

I comportamenti inutili e dannosi

Parte II

GIORGIO LONGO, ALESSANDRO VENTURA

Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

È la seconda parte (ne seguirà una terza) dell'elenco degli errori più comuni nella pratica pediatrica corrente, discusso ai "Confronti in Pediatria 1997". Gli argomenti di questa puntata sono la medicina sportiva, la diarrea, l'asma e l'allergia alimentare. Se si vuole, si fa in fretta a cambiare.

Certificazioni per attività sportiva e corsa campestre

Longo. Non si tratta di un esame e non è una terapia, ma comunque vorrei sollevare il problema della cosiddetta corsa campestre fatta nell'ambito delle attività scolastiche. Non so se ne abbiate mai vista una: bambini che ansimano, bambini paonazzi, bambini pallido-cianotici, bambini che vomitano, bambini che si siedono a terra, che non ne possono più, e che vedono le stelle; genitori che gridano, che incoraggiano, che spingono, che imprecano, che insultano. La corsa campestre dei giochi della gioventù, o di qualsiasi altro incontro delle scuole, è uno scandalo che noi pediatri dovremmo far cessare.

Ci viene chiesto di fare un certificato per idoneità non agonistica; ma questa attività è certamente fuori dall'ordine di grandezza di ogni agonismo possibile per dei bambini. Ogni corsa campestre si conclude con crisi asmatica, vomito, pallore, stelline.

Pubblico. Cosa fare?

Longo. Non fare il certificato.

La sala. UUUUUUHHHH

Messineo (chirurgo e corsacampestrista). La corsa campestre deve essere fatta bene, gli idioti sono quelli che non fanno preparazione, e i genitori inferociti che gridano.

Longo. Non basta dire che gli altri sbagliano. Gli altri ci sono sempre; sono sempre tanti e sempre diversi. Siamo noi quelli che rimangono, che si rendono conto dei problemi, e siamo noi che dobbiamo prendere posizione.

Greco. Sono contrarissimo a quel che dice Longo; i nostri ragazzi muoiono di obesità, non si deve far niente che scoraggi l'attività fisica.

Longo. Io favorisco l'attività in tutti i bambini: epilettici, cardiopatici, diabetici, asmatici, obesi; non solo la favorisco, ma la promuovo a livello di società sportiva. Ma questa della corsa campestre è una situazione specificamente anomala, dove corrono insieme obesi e asmatici, in cui il confronto agonistico è superiore a quello che si osserva in qualunque altra competizione: è un confronto personale, su di una gara in cui non ci sono limiti e standard, in cui non ci sono regole, non ci sono società, non c'è tesseramento, non c'è preparazione.

Pubblico. Esiste una legge; noi siamo tenuti a fare il certificato per una attività "non agonistica".

Longo. Sì, ma questa è "non agonistica" solo di nome; la sua pericolosità sta proprio in questa definizione, che contrasta con quello che succede "sul campo". Potremmo farci promotori di un movimento di opinione.

Reidratazione e rialimentazione nella gastroenterite

Ventura. Un errore tradizionale è quello di utilizzare la preparazione gluco-salina "fatta in casa" per la reidratazione della gastroenterite. Una tabella su *Acta Paediatrica Scandinavica* dimostra la incredibile variabilità della composizione finale delle preparazioni gluco-saline affidate alle mani domestiche. Assolutamente inaffidabili!

Devo dire che anche recentemente abbiamo visto un caso di gravissima disidratazione che per un attimo è stato confuso con coma diabetico: aveva ricevuto una soluzione iperzuccherata fatta in casa; aveva un'iperglicemia da stress, aveva una ipersodiemia limite che, aggiunta alla iperglicemia, produceva una grave iperosmolarità.

Un altro punto, forse altrettanto importante che la qualità della soluzione reidratante, è quello dei tempi della rialimentazione. Tutti i lavori più recenti, sperimentali (sull'animale),

teorici e pratici (sperimentazioni controllate, con risultati ormai inequivocabili), ci dicono che i tempi del "digiuno" debbono essere i più brevi possibili (Tabella I). Eppure (questo non è un vizio solo



italiano) tutti i questionari, in qualunque parte del mondo, in Israele, o negli Stati Uniti, o in Germania, siano stati fatti, ci dicono che dovunque si incorre nell'errore di protrarre troppo il digiuno. Abitudini che è difficile perdere. I bambini con diarrea acuta, per conto loro, mangerebbero magari poco, ma sempre più di quel che i pediatri siano usi a prescrivere^{2,3}.

Non dare da mangiare è un errore, forse il più frequente nella routine pediatrica; i primi dati (anni '80) dimostravano che la rialimentazione precoce non fa male; oggi si dice che la rialimentazione ideale è quella iniziata molto precocemente, dopo poche ore, appena conclusa la reidratazione; e che va fatta con la stessa dieta di prima della diarrea.

Diarrea cronica non specifica

Ventura. Un errore concettualmente molto vicino a quello della rialimentazione tardiva è quello della restrizione alimentare che spesso si fa nella diarrea cronica non specifica, popolarmente ancora chiamata colon irritabile. Oggi, la maggior parte dei bambini con questo disturbo (sempre meno comune) ricevono una dieta restrittiva: una misura terapeutica di utilità assolutamente non provata, anzi, di dimostrata dannosità, probabilmente per gli stessi motivi che rendono dannosa la rialimentazione tardiva. Si tratta di diete sbagliate: spesso ipocaloriche, specialmente per la mancanza di grassi, spesso senza latte né glutine, a volte vere diete ipoallergiche spinte, basate sulla somministrazione di 5 soli alimenti.

Vi presento questa nostra piccola esperienza: 20 casi, raccolti in 10 anni, provenienti da tutta Italia, tutti in dieta, tutti con un apporto calorico insufficiente, tutti con diarrea persistente. Li abbiamo messi a dieta libera, quasi contro la volontà dei genitori, che a quel punto erano forse pentiti di averceli portati. In tutti la diarrea è cessata come per miracolo, coi genitori che non credevano ai loro occhi. Non credevano e non volevano credere. Infatti, dopo la dimissione, in 10 casi su 20, qualche forma di restrizione è stata introdotta (indagine telefonica). Tutti, alla fine, sono guariti (naturalmente)⁴ (*Figura 1*).

RIALIMENTAZIONE PRECOCE NELLA DIARREA ACUTA	
Rees, <i>Lancet</i> 1979	Nessun vantaggio della rialimentazione graduale (6-12 m) rispetto alla rialimentazione precoce
Isolauroi, <i>JPGN</i> 1985, 1986	Nessun vantaggio della rialimentazione graduale
Brown, <i>J Pediatr</i> 1988	Più veloce recupero di peso (3 m-3 a) con la rialimentazione precoce
Isolauroi, <i>JPGN</i> 1989	Più pronta normalizzazione della permeabilità intestinale
Knudsen/Levine <i>Gastroenterology</i> 1968/1974	Più pronta correzione delle disaccaridasi
ESPGAN 1994	La rialimentazione dopo 4 ore abbrevia la durata della diarrea e accelera il recupero del peso
Metanalisi <i>Pediatrics</i> 1994	La rialimentazione precoce ha effetti positivi sulla durata della diarrea, sulla ripresa ponderale, sulla durata del ricovero. (NB: mai sospendere il latte materno)
Nanulescu, <i>Acta Pediatr</i> 1995	Rialimentazione precoce, intesa in 48-72 ore, con formula normale, in Romania

Tabella 1

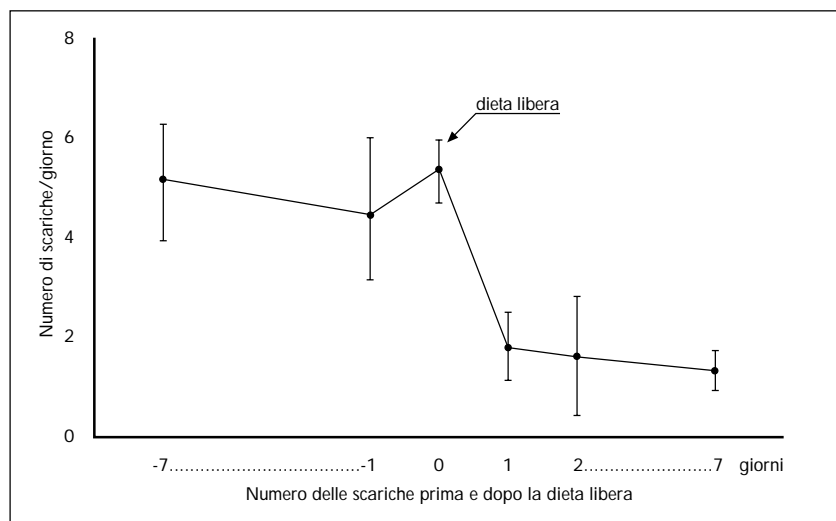


Figura 1. Diarrea cronica aspecifica: cessazione della diarrea (le scariche si riducono da una media di cinque al giorno a una media di una al giorno) dopo l'introduzione della dieta libera.

Asma: esami inutili e dannosi

Longo. Facciamo una lista delle cose inutili e/o dannose che si fanno nell'asma.

- Fare i test di broncoreattività nell'asma "certa": l'asma ha una iperreattività bronchiale per definizione; l'esame sarebbe da chiedere solo se si è in dubbio sul fatto che un soggetto abbia o meno l'asma.
- Fare il monitoraggio domiciliare sistematico del PEF: può essere uno strumento utile solo nel sottogruppo di asmatici che hanno una cattiva consapevolezza della loro bronco-costrizione. Per un utilizzo più razionale e limitato di queste due metodiche diagnostiche ha preso posizione anche l'ultimo "Consensus Statement" sul trattamento dell'asma bronchiale in età pediatrica⁵.
- Fare una Rx nel bambino con broncoostruzione: tutti colpevoli, il pediatra, il radiologo, il genitore; il riscontro di alterazioni atelettasiche è frequente; l'uso degli antibiotici è inutile; resta solo il ricordo di "aver fatto" 5 broncopolmoniti.

□ Sopravalutare i test allergologici nelle bronchiti asmatiche nell'età dell'asilo; o meglio, attribuire al test un valore eziologico. Le bronchiti asmatiche sono un asma di tipo infettivo; il paziente può avere o non avere un'allergia, ma la sua asma non dipenderà comunque dall'allergia ma dall'infezione; d'altronde, anche soggetti cutinegativi possono fare bronchiti asmatiche. L'unico significato di un test cutaneo negativo, poniamo a 3 anni, è quello di poter esprimere una prognosi tendenzialmente buona e quello di un test cutaneo positivo (poniamo per l'acaro) è di poter consigliare una profilassi ambientale.

Pubblico. *Non sono d'accordo sulla inutilità del PEF: il genitore, prima che il bambino sia in grado di riferire, può farci da solo un'idea della situazione.*

Longo. *Ognuno ha la sua filosofia; io trovo che sia uno strumento e un'abitudine inutile e dannosa come quella di misurare la febbre a un bambino che sta bene: come il termometro, il PEF è uno strumento di ansia e di medicalizzazione.*

Pubblico. *Alcuni di questi soggetti hanno un test di broncoreattività negativo: non tutte le bronchiti asmatiche hanno iperreattività bronchiale.*

Longo. *Motivo in più per non fare il test.*

Asma: terapie mal fatte

□ Altro tipo di errore sono le terapie aerosoliche fatte male (Figura 2):

- il boccaglio, a soli 2 cm lontano dalla bocca, comporta una perdita dell'85% del farmaco;

- la respirazione attraverso il naso: più del 70% della nebbia aerosolica si ferma a quel livello;

- il boccaglio tenuto in bocca: questo comporta quasi inevitabilmente che il bambino piccolo respiri attraverso il naso; invece deve imparare a respirare con il boccaglio attraverso la bocca e con il naso chiuso;

- mucolitici in aerosol: sono inutili e spesso dannosi, perché irritanti. L'asma non ha bisogno di fluidificare;

- usare un apparecchio cattivo: questo è l'errore più comune; un apparecchio inefficace produce una nebbia con goccioline superiori a 5-7 micron, cioè senza possibilità di raggiungere i bronchi più periferici.

□ Altro errore: la prevenzione dell'asma da sforzo con i soli cromoni non conviene; i beta2 sono molto più efficaci, e sen-

za effetti secondari. L'assunzione di un beta2 *long acting* al principio della giornata o di un beta2 *short acting* prima dello sforzo rappresenta la soluzione più semplice. L'associazione cromoni + beta2 rappresenta la soluzione più efficace nei rari casi resistenti al solo beta2⁶ (Figura 3). Dare una prevenzione e fallire: è un errore, produce frustrazione, sfiducia. Non va dimenticato comunque che l'asma da sforzo è la spia di una malattia in atto; e che il bambino con asma da sforzo ha bisogno di terapia antinfiammatoria e non solo della prevenzione dell'asma da sforzo.

□ Ultimo errore: usare la aminofillina in acuzie in aggiunta alla terapia con steroidi e beta2-agonisti a dose piena⁷. C'è una messa al bando della aminofillina, anche per vena nell'accesso acuto: non aggiunge nulla al beta2+cortisone, mentre aumenta gli effetti secondari.

Paolucci. *Nell'asma da sforzo c'è spazio per l'ipratropio?*

Longo. *Non mi pare; e anche non vedo perché cercare uno spazio per un farmaco (che pure ha le sue indicazioni, specie nell'accesso grave) per una condizione che ha già una terapia sintomatica (i beta-adrenergici) ben sperimentata.*

Pubblico. *Quale apparecchio usare?*

Longo. *Usare un apparecchio che nebulizzi bene (goccioline inferiori a 5 micron e tempo di erogazione inferiore a 10 minuti). Ricordarsi però che la capacità di nebulizzare efficacemente cade con qualsiasi apparecchio quando il contenuto nell'ampolla è inferiore a 1,5-2 cc; io raccomando di usare i 4 cc; meglio mettere 4 cc e far consumare la soluzione da 4 a 2 cc, che mettere 2 cc e far consumare fino a 1: sotto i 2 cc la nebulizzazione è scadente.*

Pubblico. *E gli antibiotici per aerosol per otite o ipertrofia adenoidica, magari con aerosol per via nasale di scarsa portata?*

Longo. *L'aerosol per indicazioni otiatriche può esser dato per spray o con apparecchi scadenti. Importante è che arrivi dove deve arrivare, cioè nelle prime vie, sui turbinati, sulle adenoidi, sugli osti dei seni paranasali.*

Prevenzione alimentare dell'atopia

Ventura. *Se dovessimo discutere delle cose sbagliate che si fanno in trofo-allergologia faremmo un volume. È venuto il*



Figura 2. I cinque errori comuni della terapia aerosolica.

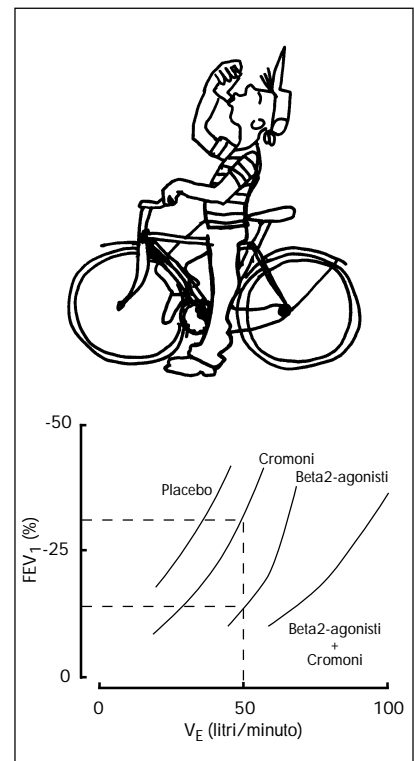


Figura 3. Effetto di diversi tipi di prevenzione sulla broncoostruzione indotta dall'aria fredda inspirata (come accade per l'asma da sforzo). L'efficacia dei cromoni da soli è molto inferiore a quella dei beta2; l'effetto migliore è dato dall'associazione beta2-agonisti + cromoni.

tempo di fare solo le cose che servono con ragionevole sicurezza e rinunciare a quelle per cui non c'è prova provata.

□ Solo cose sicure (Tabella II): privare la madre che allatta di questo o di quell'alimento è semplicemente un errore. C'è un lavoro della Magnusson: prevalenza di dermatite atopica in una coorte di bambini seguiti per 5 anni; 3 condizioni differenti (allattamento al seno, con restrizione dietetica verso gli allergeni "forti" già in gravidanza, senza restrizione, e allattamento al poppatoio). Nessuna differenza né oggettiva né soggettiva. Ma forse fa anche male; perché l'antigene presentato dalla madre è più tollerogeno. Gli unici bambini che continuano ad avere manifestazioni sono quelli della madre più profilassata. È dunque un errore^{8,9}.

□ Altro errore storico: dosare le IgE cordonali, a fini prognostici o per interventi di prevenzione. Il livello di IgE dipende molto dall'età gestazionale¹⁰; il suo valore predittivo è inferiore al semplice dato della familiarità, senso di colpa, ansia ingiustificata. Ma le cose che dovremmo far fare non sono le stesse che dovremmo predicare per tutti? Non fumo in casa, allattamento al seno, stanza pulita dall'acaro, non tenere il gatto.

□ Un altro errore è non allattare fino a 6 mesi: l'efficacia preventiva del latte materno, per almeno i primi tre mesi, ma meglio per i primi sei nei riguardi dell'asma in età adulta, è ormai largamente documentata.

Pubblico. *Esistono ancora le coliche gassose del lattante?*

Panizon. *Certo che esistono; e certo (se questo era sottinteso dalla domanda) che in un certo numero di casi sono l'espressione di una risposta (transitoria e semi-*

fisiologica) a trofoallergeni, in particolare al latte vaccino, verso i quali si raggiungerà rapidamente la tolleranza.

Pubblico. *Che fare per le coliche?*

Panizon. *Ognuno ha le sue filosofie.*

Pubblico. *Ce ne insegni qualcuna.*

Panizon. *Spiegare alla madre che anche le coliche possono essere evolutivamente favorevoli; spiegare che hanno qualcosa di positivo (come tutte le malattie). Ma anche, certamente, intervenire in funzione del bisogno; con le gocce antalgiche, se servono; con la eliminazione degli allergeni forti, se ce n'è bisogno (ma solo se si ha la prova, a posteriori, che l'astensione è servita a qualcosa).*

Pubblico. *E nel bambino fortemente al rischio?*

Ventura. *Non c'è evidenza che ci sia alcuna utilità a fare una dieta preventiva di restrizione. Troppe affermazioni, o anche solo proposizioni, o anche solo ipotesi in questo senso sono state avanzate negli anni '80. La verità è che nessuna ha avuto conferma.*

Panizon. *Nessuna prevenzione alimentare è stata dimostrata efficace (non si deve confondere l'effetto sicuramente utile dell'allattamento al seno con la semplice eliminazione degli allergeni dalla dieta); al contrario, è più probabile che giovi, anche all'atopico, il contatto con trofoallergeni nel primo anno di vita; nella quasi totalità dei bambini si raggiunge entro l'anno una tolleranza in bassa zona verso tutti i trofoallergeni.*

Ventura. *Alla fine, comunque, curare è*

spesso più semplice e meno invasivo che prevenire.

Pubblico. *Se non c'è evidenza sull'efficacia dei latti HA, bisogna non adoperarli.*

Panizon. *Non è automatico, dipende dal loro costo.*

Greco. *Io portavoce della timida: ma cos'è questa storia del gatto?*

Longo. *Il gatto non possiamo metterlo nel sacco di nylon; eppure il suo pelo contiene un allergene insidioso, che arriva nelle case senza gatto, viaggiando sui vestiti delle persone col gatto in casa loro.*

Pubblico. *Vorrei sapere se nell'allergico al polline conviene mettere il coprimaterasso anti-acaro.*

Longo. *L'allergia al polline viene dopo quella all'acaro; se uno è allergico alle graminacee e non all'acaro, è difficile che lo diventi successivamente.*

Bibliografia

1. Fontana M, Zuin G, Paccagnini S, et al: Home-made oral rehydration solutions: variations in composition. *Acta Paediatr Scand* 80, 720-2, 1991.
2. Lifshitz CH: Treatment of acute diarrhoea in children. *Curr Opin Paediatr* 9, 498-501, 1997.
3. Duggan C, Nurko S: "Feeding the gut": the scientific basis for continued enteral nutrition during acute diarrhoea. *J Paediatr* 131, 801-8, 1997.
4. Böhm P, Nassinbeni G, Ventura A: Chronic non-specific diarrhoea in childhood: now often is it iatrogenic? *Acta Paediatr* 87, 268-71, 1998.
5. Warner JO, Naspitz CK: Third International Pediatric Consensus Statement on the Management of Childhood Asthma Paediatr. *Pneumology* 25, 1-17, 1998.
6. Mc Fadden ER, Gilbert IA: Exercise induced asthma. *N Engl J Med* 330, 1362-7, 1994.
7. Strauss RE et al: Aminophylline therapy does not improve outcome and increases adverse effects in children hospitalized with acute asthmatic exacerbations. *Pediatrics* 93, 205-209, 1994.
8. Fåth-Magnunsson K, Kjellman NIM: Allergy prevention by maternal elimination diet during late pregnancy. A 5 years follow-up of a randomized study. *J Allergy Clin Immunol* 89, 709-13, 1992.
9. Hatterig G, Sigurs N, Kjellman B: Effects of maternal dietary avoidance during lactation on allergy in children at 10 years of age. *Acta Paediatr* 88, 77, 1999.
10. Eriksson TH et al: Cord blood IgE levels are influenced by gestational age do not predict allergic manifestations in infants. *Paediatr Allergy Immunol* 5, 5-10, 1994.

PREVENZIONE DELL'ATOPIA

QUELLO CHE È CERTO

Latte materno a lungo termine fa bene

QUELLO CHE È PROBABILE

Ruolo negativo esposizione precoce a inquinanti e allergeni ambientali
Utilità profilassi ambientale precoce

QUELLO CHE, SE C'È, È INSIGNIFICANTE E MAL MISURABILE

Profilassi dietetica (HA spinti)

UNA INUTILE CRUDELTÀ

Dietoprofilassi alla madre in gravidanza e durante l'allattamento

FARE MEGLIO CON MENO

Evitare il dosaggio delle IgE cordonali

Tabella II