

## QUANDO DIGERIRE PUÒ ESSERE DANNOSO

Graziella Nassimbeni, Gabriella Palla  
Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste  
Alessandro Ventura  
Istituto di Clinica Pediatrica, Pisa

### Daniela: un'allergia da far rizzare i capelli

Quando la vediamo per la prima volta, Daniela ha 10 mesi. È una bella bambina, forse un po' magrolina (lunghezza tra 10° e 25° centile, peso tra 3° e 10° centile), che fa simpatia per quei capelli ribelli, che le stanno dritti in testa come a un punk. La piccola era stata allattata al seno dai primi giorni di vita, tranne che per alcune poppate di latte formulato al nido, in attesa della montata latte, e non aveva presentato alcun problema né durante il periodo dell'allattamento al seno esclusivo né dopo l'aggiunta di qualche biberon con crema di riso, olio e liofilizzato. Gli eventi che hanno portato Daniela in ospedale e che hanno spaventato i genitori sopravvivono tra il sesto e il settimo mese. Si tratta di tre episodi di vomito acuto, comparso in due occasioni a distanza di due ore dall'assunzione di una formula a base di proteine del latte, in un'altra occasione dopo l'assunzione di un succo di frutta non precisato. Tutti e tre gli episodi erano stati caratterizzati dalla gravità e incoercibilità del vomito, dallo stato di prostrazione, dall'ipotonia e in un caso dall'intenso pallore e dalla cianosi periferica. In una occasione erano presenti pianto roco e difficoltà respiratoria. Ogni volta la piccola era stata ricoverata, aveva ricevuto reidratazione per via endovenosa, terapia con antiemetici e steroidi per via sistemica, e aveva eseguito alcuni accertamenti risultati negativi (equilibrio acido-base, glicemia, elettroliti ecc.). L'ipotesi di un'allergia alle proteine del latte era stata subito avanzata ma la negatività dei RAST lasciava qualche perplessità. La bambina era stata comunque messa in dieta senza proteine del latte (Progestimil) e, al momento della nostra osservazione, non mostrava alcun problema di intolleranza.

### Le ipotesi

Nel complesso, la storia clinica della bambina (vomito ai primi biberon di latte zuccherato o dopo assunzione di succo di frutta) ci sembrava più compatibile con un'intolleranza al fruttosio piuttosto che con un'allergia alle proteine del latte (di regola le reazioni acute sono IgE mediate e i RAST, in questi casi, dovrebbero essere positivi). Peraltro, la bambina continuava ad assumere succhi di frutta senza problemi. Facciamo inizialmente un test da carico orale con saccarosio (nessun sintomo, normale incremento della glicemia) ed escludiamo definitivamente l'ipotesi dell'intolleranza al fruttosio. Ripetiamo i RAST e il prick test con latte vaccino e con le singole frazioni proteiche (beta-lattoglobulina, alfa-lattoalbumina e caseina): negativi. È negativo anche il test per la determinazione degli anticorpi antiproteine del latte di classe IgA e IgG. Le IgE totali sono 12 U/l. Convinciamo quindi i genitori, con non poca fatica, ad eseguire sulla bambina un test di scatenamento con il latte vaccino: ribadiamo che la negatività dei RAST rende poco probabile la presenza di una ipersensibilità acuta, che nel caso dei pregressi episodi di vomito può essersi trattato di coincidenze, che comunque, se di allergia si tratta, è bene saperlo con certezza per fare un adeguato programma dietetico per il futuro.

### Il "carico di latte" e quello che segue

Il test di scatenamento viene eseguito con la modalità delle piccole dosi crescenti (1 cc, 5 cc, 10 cc, 20 cc, 40 cc, 80 cc) di latte vaccino intero, distanziate di 10 minuti l'una dall'altra.

Vengono eseguiti alcuni accertamenti di base (xilosemia da carico, conta degli eosinofili e dei neutrofilici periferici, esame feci per cellule e sangue occulto) da ripetere dopo tempi variabili dal pasto di prova. Tutto sembra andare bene, e già cominciamo a tranquillizzare i genitori, quando, dopo circa un'ora e tre quarti dall'inizio del test, la piccola presenta vomito a getto, ripetuto. Non c'è risposta al Plasil. La bambina è intensamente pallida, lo stato di coscienza appare offuscato. Non c'è peraltro caduta pressoria né dispnea. Due altri eventi significativi:

a) i capelli della bambina, già dritti ("impirai" dicono a Trieste) di base, si rizzano ulteriormente "a istiche" durante l'episodio;

b) alcune chiazze erimatoze compaiono in zone cutanee colpite dal materiale vomitato.

Eseguiamo un prick by prick con quest'ultimo e documentiamo una franca positività (3-4 mm di pomfo, 10 mm di eritema). Dopo 3-4 ore la bambina emette una scarica abbondante, con molto muco ricco di cellule, in prevalenza eosinofili. Sapremo, a distanza di qualche giorno, che la xilosemia da carico era di 29,9 mg% prima del test di scatenamento ed era caduta a 10,1 mg% a distanza di 24 ore dallo stesso. (A proposito: oltre ad osservare gli eventi siamo intervenuti con corticosteroidi per via generale, trattamento che è apparso rapidamente efficace nell'interrompere i sintomi. Avremmo dovuto fare prima l'adrenalina sottocute?).

### Le conclusioni

Riportiamo dalla lettera di dimissione: "... La diagnosi di allergia al latte viene definitivamente posta. Considerata la negatività dei prick test e dei RAST e i tempi costanti di reazione (due ore circa) dopo l'assunzione del latte, oltre alla positività del test cutaneo col materiale rigurgitato, riteniamo possa trattarsi di uno dei rari casi di allergizzazione isolata verso i prodotti di digestione peptica delle proteine del latte ..."; "... Il programma è quello di mantenere la bambina in dieta senza proteine del latte con estrema accuratezza ... facendo attenzione a integrare adeguatamente la dieta con il calcio ... La bambina ha comunque una buona probabilità di acquisire la tolleranza verso le proteine del latte vaccino entro la fine del secondo anno e, intorno a questa data, andrebbe eseguito un nuovo test di tolleranza, sempre sotto controllo medico e cominciando da piccole quantità".

### L'evoluzione

Daniela è stata mantenuta in dieta senza proteine del latte per altri 20 mesi. Non si sono verificati, durante questo periodo, episodi di vomito né altre manifestazioni cliniche. L'accrescimento è stato buono. I capelli mantengono la tendenza a stare dritti, ma meno pronunciata. All'età di due anni e mezzo è stato eseguito un test di tolleranza alle proteine del latte vaccino con le modalità del precedente: tutto andava bene, ma, dopo circa due ore, compare vomito a getto (3 episodi), accompagnato da dolori epigastrici. L'episodio, a differenza che in passato, si autolimita e la bambina si riprende in poche ore. Dopo 12 ore compare lieve eczema al volto. Prendiamo atto, ci rassegniamo e, lasciando la bambina in dieta senza latte, ci diamo appuntamento per un altro test di scatenamento dopo un anno.

### Stefano: tante "allergie", non tutte facili da interpretare

Vediamo Stefano per la prima volta all'età di 7 mesi e mezzo. La prima parte della storia appare relativamente facile da interpretare ed è principalmente caratterizzata da:

- alimentazione al poppatoio dai primi giorni di vita;
- alvo "irregolare" dalla seconda settimana (3-5 scariche al dì,

“sfilacciate” dice la mamma) con crescita comunque soddisfacente (700 g/mese);

□ episodio di diarrea “esplosiva” (ricerche batteriologiche e virologiche ripetitivamente negative sulle feci), con muco e sangue evidenti, all’età di due mesi. Iniziale trattamento con Humana Disanal (contiene proteine del latte e del riso) senza evidenza certa di miglioramento. Bene invece dall’inizio di una dieta a base di formole derivate dalla soia. A questo punto, il medico curante fa eseguire alcuni accertamenti e scopre un livello molto elevato di IgE (1000 U/l) con positività del RAST (5° classe) per proteine del latte. Viene posta diagnosi di allergia alle proteine del latte a prevalente espressione intestinale (colite) e viene prescritta una dieta di conseguenza.

### Comincia il “mistero”

Nei mesi successivi, Stefano mantiene una dieta rigorosamente priva di latte e derivati. Peraltro, a 5 mesi di vita, presenta due episodi di vomito a getto, accompagnato da calore e ipotomia e seguiti da diarrea con violente coliche, dopo due ore dalla prima e dalla seconda somministrazione di pappe a base di crema di riso (con piccole quantità di olio di oliva, liofilizzato di verdure Mellin e mela nel primo caso, e con carota, patata, sedano e liofilizzato di agnello nel secondo caso, alimenti questi che, a differenza del riso, erano già stati introdotti nella dieta da un paio di settimane, senza problemi). Successivamente, un episodio analogo avviene dopo l’assunzione di una farina a base di tapioca e mais sciolta in acqua con un po’ d’olio. Stefano viene ricoverato nell’ospedale della sua città. Viene documentato ancora una volta il titolo elevatissimo delle IgE sieriche (oltre 1000 U/l) e viene accertata ancora una volta la forte positività dei RAST (5° classe per proteine del latte vaccino) mentre il test risulta negativo per il riso, il mais, il frumento, l’uovo. C’è una debole positività per la patata, che potrebbe aiutare a interpretare due dei tre episodi, ma nel complesso la patogenesi di questi resta “misteriosa” e il bambino viene dimesso con la raccomandazione di escludere dalla dieta, oltre al latte e derivati, tutti gli alimenti assunti nelle tre occasioni in cui erano comparsi il vomito e la diarrea. Quando Stefano ha sette mesi e mezzo, i genitori ce lo portano perché “non sanno più cosa possono dargli da mangiare”.

### Il ricovero e qualche prova di scatenamento

All’ingresso in ospedale, Stefano è in buone condizioni generali (peso e lunghezza al 10° centile), è in dieta con formula a base di proteine della soia (Neosoyal 2, senza aggiunte di altro alimento) e non mostra alcun problema. Eseguiamo dei prick test che ridocumentano una forte positività verso le proteine del latte (pseudopodi) e che si dimostrano negativi per il riso, frumento, mais, e nei confronti di una soluzione delle farine a base di riso, tapioca e mais (prick by prick), alla cui assunzione era apparsa correlata la sintomatologia (vomito, coliche, diarrea esplosiva) che si era ripetuta per tre volte in precedenza. Viene dapprima eseguito un test di scatenamento con dosi crescenti di una farina di grano: nessun problema né acuto né nelle 24 ore successive. Si passa poi a testare la crema di riso: dopo due ore dall’assunzione di 3 cucchiaini di crema di riso Milupa (quella che già in precedenza era sembrata correlata ai sintomi ma verso la quale il prick by prick era risultato negativo) compare vomito a getto che si risolve in un paio di ore. Seguono coliche violente e qualche scarica mucosa durante la notte. Non c’è stata caduta pressoria, né dispnea, né segni cutanei di anafilassi. Peraltro, il prick by prick con il materiale rigurgitato è risultato positivo (3/8), lasciando aperto il dubbio di un’allergia ai digesti peptidici.

### Le conclusioni e il programma

Riportiamo dalla lettera di dimissione. “... Abbiamo a lungo discusso con la mamma del bambino il fatto che l’allergia al latte è decisamente provata (dalla storia clinica e dagli esami di laboratorio) e che, in relazione alla forte positività dei RAST e dei prick test per proteine del latte, va messa un’attenzione particolare nell’esclusione anche delle più piccole quantità (“inquinanti”) dell’alimento. L’intolleranza alla crema di riso è meno facile da spiegare: la reazione (vomito, coliche, diarrea), vista la negatività dei test con le proteine intere del riso e del prick by prick con l’alimento, potrebbe avvenire al di fuori dei classici meccanismi dell’ipersensibilità immunomediata o essere spiegata da un’allergizzazione ai digesti peptidici del riso (e in questo senso potrebbe stare la positività del prick by prick con il materiale rigurgitato, anche se questa prova non è standardizzata e non può assumere significato assoluto). Stesso significato dovremmo dare alla reazione avvenuta dopo assunzione di pappa a base di tapioca e mais (di cui peraltro non abbiamo la controprova). Resta peraltro possibile, anche se solo ipoteticamente, che negli alimenti incriminati fossero contenute quantità minime, “inquinanti”, di proteine del latte (la possibilità di una contaminazione non voluta di strumentazioni industriali è stata riportata in letteratura). Queste tracce di latte vaccino sarebbero comunque capaci di provocare sintomatologia acuta in soggetti fortemente sensibilizzati (come è del resto il caso di Stefano). (NB: questa ultima ipotesi ci è sembrata smentita successivamente dal fatto che il bambino ha presentato lo stesso tipo di reazione-vomito, coliche e diarrea anche dopo assunzione di riso “naturale”) ...”.

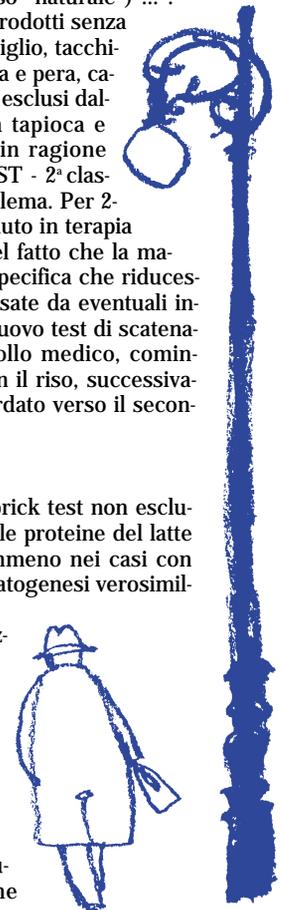
Nei mesi successivi sono stati introdotti senza problemi alcuni tipi di carne (coniglio, tacchino, pollo), derivati del grano, mela e pera, carote, finocchio, mentre sono stati esclusi dalla dieta, oltre al latte, il riso, la tapioca e mais, e la patata (quest’ultima in ragione della moderata positività dei RAST - 2° classe) e non c’è stato più alcun problema. Per 2-3 mesi il bambino è stato mantenuto in terapia con Zaditen, anche in ragione del fatto che la madre richiedeva una protezione specifica che riducesse il rischio di reazioni gravi causate da eventuali inconsapevoli errori dietetici. Un nuovo test di scatenamento (da eseguire sotto controllo medico, cominciando da piccole dosi, prima con il riso, successivamente con il latte) è stato concordato verso il secondo compleanno.

### Sottolineature (i due casi)

□ La negatività del RAST e del prick test non esclude la possibilità di una allergia alle proteine del latte vaccino in maniera assoluta nemmeno nei casi con sintomatologia acuta e quindi a patogenesi verosimilmente IgE mediata.

□ In alcuni di questi casi è ipotizzabile che la reazione allergica sia diretta verso digesti peptidici (ma questo è difficile da dimostrare e non ci sono certezze a questo proposito, anche se il prick by prick con il materiale rigurgitato può avere un certo significato diagnostico).

Nel caso dell’intolleranza iperacuta al riso va ricordato che anche



nella maggior parte dei casi segnalati in letteratura il RAST e il prick erano negativi e che è stata data qualche evidenza che alcune componenti del riso sono in grado di indurre un'attivazione diretta della cascata complementare. Nel caso di Stefano resta quindi aperta anche la possibilità di interpretare gli eventi sulla base di una ipersensibilità non anticorpo-mediata. Peraltro, l'elevatissimo valore delle IgE totali e la positività dei prick test per altri alimenti rendono improbabile questa evenienza.

□ I "cavei impirai" (capelli dritti) costituiscono probabilmente un segno aspecifico di costituzione atopica (tono alfa-adrenergico) (questa affermazione trova nel caso di Daniela una conferma, ma è stata verificata anche in uno studio-caso-controllo ora in pubblicazione).

□ In soggetti geneticamente predisposti la somministrazione di piccole quantità di lattoproteine intere in attesa della montata latte può costituire effettivamente un rischio di sensibilizzazione e di successive reazioni iperacute al primo pasto di latte vaccino o derivati (questa è nei fatti la storia di Daniela). Il caso di Stefano potrebbe essere prova del fatto che anche la rialimentazione, dopo una gastroenterite acuta o nel caso di una enteropatia allergica, può costituire un momento critico per il rischio di sensibilizzazione, in soggetti geneticamente predisposti, anche verso alimenti ritenuti comunemente "innocenti" come il riso.

□ Il test di scatenamento "diagnostico" va oggi riservato ai casi più incerti o mal definiti dalla storia (altrimenti, se un bambino guarisce con la dieta senza latte vaccino conviene limitarsi al test di scatenamento "di uscita", a una certa età in cui c'è alta probabilità di aver raggiunto la tolleranza). Alcuni esami semplici (xilosemia da carico, esame microscopico delle feci) ripetuti prima e dopo il pasto di prova costituiscono un aiuto oggettivo nell'interpretare le eventuali reazioni cliniche (vedi la comparsa di eosinofili fecali e la drastica riduzione della xilosemia da carico nel caso di Daniela).

□ Anche i casi più severi di allergia alle proteine del latte hanno buona probabilità di guarire dopo i due anni (o di ridurre significativamente la gravità delle manifestazioni) e vanno sottoposti, dopo questo periodo, a prove di tolleranza clinica. Alle volte però l'intolleranza è destinata a durare.

### UN ASMA CHE NON RISPONDE AL CORTISONE

*Maria Teresa Calipa, Mauro Pocecco  
Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste*

Marco è un bambino di Venezia con una storia di asma dall'età di due anni. A 5 anni viene portato per la prima volta presso il Servizio di Allergologia del nostro Istituto. La sua storia è fatta di ripetuti episodi di bronchite asmatiforme, più frequenti da quando ha cominciato la scuola materna (circa 1 volta al mese), durante la stagione invernale. È allergico all'acaro della polvere, all'epitelio di gatto, alle graminacee, ha un'eosinofilia periferica (700 eos/mmc). Viene proposto un ciclo vaccinale desensibilizzante (che il bambino esegue a partire dall'età di 6 anni fino ai 10), associato a brevi cicli di Clenil e Lomudal. A partire dai 6 anni le crisi diventano sempre meno frequenti: vengono riferiti sporadici episodi, di lieve entità in occasione di forte esposizione alla polvere, ben controllati comunque con il broncodilatatore. Marco esegue l'ultimo ciclo di Clenil e

Lomudal nell'ottobre del 1991 (a 9 anni) e quindi sospende la terapia di base. Il bambino continua a stare bene fino ai 12 anni: ogni tanto presenta qualche episodio di rinite, ma gli attacchi d'asma sono lievissimi, di breve durata, tanto che il Ventolin è solo occasionale, singole somministrazioni all'anno. Abbiamo l'impressione di un bambino un po' iperprotetto dalla famiglia: la mamma non vuole che giochi a pallone "perché suda e prende freddo"...

Nel giugno del 1994, all'arrivo in campeggio in Corsica, durante la notte, improvvisa grave crisi asmatica come mai era successo in passato. Da quel momento il bambino continua a presentare tosse ogni mattina al risveglio. Viene riportato a Trieste nel mese di settembre: la spirometria eseguita in quell'occasione dimostra un quadro ostruttivo che si modifica solo parzialmente con il Ventolin. Ci viene riferito che il bambino, su consiglio del medico curante, non aveva fatto cortisone, mentre nel dubbio di una pertosse o di una infezione da *Mycoplasma* aveva eseguito un ciclo con macrolidi, senza alcun effetto... Ci convinciamo della necessità di iniziare un trattamento con cortisone locale (pensiamo a una persistenza della flogosi a livello delle vie aeree...) e proponiamo Becotide spray, per due mesi, associato a Salmeterudur, sicuri o quasi di venire a capo del problema...

Dopo 10 giorni il papà telefona: gli attacchi di tosse non si sono ridotti, anzi il bambino lamenta un senso di oppressione al torace e richiede due cuscini per dormire (...perché?) e, pur non riuscendo a trovare una spiegazione dell'insuccesso terapeutico, consigliamo di passare al cortisonico per via generale...un po' meno sicuri di riuscire a risolvere il problema, tanto che raccomandiamo di ricoverare il bambino qualora la sintomatologia non dovesse migliorare... Ancora una volta nessun effetto della terapia: solo un "amaro svedese", secondo i genitori, sembra portare un certo sollievo al bambino...

Ricoveriamo il bambino: è il novembre del 1994, quali le ipotesi: una bronchite asmatica protratta intrattabile? sindrome sinu-bronchiale? corpo estraneo? reflusso gastroesofageo? Ci aspettiamo anche di verificare l'entità del problema, ci viene il dubbio che la terapia non venga eseguita correttamente (... un asma che non risponde al cortisone...), o magari che possa essere una tosse nervosa (... a proposito di bambino iperprotetto...).

Durante il ricovero si conferma il quadro descritto dalla famiglia: la tosse è prevalentemente notturna, o comunque si manifesta in maniera prevalente o quasi esclusiva quando il bambino si stende a letto (... sinusite... reflusso gastroesofageo...) e Marco dorme meglio con due cuscini... La frequenza respiratoria è sempre normale... La spirometria dimostra ancora una volta un quadro ostruttivo, limitato sembra ai bronchi di grosso calibro (...?) non rispondente a broncodilatatore. Nulla di particolare all'emocromo (90/mmc gli eosinofili totali...). Nulla di significativo all'esame obiettivo, in particolare non segni di broncospasma. Decidiamo di eseguire una radiografia del torace alla ricerca di corpi estranei o di bronchiectasie (... c'è quell'episodio di broncopolmonite bilaterale a lentissima risoluzione a 5 anni di vita). E invece non troviamo nulla di tutto questo... ma, a livello mediastinico posteriormente, si intravede un'immagine non ben definita, una falda aerea... tipo "pneumomediastino"... una mediastinite?

A questo punto riprendiamo in considerazione l'intera storia, scopriamo così che dal mese di agosto la tosse spesso si accompagna a vomito, che il bambino da qualche mese rifiuta cibi solidi perché "fa fatica a mandarli giù e qualche volta succe- de anche con i liquidi", e ha perso 5 kg negli ultimi 4 mesi. Tutto ci porta a pensare che esista un ostacolo a livello media-

stinico: mediastinite cronica? E quella strana immagine radiologica? Si decide di eseguire un rX esofago-stomaco nel dubbio di una massa mediastinica che comprime dall'esterno l'esofago: l'indagine dimostra invece una marcata dilatazione esofagea (con abbondanti residui alimentari e con livello idroaereo a livello del giugulo) e una marcata stenosi in sede cardiaca, in un quadro compatibile con ... acalasia esofagea.

#### Commento

Se una tosse persiste oltre il lecito, anche in un bambino sicuramente asmatico, dobbiamo pensare ad altre possibili cause, in particolare se non risponde alla terapia steroidea. Va tenuto conto poi dei possibili sintomi associati... che però vanno ricercati.

### ANAFILASSI DA SKATEBOARD?

*Elio Novembre*

*Clinica Pediatrica 3°, Ospedale Mayer, Firenze*

#### T.N. 13 anni

Allergia a vari pollini. Notevole oculorinite e asma episodico in primavera, trattato con antistaminici e  $\beta_2$  spray al bisogno.

#### Giugno '96

Fa le gare con gli amici con lo skateboard in una strada di campagna. È molto sudato e affaticato. Cade sull'asfalto e si produce un'escoriazione estesa sulla natica e sulla coscia. Comincia a sentirsi "un po' strano" e va a casa a farsi medicare. Ci arriva in 3-4 minuti. Durante la medicazione con  $H_2O_2$  presenta una reazione anafilattica caratterizzata da prurito generalizzato, sudorazione fredda, dispnea inspiratoria, angioedema del viso e della lingua. Seguono cianosi, perdita di coscienza, convulsioni tonico-cloniche. La madre ha solo (si trova nella casa di campagna) il Cortigen B6 fiale e pratica 2 fiale intramuscolo. Una vicina ha del Bentelan da 1,5 mg che viene praticato i.m. Viene chiamato l'elisoccorso che arriva dopo 20'. Il bambino ha ripreso conoscenza, ma respira con difficoltà ed ha sempre l'angioedema del volto e orticaria diffusa. Viene praticata adrenalina, cortisonici IV. Il bambino si riprende subito, l'edema si riduce, la difficoltà respiratoria si attenua notevolmente. Viene comunque trasferito nel reparto di rianimazione dell'Ospedale più vicino per un giorno e poi dimesso.

#### Ricovero presso la nostra Clinica Pediatrica

Ipotesi diagnostiche:

- anafilassi da sforzo?
- puntura da insetto inavvertita?
- food dependent-exercise induced anaphylaxis?
- aeroallergen dependent-exercise induced anaphylaxis?

#### Esami

- Prick test intensamente positivi (+ + + +) per pollini di graminacee, parietaria, alberi e piante varie. Negativi per allergeni alimentari e veleno di imenotteri. Il RAST conferma questi risultati.
- Spirometria: lieve ostruzione delle piccole vie aeree.
- Test da sforzo: negativo per sintomi respiratori e a carico di altri organi.

- L' elettrocardiogramma e l'elettroencefalogramma: normali.
- Esami ematologici di routine + complemento + CINH risultano normali.

Rimane l'ipotesi di un'anafilassi "idiopatica" oppure quella, difficilmente dimostrabile, di una reazione anafilattica dipendente dalla massiva inalazione di pollini (siamo in campagna in giugno) e favorita dall'esercizio fisico. Ipotesi possibile (in analogia di quelle, meglio documentate, dipendenti dal cibo) ma improbabile. Decidiamo di chiedere soccorso alla letteratura. MED-LINE: anaphylaxis. Nei vari lavori ricercati qualcuno riporta l'anafilassi da "toboga". Ci ricordiamo di un lavoro presentato a un congresso dal titolo "Anafilassi idiopatica", che parla dell'anafilassi dei giocatori di toboga o "Alpine-Slide Anaphylaxis". Troviamo il lavoro originale: "Alpine-Slide Anaphylaxis", pubblicato sul *New England Journal of Medicine* nel 1984. Questo tipo di anafilassi si verifica in soggetti allergici ai pollini che praticano lo slittino su piste di vetro-cemento nel periodo estivo e che si procurano escoriazioni. Strisciando lungo le piste i grani di polline che si attaccano sullo slittino (e quindi verosimilmente anche sulle zone escoriate) aumentano notevolmente con l'aumento della velocità. Si viene quindi a determinare una situazione che porta al contatto dell'allergene direttamente con le parti escoriate e quindi a una facile penetrazione direttamente nel circolo ematico.

#### Diagnosi conclusiva proposta

"Skate-board" induced anaphylaxis

#### Considerazioni

- La possibilità di anafilassi da assorbimento massivo in circolo, dopo escoriazioni all'aperto (caduta sull'asfalto, scivoli ecc.) in soggetti molto allergici ai pollini durante il periodo di impollinazione, non deve essere trascurata.
- Un'approfondita prevenzione-informazione è possibile e auspicabile (farmaci per emergenza ecc.).

### EPISODI DI ANAFILASSI DI DIFFICILE INTERPRETAZIONE: UN PROBLEMA EMERGENTE?

*Graziella Nassimbeni*

*Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste*

Leopoldo è un bambino che ci ha dato molto da fare per una dermatite atopica severa nel primo anno di vita: esordio quando era alimentato esclusivamente al seno, marcata cutipositività per proteine del latte e dell'uovo e importante eosinofilia periferica ( $> 2000/mm^3$ ), scarso effetto della dietoterapia (dieta di eliminazione alla madre prima; soia, Nutrigen, dieta di Rezza-Cardi al bambino in un secondo momento). Evidenza comunque di reazioni acute, orticarioidi, all'assunzione casuale o al contatto con derivati del latte e dell'uovo; frequenti sovrainfezioni batteriche cutanee. Il problema è andato "speggnendosi" e dall'età di 6 anni è stata documentata la tolleranza clinica al latte e all'uovo, nonostante la persistenza di un prick positivo.

Un primo evento di difficile interpretazione avviene verso i 5 anni, quando viene eseguita vaccinazione trivalente (morbilli, rosolia, parotite): i genitori avevano posto il solito problema

## CASI INDIMENTICABILI in Allergologia Pediatrica

dell'allergia all'uovo ed era stato consigliato un vaccino ottenuto in colture di cellule umane. Dopo pochi minuti dall'iniezione del vaccino, il bambino presenta orticaria gigante e dispnea, e viene quindi ricoverato d'urgenza in un reparto di rianimazione dove i sintomi si risolvono con adeguato trattamento (adrenalina, antistaminici, corticosteroidi). La reazione anafilattica rimane a tutt'oggi di difficile spiegazione, anche se potrebbe essere implicata la gelatina (collagene bovino) contenuta nella preparazione vaccinale, come segnalato da alcuni studi in letteratura.

In questi ultimi 5 anni (Leopoldo ha ora 11 anni) il bambino ha mantenuto una dieta libera. Due ulteriori episodi di anafilassi sono sopravvenuti senza una chiara spiegazione, sempre comunque a distanza di una o due ore da un pasto. Nel primo caso il bambino aveva assunto qualche sorso di birra in aggiunta a un pasto senza particolarità, nel secondo caso non è stato possibile documentare alcun evento "fuori norma". I due episodi (caratterizzati da orticaria gigante e dispnea in-espatoria) sono avvenuti a riposo. Nel primo caso il bambino, portato in ospedale, ha ricevuto trattamento farmacologico con i soli steroidi; nel secondo caso è stata eseguita iniezione di adrenalina a domicilio (Fastjekt).

I test cutanei, al momento attuale, sono ancora positivi per il bianco dell'uovo (alimento che peraltro il bambino assume quotidianamente senza problemi) mentre si sono negativizzati per le proteine del latte. È presente positività a inalanti come

le graminacee e all'alternaria, e c'è una modesta storia di oculorinite primaverile. Non abbiamo molte ipotesi né ci sentiamo di tranquillizzare completamente i genitori rispetto al rischio di episodi anafilattici imprevedibili e gravi in futuro. La prescrizione del Fastjekt da tenere a disposizione ci è sembrata inevitabile, ma sicuramente la famiglia sta vivendo questa soluzione come un problema nel problema. E il problema, appunto, rimane non risolto.

### Sottolineature

□ Le reazioni anafilattiche alle vaccinazioni sono del tutto imprevedibili. Quello dell'allergia all'uovo da vaccino anti-morbillo è un falso problema: molti dei rari casi che presentano questo tipo di reazioni non sono allergici all'uovo o, viceversa, lo sono ma hanno presentato reazioni a vaccini preparati su cellule diploidi umane. Si tratta quindi di un modesto rischio generico correlato all'atopia in sé più che una specifica allergia. In soggetti selezionati, con storia di atopia severa, l'unica prassi consigliabile è di eseguire il vaccino sotto controllo medico, disponendo di adrenalina pronta per l'uso.

□ Il Fastjekt è senz'altro una buona stampella per i soggetti con episodi di anafilassi non prevedibile, ma può rappresentare un motivo di forte disturbo psicologico e non essere del tutto adeguato alla gestione globale del caso.

□ L'anafilassi "incompresa" rimane un problema aperto (ed emergente) nell'allergologia pediatrica.

## CONCORSO

### CASI INDIMENTICABILI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Palermo, 20 e 21 febbraio 1998

*Questo è il titolo del convegno che si svolgerà a Palermo; protagonisti e relatori del congresso saranno i pediatri italiani che svolgono attività di pediatria ambulatoriale e di famiglia.*

*I casi selezionati per la presentazione, con l'aiuto anche dei diversi gruppi regionali ACP, saranno discussi nelle diverse sessioni non solo in funzione dell'area specialistica cui appartengono, ma anche delle diverse problematiche (relazionali, medico-legali, umane ecc.) sulle quali richiamano l'attenzione.*

*Il comitato editoriale sollecita pertanto l'invio di un breve scritto (una, due cartelle dattiloscritte, possibilmente su dischetto) al fine di poter selezionare alcune storie. Queste saranno pubblicate e daranno l'occasione ad alcuni pediatri di partecipare in qualità di relatori e ospiti al convegno di Palermo.*

*I Casi Indimenticabili devono essere attinenti alla pediatria ambulatoriale e devono pervenire entro il 30 novembre 1997 a: Dott. Giorgio Longo, Prof. Alessandro Ventura, c/o Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Strada dell'Istria 65/1, 34100 Trieste.*

#### Programma preliminare

Venerdì 20 febbraio 1998

ore 9.00 1° Sessione (12 casi) Moderatori: Dott. G. Longo, Prof. F. Panizon

ore 13.30 Colazione di lavoro

ore 14.30 2° Sessione (12 casi) Moderatori: Prof. G. Bartolozzi, Prof. A. Ventura

Sabato 21 febbraio 1998

ore 9.00 3° Sessione (10 casi) Moderatori: Prof. G. Magazzù, Prof. G. Maggiore

Segreteria Scientifica: Dott. Giorgio Longo, Trieste; Prof. Alessandro Ventura, Pisa; Dott. Saro Ferracane, Palermo; Dott. Giuseppe Primavera, Palermo.

Segreteria Organizzativa: CPA, Divisione Congressi, via della Balduina 260, 00136 Roma. Tel. 06/35402149-50; Fax 06/5402151