

## UN CASO DI SHOCK ANAFILATTICO

Angela Pasinato - Vicenza

Relazione clinica di Z.M., nato il 2/8/85.  
Gravidanza: iniziata con l'aiuto della terapia ormonale.  
Minaccia di aborto e di parto prematuro.  
Coliche renali con cistiti e IVU trattate con opportuna terapia.  
Nascita: alla 37<sup>a</sup> settimana di gestazione da parto eutocico; peso alla nascita 3070 kg.  
Perinatalità nella norma.  
Ittero con BT di 16 mg% in 4<sup>a</sup> giornata.  
Anamnesi: allattamento materno per 45 giorni; poi enterite acuta con ricovero ospedaliero: rialimentazione con idrolisato per 3 settimane e poi latte di soia fino ai 12 mesi. Nuova enterite acuta a 2 anni, seguita da eczema al volto e alle mani regredito dopo 3 mesi. Bronchiti frequenti fin dal 3<sup>o</sup> mese di vita con associato broncospasmo dall'inizio della scuola materna. Vaccinazioni di legge e antiparotite in 2<sup>a</sup> elementare. Prima crisi asmatica nell'autunno 1993; da allora frequenti crisi asmatiche nonostante profilassi farmacologica con  $\beta_2$ -stimolanti e cortisonici sotto forma di spray. Allergia al *Dermatophagoides* confermata dal RAST e dalle prove cutanee.  
Dall'aprile 1994 inizio della terapia desensibilizzante specifica per via sottocutanea. Alla 15<sup>a</sup> iniezione shock anafilattico presso l'ambulatorio della pediatria di base: lo shock, caratterizzato da orticaria gigante, dispnea ingravescente, lacrimazione profusa, fortunatamente si è risolto con l'ausilio di adrenalina 1:1000, 2 fiale sottocute a distanza di 10 minuti, intervallate da idrocortisone 500 mg e.v. e con ossigenoterapia per circa 40 min., senza bisogno di ricovero ospedaliero.  
La terapia desensibilizzante è stata sospesa per cinque mesi e poi ripresa in ambiente ospedaliero; ma quasi a ogni iniezione comparivano effetti collaterali (wheezing o lacrimazione o reazione orticarioide).  
È stata definitivamente sospesa 2 mesi fa. Il paziente, nonostante il continuo uso di  $\beta_2$ -stimolanti e corticosteroidi sotto forma di spray, presenta tuttora crisi asmatiche per lo più mensili che richiedono molto spesso l'utilizzo di corticosteroidi per os.

## ALLERGIA NON VUOL DIRE ASMA

Giovanni Cavagni, Adriana Borghi  
Pediatra, Ospedale di Sassuolo (MO)

P.G. è un ragazzino di 11 anni, di peso e altezza adeguati. Viene ricoverato il 22/10/94 per 3 giorni a causa di un attacco di asma bronchiale. All'ingresso il quadro clinico è caratterizzato da: importante broncospasmo con sibili espiratori a entrambe le basi e febbre. Gli esami evidenziano: VES 6, PCR 2 mg%, GB 8100/mm<sup>3</sup> con formula normale per l'età. L'emogasanalisi arteriosa mostra un quadro di lieve acidosi compensata con importante ipossia: PCO<sub>2</sub> 43,3; PO<sub>2</sub> 35. L'intradermoreazione di Mantoux è negativa, nella norma le sottoclassi delle IgG. Radiografia dei seni paranasali negativa per impetto sinusitico. Prick test positivo per *Lanciuola*, *Alternaria*, *Dermatophagoides pteronissinus* e *farinae*.  
Il problema allergico è già noto ai familiari, in quanto emerso in un ricovero precedente del febbraio 1991, sempre per asma, quando il bambino aveva 7 anni. Da allora vi sono stati 5-6 attacchi all'anno, non tanto gravi da condurre a ricovero, risoltisi in pochi giorni. Non è stata instaurata alcuna terapia di fondo per l'asma, solo profilassi domestica anti-polvere. Da settembre, peraltro, il bambino frequenta un Seminario dove, ovviamente, l'ambiente non è curato e trattato per la polvere come l'ambiente domestico. La familiarità è positiva per forme allergiche (nonna e zia materne). Inoltre vi sono stati in passato 2 episodi di edema al volto e al-

le mani con prurito generalizzato dopo somministrazione di Bactrim e Zoref. Durante la degenza manifesta una risposta rapida alla terapia con teofillina e metilprednisolone e.v. e all'aerosol con beclometasone e salbutamolo. Viene dimesso con teofillina ritardo 300 mg per 2 volte/die e beclometasone per via aerosolica per 2 volte/die. La teofillinemia dopo 15 giorni appare nel range terapeutico. Il 30/11, dopo circa 1 mese, esegue DH: il quadro di broncospasmo è ancora presente nonostante il trattamento; viene aggiunto il salbutamolo in aerosol per 4 volte/die e deflazacort a dosaggio pieno per 2 volte/die per 1 settimana.

Dopo tale terapia, la settimana successiva, il bambino giunge progressivamente all'ambulatorio allergologico in preda a grave dispnea e febbricola. La frequenza respiratoria è di 30 atti al minuto, quella cardiaca 120 al minuto. Al torace scarso ingresso di aria con fischi e sibili sia inspiratori che espiratori in tutto l'ambito. La situazione clinica sembra quindi improvvisamente peggiorata da ottobre, ossia dall'inizio della frequenza in Seminario, nonostante la terapia ben condotta: importante aumento della concentrazione allergenica (pensiamo ovviamente alla polvere). Motivazioni psicologiche legate all'allontanamento da casa?

Viene instaurata la solita terapia e.v. con teofillina e metilprednisolone e terapia aerosolica con salbutamolo. Il quadro migliora drammaticamente, tanto che dopo 2 ore circa il bambino appare eunoico con frequenza respiratoria di 14 atti al minuto e rari sibili espiratori bibasali. Sembra quasi incredibile per il medico che lo controlla, a crisi ormai risolta, credere ai colleghi che descrivono la gravità del quadro di 2 ore prima: un attacco d'asma che regredisce quasi completamente in un tempo così breve suscita perplessità. Normalmente, in una recidiva asmatica di un paziente già inquadrato dal punto di vista diagnostico non è necessario ripetere una Rxgrafia del torace, soprattutto se si ha una buona e rapida risposta terapeutica. In questo caso richiediamo una radiografia del torace alla ricerca di qualcosa che spieghi il quadro clinico ed esprimiamo le nostre perplessità al collega radiologo.

E infatti a un'attenta osservazione si vede: immagine a tronco di con tenuezza opaca in sede paracardiaca-parailare inferiore a destra (corpo estraneo?). Il 12/12/94 nel corso di broncoscopia operativa si estrae corpo estraneo in materiale plastico dal bronco parailare destro. Andiamo anche a rivedere le lastre eseguite nel ricovero di quasi 4 anni prima, poco dopo l'inizio della storia clinica di asma, e ci accorgiamo che già allora era presente la tenue immagine radiopaca di piccole dimensioni corrispondente al corpo estraneo. L'esiguità del reperto radiologico in una lastra eseguita di routine per un primo attacco d'asma, non accompagnata da richiesta specifica, non aveva permesso di formulare la diagnosi corretta.

P.G. è stato seguito a lungo nell'ambulatorio allergologico, dopo qualche tempo ha sospeso la terapia, non ha più presentato asma.

## Conclusioni autocritiche

1. Abbiamo posto subito in relazione causale la sensibilizzazione allergica e l'asma (troppo ovvio per non farlo), ma occorre ricordare che allergia non vuol dire asma e che, d'altro canto, anche un soggetto allergico può inalare un corpo estraneo.
2. Il reperto obiettivo di sibili può corrispondere a ostruzione da corpo estraneo, oltre che ad asma bronchiale; perciò occorre sempre osservare bene le lastre del torace, soprattutto a un primo attacco e anche nel caso in cui il quadro clinico non sia proprio tipico.
3. La risoluzione troppo rapida delle crisi e, viceversa, le recidive frequenti, nonostante la terapia, potevano metterci sulla buona strada un po' prima.
4. Il reperto di sibili costantemente bilaterali ci ha portato a escludere mentalmente il corpo estraneo, ma il reperto all'emitorace controlaterale era certamente di tipo trasmesso. Un orecchio fine poteva avvedersene, ma bisogna sempre pensarci.
5. Gli esami strumentali possono non essere utili o addirittura sviare se l'operatore non viene orientato dal clinico.

### L'ATTENZIONE NON È MAI TROPPIA

Maddalena Capozzo - Schio (Vicenza)

R.M. terzogenita con familiarità per malattie allergiche da parte materna. I due fratelli - 8 e 6 anni - non hanno mai avuto sintomi d'allergie. È stata in allattamento materno esclusivo fino al 6° mese, con buona crescita. Dopo introduzione al 6° mese di derivati del latte vaccino, ha avuto un primo episodio di angioedema e orticaria. Per positività del Prick test alle proteine del latte vaccino e dell'uovo, è stata messa in dieta priva di tali elementi. Ha avuto un secondo episodio di angioedema e orticaria all'8° mese perché, gattonando, aveva trovato per terra e ingoiato un pezzetto di noce. La madre poi è stata molto rigorosa nella dieta, attenta ad avere sempre a portata la confezione di adrenalina. C'è stato però un terzo episodio, al 20° mese: la madre era uscita; la bambina, a casa sola con la colf, è caduta; questa, per prevenire la formazione di ematoma, ha messo un "pane" di burro sulla fronte a lungo e, quando la madre è tornata ha trovato la bambina con angioedema importante al volto. Segnalo quest'usanza tra i nostri contadini e la sua pericolosità.

### LA STORIA DI OMAR

Paolo Meglio - Servizio di Allergologia, Clinica Pediatrica, Roma

Omar è un ragazzo di 14 anni che viene alla visita accompagnato dai genitori visibilmente preoccupati per il loro figlio che è in preda a un attacco di tosse persistente da circa 20 giorni. Non è la prima volta che succede; infatti egli è un allergico e comunque questa volta la terapia, già effettuata con successo in passato, non è efficace. La tosse è stizzosa, a tratti leggermente produttiva, e peggiora a scuola ("forse per colpa del gesso, perché quando va alla lavagna si aggrava"), ma non è stata iniziata nessuna terapia fino a quando 10 giorni prima, di sera, l'accesso è diventato quasi soffocante, tanto da costringere Omar a rivolgersi al pronto soccorso. Il collega della guardia medica ha fatto praticare un aerosol con il cortisone e il broncodilatatore e ha iniettato cortisone endovena: questa terapia ha permesso a Omar di dormire tranquillo per tutta la notte. La mattina di 2 giorni dopo la tosse è però iniziata di nuovo, i genitori hanno apprezzato una difficoltà respiratoria associata a "wheezing" e hanno chiamato il loro medico curante che ha praticato un'altra fiala di cortisone e.v. e ha consigliato il ricovero in ospedale. Il ricovero è durato 7 giorni; la diagnosi di ingresso è stata di "laringospasmo", quella di dimissione di "laringite allergica". In ospedale, durante le prime 2 notti, Omar ha tossito continuamente. La radiografia del torace è risultata negativa, le prove di funzionalità respiratoria sono risultate nei limiti della normalità. Le IgE totali sono risultate elevate (194 UI/ml), i Prick skin test hanno confermato la positività per l'acaro della polvere (++) , l'emocromo ha mostrato un aumento dei globuli bianchi (12.620) con neutrofilia (80%). Durante il ricovero è stata praticata terapia con amoxicillina per bocca, betametasona intramuscolo, chetotifene, sedativi della tosse e aerosol con beclometasona e salbutamolo. La tosse è migliorata; i sanitari hanno allora deciso di non effettuare la broncoscopia e Omar è stato dimesso.

### Ma la tosse persiste ancora... rivediamo dunque l'anamnesi

Familiarità allergica. Padre e sorelle gemelle più grandi di 2 anni: nulla di rilevante. La madre non ha mai effettuato prove allergometriche, presenta però una rinite continua e, quando si occupa delle pulizie di casa, accusa prurito su tutto il corpo, vellicchio in gola e il giorno dopo compaiono sibili espiratori: per questo ha preso la saggia decisione di demandare ad altri tale compito. Anamnesi patologica remota e prossima. A 9 mesi Omar ha avuto una bronchiolite importante con ricovero ospedaliero. Da allora, durante tutta la prima infanzia, il "trigger" infettivo ha provocato

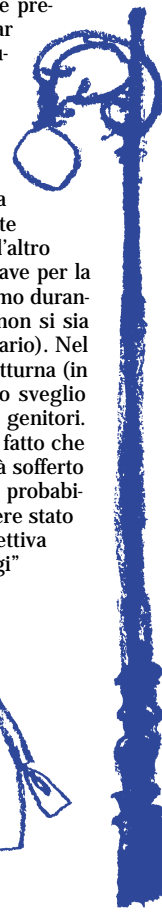
l'insorgenza di "wheezing". A 8 anni si è presentato il primo vero episodio asmatico importante della durata di circa 10 giorni. Da allora si sono alternati sporadici episodi di "wheezing" e/o tosse, prevalentemente durante il periodo invernale. Viene inoltre evidenziata cutipositività per l'acaro della polvere. L'esame obiettivo attuale mette in evidenza ipertrofia/edema della mucosa nasale, occhi alonati, dolenzia dei punti di emergenza delle branche del trigemino a livello mascellare ed etmoidale anteriore e rumori secchi all'ascoltazione del torace. La tosse è stizzosa e "latrante". Sono quindi evidenti una rinopatia allergica, una sinusopatia mascellare ed etmoidale, ma esse non giustificano ancora l'imponenza del sintomo. Deve esserci dell'altro e, indagando circa la situazione familiare, emerge la recente anoressia di una delle 2 sorelle maggiori.

Una revisione più approfondita della storia rende allora chiaro che la tosse notturna di Omar in ospedale fu così continua ed estenuante poiché egli era stato sveglio quasi tutta la notte perché avrebbe voluto che la mamma fosse rimasta con lui: quindi non aveva tossito durante il sonno, ma in stato di veglia. A dire il vero anche gli episodi serali avvenivano tutti in stato di veglia, per il resto il sonno del ragazzo era abbastanza tranquillo. Chiedo allora a Omar perché abbia bisogno di tossire! Avendo in mente la chiave di lettura della tosse psicogena, mettiamo in evidenza che l'anoressia della sorella aveva notevolmente distolto l'attenzione di entrambi i genitori da lui. Inoltre, accanto al problema all'interno della famiglia ne emergeva uno all'esterno. A scuola, essendo "il più bravo della classe", Omar si sentiva un diverso. Infatti il suo ruolo nella classe era solo quello di "passare i compiti ai suoi compagni", sentendosi contemporaneamente isolato da essi. Lo stato di malattia aveva il vantaggio di farsi notare dai genitori e l'azione di disturbo che la tosse esercitava lo faceva essere presente con un ruolo diverso da quello solito. Omar ha ora smesso di tossire e continua ad essere curato per la sua "normale" allergia.

### Commento

La tosse psicogena è in genere una diagnosi di esclusione. Va inoltre considerato che se da un lato nella classe di età che va dai 6 ai 16 anni la tosse persistente è nella maggior parte delle volte da attribuire a una tosse asma-equivalente, dall'altro tale diagnosi è spesso enfatizzata. Elemento chiave per la diagnosi di tosse psicogena è l'assenza del sintomo durante le ore del sonno (almeno all'inizio, qualora non si sia cioè instaurato un meccanismo irritativo secondario). Nel nostro caso la tosse era apparsa essere anche notturna (in ospedale), ma solo perché il bambino era stato sveglio per buona parte della notte perché lontano dai genitori. Ulteriore elemento di confusione è scaturito dal fatto che in passato Omar, essendo un allergico, aveva già sofferto di una patologia simile a quella attuale. È inoltre probabile che il "trigger" dell'ultimo episodio possa essere stato di natura allergica (asma o rinite) o anche infettiva (sinusite) e che, una volta constatati i "vantaggi" della nuova situazione, Omar abbia inconsciamente innescato il meccanismo psicogeno.

Termino citando le conclusioni di una interessante "review" sulla tosse nel bambino. L'inefficacia di una terapia specifica contro la tosse può avere varie cause: può essere insufficiente il trattamento, può mancare la "compliance" al trattamento da parte dei genitori, può essere sbagliata la terapia, infine può essere sbagliata la diagnosi.



# CASI INDIMENTICABILI in Allergologia Pediatrica

## IN DIETA PER PROCURA

Giorgio Longo, Marco Rabusin, Stefano Russian  
Clinica Pediatrica, IRRCS "Burlo Garofolo", Trieste

### Il caso

La storia di Alberto, primogenito di 3500 g, inizia ai tre mesi di vita con una tipica anafilassi da latte vaccino all'assunzione del primo biberon di formula. Da allora è rimasto sempre in dieta rigorosamente priva di latte ma alcune assunzioni involontarie di latte o derivati hanno provocato delle reazioni immediate: vomito, orticaria ed asma. Verso i tre anni ha cominciato a manifestare sintomi di rinite perenne e ricorrenti episodi di bronchite asmatiforme. A quell'età è arrivato alla nostra attenzione e i test epicutanei hanno evidenziato una marcata sensibilità al *Dermatophagoides pteronissinus* e *farinae*, all'epitelio di gatto e alla lattoglobulina e caseina di mucca. Il multirast per alimenti ha confermato una positività molto marcata (classe 4-5 di positività) per le proteine del latte. Nei due anni successivi, malgrado la dieta fosse mantenuta rigorosamente priva delle proteine del latte, il bambino ha continuato a mostrare la sua estrema sensibilità clinica. In un'occasione, dopo aver ingerito un pezzettino di biscotto, ha manifestato dopo pochi minuti vomito, orticaria con angioedema e asma. Ma estremamente caratteristiche e preoccupanti si sono rivelate le sue manifestazioni di ipersensibilità all'inalazione delle proteine del latte vaccino. Una crisi d'asma è stata provocata dall'odore del latte che durante la bollitura è uscito dalla pentola; entrando in una latteria, ha presentato immediata crisi di wheezing, seguita a pochi minuti da infezione congiuntivale e starnuti con secrezione nasale; anche al supermercato deve evitare di stazionare in vicinanza dei banconi dei latticini, poiché avverte immediati sintomi respiratori. I sintomi più singolari, peraltro, sono comparsi con la nascita del fratellino quando il bambino aveva sei anni. Dopo due mesi di allattamento materno, questo fratellino è passato alla formula con biberon. Da quel momento il bambino entrando nella stanza del fratellino, che la mamma riferisce avesse il tipico "odore di latte", accusava regolarmente sintomi respiratori. In un'occasione un rigurgito del piccolo è caduto su un braccio di Alberto procurandogli immediata reazione orticarioide locale. Quindi la madre di sua iniziativa, conoscendo già bene per averlo usato con il primogenito (con Alberto), ha adottato anche per il fratellino il latte di soia. Dallo stesso giorno, dopo aver arieggiato bene la stanza, Alberto ha potuto

entrare liberamente in quell'ambiente. All'ultimo controllo effettuato (attualmente Alberto ha 9 anni) la madre ci riferisce che il fratellino ora beve latte vaccino e può essere avvicinato tranquillamente dal nostro paziente, ma purtroppo le manifestazioni legate all'inalazione o assunzione di latte non sono ancora scomparse (i prick test per lattoglobulina e caseina sono ancora fortemente positivi). Infatti, nell'ultimo anno ha presentato due episodi quasi "mortalmente". Il primo legato all'assunzione di una caramella mou che, appena inghiottita, gli ha causato dei conati di vomito seguiti da cianosi e shock risoltisi dopo somministrazione di adrenalina e cortisone. Il secondo episodio invece è accaduto in una casa dove stavano cucinando dei biscotti al latte, il cui odore si è diffuso nella sua stanza provocandogli una grave crisi d'asma associata a marcata rinorrea che non rispondeva al Ventolin, mentre non riusciva ad assumere il Bentelan, e che si è risolta solamente dopo l'utilizzo dell'Epipen.

### Commento

Reazioni d'ipersensibilità al cibo attraverso la sola inalazione sono note, anche se raramente descritte in letteratura<sup>1,3</sup>. In particolare sono molto pochi i casi descritti con reazioni d'ipersensibilità all'inalazione delle proteine del latte vaccino. Questa sensibilità è stata ben documentata nell'ambito dell'asma occupazionale<sup>4,5</sup> e recentemente è stato descritto in Sardegna un caso di anafilassi in un pastore durante la mungitura del latte. Nello stesso lavoro viene citato il caso di una ragazza di vent'anni, con storia di gravi reazioni anafilattiche da ingestioni e/o contatto con il latte, deceduta dopo pochi minuti dall'essere entrata in un caseificio<sup>6</sup>. La caratteristica principale del nostro caso, oltre alla persistenza nel tempo, è l'aver costretto un convivente alla dieta per procura.

### Bibliografia

1. Carlston JA: Injection immunotherapy in inhalant food allergy. *Ann Allergy* 61:80-2, 1988.
2. Bahna SL et al: Exquisite food allergy without eating. *Allergy* 49, 129-130, 1994.
3. Olaguibel J et al: Occupational asthma caused by inhalation of casein. *Allergy* 45, 306, 1990.
4. Vargiu et al: Hypersensitivity reactions from inhalation of milk protein. *Allergy* 45, 386-7, 1994.
5. Ventura A, Longo G, Tamburlini G: Reagenic hypersensitivity to cow's milk proteins. *Helv Paediat Acta* 36, 237-40, 1981.

## Alberobello (Bari), 24-26 Ottobre 1997

### IX CONGRESSO NAZIONALE dell' ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI

#### Programma preliminare

#### Venerdì 24 ottobre

- Figli d'Italia. Quanti, quali e come - *Volpi* (Firenze)
- Gruppo di lavoro ACP. Indicatori-base di salute del bambino  
Servono i bilanci di salute? - *Panizon* (Trieste)
- Il bambino con obesità - *Caroli, Chiarappa, Furet* (Bari, Parigi)

#### Pomeriggio - "Dialoghi di scuola e salute": i problemi e le risorse

- I disturbi dell'apprendimento - *Ciotti* (Cesena)
- La dispersione scolastica - *Siani* (Napoli)
- Lo sviluppo cognitivo del bambino con handicap - *Cuomo* (Bologna)
- L'integrazione del bambino a scuola - *Martino* (Ostuni)

#### Incontro con gli operatori della scuola

#### Sabato 25 ottobre

- L'immunoterapia in Pediatria - *Armenio* (Bari)
- Il counseling dalla teoria alla pratica - *Bert, Quadri* (Torino)
- Gruppo di lavoro ACP. Statement sulla ricerca in pediatria ambulatoriale  
Le cure per il neonato di basso peso: il sistema della madre-canguro - *Davanzo, Callaneo* (Trieste)

#### Pomeriggio: (Ri)leggere la celiachia - *Auricchio* (Napoli)

- Gruppo di lavoro ACP. Statement sull'organizzazione delle cure pediatriche

#### ASSEMBLEA DEI SOCI ACP

#### Domenica 26 ottobre

- Riunione dedicata alla ricerca e commento sui lavori presentati\*  
I fattori di localizzazione in dermatologia pediatrica - *Bonifazi* (Bari)

(\* Inviare i lavori al Dott. Gangemi (via C. Ederle, 36 - 37126 Verona) entro il 30 giugno