

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, VACCINI

Un mio assistito ha avuto una reazione allergica importante (orticaria e angioedema alle labbra, ma senza dispnea o perdita di coscienza) mangiando gamberi alla piastra. Confermata la sua allergia ai crostacei con il RAST, l'allergologo ha parlato di rischio di un'anafilassi mortale e gli ha prescritto l'adrenalina per auto-inoculazione (Fastjekt). Ora i genitori mi chiedono se era veramente necessaria e se il ragazzo deve portarla sempre con lui. Io mi chiedo: in questo caso, non bastava la raccomandazione di evitare rigorosamente i crostacei che, oltre tutto, è improbabile capiti di mangiare inavvertitamente?

Un pediatra di famiglia
Lecce

Lei ha toccato un punto che ritengo molto importante. Prima di tutto perché "anafilassi" è una parola che spesso viene usata anche per reazioni allergiche minori e che pertanto non deve evocare, come un'equivalenza scontata, il "rischio di morte". In secondo luogo perché la prescrizione dell'adrenalina per auto-inoculazione, in particolare da quando è a totale carico del SSN, appare oggettivamente un po' troppo abusata. Il limite del "quando sì e quando no" va valutato caso per caso, ma mai deve essere un riflesso condizionato per ogni, anche soltanto ipotetico, o remotissimo, rischio di anafilassi. In questi casi è molto importante spiegare bene agli interessati il significato della prescrizione e la valutazione del rischio, che non deve essere enfatizzata troppo: avere a disposizione l'adrenalina per auto-inoculazione deve risultare per l'interessato un elemento di tranquillizzazione, non un elemento di angoscia ("la patente di morituro"). Troppo spesso capita di vedere prescrizioni elargite senza alcuna riflessione (non di rado senza alcuna spiegazione d'uso), senza alcuna disponibilità a farsi carico del problema dell'interessato o della famiglia e, tanto meno, di quello che la prescrizione comporterà (come, mi sembra di capire, sia accaduto

anche nel Suo caso). Una prescrizione fatta con il principale obiettivo di sollevare il medico da possibili ricadute medico-legali, nel caso, non si sa mai, che quel bambino mangi di nuovo i crostacei; poco importa poi che questo succeda, importa che lui gliel'abbia prescritta.

Scrivo per avere alcuni chiarimenti in merito alla terapia dell'asma.

Il primo riguarda l'utilizzo del formoterolo nell'attacco acuto di asma. Lo chiedo perché un allergologo dell'adulto lo ha consigliato, come prima terapia da attuare ai primi segni di una riacutizzazione, a una mia paziente di 8 anni e mezzo (inviata a lui per eseguire il prick test, dato il ripetersi di episodi di broncospasmo). Lui le ha consigliato, ai primi sintomi/segni di asma/broncospasmo, formoterolo 1 cpr inalatorio due volte al giorno, per una settimana circa. L'ho poi sentito a voce e mi ha detto che trova il formoterolo molto più efficace del salbutamolo nell'attacco acuto di asma.

Nello stesso periodo un mio paziente asmatico di 8 anni e mezzo, non in terapia, ha avuto una riacutizzazione che si è trascinata per tre settimane con scarsa risposta al salbutamolo inalatorio (aerosol o spray con distanziatore) e cortisonico per os (poche somministrazioni). Dato che già in precedenza aveva utilizzato il cortisonico inalatorio con scarso risultato e con molta ansia da parte della mamma, ho prescritto alla fine budesonide + formoterolo, due inalazioni due volte al giorno, con rapido miglioramento della sintomatologia.

Mi sono quindi chiesta come distinguere se il bambino ha una riacutizzazione o un passaggio di livello di asma (fattore tempo/gravità?) e quale associazione è meglio utilizzare, fluticasone/salmeterolo o budesonide/formoterolo, al di là della modalità di inalazione e quindi di collaborazione/età del bambino.

Sempre lo stesso bambino, spesso, non avverte il broncospasmo come tale, ma

come astenia/cefalea/addominalgia che si accompagnano sempre a grande attenzione e ansia da parte della mamma; mi sembra di aver capito che il PEF sia un po' da dimenticare, anche in questo caso sarebbe motivo di ansia e preoccupazione, anziché strumento chiarificatore dei sintomi?

dott.ssa Daniela Erba
Pediatra di famiglia, Sondrio

Nel primo caso, la risposta "ufficiale" potrebbe essere che ci sono studi che hanno dimostrato la possibilità di usare il formoterolo sia come terapia di mantenimento (associato allo steroide inalatorio) che come farmaco dell'acuzie (ha un'efficacia più pronta dell'altro beta-2 agonista long-acting, il salmeterolo). Ma, al di là del fatto che non ci sono studi pediatrici con questa indicazione, io ritengo che sia sbagliato e pericoloso diffondere questa abitudine prescrittiva perché, se le inalazioni si limitano a poche per giorno, tutto può andar bene, ma se una crisi è grave e richiede più somministrazioni successive, da farsi in tempi brevi e per molte ore di seguito, allora l'esperienza con il formoterolo viene a mancare, mentre dell'innocuità del salbutamolo siamo garantiti da esperienze di migliaia di casi (e dalle indicazioni e dalle Linee Guida ufficiali). Ricordo, a questo proposito, che i beta-2 agonisti non sono tutti eguali e che per es. il fenoterolo (ora quasi in disuso, almeno in età pediatrica) produce un abbassamento della potassiemia molto più marcato del salbutamolo e a questo evento sono state attribuite le morti per asma nei soggetti che avevano abusato del farmaco. La risposta meno "ufficiale" è che ha trovato uno dei tanti medici che ritengono che l'EBM sia un'opinione.

Per il secondo caso, ritengo che la spiegazione più probabile sia che, questa volta, finalmente, la mamma si è decisa a curarlo: la cortisonofobia non finisce mai di stupirci.

Le riacutizzazioni acute d'asma sono

quelle che, per intenderci, persistono più giorni, che richiedono somministrazioni successive di broncodilatante e, il più delle volte, il ricorso al cortisone per os. Sono episodi il più delle volte legati a infezioni respiratorie (virali), difficile sbagliarsi. Mentre il peggioramento dell'asma da lieve intermittente a persistente è segnato da un'accessualità più sottile, subdola, con episodi di broncospasmo fugaci, che regrediscono in breve con singoli puff di salbutamolo, ma che tendono a ricorrere più volte alla settimana, o più volte nella giornata, e per più settimane di seguito, magari con qualche risveglio notturno e immanabilmente, almeno nel bambino, durante l'attività fisica ludico/sportiva. Sono questi i sintomi che danno il segno indiretto e inconfondibile dell'accresciuta reattività bronchiale, flogosi allergico-dipendente, che richiede un trattamento con steroidi inalatori. È il paziente, o i genitori, che meglio di ogni altro possono e devono saper cogliere e interpretare questi segnali (non c'è PEF o accertamento diagnostico che possa sostituirsi alla clinica). È importante ricordarlo perché, come per la terapia dei fatti acuti, anche per il trattamento di fondo è fondamentale che sia l'interessato (o chi per lui) a decidere quando è opportuno iniziare e quando cessare la terapia.

Ritengo (e l'ho sempre sostenuto) che sia molto sbagliato imporre controlli periodici della spirometria, o dell'ossido nitrico esalato o, ancora peggio, il monitoraggio del PEF. Una volta reso consapevole delle problematiche dell'asma e delle opportunità del trattamento più corretto, è l'interessato che deve essere in grado di gestire autonomamente il suo problema, ovviamente con l'aiuto del medico curante, quando richiesto (controlli al bisogno), non quando imposto (controlli programmati). Solo così potrà essere garantito il miglior controllo dell'asma nel rispetto dell'individuo e con la dovuta attenzione alla sua qualità della vita.

Infine, per rispondere anche all'ultimo quesito, ritengo che non ci siano reali differenze tra le associazioni fluticasone/salmeterolo o budesonide/formoterolo, ma piuttosto ricordo che queste associazioni, quando non indispensabili (il che succede oggettivamente molto di rado), vanno usate per tempi brevi. Personalmente, dopo il primo mese di terapia, cerco di passare sempre al solo corticoide inalatorio.

Nostro figlio di 11 anni, mangiando pasta a base di grano saraceno, ha provato senso di soffocamento, nausea e successivamente ha vomitato.

Per una verifica abbiamo comprato biscotti a base di grano saraceno e anche questa volta, dopo averne ingerito un piccolo pezzo, ha subito avuto la sensazione "come se il palato e la gola si gonfiassero" e ha manifestato gonfiore al palato e alle labbra. Tutto si è risolto spontaneamente in meno di mezz'ora.

Gli accertamenti allergologici non hanno evidenziato sensibilità verso i principali allergeni, né intolleranze alimentari. È possibile eliminare o ridurre questa allergia?

Due genitori di Modena

L'allergia al grano saraceno (*Fagopyrum esculentum*), pur rara, esiste.

È una sensibilità che non si allarga ad altri cereali perché, malgrado venga chiamato "grano", e per le sue caratteristiche nutrizionali venga spesso collocato commercialmente tra i cereali, non è un cereale, non appartenendo alla famiglia delle graminacee.

È un alimento comune nella cucina asiatica e nei Paesi dell'Europa orientale (Russia, Polonia, Ucraina, ma anche in tutta la cucina slava). Con la farina di grano saraceno si prepara una caratteristica polenta di colore grigio (come appunto la farina), ma lo si può ritrovare nelle minestre, specialmente di verdure, e per la preparazione di dolci o biscotti.

In Italia capita che alcuni pizzaioli taglino la pasta della pizza con questa farina per migliorarne le qualità organolettiche ed è un classico quello della reazione allergica inaspettata mangiando la pizza che prima mai aveva dato problemi. State quindi attenti alle etichette, ma chiedete sempre anche al pizzaiolo se non usi tagliare la pasta della pizza con questa farina. Le allergie possono essere eliminate attraverso un percorso che non è però una passeggiata e non lo farei certo per il grano saraceno (a Trieste la desensibilizzazione orale per alimenti la facciamo solo per latte, uovo e frumento).

Lavoro in un consultorio pediatrico e quotidianamente eseguo vaccinazioni a bimbi da 0 a 3 anni. Ultimamente si

sono susseguite forniture di vaccini anti-epatite B di varie Aziende, con caratteristiche diverse: il vecchio e conosciuto Engerix-B bambini (10 µg); il vaccino GenHevac B (20 µg); HBVAXPRO (5 µg).

Ora salta all'occhio che tra i primi due e il terzo c'è una notevole differenza di concentrazione; ma l'efficacia è la stessa? Se si inizia con uno, si può proseguire con l'altro?

Se l'efficacia è la stessa, perché si "sprecano" 15 µg nei primi due? Sono piuttosto angosciata perché recentemente abbiamo dovuto usare parecchi pentavalenti + anti-epatite (chissà perché non hanno fornito pentavalente senza Ep + ActHIB?!?), data la mancanza sul mercato dell'esavalente.

dott.ssa Bianca Fermi
Pediatria, Milano

È vero, sono in commercio vaccini contro l'HBV con contenuto diverso di HBsAg: da 5 a 20 µg. È sempre stato così, fin dall'inizio, cioè da una ventina di anni, almeno per i 5 e i 10 µg. La differenza consiste nel fatto che inizialmente le prove cliniche necessarie per ottenere l'approvazione del vaccino sono state eseguite con dosi diverse: 5 µg dalla Merck e 10 µg dalla GSK. Ambedue i vaccini risultarono immunogeni ed efficaci. Tuttavia, la risposta immunitaria dopo 10 µg è più intensa (ovviamente) che dopo 5 µg. Ma, lo ripeto, l'efficacia è la stessa, come pure la durata dell'immunità, e i due vaccini sono certamente intercambiabili. Mentre, quando sono inseriti nell'esavalente, sorgono alcuni problemi per il vaccino che contiene solo 5 µg: l'esavalente *Hexavac* venne ritirato per questo motivo.

Il prezzo di *Engerix-B* da 10 µg e quello di *HBVAXPRO* da 5 µg è sostanzialmente identico: una prova in più del basso costo della materia prima vaccinale. *HevacB* è formato dall'antigene S (HBsAg) e dall'antigene pre-S2: si tratta quindi di un vaccino da usare soprattutto nei soggetti *non responder*. Succede che le ASL li mettano all'asta uno contro l'altro, scegliendo quello che viene offerto a prezzo migliore.

Per quanto La riguarda stia tranquilla, usi quello che l'ASL le mette a disposizione: certo, sarebbe stato meglio che Le fosse stato spiegato come stanno le cose.