

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

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETE-ENDOCRINOLOGIA, EMATOLOGIA-ONCOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFRO-UROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, REUMATOLOGIA, VACCINAZIONI

Vorrei sapere se, al di fuori della dermatite atopica, c'è un razionale nella pratica dei patch test per alimenti nella diagnosi di enterocoliti sospette allergiche.

dott.ssa Ginevra Della Torre
Medico generico, Roma

Ci sono pochissimi studi che hanno cercato di valutare con questa metodica l'eziologia e il meccanismo patogenetico di patologie gastrointestinali di sospetta natura allergica alimentare. Tra questi cito quello di De Boissieu et al.¹ che, studiando bambini dei primi anni di vita con disturbi gastrointestinali tra i più vari (dal RGE alle coliche, alla diarrea, alla stipsi), hanno riscontrato una buona percentuale di positivi al patch test. Ma è uno studio che permette soltanto di aprire un nuovo capitolo di ricerca e non può essere considerato come definitivo, né tantomeno consente di limitare ai test cutanei la diagnosi di allergia alimentare, che deve sempre passare attraverso la dieta di eliminazione e il test di provocazione.

1. De Boissieu D, Wagué C, Dupont C. The atopy patch test for detection of cow's milk allergy with digestive symptoms. *J Pediatr* 2003;142:203-5.

Un bambino di tre mesi alla 1° vaccinazione esavalente, appena fatta, produce un pianto disperato e inconsolabile, accompagnato da arrossamento (non ponfi) diffuso, uniforme a tutte e due le gambe (quella dell'inoculazione e l'altra senza differenza). Portato al Pronto Soccorso, in breve il tutto (pianto ed eritema) svanisce senza alcuna terapia. Può essere una cosa vera? Esistono altre segnalazioni di fatti simili?

dott. Sabino
S. Vito al Tagliamento (PN)

La comparsa di pianto, ad alta tonalità, inconsolabile per qualche ora dalla vaccinazione, è un evento conosciuto. Fino a qualche anno fa si riteneva che fosse legato soprattutto al vaccino intero contro la pertosse, ma oggi sappiamo che può avvenire con ogni tipo di vaccino,

sia pur più di rado. L'eritema agli arti inferiori, senza ponfi, fa pensare più che al vaccino, a mezzi di contenzione messi in atto durante la vaccinazione, per tener fermo il bambino. La comparsa di eritemi di vario tipo, su base allergica, diffusi a tutto il corpo, è un evento relativamente comune dopo le vaccinazioni ma, nel bambino di cui lei parla, non sembra si tratti di qualcosa del genere.

In una giovane ragazza postpubere in terapia con carbamazepina per epilessia, si verifica comparsa di sfumati sintomi (astenia, lieve aumento ponderale, soggettivo rallentamento delle performance intellettuali), riferibili a ipotiroidismo. I dosaggi di fT3 e fT4 sono lievemente inferiori alla norma. TSH normale. Possibile effetto della carbamazepina sugli ormoni tiroidei?

È necessario escludere altre cause? Si tratta con Eutirox fino a normalizzazione degli ormoni tiroidei o non si tratta?

dott. Stefano Pirovano
Pediatria libero professionista

La carbamazepina e altri farmaci della stessa classe possono ridurre i livelli degli ormoni tiroidei, forse per un'azione sull'asse ipotalamo-ipofisario; tale riduzione è transitoria e reversibile con la sospensione della terapia. Può esserci un aumento del TSH.

La condizione, visto il mancato aumento del TSH, potrebbe non richiedere un trattamento ma, se i disturbi sono importanti, una piccola dose di Eutirox ex adiuvantibus, al di fuori dei classici schemi, potrebbe avere un beneficio (da verificare). Si potrebbe provare con 1/2 cp di Eutirox 25 mcg al mattino a digiuno 20' prima della colazione e quindi dopo 1 mese ricontrollare gli ormoni tiroidei.

In un recente congresso è stata fatta una disamina delle evidenze disponibili riguardo ai farmaci usati per la bronchiolite. Nessuna evidenza di efficacia per: cortisone (sistemico e inalante), broncodilatatore, antibiotici, xantine,

né per la terapia dell'episodio né per la prevenzione delle complicanze; piccola efficacia per la prima dose di adrenalina nei casi gravi; unico farmaco ad avere evidenze di efficacia l'antileucotriene, che sarebbe utile a far stare meglio nel mese successivo, prevenendo ricorrenze di bronchite asmatica. Mi chiedo quale possa essere il vantaggio clinico.

Pediatria

Sappiamo bene tutti che la bronchiolite, pur essendo una "self limited disease", è una malattia "antipatica" che fa preoccupare; sovente è la prima malattia in cui il bambino appare visibilmente sofferente (dorme poco, mangia poco, si lamenta); quasi un bambino su due richiede il ricovero; i sintomi respiratori tendono a persistere a lungo (dopo 3 settimane il 20% ha ancora disturbi); il 40% ripeterà altri episodi di wheezing entro i 5 anni successivi. E tutto questo risulta particolarmente pesante in mancanza di alcuna terapia efficace. Ecco quindi che hanno fatto molto scalpore i risultati di un recente studio danese che ha dimostrato l'efficacia del trattamento con montelukast protratto per quattro settimane in bambini di età tra 3 e 36 mesi affetti da bronchiolite da VRS (Bisgaard H, et al. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167:379).

Purtroppo però, come giustamente sospettato, il reale vantaggio clinico di questo beneficio è molto sottile: rispetto al placebo il montelukast ha prodotto 5 giorni in più liberi da sintomi su 28 giorni considerati. Un beneficio oltre modo modesto se consideriamo che lo score mediano dei sintomi era comunque molto basso (0,9 su un massimo di 4) e il sintomo per il quale si è registrato il massimo beneficio, la tosse diurna, ha fatto registrare uno score medio di 1,4 nel gruppo placebo e 1,3 in quello attivo. Di fatto il montelukast non ha ridotto rispetto al placebo il numero di giorni e di notti in cui è stato necessario ricorrere ai beta-2 agonisti, e questo indirettamente significa che non ha ridotto i sintomi che contano. Una spesa di

Domande & Risposte

49 euro (non a carico del SSN per questa indicazione) e 28 giorni di terapia per risparmiare 5 giorni di tosse lievi mi sembrano eccessivi.

Seguo una bambina che a tre anni ha fatto un test di provocazione orale (TPO) in Ospedale con immediata risposta allergica già alla prima, più bassa dose di latte. Ora è nuovamente da un anno in dieta rigorosa senza latte e derivati. Il RAST dalla classe III di allora è passato alla classe II (esame di un mese fa). Come procedo? Faccio fare un nuovo TPO in ospedale o posso provare in ambulatorio, dopo prick by prick con latte fresco?

Pediatra di Viterbo

Credo che in questi casi, con pregresse reazioni di una certa entità, sia sempre preferibile fare il TPO in Ospedale. A questo, se ancora positivo come probabile, farei seguire una desensibilizzazione orale, visti i valori del RAST.

Bambino maschio di 9 anni all'inizio dello sviluppo puberale: l'ortopedico (di livello universitario) consultato dalla mamma, preoccupata per le spalle strette e un po' curve del bambino per il resto asintomatico, diagnostica una "iperCIFOSI" e prescrive un busto Milwaukee per 10 ore al di. La Rx fron-

tale esclude una scoliosi, quella laterale evidenzia una cifosi un po' accentuata. Si tratta di una terapia opportuna? Se sì, tenendo conto che il bambino è del tutto asintomatico, a partire da quale grado di cifosi il trattamento è indicato?

Pediatra di base

Per poter affrontare, in maniera corretta, una problematica di questo genere, bisognerebbe vedere le radiografie. Se si tratta di una iniziale malattia di Scheuermann, che produce una cifosi di solito rigida, può essere indicato un Milwaukee; se invece è un atteggiamento cifotico, è sufficiente una ginnastica di autocorrezione.

Una bimba di 6 anni riceve dall'oculista diagnosi di ipermetropia bilaterale 5 D. L'acuità visiva è 8/10 bilaterale; non ha difficoltà scolastiche né di lettura; è necessaria la correzione? Se sì, cosa sarebbe successo se, in base alla mancanza di sintomi e all'acutezza di 8/10, NON fosse stata inviata all'oculista?

Pediatra di base

L'acuità visiva normale a 6 anni è di 10/10 (anzi, in genere 12/10 o più), pertanto un visus di 8/10 configura già una, seppur moderata, ambliopia bilaterale che è la conseguenza più frequente in

un bambino che ha avuto la fortuna di non incappare nelle due conseguenze più esiziali di un tale difetto (strabismo e ambliopia monolaterale). Riterrei opportuna la correzione, poiché l'assenza di elementi soggettivi non elimina il fatto che il visus non è di grande qualità e che il rischio dell'esotropia accomodativa è dietro l'angolo. Forse non sarebbe successo nulla fino a che la riduzione dell'accomodazione, insieme all'aumentato carico di lavoro per vicino, non gli avrebbero consentito di essere asintomatico nello studio. Mi sembra però inutile tentare ulteriormente la sorte, visto che finora è andato tutto bene. Credo che questo sia un comportamento usuale in medicina, quando si scopre un'anomalia fino a quel momento rimasta silente.

Mia figlia di 4 anni dall'età di due anni presenta durante tutta la stagione invernale ricorrenti episodi di broncospasmo, generati da infezioni delle vie respiratorie. Su consiglio della pediatra, nel luglio scorso abbiamo fatto le prove allergologiche (prelievo del sangue) che hanno evidenziato un'allergia alle graminacee e anche al latte, all'albumina e al grano. Tra maggio e metà giugno, al ritorno da una visita ai giardini, ho potuto verificare la presenza di una lieve, ma tipica, congiuntivite-rinite allergica. Tali risultati mi hanno lasciata sorpresa, mi aspettavo un'allergia a fattori ambientali, ma a quelli alimentari proprio

XIX CONGRESSO NAZIONALE

CONFRONTI IN PEDIATRIA 2006

Protocolli in Pediatria: 10 anni "dopo"

Trieste, Palazzo dei Congressi della Stazione Marittima, 1-2 dicembre 2006

VENERDÌ 1 DICEMBRE

9.00 SESSIONE PLENARIA *modera F. Panizon*
L'accesso acuto d'asma (G. Longo, FM. De Benedictis)
Il ritardo mentale (G. Corsello, P. Gasparini)
Le dislipidemie (R. Bellù, L. Cattin)

12.00 SESSIONI PARALLELE

L'ipertensione (A. Benettoni, FM. Picchio)
La scoliosi (G. Tagliavero, G. Maranzana)
Dolori addominali ricorrenti (G. Magazzù, L. Greca)

14.30 SESSIONE PLENARIA *modera A. Ventura*

Il linfonodo ingrandito (M. Rabusin, P. Macchia)
Disturbi del linguaggio e dislessia (S. Millepiedi, M. Carozzi)
Emorragia intestinale (S. Martellosi, M. Fontana)

17.20 SESSIONI PARALLELE

Il criptorchidismo (M. Maghnie, J. Schleef)
Le artriti, infettive e no (L. Lepore, F. Falcini)
La dermatite atopica (M. Cutrone, G. Longo)

SABATO 2 DICEMBRE

9.00 SESSIONE PLENARIA *modera F. Panizon*
Precocità e ritardo puberale (G. Tonini, F. Chiarelli)
Neutropenie e piastrinopenie (M. Aricò, P. Tamaro)
Il bambino acutamente "giallo" (G. Maggiore, L. Zancan)
La sindrome di Munchausen by proxy (A. Ventura, P. Benciolini)

Sabato 2 dicembre, ore 8.30 Sessione in contemporanea

CONFRONTI "GIOVANI"

Specializzandi a tu per tu "senza il professore"

Per questo Congresso saranno richiesti i crediti formativi ECM

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Giorgio Longo (longog@burlo.trieste.it), Alessandro Ventura (ventura@burlo.trieste.it)

SEGRETERIA SCIENTIFICA "CONFRONTI GIOVANI"

Tania Gerarduzzi (getania@yahoo.com), Laura Travan (ltravan@libero.it), Chiara Oretti, Alessandro Lenhardt



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

QUICKLINE Traduzioni&Congressi
Via S. Caterina da Siena n. 3, 34122 TRIESTE
Tel. 040 773737-363586 - Fax 040 7606590
e-mail: congressi@quickline.it http://www.quickline.it

no, anche perché, ora che sta bene, non ha particolari manifestazioni né a livello cutaneo né gastrointestinale; cresce a meraviglia (ha le misure di un bimbo di 5 anni!).

La domanda è la seguente: è necessario eliminare dalla dieta gli alimenti che sono risultati positivi al test? Non è che, se ci mettessimo tutti quanti a fare le analisi, risulteremmo comunque positivi a qualche alimento che fa parte della nostra dieta, e che non ci causa disturbi particolari? Sono un po' perplessa: la sensazione è quella di essere partiti per cercare una possibile causa agli episodi di broncospasmo (localizzati in stagione dove di graminacee non c'è traccia), per arrivare da tutt'altra parte.

La ringrazio per la disponibilità e la pazienza.

Una mamma

Sua figlia è una bambina allergica e, come molto frequente in questi casi, ha presentato ricorrenti episodi di "bronchite asmatiforme" durante i mesi freddi, quando sono maggiormente in circolazione i virus che attaccano le vie respi-

atorie. Tra questi quelli più bravi a provocare la broncostruzione ("asma") sono i rinovirus, responsabili del comune raffreddore. Quasi un bambino su tre presenta questi episodi, ma è più facile che questo succeda ai bambini allergici, in quanto hanno i bronchi più "reattivi". In altre parole, reagiscono con il broncospasmo allo stimolo infettivo. Questo produce il caratteristico "fischio" espiratorio, che è quello che il medico (ma anche i genitori allenati riescono a sentire) valorizza per la diagnosi di "bronchite asmatiforme", o bronchite con fischio o bronchite spastica o, più semplicemente, "viral wheezing". Da tutto questo si può capire che il test allergico non serve per scoprire la causa delle bronchiti asmatiformi ("viral wheezing"). Il test è però utile in quanto permette di sapere se è un soggetto allergico o meno, e questo aiuta a disegnare la prognosi a più lungo termine, a indirizzare le terapie, ma anche e soprattutto a fare interventi di prevenzione verso l'acaro della polvere. Questa è certamente l'allergia più temibile, la sola che può condizionare un'evoluzione persistente della broncostruzione (asma) nelle età successive.

Peraltro sua figlia non ha questa allergia e questa è una grande fortuna (ed è difficile che diventi allergica agli acari dopo i 5 anni). La sua allergia alle graminacee, che pur è destinata ad aumentare con l'età, al massimo continuerà a darle fastidio in primavera, ma è facilmente controllabile con i farmaci e mai le porterà un asma evolutivo, degno di attenzione.

Molti (quasi la metà) dei bambini allergici presentano nei primi anni di vita delle IgE specifiche per i più comuni trofoallergeni (latte e uovo sopra tutti). La maggior parte di questi non ha, come la sua bambina, alcun disturbo quando mangiano questi alimenti, e di fatto in questi l'esame non ha alcuna utilità e poteva anche non essere richiesto. Raccomando comunque che la bambina continui a mangiare gli alimenti, a cui risulta positiva, perché a volte succede che qualcuno, maldestramente, sulla base del RAST, ne consigli la sospensione, e questo può comportare che da quel momento il latte, o quello che è, non possa più essere ripreso senza gravi reazioni allergiche.

P