

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

**In un recente convegno, un illustre relatore, a proposito della diagnosi di bassa statura da deficit di GH, ha affermato che il dosaggio del GH dopo stimolo con arginina o clonidina è gravato da numerosi falsi positivi e dovrebbe essere sostituito da un dosaggio dell'ormone in corso di sonno fisiologico del paziente (dopo 60-90 minuti dall'addormentamento). Con tale prelievo i casi di vero deficit si abbattano di molto, evitando così molte terapie incongrue. Tale notizia mi ha turbato non poco, siccome da pochi mesi seguo una bambina in terapia con ormone della crescita, con diagnosi fatta con dosaggio dell'ormone dopo stimolo farmacologico.**

**Ora chiedo: è corretto far correre a tale bambina i possibili rischi legati a una terapia forse inutile e che, a detta del relatore, portando in definitiva a una più precoce saldatura delle epifisi, potrebbe farla crescere meno del suo target genetico?**

**PS. Dopo cinque mesi di terapia è cresciuta di 7 cm.**

dott. Nunzio Lardaro

Pediatra di famiglia, San Felice a Cancellò (Cagliari)

Le indicazioni dell'AIFA (nota 39) e le linee guida europee dicono che, se la statura è < -3 DS, o < -2 DS con rallentamento della crescita di -1 DS in un anno, o velocità di crescita pari a -1,5 DS in due anni indipendentemente dalla statura, o -1 DS in due anni indipendentemente dalla statura, vi è l'indicazione a effettuare il test di valutazione della secrezione dell'ormone della crescita; e per la prescrizione dell'ormone biosintetico sono necessari due test patologici (< 10 ng/ml). Non viene specificato quale test fare e si può desumere che può essere ripetuto anche lo stesso per due volte.

In caso di due test discrepanti (se le IGF-1 sono inferiori a -2 DS rispetto ai valori normali per età - non semplici da avere perché dovrebbero essere stan-

dardizzati per ogni laboratorio -, ma almeno decisamente inferiori al limite basso della norma), allora vi è l'indicazione a eseguire il test notturno: il trattamento può essere considerato se la media di tutti i prelievi risulta < 3 ng/ml.

Questi sono i termini di legge; e, come vede, per fare il test notturno ci sono delle indicazioni precise.

Io mi adeguo a questi criteri che il Ministero della Salute e tutte le associazioni europee consigliano.

Va però detto che non esiste un gold standard assoluto, perché nessun test è infallibile e anche il test notturno può risultare falsamente positivo. I soli patologici per i quali non possiamo avere dubbi sono quelli con anomalie anatomiche dell'ipofisi (lesioni chirurgiche, da radiazione per patologie tumorali intracraniche ecc.). Si può ben capire quindi che nella diagnosi non si può prescindere dall'esistenza dei criteri auxologici di crescita: il problema staturale deve indegabilmente esistere; per intenderci, non può trattarsi di un soggetto normale che chiede di fare il GH per fare basket! Peraltro esistono in tutte le condizioni, anche nella pubertà precoce, i responder e i non responder e gli uni non sono preventivamente distinguibili dagli altri. In questi casi è opportuno valutare l'andamento della crescita e poi decidere se e come proseguire una terapia avviata in base ai criteri suddetti.

Sulla chiusura anticipata delle epifisi avrei qualche dubbio; non tutti infatti presentano questo problema e anche in questo caso basta monitorare l'andamento della maturazione ossea e valutare il da farsi.

Ricordo che oggi vi è l'indicazione a estendere il trattamento con GH anche ai pazienti con sindrome di Prader-Willi, di Turner, con insufficienza renale o con alterazione del gene SHOX (tutte patologie e sindromi in cui non c'è difetto di GH e in cui non si fanno i test), ma per le quali la prescrivibilità e la mutuabilità

del farmaco sono registrate; e, a fine anno probabilmente, anche per tutti gli SGA (*Small for Gestational Age*).

Queste sono le cose che io faccio e che tutti fanno, indipendentemente dal test notturno o dalla doppia positività del test. Ricordo a questo proposito che molti colleghi danno il GH (e hanno costituito le commissioni regionali per il GH mutuabile) anche ai bambini che abbiano una statura molto deficitaria, pur in assenza di deficit misurabile dell'ormone. Può quindi ben capire come ci si muova in un arcobaleno di situazioni.

Io credo che, per quanto riguarda i rischi della terapia alle dosi attualmente consigliate, questi siano veramente esigui. A questo proposito è fondamentale monitorare l'armonia dei segmenti corporei, considerando anche quelli apparentemente minori, quali la mandibola, le mani ecc.

La tranquillizzerei pertanto sulla terapia che la bambina sta facendo e sappia che casi come il suo ce ne sono centinaia.

---

**Sono una collega pediatra che si occupa di allergologia in un piccolo centro della provincia di Cagliari. Volevo girarle un quesito postumi dal padre di un mio paziente asmatico e allergico agli acari della polvere. Io consiglio sempre, in caso di allergia agli acari, di evitare accuratamente l'assunzione di mitili, crostacei e molluschi nel timore di un possibile shock anafilattico per cross-reazione con la tropomiosina. Capisce bene che in Sardegna, dove pesci e crostacei abbondano sulle tavole, questo provvedimento restrittivo trova non poche resistenze. Il papà in questione mi ha obiettato che, non avendo mai il figlio presentato reazioni a tali alimenti, la totale esclusione di questi dalla dieta poteva sfociare in un'intolleranza. Il che mi ha fatto pensare a quanto voi sostenete da diversi anni circa l'importanza di evitare diete di esclusione in pazienti tolleranti almeno in parte a un allergene alimen-**

**tare per il pericolo di creare poi un "superallergico".**

**Cosa ne pensa? Cosa suggerite voi in questi casi?**

dott.ssa Matilde Fattori  
Pediatra, Cagliari

Sarei d'accordo con il papà del suo assistito. La cross-reattività tra acari, crostacei e molluschi esiste, ma nella mia vita ho visto soltanto un caso di allergia alle lumache con reazione allergica grave e, oltre tutto, questa reazione si è manifestata soltanto quando l'ingestione è stata seguita da un'importante fatica fisica (*Food-Dependent Exercise-Induced Anaphylaxis*, FDEIA).

Se consideriamo che gli allergici agli acari sono quasi un soggetto su 4, dare queste restrizioni a tutti mi sembra oggettivamente eccessivo, tanto più se l'interessato ha sempre mangiato questi alimenti senza problemi.

**Il paracetamolo può causare una grave epatopatia tossica. Ritenevo che il limite di attenzione fosse 90 mg/kg/die, ma durante il recente congresso degli Argonauti il prof. Maggiore ha detto che possono essere a rischio anche dosaggi minori.**

**In particolare ho capito che: 1) il rischio può essere maggiore per dosi alte assunte in modo prolungato; 2) il rischio può essere aumentato nei casi di assunzione contemporanea di ibuprofene; 3) la dose di attenzione deve essere abbassata almeno a 60 mg/kg/die (che significa non più di 5 dosi/die se si usa a 10 mg/kg, cioè intervalli di almeno 5 ore, o 4 dosi/die a 15 mg/kg, cioè intervalli di almeno 6 ore).**

**Chiedo conferma di quanto da me riportato ed eventuali ulteriori informazioni utili.**

dott. Rosario Cavallo  
Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)

In effetti il limite di attenzione è oggi fissato a 60 mg/kg/die per il paracetamo-

lo (somministrazione orale), in quanto sono stati segnalati casi di insufficienza epatica acuta a partire da questa dose. Per quanto riguarda la possibilità che dosi terapeutiche di paracetamolo possano egualmente essere responsabili di un'insufficienza epatica acuta come sporadicamente segnalato, si segnala che una recente metanalisi di studi retrospettivi e prospettici sul problema non sembrerebbe confermare questa ipotesi (Dart RC, Bailey E. Does therapeutic use of acetaminophen cause acute liver failure? *Pharmacotherapy* 2007; 27:1219-30). A sostegno dell'argomento di come sia difficile ottenere dati anamnestici certi in caso di sospetta intossicazione da farmaci si segnala come ci siano prove certe di pregressa assunzione di paracetamolo con metodiche molto sensibili in circa il 20% di casi di insufficienza epatica acuta criptogenica in cui era stata negata ogni assunzione del farmaco. Per quanto concerne infine l'uso combinato di paracetamolo e ibuprofene e il rischio di potenziamento crociato degli effetti collaterali dei due farmaci non ci sono studi dedicati che rispondano a questa domanda, ma solo sospetti generici da parte di esperti di un possibile effetto potenziante dell'ibuprofene sulla tossicità del paracetamolo e la descrizione di un caso di insufficienza epatica e renale in un paziente pediatrico trattato con dosi terapeutiche di entrambi i farmaci, in corso tuttavia di disidratazione con deplezione di volumi.

**Mi capita spesso di richiedere prick test per piccoli pazienti, e non vengono effettuati perché i colleghi allergologi pediatrici dicono che sono troppo giovani. Chiedo: c'è un'età in cui non si possono fare i test oppure, come penso che sia, si possono fare a qualsiasi età?**

dott. Giacomo Tinervia  
Pediatra di famiglia, Corleone (Palermo)

Lei ha perfettamente ragione: non vi è un limite di età sotto il quale il prick test non sia fattibile. Si tratta soltanto di ca-

pire cosa ci si aspetta dal test. Alla nascita il neonato, anche se a forte predisposizione atopica, non ha ancora sviluppato IgE specifiche per nessun allergene, né alimentare né respiratorio. Ma già dai primissimi mesi il contatto con gli allergeni alimentari, in particolare se è un contatto occasionale, o per vie non naturali (inalatoria e cutanea), può indurre la produzione di IgE specifiche che il prick rivelerà fin dal loro primo apparire. Di regola i primi allergeni a comparire sono quelli alimentari e, dalle nostre parti, il latte e l'uovo. In un bambino con dermatite atopica non sorprende trovarli positivi al prick già a partire dai due-tre mesi di età. Pertanto, se è questo che si cerca, il prick può, a buona ragione, essere richiesto e fatto. Dopo i due-tre anni, ma con ampie variabilità individuali cominciano ad apparire le prime cutipositività per allergeni inalatori. Di norma prima compaiono le cutipositività per allergeni perenni: acari ed epiteli animali, e appena un poco dopo quelle per pollini. Da ciò probabilmente nasce l'antica ed erronea affermazione che "prima dei tre anni il prick non può, o non deve, essere fatto". Ma, come può ben capire da quanto sopra detto, è un'affermazione del tutto sbagliata e che, al massimo, dovrebbe essere così formulata: "prima dei due-tre anni è improbabile trovare una cutipositività ad allergeni inalatori e la completa espressione delle potenziali sensibilità verso i pneumoallergeni si esprime, di norma, dopo i sei-sette anni di età". Ma questo non significa che i prick non si possano o non si debbano fare anche nei bambini più piccoli. Se vi è un'indicazione come lo è, per esempio, il semplice ricorrere delle bronchiti asmatiche, il sapere da subito la predisposizione atopica del bambino con un semplice prick test per uno o due allergeni chiave (acari, epiteli) è molto utile per prevedere la prognosi e orientare l'eventuale terapia di fondo: confronta *Medico e Bambino* 2004;23:641-8: "Prick e RAST: troppo o troppo poco", dove queste problematiche sono state analizzate al dettaglio per ogni singola indicazione.