

Le domande vanno inviate alla redazione preferibilmente via mail (e-mail: domanderisposte@medicoebambino.com) oppure per posta (via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste). Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale di *Medico e Bambino*, che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica.

Le domande di maggior interesse generale potranno essere pubblicate nella rubrica "Domande e Risposte". Per questo, è opportuno che il mittente segnali anche la città in cui lavora e la qualifica e/o il tipo di attività svolta.

Se, al contrario, non si desidera che il proprio nome venga indicato in calce al quesito posto, è sufficiente specificarlo.

Mi rivolgo a Voi dopo aver letto sul web alcune considerazioni del dottor Giorgio Longo su una sindrome chiamata SIRT (sindrome da iperreattività dei recettori della tosse). Ho un bambino di 6 anni che dall'età di 2 anni soffre di "laringotracheiti ricorrenti", soprattutto in inverno. Con tutto quel che ne consegue e che ormai abbiamo imparato a memoria: tosse secca continua, che si trasforma in grassa dopo 2-4 giorni. Aerosolterapia, cortisonici, sciroppi, paracodina, tutto senza effetto. Notti insonni per il bimbo e di riflesso per i genitori e sacrifici avanti e indietro dalle terme per le inalazioni. Dapprima spaventati da questi sintomi che a non conoscerli fan paura e ora rassegnati. Nella storia clinica ci sono state visite pediatriche e da specialisti con diagnosi varie da laringotracheiti ricorrenti al reflusso gastroesofageo. Tempo addietro solo un pediatra ha ipotizzato che si tratti di una SIRT (ma da altri è stato escluso) senza però entrare nel merito, né darci alcun consiglio utile. L'ultimo medico, l'anno scorso, ci ha diagnosticato "sindrome naso-bronchiale": in buona sostanza avremmo dovuto cercare di non far prendere raffreddori al bimbo (!?), e ci ha prescritto una cura omeopatica preventiva nei periodi estivi e invernali e, in caso di raffreddore, efedrina subito. Durante l'estate tutto bene: pensavamo di aver trovato la quadra, ma siamo a novembre ed è ritornato immancabile l'incubo. Davvero non si può sostanzialmente far nulla a parte dei palliativi tipo il doppio cuscino, latte e miele, e areare bene la stanza? Prima o poi questa situazione migliorerà? Ma come fa un bambino che soffre di questa patologia a fare, ad esempio, dello sport in inverno?

Un genitore

Per saperne di più sulla sindrome da iperreattività dei recettori della tosse si veda l'articolo in cui, per la prima volta, abbiamo utilizzato l'acronimo SIRT per definire questa particolare condizione:

Longo G, Barbi E. La tosse (o le tossi) *Medico e Bambino* 2000;19:631-5.

Oltre a quanto potrà trovare, posso dire che è certamente una brutta esperienza quella di avere un figlio con la SIRT, che in occasione di ogni raffreddore per almeno 2-3 giorni non smette un secondo di tossire, ma le dico anche che non può succedere a lui, e a voi, niente di più che "star svegli tutta la notte". La tosse è infatti un sistema impareggiabile di difesa del polmone, e questi bambini, proprio per questo, sono i più sani di tutti, quelli che mai si ammalano di polmonite e che, paradossalmente, meno degli altri hanno bisogno di essere tenuti nell'ovatta. Sono però certamente bambini che, quando corrono all'aria aperta, tossiscono più facilmente degli altri; come pure tossiscono, prima e più degli altri, nei luoghi dove ci siano irritanti ambientali (quali fumi, polveri, odori pungenti ecc.): non fanno altro che difendersi meglio e il loro tossire non deve essere considerato un segno di "debolezza". Se la tosse dovesse disturbare eccessivamente il bambino durante la corsa, impedendogli di svolgere adeguatamente le normali attività ludico-sportive, potrebbe provare con il Montelukast (una compressa da 5 mg al mattino a digiuno, appena sveglio): in alcuni casi, con questa indicazione, abbiamo avuto buoni risultati.

Un altro farmaco che in alcuni bambini è sembrato servire, ma in questo caso da utilizzare in fase acuta, nei giorni "terribili" del raffreddore per intenderci, è il Baby-Rinolo. Si tratta di un vecchio farmaco di associazione tra un antistaminico di 1° generazione, con effetto sedativo (clorfenamina), e il paracetamolo. Si può provare, al posto della paracodina e, al pari di questa, a somministrare prima di mettere il bambino a dormire, prima che inizi la tipica crisi inarrestabile della tosse da SIRT.

Comunque sia, ricordi sempre che nella SIRT nessun farmaco, né in fase acuta né in prevenzione, risulta realmente, o totalmente, efficace. Se lo fosse, non sarebbe

una SIRT. Infine, Le ricordo che stiamo conducendo uno studio per valutare a distanza di anni l'evoluzione clinica di questi bambini: tutti hanno continuato a migliorare, molti non hanno più le crisi di tosse e nessuno ha sviluppato l'asma, o altra malattia broncopolmonare.

Seguo un lattante di due mesi, allattato da sempre esclusivamente al seno, che, da circa un mese, ha presentato segni di grave dermatite atopica; oltre a crosta latte, presenta eritema essudante al collo, retroauricolare, alle pieghe di gomiti e ginocchia, con cute ubiquitarmente secca.

In anamnesi, genitori con allergia respiratoria a inalanti. La crescita è ottima, circa 200 g a settimana; l'aspetto tranquillo, non sofferente, florido.

Ho già effettuato un ciclo antibiotico per os con amoxicillina, visto che la lesione al collo era molto essudante e maleodorante, con sospetta impetigine, più localmente crema cortisonica (idrocortisone due volte al dì) e antibiotica (acido fusidico). Ho consigliato di fare il bagnetto solo una volta a settimana con detergente oleoso, di disinfettare le lesioni con acqua e clorexidina, di tenere la restante cute unta il più possibile con emollienti. La risposta c'è stata, ma le lesioni peggiorano nuovamente alla sospensione delle creme locali, cortisonica e antibiotica.

Devo fare altro? Devo pensare, nonostante la buona crescita, a eczemi associati a malattie genetiche (ma non ha mai presentato infezioni)?

dott.ssa Maria Cristina Riva
Pediatra di libera scelta
Ceriano Laghetto (Monza e Brianza)

Nei casi di dermatite molto essudante e diffusa (come mi sembra questo), siamo soliti fare un trattamento con betametasone (basta una cp da 0,5 ogni 5 kg, per pochi giorni) e un antibiotico che sia attivo contro lo stafilococco: il più delle

volte utilizziamo il cefprozil, che è una cefalosporina di 2^a generazione, perché l'amoxicillina raramente è attiva sugli stafilococchi e il 20% dei ceppi è resistente anche ai macrolidi. Localmente, sulle lesioni essudanti (tipico il collo come Lei lo descrive), facciamo mettere l'eosina soluzione acquosa al 2% (preparazione galenica che ogni farmacia sa fare), seguita dopo 15-20 minuti da un cortisonico topico associato ad antibatterico (tipo *Fucicort* crema) o antibiotico (tipo *Gentalyn beta*), una o due volte al giorno nelle fasi iniziali della terapia, quando le lesioni sono particolarmente essudanti. L'eosina, oltre a una spiccata attività battericida, asciuga bene le lesioni (ha il solo difetto di colorare in rosso il bambino e sporcare abiti e lenzuola, ma è comunque lavabile facilmente). L'antibiotico va mantenuto per almeno 10 giorni (anche due settimane nei più piccoli che più facilmente ricadono da infezione). Il betametasona, al contrario, può essere sospeso senza scalare appena raggiunto un deciso miglioramento, ma continuando con il *Fucicort* crema, anche solo una volta al giorno, alla sera. Le due cose importanti sono: 1) arrivare rapidamente a una completa remissione e 2) impedire che rifiorisca l'eczema adottando una tempestiva applicazione dello steroide topico (meglio se associato all'antibatterico) al primo apparire delle lesioni (basta una applicazione serale, per due sere di seguito, ma deve essere fatta immediatamente). Non dimenticare, infine, di adottare i saponi non saponi e usare le creme emollienti per contrastare la secchezza della pelle. Queste ultime vanno usate largamente sulla pelle in remissione, mentre non vanno usate, come comunemente succede di vedere, sulla pelle dermatitica (al posto o assieme al cortisone) anche perché possono fare da barriera al cortisone e ridurne l'efficacia. Per saperne di più ricordo che sono appena state pubblicate su RIAP (*Rivista Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica*) le Linee Guida NICE nella versione italiana, commentate e interattive, e delle quali sono un coautore.

La madre della mia piccola assistita (1 mese) era affetta da talassemia major risolta con trapianto di midollo osseo. Purtroppo ha contratto un'infezione da HCV per via trasfusionale (viremia presente). La piccola è nata da taglio cesareo a quasi 36 settimane; Hb 7,7; reticulociti 3,8% (riferiti come valori stabili

dalla struttura ospedaliera), viremia alla nascita assente. Sconsigliato l'allattamento materno e suggerito un controllo a 6 e 12 mesi: non si è capito di cosa. Ho cercato dei protocolli di follow up senza risultati soddisfacenti. Chi mi aiuta? Allattamento sì/no (da quanto avevo letto nel vostro articolo del 1998, non c'era rischio aggiunto)? Controllo ematologico quando? A 18 mesi quando gli anticorpi materni sono scomparsi?

dott. Salvatore Bruno
Eboli

La frequenza media di trasmissione dell'HCV da madre a figlio è del 5-6% e non cambia a seconda del tipo di allattamento. La trasmissione con il latte materno non è conclusivamente provata: per il CDC e per l'Accademia Americana di Pediatria, la positività materna non è una controindicazione all'allattamento. L'unica cautela è la presenza di ragadi sanguinanti, in cui può essere considerata una temporanea sospensione dell'allattamento materno.

La diagnosi nel figlio può essere effettuata in due modi: a) la determinazione di HCV RNA dai 2 mesi di vita in poi; b) il dosaggio degli anticorpi anti-HCV dopo i 18 mesi di vita (prima di tale epoca ci possono ancora essere anticorpi di origine materna).

Vorrei un consiglio su un ragazzo di 13 anni con storia pregressa di bronchiti asmatiche e prick negativi agli allergeni respiratori.

Da più di un anno presenta edema ricorrente al labbro superiore senza interessamento di altri distretti con frequenza prima semestrale, ora quindicinale.

Ha eseguito dosaggio del C1 inibitore e del C3 e C4, sia durante la crisi che al di fuori, che sono risultati normali. L'edema dura da poche ore a 48 ore e non risponde ad antistaminico, o cortisone, sembra piuttosto risolversi spontaneamente.

L'allergologo di turno ha parlato di un accumulo di istamina e ha consigliato di assumere da settembre chetotifene e dieta senza insaccati, surgelati, conservanti, pomodoro, kiwi, noci, noccioline (tutto questo senza che io sia stata d'accordo).

Da settembre, pur sotto dieta e chetotifene, si sono manifestati tre episodi di edema e un aumento di peso di 6 kg. Ora finalmente la mamma ha deciso di

sospendere tutto. Che fare? Curare l'episodio? E come? Aspettare che passi senza farmaci? Quale sarà la storia di questo ragazzo?

dott.ssa Ida Perri
Pediatria di famiglia, Lamezia Terme

L'angioedema senza associata orticaria ha una diagnostica diversa dall'orticaria, o dall'angioedema associato all'orticaria (a chi interessato consiglio la lettura dell'articolo pubblicato nel 2008, con la magistrale tabella esplicativa delle diagnosi differenziali; Zuraw BL. Clinical practice. Hereditary angioedema. *N Engl J Med* 2008;359:1027-36). Questo per dire che l'allergia alimentare non va nemmeno considerata nell'angioedema isolato, senza altri sintomi di una reazione allergica IgE mediata (orticaria, rinorrea, disturbi respiratori o gastrointestinali ecc.) e in particolare quando non vi è alcun rapporto temporale stretto, causa/effetto (massimo entro una-due ore) con l'ingestione di qualche alimento specifico (che, oltre tutto, dopo tanti episodi, sarebbe stato ampiamente individuato). Inoltre, il solo e semplice dato della relativamente rapida evoluzione dell'angioedema permetteva di escludere l'angioedema ereditario anche senza il dosaggio del complemento (comunque gli accertamenti fatti sono formalmente corretti).

Detto questo, e dall'insieme degli elementi clinici che ci ha raccontato, ritengo che la diagnosi corretta sia quella di "angioedema idiopatico". Tipica per questa diagnosi anche la frequente ricorrenza degli episodi e l'espressione stereotipata degli stessi. Nell'angioedema idiopatico vi è di norma una buona risposta all'antistaminico e al cortisone. Nel caso descritto non sembra che questa terapia abbia sortito alcun vantaggio, ma io ritengo che comunque, vista l'elevata frequenza della ricorrenza, un trattamento antistaminico di base vada fatto, magari con dosi maggiori. Per questo opterei per la cetirizina che non ha effetti ipnotici, non aumenta l'appetito e può essere utilizzata anche a dosaggio raddoppiato senza effetti secondari di rilievo. L'angioedema idiopatico, come anche la stessa "anafilassi idiopatica", se ne va dopo mesi, o anni, così come è iniziato, senza alcuna spiegazione. La terapia antistaminica con cetirizina va mantenuta, senza paura, per tutto il tempo necessario. La dieta va ovviamente liberalizzata.