

**Sputi di celiachia.** L'affidabilità del test degli anticorpi anti-transglutaminasi eseguito sulla saliva è stato oggetto di molti studi nel recente passato, con risultati non univoci. Sta di fatto peraltro che questo test si è dimostrato molto utile, nelle mani di Margherita Bonamico e del suo gruppo, per lo screening di massa della celiachia. Su quattromiladuecentoquarantadue scolari testati, di sei-otto anni, quarantuno sono risultati positivi (9 con valori giudicati borderline) agli anticorpi anti-tTG IgA con test RIA su un campione di saliva. In trentaquattro di questi (83%) la positività degli anti-tTG è stata confermata anche al test sierologico, con una correlazione lineare tra il grado di positività al test sulla saliva e quello sierologico. Alla fine la diagnosi di celiachia è stata confermata in 32 dei bambini che avevano partecipato allo screening (in 29 con la biopsia intestinale e in altri tre bambini in ragione della presenza di altri familiari affetti). Considerato che diciannove dei bambini sottoposti allo screening erano già stati in precedenza diagnosticati come celiaci, la prevalenza complessiva della malattia celiaca nella popolazione sottoposta allo screening è risultata di 1,16%, assolutamente sovrapponibile quindi a quella attesa. Ventinove su trentadue dei bambini diagnosticati attraverso lo screening erano del tutto asintomatici e nonostante ciò la compliance alla dieta senza glutine è risultata ottimale nella totalità dei casi a un follow-up medio di un anno (Bonamico M, et al. *JPGN* 2011;52:17-20). Occorrono di certo conferme (il gruppo dei nostri amici romani è stato il primo e fino ad ora l'unico ad avere sperimentato il dosaggio degli anti-tTG nella saliva nello screening di massa), ma i risultati appaiono così buoni da mettere in crisi le convinte perplessità anche di chi, come noi, non ha avuto dalla sperimentazione del test altrettanta soddisfazione (Baldas V, et al. *Clin Chem* 2004;50:216-19).

**Curare l'ADHD con la dieta di esclusione: se ne riparla sul *Lancet*.** Tutto nasce con il dott. Feingold nel 1975 e dalla sua proposta (in realtà supportata da uno studio piuttosto debole sul piano metodo-

logico) di trattare con la dieta priva di coloranti e additivi il bambino "iperkinetico" con disturbi dell'apprendimento (il modo antico per definire quello che oggi chiamiamo il bambino con ADHD) (Feingold BF. *Am J Nurs* 1975;75:797-803). Da allora, per una ventina d'anni, su riviste più o meno accreditate, si sono succedute entusiastiche conferme e severe smentite della possibile relazione tra ADHD e allergia alimentare. E, negli ultimi anni, l'attenzione al problema dell'ADHD è stata centrata principalmente sulla necessità di una precisa definizione dei casi (ci deve essere il disturbo dell'attenzione, l'iperattività, ma anche l'impulsività in assenza di un deficit cognitivo) e sull'importanza di mettere in atto un intervento terapeutico efficace (farmacologico o psico-comportamentale che sia), pena il rischio di insuccesso scolastico e di devianza sociale in età adulta. Ma all'improvviso, quando meno ce lo si aspettava, ecco che (su una rivista qualificata come il *Lancet*) ricompare uno studio controllato sull'efficacia della dieta di esclusione nell'ADHD (Pelsser L, et al. *Lancet* 2011;377:494-503). In questo studio, che ha coinvolto 100 bambini belgi e olandesi, reclutati tra l'altro attraverso annunci sui mass media (!), la dieta di esclusione ristretta a 4-6 alimenti (riso, pera, carne, patate, frutta, acqua) è risultata efficace nel 64% dei casi nel ridurre significativamente sia i segni di disattenzione, iperattività e impulsività (mediamente 20 punti della scala ARS, *ADHD rating scale*, e 12 punti della scala di Conners, abbreviata ACS), sia il comportamento oppositivo che spesso completa il quadro clinico dell'ADHD. Il dosaggio degli anticorpi specifici anti-alimento non è apparso di alcuna utilità nell'individuare i bambini che rispondono alla dieta di esclusione né gli alimenti eventualmente in causa. Visti i risultati, gli Autori suggeriscono che una dieta empirica, ristretta a 4-6 alimenti, vada provata in tutti i bambini con diagnosi certa di ADHD. Le debolezze dello studio, rimarcate anche nel commento editoriale (Ghuman JK, pag. 446-8), stanno nel fatto che la valutazione di efficacia è stata fatta "per protocollo" (e che comunque il 16% ave-

va rifiutato di fare la dieta dall'inizio), nel fatto che le modalità di conduzione dello studio hanno in realtà impedito che i valutatori di efficacia fossero realmente "in cieco" rispetto al trattamento in atto, nel fatto infine che, anche qualora fosse efficace, la dieta rappresenta un trattamento difficile da fare e da proseguire nel tempo e non scevra da rischi prima di tutto (ma!) nutrizionali. Insomma, uno studio che in realtà non ci dà motivo di rinnovare interesse ed entusiasmo sull'ipotesi di affrontare l'ADHD con la dieta di eliminazione: solo un po' di fumo prodotto, con un'energica rimescolata, dal fondo di un minestrone ormai inesorabilmente freddo.

## **Numeri impazziti sulla "gialla" (a proposito di mortalità materna).**

Il pezzo della Pagina gialla di dicembre 2010 intitolato: "Morta la mamma, morto il bambino" contiene un grossolano errore. Viene infatti affermato che la mortalità materna nei Paesi europei è "0,1 per centomila, cinquemila volte inferiore a quella dei Paesi africani". La mortalità materna nei Paesi europei è in realtà del 10 per centomila e quindi "solo" cinquanta volte inferiore a quella dei Paesi africani (dove è attestata sui cinquecento per centomila). Chiedo scusa ai lettori per questo svarione che peraltro non cambia il succo del messaggio che il lavoro recensito dava e che qui approfittiamo di ri-sottolineare: nei Paesi poveri, un bambino la cui madre è morta di parto ha una probabilità di sopravvivere veramente molto molto bassa e dell'ordine del 25%. Principalmente (ma non solo) perché, morta la mamma, viene a mancare al bambino la possibilità di essere nutrito (Ronsmans C, et al. *Lancet* 2010;375:2024-31).

## **Vaccino HPV: ragazze e ragazzi.**

Uno studio multicentrico condotto in diciotto Paesi su un totale di 4065 maschi sani (adolescenti e giovani adulti di età compresa tra 16 e 26 anni) ha dimostrato l'utilità della vaccinazione anti-HPV quadrivalente (*Gardasil*) nel prevenire l'infezione da HPV e la comparsa di lesioni pre-cancerose correlate (lesioni anogenitali esterne) (Giuliano AR, et al. *N Engl J Med* 2011;364:

401-11). L'efficacia è dell'ordine del 90% nell'analisi dei dati per protocollo (quando vengono selezionati soggetti sessualmente attivi e certamente non infetti) e dell'ordine del 60% quando la popolazione oggetto dello studio viene analizzata nel suo complesso, senza fare distinguo tra soggetti non infetti e soggetti già infetti. Circa il 25% delle neoplasie correlate all'infezione da HPV insorgono nel sesso maschile (cancro anorettale, cancro orofaringeo, cancro del pene) e sono attribuibili a ceppi contenuti nel vaccino quadrivalente (ceppo 16 e 18). E nel bell'editoriale che accompagna l'articolo vengono rimarcati i vantaggi di una politica vaccinale anti-HPV estesa ai giovani di sesso maschile (riduzione della trasmissione intersessuale dell'infezione e potenziamento dell'efficacia della vaccinazione anche per le donne, possibilità di prevenire la diffusione dell'infezione tra omosessuali, popolazione a maggior rischio di tumori HPV-correlati, probabile miglioramento della copertura vaccinale anche nelle donne se si diffonde un'attitudine universale al vaccino) ma viene anche fatta qualche sottolineatura critica: nel caso dei maschi si sa troppo poco sulla storia naturale dei tumori HPV-correlati, sul costo/benefici della vaccinazione e sull'età ideale per farla. E non va dimenticato che, almeno al momento attuale, il costo del vaccino HPV è così alto che i soldi potrebbero essere meglio spesi investendo nel miglioramento della compliance allo screening citologico e in terapie più efficaci e meno tossiche (Kim J, pag. 393-5).

**VapoRub (Vicks) (sì, lui!)... e le evidenze in medicina.** Le banali infezioni respiratorie, ci ricordano gli Autori nell'introduzione dell'articolo, possono causare sintomi notturni distruttivi per il bambino stesso, ma anche per i loro genitori: difficoltà nella respirazione nasale, tosse, sonno disturbato. E il tutto si ripercuote sul benessere del giorno dopo. Gli Autori ci ricordano anche come molti rimedi sintomatici "da banco" vengano da lungo tempo proposti senza che mai siano stati oggetto di sperimentazione. Tra

questi (ancora dopo sessanta anni ne ricordo con un certo disgusto l'odore pungente) un unguento (*rub*) che, frizionato sul torace, libera vapori di canfora, mentolo ed eucalipto. Ebbene, questo unguento vaporoso dall'intenso odore di menta e canfora che tutti conosciamo si è dimostrato significativamente più efficace dell'unguento a base di ittiolo e del solo trattamento di supporto (FANS o paracetamolo, gocce nasali di soluzione fisiologica, liquidi per os, concessi comunque in tutti i tre gruppi) nel ridurre la tosse, la congestione nasale e nel migliorare la qualità del sonno di bambini con infezione respiratoria comune e dei loro genitori. Il giudizio clinico è stato dato per due notti consecutive utilizzando uno *score* predefinito dai genitori stessi, che per restare ignari del tipo di unguento che stavano spalmando sul torace del loro bambino dovevano applicare un po' di *rub* mentolato sotto il proprio naso (Paul I, et al. *Pediatrics* 2010; 126:1092-9). Evidenze, scheletri in frac o cosa? Decidete voi, magari leggendo l'articolo.

**Propranololo per gli emangiomi (e un possibile effetto collaterale).** Ormai i casi trattati (e pubblicati) sono migliaia e abbiamo già commentato più volte, anche sulla gialla, l'efficacia e la sicurezza del trattamento con propranololo dell'angiomas infantile. Per completezza, come si dice, non possiamo fare a meno di riportare di una lattantina di quattro mesi che, nei primi giorni di trattamento, ha però sviluppato un effetto collaterale potenzialmente molto grave: un'importante iperpotassiemia che ha necessitato del trattamento diuretico e con salbutamolo per essere risolta (Pavlakovic H, et al. *Pediatrics* 2010;126:e1589-93).

**I pediatri francesi si guardano allo specchio.** L'analisi critica dell'errore è di fatto un efficace metodo di apprendimento e prevenzione. I pediatri francesi hanno cercato di imparare dai loro errori analizzando retrospettivamente tutti i duecentoventotto procedimenti penali per *malpractice* avviati in Francia dal 2003 al 2007

per errori riguardanti bambini di età compresa tra un mese e diciotto anni. Meningite, disidratazione, tumori, polmonite e appendicite sono le condizioni che risultano più frequentemente motivo di procedimenti per *malpractice*, essendo la mancata o l'errata diagnosi il motivo principale del contendere nella metà dei casi, e l'errore terapeutico in circa il 10%. In circa la metà dei casi si trattava di bambini sotto i due anni. Facendo i confronti con quanto succede negli USA, i pediatri francesi sono chiamati in procedimenti penali per *malpractice* meno frequentemente dei pediatri americani (0,41 volte per 100 pediatri/anno in Francia contro 6,6 volte per 100 pediatri/anno negli USA!), ma le patologie e i tipi di errore sono sostanzialmente gli stessi (Najaf-Zadeh A, et al. *Arch Dis Child* 2011;96:127-30). Ci serve sapere tutto questo per fare meglio? Non so. Basta che non vi lasciate tentare dalla beccera medicina difensiva.

**Screening dell'udito nei neonati: non basta.** Lo screening neonatale dell'udito è stato attivato nel Regno Unito nel 1992 e progressivamente implementato e perfezionato. Questo screening rivela circa un caso di sordità bilaterale per mille nati. Uno studio che ha seguito fino a sei anni (prima elementare) una coorte di trentacinquemila-seicentosessantotto bambini inglesi che erano stati sottoposti a screening neonatale dell'udito dimostra però che a questa età la quota dei bambini con diagnosi di sordità bilaterale è dell'1,51 per mille. In pratica, cioè, strada facendo alla quota dei casi diagnosticati in età neonatale si è aggiunto un altro 0,5 per mille di bambini sordi diagnosticati successivamente (sordi congeniti sfuggiti allo screening, sordi diagnosticati alla nascita ma in altro distretto, sordi per malattie genetiche espresse tardivamente o per malattie acquisite). Morale della favola: la disponibilità di uno screening neonatale della sordità congenita non ci permette di calare la guardia sul problema nel nostro lavoro di ogni giorno (Watkin PM, et al. *Arch Dis Child* 2011;96:62-6).