

Ritardare l'introduzione dei cibi solidi favorisce l'insorgenza di allergie: un'altra pesante conferma.

Una cascata di studi pubblicati negli ultimi anni suggerisce (al contrario di quanto si riteneva fino a poco fa) che l'allattamento al seno esclusivo prolungato e l'introduzione ritardata dei cibi solidi possano favorire anziché prevenire la sensibilizzazione allergica, l'asma e la dermatite atopica, specie nel bambino "a rischio" familiare (Snijders BE, et al. *Pediatrics* 2008;122:e115-22; Zutavern A, et al. *Pediatrics* 2006;117:401-11). Una serie di evidenze talmente rivoluzionarie rispetto al "conformismo preventivistico" ancora diffuso (e possibilmente nocivo anche in termini di rischio di anafilassi grave) che il dibattito si è recentemente "surriscaldato" anche sulle pagine di *Medico e Bambino* (2009;28:493-8). Su questo dibattito si cala ora, con la forza dei dati di popolazione raccolti prospetticamente e prodotti da ricercatori "ingenui", nel senso che si tratta di ricercatori non direttamente interessati al problema, lo studio finlandese su una coorte di 994 bambini nati a rischio di diabete e seguiti con grande meticolosità per tutto ciò che riguarda dieta e stato di salute dalla nascita a 5 anni. Bene, questo studio ci dice che la ritardata introduzione di cibi solidi (grano dopo i 5 mesi, uovo dopo i 10 mesi, pesce dopo gli 8 mesi, orzo e avena dopo i 5 mesi, patate dopo i 4 mesi) aumenta significativamente (raddoppia) il rischio di sensibilizzazione ad allergeni alimentari e inalanti, sia nei bambini a basso che in quelli ad alto rischio familiare di allergia. La durata dell'allattamento al seno esclusivo (mediamente breve in questa coorte e di 1,7 mesi, range 0-10) non sembra modificare il risultato finale (Bright L, et al. *Pediatrics* 2010;125:50-9).

Disturbi funzionali del tratto gastrointestinale: la buona gestione è nelle mani del (bravo) pediatra di famiglia. I 21 pediatri di famiglia della Sicilia occidentale che sono stati i protagonisti di questo studio appena pubblicato su *Pediatrics* (Primavera G, et al. 2010;125:e155-e161) sono i nostri amici del "gruppo esteso Magazzù". Coordinati dal loro mentore, hanno dimostrato

che i disturbi gastrointestinali funzionali del bambino (come il rigurgito del lattante, la stipsi, i dolori addominali ricorrenti, la diarrea cronica non specifica) sono diagnosticabili secondo criteri "positivi" (secondo i cosiddetti criteri di Roma) e non solo "per esclusione", e sono gestibili dal pediatra di famiglia in piena autonomia. Quando diagnosticati secondo criteri rigorosi, finiscono con essere disturbi tutto sommato rari (2,8% di tutte le 9281 visite di un trimestre), possono essere affrontati con un limitato numero di esami e un piccolo numero di invii allo specialista (in pratica limitato ai casi di sospetto vomito ciclico) e vanno significativamente meglio nel tempo se come terapia si usa soltanto la parola piuttosto che farmaci di compiacenza. Bravissimi i nostri amici di Palermo anche perché la diagnosi di disturbo funzionale è stata confermata a distanza in 257 su 261 casi (98,4%).

Pneumococchi che continuano a ridersela (della vaccinazione). L'introduzione della vaccinazione anti-pneumococcica con vaccino coniugato 7-valente ha portato a una riduzione assoluta dei casi di polmonite e di meningite (in particolare da ceppi contenuti nel vaccino) ma sembra condizionare l'emergenza di malattia invasiva da ceppi non vaccinali e la virulenza di ceppi in precedenza ritenuti poco aggressivi. A questi ceppi potrebbe essere dovuto l'aumento dei casi di empiema pleurico riportato in diverse parti del mondo (Hendrikson DJ, et al. *Pediatr Infect Dis J* 2008;27:1030-2; Roxburgh CS, et al. *Arch Dis Child* 2008;93:316-8) (e sicuramente evidente anche nella nostra diretta esperienza). Uno studio rappresentativo di tutta la realtà dei ricoveri pediatrici negli USA (Su-Ting T, et al. *Pediatrics* 2010;125:26-33) dimostra ora che, nonostante nell'era vaccinale si sia assistito a un calo del 13% delle polmoniti, ci sia però stato nello stesso periodo un aumento del 77% degli empiemi e del 44% delle polmoniti complicate che hanno necessitato di intubazione o decorticazione. Prendiamo (prendete) atto.

Autoimmunità e celiachia: anche l'ipofisi è un bersaglio. L'associazione

tra la celiachia e altre malattie autoimmuni come la tiroidite e il diabete tipo I è ben nota. Meno nota è la relazione tra celiachia e autoimmunità ipofisaria. Autoanticorpi anti-ipofisi ad alto livello sono stati dimostrati nel 12% di una casistica di 119 bambini celiaci. La presenza di questi autoanticorpi è risultata correlata con livelli più bassi di IGF-1 e con statura più bassa, lasciando ipotizzare che questi autoanticorpi possano avere significato clinico. Nulla peraltro ci dice lo studio sull'effetto della dieta senza glutine sulla statura dei bambini celiaci con e senza autoanticorpi anti-ipofisi (e sull'andamento del loro titolo sierico) dopo l'inizio della dieta senza glutine (Delvecchio M, et al. *Am J Gastroenterol* 2009; online pubbl 10 nov 2009).

PFAPA o non PFAPA? Quando chiedere gli esami genetici per le febbri periodiche ereditarie. La febbre periodica associata a stomatite aftosa, faringite e adenite cervicale (PFAPA) è ormai una condizione ben nota ai pediatri: abbiamo imparato a riconoscerla attraverso la straordinaria efficacia di una singola dose di corticosteroidi nel decapitare l'episodio febbrile e sappiamo oggi con certezza che la tonsillectomia ha una probabilità quasi assoluta di risolvere definitivamente il problema. Sta di fatto peraltro che in alcuni casi la diagnosi clinica rimane dubbia: o perché l'esordio è stato precocissimo, nei primi mesi di vita, o perché la risposta al corticosteroide è meno costante o il suo utilizzo porta a un accorciamento del periodo intercritico o perché il bambino si presenta in qualche modo "più grave del solito". Un colossale studio multicentrico coordinato dagli amici del "Gasslini" dimostra come l'applicazione di semplici criteri clinici sia di grande aiuto nel selezionare con sufficiente sensibilità e specificità i bambini che sotto le apparenze di una PFAPA nascondono una febbre periodica familiare e quindi sono meritevoli di essere indagati con test genetici (per febbre da difetto di mevalonato-chinasi - detta anche sindrome con iper-IgD -, per febbre familiare mediterranea e per febbre TRAPS da difetto del recettore solubile del TNF-alfa). In

concreto avrà probabilità quasi assoluta di avere una "semplice" PFAPA quel bambino il cui quadro clinico oltre che dalla febbre periodica sarà dominato dall'impegno tonsillare (il bambino cioè che va prima dall'otorino che dal pediatra specialista) e avrà più probabilità di avere una febbre periodica familiare quel bambino in cui la febbre si accompagna a sintomi extratonsillari come il dolore addominale, il vomito e la diarrea, come le artralgie e le manifestazioni cutanee di vario tipo (il bambino cioè che non vi verrebbe in mente di mandare dall'otorino) (Gattorno M, et al. *Pediatrics* 2010;129:e721-e721). Forse è una semplificazione eccessiva, ma vi garantisco che... funziona.

Otite sierosa cronica: scordatevi il cortisone nasale (se mai lo avete usato). L'otite sierosa cronica (otite media con effusione o, nei casi cronici, *glue ear* degli anglosassoni) è relativamente frequente nel bambino dell'età dell'asilo, può comportare difetto uditivo e difficoltà scolastiche ed è nei fatti difficile da trattare: non servono gli antibiotici, gli antistaminici e i decongestionanti mentre i corticosteroidi per via generale possono essere efficaci ma il gioco non vale la candela. Qualche studio di "piccola taglia" suggerisce l'utilità dello steroide topico nasale e, comunque, sembra che, almeno in Inghilterra, questo sia il tipo di terapia preferito dal medico di famiglia. Uno studio randomizzato controllato, in cui 217 bambini con otite sierosa cronica sono stati trattati per tre mesi con gocce nasali di mometasone o di placebo, dimostra che l'applicazione topica del corticosteroide non ha alcuna efficacia nel trattamento di questa affezione (Williamson I, et al. *BMJ* 2010;340:b4984). Tocca rassegnarsi ad aspettare che il problema si risolva da solo.

Morire di "un colpo" (stroke) da bambini. Dello stroke in età pediatrica se n'è appena parlato sulle pagine di *Medico e Bambino* (Fransoni E, et al. 2009;28:566-71). Sappiamo che, per quanto costituisca una causa rara di mortalità rispetto all'età adulta, è un evento comunque più frequente della meningite

batterica (3-10/100.000 soggetti in età pediatrica), rimane tra le prime 10 cause di morte ed è associato a fattori di rischio abbastanza ben definiti come le cardiopatie congenite, le condizioni protrombotiche congenite, le vasculiti, i tumori, le infezioni come la varicella e in particolare l'anemia falciforme (Williams LS, et al. *Neurology* 1997;49:1541-5; Ganesan V, et al. *Ann Neurol* 2003;53:167-73; Al-Jarallah A. *J Child Neurol* 2000;15:284-9). Uno studio in qualche modo straordinario ha valutato (utilizzando i registri statistici nazionali di mortalità) l'andamento della mortalità per stroke in età pediatrica in Inghilterra e Galles dal 1921 al 2000. Per quanto "asciutti" i dati riportati appaiono interessanti: l'età a maggior rischio è quella del lattante (24,5 casi per milione di anni/persona), seguita dall'adolescente (7,5 per milione di anni/persona) e dall'età della scuola elementare (5,9 per milione di anni/persona). I maschi sono più colpiti delle femmine. Lo stroke, a differenza di quanto succede nell'età adulta, è più frequentemente di tipo emorragico che ischemico. La mortalità per stroke sembra in lento declino dagli anni '60 (anche se la curva tende a un plateau) e c'è evidenza di un declino progressivo della mortalità nelle coorti nate successivamente agli anni '50 (Mallick A, et al. *Arch Dis Child* 2010;95:12-9).

Chetoacidosi diabetica e memoria. In circa un quarto dei casi il diabete di tipo 1 esordisce con la chetoacidosi, condizione che, anche quando non sono presenti segni neurologici, può essere associata a un danno cerebrale simile a quello che si può riscontrare negli eventi ipossico-ischemici. Un recente studio dimostra che nei bambini diabetici che hanno presentato uno o più episodi di chetoacidosi residua un danno specifico della memoria associativa (ai colori, alla posizione degli oggetti nello spazio), difetto che è effettivamente tipico di chi ha sofferto di un insulto cerebrale ipossico/ischemico (Ghetti S, et al. *J Pediatr* 2010;156:109-14). Motivo di più per impegnarsi a prevenire la diagnosi tardiva di diabete infantile e l'esordio come chetoacidosi. Ma è più facile a dirsi che a farsi.

Sedazione procedurale in autonomia dagli anestesisti: si può, si deve! La sedazione in corso di procedure diagnostiche invasive (come l'endoscopia digestiva) fa parte delle regole della buona pratica medica. Di solito vengono utilizzati farmaci come il midazolam (di cui si sfrutta principalmente l'azione ansiolitica e la capacità di indurre amnesia retrograda) e il propofol (un barbiturico a rapido metabolismo con cui si ottiene la sedazione vera e propria). Esiste ormai una larga serie di esperienze riportate nella letteratura più qualificata che dimostrano come, qualora si adottino protocolli molto rigorosi che escludano da questa scelta i soggetti con un pur minimo rischio di complicanza, questo tipo di sedazione possa essere praticato con efficacia e sicurezza direttamente dal gastroenterologo in autonomia dall'anestesista. La gestione della sedazione procedurale in autonomia dall'anestesista comporta enormi vantaggi sia sul piano organizzativo e dei costi (rapidità della gestione dei pazienti in sala endoscopica, sgravio delle sale operatorie in termini di spazi e di tempi e di utilizzo di anestesisti) e di tipo emotivo psicologico soprattutto per il paziente pediatrico (non separazione dall'ambiente e dalle persone conosciute, rapidità dell'esecuzione della procedura ecc.). A definitiva conferma dell'efficacia e sicurezza di questa pratica va ora un colossale studio collaborativo "mondiale" condotto da tutti quelli che hanno in questi anni praticato la sedazione procedurale in autonomia dagli anestesisti (e che avevano almeno in parte già pubblicato la loro esperienza, come nel caso del nostro mitico Dino Barbi). Su 646.080 (seicentoquarantaseimilaottanta!) soggetti sottoposti a sedazione procedurale con propofol in autonomia dagli anestesisti, una complicanza tale da portare la necessità di una intubazione endotracheale è sopravvenuta solo in 11 casi (uno su sessantamila sedazioni) e si sono registrati in tutto 4 decessi (tutti in casi a rischio, sfuggiti all'applicazione del protocollo di esclusione e verosimilmente non prevenibili nemmeno in presenza dell'anestesista) (Rex DK, et al. *Gastroenterology* 2009;137:1229-37).