Severino Dal Bo (che mi rincresce di non conoscere personalmente) a Giorgio Longo (*Medico e Bambino* N.9/1999, pg. 547), che condivido pienamente, mi spinge a scrivere a *Medico e Bambino* riguardo alla ITS. Dal Bo ha detto quasi tutto, ma io vorrei fare alcune considerazioni aggiuntive.

Sempre più, in futuro, il bambino sarà il target della immunoterapia specifica.

L'adulto asmatico infatti è spesso pluri allergico con asma persistente, moderato o grave: quindi non è identificabile come soggetto malato da sottoporre a immunoterapia allergene-specifica. È vero, anche nell'adulto sono presenti la rinite e l'asma stagionali causati da uno o due pollini, ma il numero di questi pazienti non è elevato.

Al contrario, nel bambino, è frequente la mono-sensibilizzazione o la poli-sensibilizzazione per pochi allergeni che ne fanno il candidato ideale all'ITS.

Questa considerazione porta con sé quella della immunoterapia come intervento terapeutico precoce, che sarà il punto cruciale in futuro per la cura delle allergie respiratorie. D'altra parte studi recenti concernenti il trattamento farmacologico prolungato nel bambino asmatico trattato con steroidi inalatori hanno riportato risultati, se non proprio deludenti, quanto meno elusivi, in quanto dopo la sospensione della farmacoterapia è stata osservata una tendenza generalizzata alla ricomparsa della sintomatologia respiratoria.

Quindi, a mio parere, vale la pena di tentare la "early intervention" con l'ITS; so che è una affermazione forte, ma ribadisco che vale la pena di tentare quando il bambino presenta solo i sintomi legati alla sua iperreattività, perché dopo, quando l'infiammazione bronchiale, o peggio il rimodellamento delle vie aeree, saranno completamente strutturati, l'approccio terapeutico con l'ITS sarà probabilmente poco efficace. Quando indicata, l'immunoterapia allergene-specifica può e deve essere associata alla farmacoterapia.

Dal Bo terminava la sua lettera a *Medico e Bambino* affermando che noi medici non possiamo abdicare alla sfida conoscitiva: è vero, tanto che quella che è considerata essere la più prestigiosa Società di Allergologia del Mondo, la AAAAI (*American Academy Allergy and Asthma Immunology*), che è in pratica l'editrice del *Journal Allergy and Clinical Immunology*, ha scelto noi pediatri italiani per trattare in casa loro a San Diego, in California, della "Prevention of Asthma by Specific Immunotherapy", Grand Seminar, 5 marzo 2000, AAAAI Annual Meeting.

Ripeto ancora la bella frase di Dal Bo: «la sfida conoscitiva...», questo dovrà essere in futuro il nostro compito senza trionfalismi o facili illusioni, ma anche senza rinunce aprioristiche.

Lo scrittore siciliano Andrea Camilleri, nel suo recente libro "La mossa del cavallo" (Rizzoli 1999), scrive che: «(...) questa è la mossa che può portare alla vittoria».

Nel campo della pneumo-allergologia pediatrica, a mio parere, è il momento di tentare "una mossa del cavallo", perché se è vero che nel corso della vita professionale si ha il diritto-dovere di essere, come dice Giorgio Longo, "bastiani contrari", è altrettanto vero che ciascuno di noi ha il diritto-dovere di essere "forerunner", che in inglese è più e meglio di precursore, è messaggero, testimone.

Poi vedremo come finirà, chi avrà più filo da tessere tesserà.

Un saluto a Severino Dal Bo e ai lettori di *Medico e Bambino*. Un ringraziamento a Giorgio Longo che ha insegnato tante cose a tutti noi.

Giovanni Pajno

Clinica Pediatrica, Università di Messina

*Tutto bene, tutto giusto, anzi tutto forse giusto. Nella risposta a Dal Bo di Giorgio Longo (che, come Dal Bo ricorda, aveva immaginato la "vaccinazione" addirittura prima della sensibilizzazione) era contenuta una critica di fondo a ogni idea avventurosa. Non basta che una cosa sia affascinante o simpatica o possibile o probabile per farla propria. Bisogna prima provarne l'efficacia. È giusto che qualcuno (Lei, Dal Bo, forse lo stesso Longo, comunque molti assieme) affronti il problema con atteggiamento sperimentale, dandosi dei tempi lunghi di prova, e valuti la fattibilità, l'efficacia, i costi di un progetto. Progetto che ha tutte le difficoltà intrinseche a ogni strategia preventiva, preclinica (come una vaccinazione), su soggetti che non si sono ancora ammalati e che non si sa se mai si ammaleranno, ma che sono semplicemente a rischio.*

*Al di fuori di una scelta di questo tipo, tutto rimane esercizio mentale.*

F.P.

## Asma e vela

Da sempre il dio Eolo ha fatto stormire le fronde, spezzato i rami e talora sradicato gli alberi. Il vento, raccolto con un pezzo di cuoio, di canne intrecciate o di tessuto grossolano, ha aiutato i nostri antenati a portare i loro oggetti e la loro cultura da una sponda all'altra del mare.

La dimostrazione scientifica dell'esi-

stenza dell'aria è stata ottenuta soltanto nell'Ottocento da Lavoisier a Parigi. Tutti noi abbiamo visto l'immagine del povero uccellino semiasfissiato, barcollante dentro la campana di vetro, mentre gli veniva sottratto quell'elemento invisibile ma così essenziale per la sua e la nostra vita.

Nella lingua indiana una stessa parola serve a indicare l'aria e l'anima. In greco, "psiche" è una parola onomatopeica, che significa "anima" ma fa il rumor dell'aria che fischia tra le labbra. "Pneuma" è lo spirito, come l'alito di vento.

Da qui si comincia a capire il rapporto che un bambino asmatico ha con l'aria: quando per lo spasmo dei bronchi, che egli avverte ma non sa spiegarsi, è costretto a rallentare l'attività fisica, a fermarsi, a introdurre quel qualcosa di invisibile che per lui è non solo il "carburante" dell'organismo (la "fame" d'aria), ma qualcosa che lo anima, che lo fa vivere.

Si comprende allora come una malattia cronica come l'asma bronchiale possa essere vissuta in maniera diversa, più profonda e coinvolgente rispetto, ad esempio, a un'artrite cronica dell'infanzia, che può essere sì invalidante e impedire di giocare, ma non ha mai la possibilità di dare la sensazione affannosa di non riuscire a introdurre "anima" sufficiente per vivere.

E la vela cosa c'entra?

Nel corso dello Stage di Riabilitazione per bambini e ragazzi con asma cronico e/o da sforzo che abbiamo tenuto presso la Divisione di Pediatria dell'Ospedale al Mare del Lido di Venezia, già nell'agosto 1995, abbiamo inserito, insieme all'Associazione Velica "Lido", un corso di vela per principianti, tenuto dagli istruttori di questa associazione con imbarcazioni del tipo Optimist.

Gli scopi erano:

rimanere per ore nella laguna veneta praticamente priva, in agosto, di inquinanti e allergeni aerotrasportati: polvere, pollini, gas di scarico;

dare sicurezza ai ragazzi asmatici, sedentari per natura o per costrizione dei genitori, in uno sport divertente come la vela dove si possono abituare, da soli, a sfruttare le proprie capacità;

far provare che l'assetto migliore rispetto al vento, quello che fa correre la barca, è paragonabile a quello che fa gonfiare meglio i nostri polmoni e che permette al nostro organismo di "planare". Le condizioni della laguna veneta, poco vento nel tardo pomeriggio, verso il tramonto, si sono dimostrate ideali per ottenere dai ragazzi il massimo rilassamento della musculatura respiratoria ausiliaria e il migliore utilizzo del muscolo diaframma, e in questo modo il migliore "assetto" per la loro funzionalità respiratoria;

□ sfruttare la sensazione dell'onda lunga e lenta che solleva la barca per far sperimentare direttamente un ritmo naturale e calmo quale deve essere quello del loro respiro nelle condizioni migliori di utilizzo;

□ in conclusione, riuscire a far sentire che lo spasmo bronchiale, l'affanno, la fame d'aria, la sensazione di impaccio, il facile affaticamento, possono essere migliorati agendo sulle "manovre", cioè sulla tensione dei muscoli respiratori e la disposizione mentale, facendo sì che in condizioni di rilassamento la superficie bronchiale sia più ampia possibile e possa catturare una maggiore quantità di aria. I risultati dello stage, realizzato per la prima volta in Italia con la collaborazione di una società velica, sono stati sicuramente incoraggianti. Nessun partecipante ha avuto problemi di broncospasmo e/o di asma da sforzo, né ha dovuto usare farmaci durante l'attività velica con gli Optimist. Lo studio, prima e dopo il periodo riabilitativo, dei parametri di funzionalità respiratoria (sia a riposo che sotto sforzo) ha dimostrato discreti miglioramenti in tutti i partecipanti, ma in particolare era notevolmente migliorata la resistenza al test della corsa libera.

Quello che però ci ha dato più soddisfazione, e che ci ha convinto che l'idea iniziale era buona, è stato che al termine dello stage, chiedendo a questo gruppo di ragazzi, tutti con problemi di asma cronico, quale fosse secondo loro l'attività fisica più idonea alla riabilitazione di un bambino asmatico, la risposta unanime è stata: la vela.

dott. Carlo Giacomini, Venezia

*Questa della vela è una soluzione più allegra e meno "eradicante" (e ovviamente anche meno "medica") rispetto a quella di Del Bo-Pajno della lettera precedente. Si tratta, certo, di due momenti diversi della malattia (prevenire piuttosto che curare o viceversa), ma anche di due filosofie diverse. La mia, ormai, forse tutti la conoscono. Io penso che un po' di malattia fa bene (non solo ai medici, ma anche ai malati), che convivere con il peso del proprio corpo fa "sentire" il corpo (così come il peccato fa "sentire" l'esistenza dell'anima). Insomma, che lo sforzo per cancellare la malattia con la prevenzione ad ogni costo fa parte di un iperprometeismo medico e umano dal quale, forse, conviene prendere qualche distanza. Lo dico alla fine di una vita trascorsa camminando (in amicizia) dai 16 ai 75 anni con l'artrite reumatoide e (in sofferenza) con il peccato.*

F.P.

## Vaccinare: richiami e obbligatorietà

Vorrei sottoporvi due considerazioni.

La prima riguarda la vaccinazione anti-pertossica. Tre dosi nel primo anno di vita, la quarta dopo un anno, la quinta dopo altri 5 anni; e poi la domanda: saranno sufficienti? Oppure, analogamente a quanto succede per l'antitetanica, occorrerà fare un richiamo ogni 10 anni? O, altrimenti, ci sarà il rischio di una pertosse in età lavorativa e in età fertile? In situazioni oggettivamente più disturbanti e "sbagliate" che nell'infanzia? Forse potrà convenire limitarsi alle prime 3-4 dosi e lasciare che l'infezione venga poi "naturalmente" contratta in età scolare. La seconda riflessione riguarda la convenienza di mantenere l'obbligo vaccinale (anzi di estenderlo alle vaccinazioni raccomandate), senza ledere con questo il diritto alla scelta dei genitori. Basterebbe che questi avessero garantita la possibilità di rifiutarla "attivamente", firmando una dichiarazione di dissenso informato o di obiezione di coscienza, su basi religiose o biologiche. È probabile che (come è stato per l'obiezione di coscienza al servizio militare) non più del 5% della popolazione si asterebbe (come dimostrano le percentuali di vaccinazioni vicine al 100% per le vaccinazioni raccomandate, ogni qual volta si sia fatta una campagna vaccinale provinciale o regionale).

D'altra parte l'obbligatorietà delle vaccinazioni (sia pur con diritto di obiezione) avrebbe come conseguenza quella di imporre a Regioni e AUSL di praticare quella proposizione "attiva" delle vaccinazioni che è risultata un'arma vincente in tutte le campagne intraprese in Italia.

Roberto Luciani  
Lido di Camajore (Massa Carrara)

*Sono d'accordo su tutto. Sulla obbligatorietà senza persecuzione, e sulle 3-4 dosi per il vaccino antipertossico. Le 3-4 dosi, tra l'altro, dove sono state fatte, cioè dappertutto, in USA, in GB, in Giappone, anche in qualche Regione italiana, sono sempre state sufficienti a interrompere la circolazione della Bordetella, sia nell'età pediatrica che nell'età adulta, anche senza arrivare all'eradicazione dell'agente responsabile. Più in generale, non credo che si debba avere, nei riguardi di malattie comunque curabili, o facilmente guaribili, un "cupo eradicare" così forte da rasentare, come accade a volte, la mania.*

F.P.

## Pielonefrite

Scrivo per esternare alcune perplessità

relative all'articolo di L. Peratoner e G. Manzoni in tema di pielonefrite (PNA), apparso sul numero di novembre di *Medico e Bambino*. Gli autori affermano, nel paragrafo dedicato alla diagnostica della PNA, che con un esame delle urine da sacchetto «con tutte le precauzioni possibili una coltura su due sarà positiva; la stessa cosa vale per la leucocituria». E subito dopo continuano dicendo che «l'unico metodo che garantisce una sufficiente attendibilità è la raccolta "al volo"».

Su queste affermazioni avrei da fare alcune considerazioni.

Il 50% delle false positività per batteriuria e leucocituria mi sembra eccessivo. Penso che problemi di false positività siano di gran lunga inferiori usando correttamente il sacchetto (accurata pulizia dei genitali, con eventuale lavaggio prepuziale nel maschietto, cambio del sacchetto ogni 30', evitare di mettere il bambino sdraiato, lettura immediata del campione, coltura solo se leucocituria superiore a 50 cellule/mm<sup>3</sup> anche in assenza di evidente batteriuria, analisi di due campioni di urine). Nella mia esperienza, con le citate precauzioni di raccolta, i falsi positivi (che più che falsi positivi definirei casi dubbi di leucocituria *borderline*) sono estremamente rari.

La raccolta al volo non è sempre semplice; bisogna disporre di un luogo dove mettere il bambino senza pannolino, e la madre deve essere pronta a scattare con il contenitore sterile, e questo in un ambulatorio o in un Pronto Soccorso affollato non è sempre possibile (considerando il numero elevato di esami delle urine che, giustamente, vengono eseguiti). Quindi la raccolta al volo, metodica sicuramente precisa, penso vada riservata ad alcuni casi selezionati (ad esempio per il secondo campione in caso di flogosi a livello dei genitali esterni), oppure nei casi veramente dubbi.

Vorrei fare inoltre alcune osservazioni sugli esami da fare nella fase acuta.

Gli autori ricordano che, dopo i primi mesi di vita, la presenza di febbre e urine patologiche permette di fare diagnosi di PNA, e che in questi casi il prelievo di sangue per VES e PCR può essere superfluo; ma allora perché non dirlo in modo più esplicito e categorico: nel bambino di età superiore ai 3 mesi con febbre, esame urine patologico e in buone condizioni generali non bisogna più fare il prelievo. Questo comporterebbe un risparmio di tempo per il personale (soprattutto quello infermieristico), un risparmio economico e soprattutto eviterebbe al bambino una procedura disturbante e fondamentalmente inutile.

Per quanto riguarda l'ecografia in fase acuta non capisco perché bisogna ricerca-

re le alterazioni ecografiche indicative di PNA. Non abbiamo appena detto che basta la febbre (e in casi selezionati il movimento di VES e PCR)? Forse si potrebbe fare un'unica ecografia a distanza dalla fase acuta per misurare i diametri longitudinali e ricercare i segni indicativi di reflusso, riservando l'ecografia in fase acuta soltanto ad alcuni casi (PNA con dolore importante, mancato sfiebrimento ecc.). Per quanto riguarda le uropatie ostruttive queste ormai sono quasi sempre diagnosticate in epoca prenatale e quindi anche la loro ricerca durante la fase acuta risulta per lo più superflua.

Claudio Germani  
Pronto Soccorso  
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

*Le affermazioni contenute nell'articolo di Manzoni e mio su cui Claudio Germani pone delle perplessità sono almeno in parte motivate da posizioni aprioristicamente definite, molto generali, quasi filosofiche, se questa non fosse una parola... grossa. Il dire "bisogna" o "non bisogna" fare o non fare alcune cose (il prelievo, il sacchetto, l'ecografia ecc.) non mi pare debbano essere pertinenti a quello strumento che si chiama "linee guida", che dovrebbe dare unicamente delle conoscenze e delle indicazioni basate sull'evidenza, per fare o non fare queste cose. Oltretutto sappiamo che le eccezioni alle regole nel nostro mestiere possono essere, e debbono essere, ogni volta pensate e prese in considerazione.*

*È giusto, e in ogni caso sicuramente più efficace, anche nel decidere di cambiare la nostra prassi routinaria, che ognuno faccia le proprie considerazioni e critiche, che adatti le linee guida alla sua realtà, e così via. Sarebbe bello che questo atteggiamento prelude a un confronto e a uno scambio di esperienze, e per questo ringrazio Germani della sua lettera. Ma vengo ai punti messi in discussione.*

**1. Uso del sacchetto per la diagnosi di batteriuria e/o leucocituria.** Sono tanti ormai i dati di letteratura che ci dicono che questa modalità di raccolta è troppo "inquinante" (in tutti sensi) per poter essere raccomandata, pur con tutte le precauzioni descritte da Germani. È certamente utilizzabile in prima battuta per escludere (quando l'esame è negativo) un'infezione, non per porre la diagnosi stessa (quando è positivo): una leucocituria, anche importante, può derivare dai genitali esterni, e d'altra parte essere presente nelle urine di un bambino febbrile senza infezione urinaria. Comunque, vorrei sottolineare, a parziale accettazione della posizione di Germani, che già l'esclusione dell'infezione è un fatto importante, e che il sacchetto può essere usato per "escludere" (come poi av-

*viene nella maggioranza dei casi), riservando poi un'attenzione maggiore ai casi positivi (cioè dubbi), che sono la minoranza. Il dire "nella mia esperienza", per quanto questa possa essere numerosa, non vuol dire nulla: se Germani mi dicesse in quanti casi di reperti positivi la diagnosi è stata confermata da una raccolta "pulita" e in quanti no, sarebbe già diverso. È vero che la raccolta "al volo" richiede un po' di pazienza e un po' di spazio fisico a disposizione, ma forse questo è prioritario rispetto a metodiche più invasive (cateterismo e sovrappubica), che vengono raccomandate da tutti i protocolli internazionali. La pazienza costa a noi (ma è poi così costosa?), l'invasività al bambino. Cosa è meglio?*

**2. Il prelievo per VES e PCR.** Ho già detto sopra il perché mi pare scorretto dire "non si deve fare", ma mi pare giusto che Germani nel reparto dove lavora decida di non farlo routinariamente. È quello che ci attendevamo quando abbiamo pubblicato questo consensus a quattro mani. Tuttavia sappiamo tutti che ci sono casi "incasinati" in cui può essere importante farlo, valutando a posteriori; e in questo senso il dare un messaggio prescrittivo potrebbe essere (esagero un po') pericoloso.

**3. Ecografia in fase acuta.** Ci sono almeno tre motivi per cui, se la situazione locale lo permette senza grosso sforzo (e qui ognuno deve mettere sulla bilancia i pro e i contro di questa prassi, tenendo conto delle risorse a disposizione), questo può risultare utile.

Il primo è che pielonefrite clinica (la febbre e/o la PCR elevata) non corrisponde a pielonefrite anatomica (la flogosi parenchimale); un'ecografia in fase acuta che dimostri un rene ingrossato (e il confronto sarà con lo stesso esame fatto a flogosi risolta) potrebbe sostituire quello che potremmo vedere facendo un DMSA in fase acuta.

Il secondo è che, se si evidenzia questa alterazione, sapremmo che questo bambino è più "a rischio" di scar di un altro.

Il terzo è che non tutte le uropatie ostruttive o i reflussi importanti vengono diagnosticati in utero come succede a Trieste, e quindi ancora una volta potremmo perdere la possibilità di identificare subito una situazione di rischio reale. Perché alla fine sono proprio questi i bambini su cui dobbiamo porre la nostra attenzione con una strategia mirata alla minimizzazione del danno, che poi vuol dire minimizzare le conseguenze tardive dello scarring. La strategia di Germani è del tutto condivisibile, quando non si disponga di un servizio di ecografia "facile" e quando invece ci si senta talmente sicuri di quello che è avvenuto prima (lo screening prenatale) e avverrà dopo (la compliance) da potercisi permettere il lusso (così lo considero) di essere ancora più soft (non "leggeri", che in italiano può avere un'accezione negativa) di quan-

to abbiamo proposto nel nostro articolo.

Leopoldo Peratoner

## Ancora sulla Pediatria di Comunità

Ho letto con vivo interesse la bella lettera della collega Luisa Loffredo, pediatra di comunità (PdC), di Pedimonte Matese (Caserta), comparsa sul numero di dicembre 1999 della rivista. Vorrei, con una vena di presunzione, dire alla collega che è una lettera che avrei voluto scrivere io. Pur lavorando (a Milano) in un contesto analogo ma sicuramente diverso dal suo, ho potuto notare che le problematiche, come pure le sensazioni, evidenziate dal collega sono molto simili a quelle dei "non esistenti" (ovvero sopravvissuti) PdC del Nord Italia.

Tutto quello che scrive in risposta (o, meglio, a commento) il prof. Panizon è vero, ma credo che la forza sindacale dei pediatri di base tenda, quasi inevitabilmente, a comprimere (se non annullare) lo spazio a disposizione dei PdC. Personalmente credo che la Pediatria di Comunità non debba limitarsi a tappare i buchi lasciati aperti dalla Pediatria di Base (regolata, a mio avviso, da un contratto un po' troppo protezionista). Apprendo con soddisfazione (dalla risposta del prof. Panizon) che «l'associazione della Pediatria di Comunità è entrata formalmente nell'ACP»: non so quando questo sia avvenuto, ma è auspicabile che sotto la comune ala dell'ACP la pediatria del territorio riesca a mettere a profitto tutti i possibili sinergismi fra Pediatria di Comunità e Pediatria di Base.

Quest'ultima, come sostenuto nella lettera-proclama del dottor Nuzzo e colleghi, pubblicata nello stesso numero di *Medico e Bambino*, dovrebbe "rinnovarsi" secondo una serie di nobili principi (esposti con molta accuratezza); confesso, in tutta sincerità, che a me sembrano, oltre che piuttosto velleitari, anche un tantino utopistici, almeno finché avremo al timone della Sanità Italiana ministri così poco illuminati come l'on. Bindi.

dott. Vittorio Piccini, Pediatra, Milano

*Io credo che alla Pediatria di Comunità spetti, come primo compito "forte", quello di fare in modo che nasca il Dipartimento Materno-Infantile. Forse sto parlando di fantasmi che non si materializzeranno mai. Ma, se qualcuno non si rimbecca le maniche, niente succederà mai.*

*Non è una risposta; è un pensiero.*

F.P.