

L'allattamento al seno non protegge dalle allergie (leggere con buon senso). Il vento sfavorevole tirava già da un po', soprattutto da quando il talentuoso gruppo di Tucson ci aveva dato evidenza che l'effetto protettivo dell'allattamento al seno sull'asma era evidente solo nei primi due anni (quando prevale il "fischio" infettivo) ma sparisce nelle età successive (e anzi, nel caso di madre allergica, con alti livelli di IgE, l'allattamento al seno rappresenta un fattore peggiorativo) (Wright, et al. *Torax* 2001;56:192-7). E poco prima, per la verità, c'era stato anche uno studio italiano su 16.333 bambini italiani di 6-7 anni (Rusconi, et al. *Am J Respir Crit Care Med* 1999) che era giunto sostanzialmente alle stesse conclusioni. Oggi (Sears M, et al. *Lancet* 2002;360:901-7) uno studio neozelandese su 1037 neonati seguiti per 26 anni (!) conferma che l'allattamento al seno non solo non è protettivo per l'atopia in generale (intesa come positività dei test cutanei per allergeni comuni) e per l'asma in particolare, ma anzi rappresenta, dai 13 anni in poi, un fattore peggiorativo del rischio di sviluppare queste condizioni. Assieme all'allattamento al seno l'analisi multifattoriale dimostra come fattori di rischio per atopia e asma siano anche l'elevato livello socioeconomico, il fumo parentale, l'uso di coperte di pelle di pecora. Ognuno di noi "ne sa abbastanza" da rimanere profondamente convinto che, come dice l'editorialista (Sly P. *Lancet* 2002;360:887-8), ci sono mille e più (smisurati) motivi per scegliere comunque l'allattamento al seno, il cui valore, forse, noi stessi contribuamo a sminuire quando vogliamo trovargli dei meriti ulteriori e diversi da quelli primari, assoluti, che gli assegna la natura per la salvaguardia della specie. Un po' come se, per l'appunto, si trattasse di un prodotto industriale.

Igiene, animali e prevenzione dell'asma. La teoria igienica per l'interpretazione dell'atopia va di gran moda. L'esposizione precoce ad animali (di fattoria o domesti-

ci), verosimilmente per l'inquinamento microbico ambientale che produce, sembra effettivamente capace di orientare l'immunità in senso TH1 e, conseguentemente, allontanare il rischio di atopia. Uno studio recentemente pubblicato sul *New England Journal of Medicine* (2002;347:869-77) conferma questa ipotesi. Sono stati studiati 812 bambini di 6-13 anni appartenenti ad aree rurali di Svizzera, Germania e Austria, e i loro materassi. La quantità di endotossina batterica nei materassi dei bambini è risultata inversamente correlata allo sviluppo di atopia (rinite allergica, asma, positività dei RAST per comuni allergeni) e alla produzione di citochine (TNF- α , INF- γ , IL-10, IL-12), indicando quest'ultima evidenza il marcato effetto inibitore sulla risposta immune della precoce esposizione all'endotossina. Per quanto riguarda l'effetto, molto dibattuto, del precoce contatto con il gatto sul rischio di asma in età pediatrica, un recente studio pubblicato sul *Lancet* (2002;360:781-2) sembra dare una risposta modulata e convincente: effetto protettivo (come se prevalesse l'effetto positivo della precoce esposizione alle endotossine) nel caso di basso rischio genetico (madre non asmatica); aumento del rischio (come se prevalesse l'effetto negativo della precoce esposizione all'allergene) nel caso di alto rischio genetico (madre asmatica).

Eritromicina e stenosi pilorica: una conferma. Già tre anni fa una simile evenienza era stata rilevata in un reparto di Neonatologia (Honein MA, et al. *Lancet* 1999;354:2101-5) a seguito della somministrazione di eritromicina per la prevenzione della pertosse. Il rilievo è stato confermato in un'indagine retrospettiva su 314.029 soggetti (Cooper WO, et al. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:647-50), di cui 804 (2,6 casi su 1000 nati) presentavano una stenosi ipertrofica del piloro (SIP). Una precoce somministrazione di eritromicina (fra il 3° e il 13° giorno di vita) aumenta di 8 volte il rischio di SIP; in altre pa-

role l'uso precoce di eritromicina ha indotto SIP in circa un neonato su 50. È interessante notare che nessun rischio si verificava quando l'antibiotico era somministrato dopo il 13° giorno di vita e che nessun altro antibiotico, anche usato precocemente, si accompagnava ad aumento del rischio. È stato impossibile stabilire se gli altri macrolidi presentano la stessa caratteristica favorente la SIP.

Quanto male fa lo sport? Le lesioni in bambini che praticano sport di gruppo. Con quale frequenza insorgono lesioni in bambini che praticano il calcio o la pallacanestro? Tutti sappiamo che i traumi sono frequenti, ma non conosciamo con precisione la loro incidenza. In una recente ricerca (Radelet MA, et al. *Pediatrics* 2002;110:e28) sono stati seguiti 1659 bambini da 7 a 13 anni, che praticavano questi sport in una grande città (Pittsburg) per due stagioni sportive: le lesioni sono state 2,7 per la pallacanestro e 3,6 per il calcio su 100 piccoli atleti. I traumi sono stati considerati seri (fratture, lussazioni, contusioni) nel 3% di tutte le lesioni nella pallacanestro e nel 15% nel calcio. Una così alta incidenza ha richiesto l'instaurazione di immediati provvedimenti al fine di limitare al massimo i traumi nei bambini che praticano uno sport di gruppo.

Paracetamolo per bocca o per via rettale? Per confrontare l'effetto antifebbrile del paracetamolo dato per via orale o per via rettale sono stati studiati 70 bambini da 6 mesi a 6 anni con febbre di 39°C o più (Scolnik D, et al. *Pediatrics* 2002;110:553-6). A un gruppo (Gruppo A, 24 pazienti) sono stati dati 15 mg/kg per via rettale, a un altro (Gruppo B, 23 pazienti) 30 mg/kg e a un terzo (Gruppo C, 23 pazienti) 15 mg/kg per bocca. Sono state registrate le variazioni di temperatura nelle 3 ore successive alla somministrazione, sia come caduta massima della temperatura, che come temperatura finale. Non è stata notata nessuna differenza significativa nei 3 gruppi, nemmeno fra il Gruppo A e il

Gruppo B. Se ne conclude che non è necessario usare per via rettale dosi di paracetamolo più elevate di quelle comunemente usate per bocca, e che la via rettale è un modo accettabile di somministrare il paracetamolo.

"Stop rickets campaign in England": ma in che anno siamo?

Negli ultimi mesi abbiamo diagnosticato un rachitismo florido in due lattanti di colore abitanti a Trieste, per i quali non era stata prescritta alcuna supplementazione con vitamina D in quanto allattati al seno. Un altro caso analogo è stato diagnosticato dai colleghi di Monfalcone. Ci è parsa una "scoperta", ma nel marzo del 2002 un articolo pubblicato su *Archives of Disease in Childhood* (Shaw NY, 2002;86:147-9) aveva fortemente richiamato l'attenzione sul rischio reale di sviluppare rachitismo nella popolazione asiatica residente nel Nord Europa. Questo rischio, nel bambino, parimenti presente sia nell'allattato al seno che in quello nutrito al biberon, è prima di tutto dovuto alla ridotta sintesi secondaria alla povertà dell'irradiazione (colore scuro della pelle, pochi raggi ultravioletti), ma altri fattori peggiorano la situazione. Da un lato, infatti, il difetto di vitamina D presente comunque nelle donne asiatiche peggiora durante la gravidanza, e il neonato (i cui livelli ematici di vitamina D dipendono direttamente da quelli della madre) nasce di fatto carente; dall'altro l'effetto negativo della scarsa irradiazione si sovrappone a una carenza subclinica dovuta all'accelerato metabolismo della vitamina D tipico della razza asiatica (eccesso di attività di 25-OH-D, 24 idrossilasi). Come suggerito dai casi di nostra diretta osservazione, tutto questo riguarda più in generale i bambini di colore che si trovano a vivere nelle regioni poco assolate del Nord Europa. Secondo l'esperienza riferita dai colleghi pediatri del Saint Mary's Hospital di Manchester (Ashraf S. *Arch Dis Child* 2002;87:263-4) i casi di rachitismo florido osservati nel loro ospedale variano tra 8 e 10 all'anno, e

la prevalenza del problema, aumentando l'allerta, è risultata pari all'1,6% dei bambini di razza non caucasica visti in un bimestre in un consultorio (predisposto per i controlli di salute, gli screening uditivi e le vaccinazioni). Come a dire che, in ogni momento, 60 bambini di colore dell'area di Manchester, di età compresa tra 6 e 36 mesi, hanno un rachitismo non riconosciuto, pur essendo stati allattati al seno esclusivamente per almeno 6 mesi. Un organismo inglese dal nome poco augurale (COMA, *Committee on Medical Aspect of Food Policy*) raccomanda che la supplementazione con vitamina D venga data a tutte le donne asiatiche durante la gravidanza (400 UI/die dall'inizio, o 1000 UI/die durante il terzo trimestre), e che la stessa supplementazione venga garantita a tutti i bambini (non solo asiatici, ma più in generale non caucasici, diremmo noi ora, dopo lo studio di Manchester) indipendentemente dal tipo di allattamento.

Splenectomie post-traumatiche: si deve risparmiare. Non è la prima volta che lo scriviamo su *Medico e Bambino*, ma certamente alcune splenectomie post-traumatiche possono venire risparmiate. Per esempio, nello Yorkshire, sono state eseguite 11 splenectomie in bambini di 6,6-16,8 anni dopo trauma addominale tra il 1994 e il 1999, ma in nessun caso sono state seguite le raccomandazioni del *UK Advanced Life Support Group* che raccomanda la laparotomia solo quando persista l'evidenza di un'importante emorragia interna dopo correzione delle perdite. Nello stesso periodo 16 bambini con trauma splenico afferenti a due ospedali regionali di insegnamento non sono stati splenectomizzati e sono guariti senza complicazioni (*Ann Royal College of Surgeons of England* 2002;84:16-8). Un'esperienza analoga è stata riportata da Pittsburgh (*J Pediatr Surg* 2002;37:294).

Danni da DES (dietilstilbestrolo): dalle nonne ai nipoti. È ben noto che le donne le cui madri hanno

assunto il dietilstilbestrolo (analogo degli estrogeni utilizzato fino al 1995 nella prevenzione degli aborti nelle donne ad aumentato rischio) in gravidanza hanno un aumentato rischio di cancro della vagina o della cervice uterina. Un recente studio dimostra ora che le stesse donne possono avere problemi di fertilità, e che i loro figli maschi sono esposti a un rischio significativamente elevato di malformazioni del tratto genito-urinario (ipospadia) (*Lancet* 2002;359:1102-7).

Antibiotici: non serve la rotazione nelle nursery.

In un'unità di terapia intensiva neonatale è stata introdotta la strategia della rotazione mensile degli antibiotici per ridurre l'incidenza delle forme resistenti (Toltzis P, et al. *Pediatrics* 2002; 110:707-11). A questo scopo sono stati studiati 1062 neonati per un periodo di un anno, a cui veniva preso un tampone faringeo e rettale 3 volte alla settimana. I dati raccolti indicano che la rotazione mensile di antibiotici non ha effetti dimostrabili nel ridurre l'incidenza di ceppi resistenti di bacilli Gram-negativi in reparto di terapia intensiva di terzo livello. È molto probabile che un mese rappresenti un periodo di tempo troppo breve per mettere in evidenza l'utilità di una strategia del genere.

Una PCR rapida per lo screening dello streptococco di gruppo B.

Molto è stato discusso in quest'ultimo anno sull'utilità dello screening nelle donne prima del parto e sul trattamento con antibiotici: la disponibilità di una rapida *Polymerase Chain Reaction* (PCR) per l'identificazione dello streptococco di gruppo B offre un'ulteriore metodica di rilevazione, che può influenzare le strategie di screening (Haberland CA, et al. *Pediatrics* 2002;110:471-80). L'accuratezza della prova diminuisce il numero dei risultati falsamente positivi e di quelli falsamente negativi. L'analisi costo/beneficio ha dimostrato che l'uso di questa prova determina un beneficio di 7 dollari per nascita in confronto alla strategia legata ai fattori di rischio materni.