

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

Una paziente di 11 anni con crescita sempre regolare (50° peso, 90° altezza) un anno fa ha presentato una scarica con molto muco e sangue. Da allora sta complessivamente bene, ma presenta dolori addominali saltuari, così come saltuariamente ha di nuovo feci con muco e un po' di sangue. Il suo alvo è tendenzialmente stitico, ma non in modo serio; la visita chirurgica è stata negativa; non ha segni di malassorbimento, non anemia, non alterati gli indici di flogosi, non febbre. Antitransglutaminasi e EMA negativi ma AGA IgG >250, non deficit IgA; DQ2-DQ8 negativi; eco per ispessimento ultima ansa negativo; negativa la ricerca della Giardia. È indicata una colonscopia?

Pediatra di base

Penso inevitabile la colonscopia per chiudere il problema. Come ipotesi diagnostica azzarderei una (bonaria) iperplasia nodulare linfoide.

Bambino di 10 mesi; nei primi 6 mesi di vita 3 episodi di bronchite asmiforme (bronchiolite + 2 episodi asmatici?), di cui il 1° a 4 mesi. Dai 6 agli 8 mesi ricorrenza di crisi di (apparente) broncostruzione, ogni 15 giorni, spesso in benessere, ma con 2 crisi di grado medio che hanno richiesto l'ospedalizzazione e la somministrazione di O₂. Il primario della Pediatria Ospedaliera ha ipotizzato una ristrettezza delle vie bronchiali con episodi sovrapposti di bronchiti virali. A questo punto però, forse perché le prove allergiche per completamento diagnostico non si negano a nessuno (giustamente?), il bambino viene indirizzato a fare le prove allergiche, che risultano negative (RAST per principali alimenti e inalanti). Forse, perché una pH-metria per completamento diagnostico non si nega a nessuno (pur nello scetticismo esplicitamente manifestato dall'allergologo), viene programmata la pH-metria; nel frattempo fa anche il test del sudore, risultato negativo. La pH-

metria viene tentata alcune volte, ma non riesce per il muco che il bimbo costantemente presenta a livello delle prime vie aeree. A questo punto, non prima di avere ricevuto una proposta di fare un tubo digerente con bario, visto che non si riesce a fare la pH-metria per documentare il reflusso gastroesofageo, i genitori si rivolgono a un collega PLS che, in libera professione, consiglia flixotide 50 mcg: 2 puff con distanziatore x 2 volte al giorno per 2-3 mesi; Singulair 1 bustina 4 mg al dì; durante le crisi aggiungere Broncovaleas e Clenil e, se fischia molto, aggiungere anche Bentelan. Spiego ai genitori che non concordo, ma condivido invece la diagnosi del primario; inoltre dico che il cortisone è efficace come terapia di fondo solo nei soggetti allergici.

Dopo pochi giorni i genitori mi hanno tolto l'assistenza del bambino (ubi maior cortisonem?).

Chiedo lumi su che cosa, in merito a diagnosi e terapia, condividete, che cosa non condividete, e cos'altro si poteva fare a Vostro giudizio (sicuramente maggiore comunicazione fra specialisti e fra questi, PLS e genitori).

Pediatra di libera scelta, Ferrara

La risposta è scontata. Tutto quello che dice è giusto, quello che hanno fatto e consigliato gli altri (primario escluso) sbagliato o comunque eccessivo. Si tratta verosimilmente di un "early transient wheezer" (non è forse anche ciociottello?), come ipotizzato dal primario della Pediatria. Come tale ha prognosi rapidamente buona, ma anche scarse o nulle possibilità di essere aiutato. Il trattamento va fatto solo in fase acuta. È certo che ci sia stato un difetto di comunicazione. Sembra un paradosso, ma per interrompere il "doctor shopping" non si deve mai smentire apertamente chi ci ha preceduto. Chi sente due opinioni in aperto contrasto è portato inevitabilmente a voler sentire un terzo parere. E allora basta aggirare l'ostacolo, spiegando bene ai genitori non solo le

nostre ragioni, ma anche il rationale dei consigli del collega che ci ha preceduto, e il perché, pur capendo e condividendo, crediamo convenga fare diversamente. Si tratta, in altre parole, di condividere e quindi far accettare all'interessato le nostre ragioni.

È possibile nonché auspicabile desensibilizzare una bambina di 4 anni allergica al kiwi (ha avuto una reazione piuttosto violenta con angioedema al volto e diarrea in seguito all'ingestione di kiwi, per cui ora la madre gira munita di Fastjekt)? Che probabilità vi è di acquisire nel tempo la tolleranza?

NB. La bambina è un'atopica, con positività ad acari e graminacee, e in passato anche a latte e uovo.

dot.ssa Daniela Sardei
Pediatra di base, Piovone Rocchette (VI)

L'allergia al kiwi non è rara. In via teorica la desensibilizzazione sarebbe possibile, ma non è giusto proporla perché i rischi e le difficoltà di una desensibilizzazione sono tutt'altro che trascurabili a fronte di una allergia a un alimento, in questo caso il kiwi, che può essere evitato facilmente senza possibili errori: non è un alimento fondamentale nella nostra dieta e non è possibile che sia introdotto inavvertitamente, nascosto in altre pietanze. Quindi basta un po' di attenzione e non occorre certo (l'avrei consigliata) "l'adrenalina sempre in mano". A mio sapere non è mai stata disegnata la storia naturale di questa allergia, ma non credo faccia parte di quegli alimenti, come il latte, l'uovo e il frumento, che in tempi brevi tendono spontaneamente a essere tollerati. Ultima considerazione per ricordare che ci può essere una cross-reattività tra antigeni comuni al kiwi e al fico, castagna, avocado e ananas. Se la bambina non li avesse mai mangiati (in quel caso non ci sono problemi), qualche attenzione alla prima introduzione meriterebbe di essere fatta.