

Le domande vanno inviate alla redazione preferibilmente via mail (e-mail: [domanderisposte@medicoebambino.com](mailto:domanderisposte@medicoebambino.com)) oppure per posta (via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste). Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale di *Medico e Bambino*, che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica.

Le domande di maggior interesse generale potranno essere pubblicate nella rubrica "Domande e Risposte". Per questo, è opportuno che il mittente segnali anche la città in cui lavora e la qualifica e/o il tipo di attività svolta.

Se, al contrario, non si desidera che il proprio nome venga indicato in calce al quesito posto, è sufficiente specificarlo.

## **Una mia paziente di 13 anni presenta scrosci articolari molto rumorosi quando rotea il capo.**

**I genitori sono preoccupati. La ragazza presenta una lassità dei ligamenti e ha subito un intervento di piede piatto bilateralmente.**

**Cosa fare, cosa dire?**

dott.ssa Stella Arcuri  
Pediatria di famiglia

Gli scrosci articolari sono un'evenienza frequente, e possono interessare tutti i distretti corporei: il rachide, specialmente cervicale, gli arti superiori e inferiori. Pur essendo relativamente più frequenti in pazienti con lassità articolare costituzionale, non costituiscono di per sé una malattia. Non sono causa di limitazione funzionale e non implicano una anomala usura delle superfici articolari (quindi non sono causa di artrosi). Con la crescita possono ridursi per intensità e frequenza, ma sono presenti anche in molti adulti.

Nel caso in questione occorre solamente accertarsi che l'articolazione del rachide cervicale sia completa: se ci fossero dei dubbi al riguardo, è indicato effettuare un esame radiografico del rachide cervicale (in 2 proiezioni più la proiezione transorale per una corretta visualizzazione di atlante ed epistrofeo) per la ricerca di eventuali malformazioni, o di più rare neoformazioni (quali ad esempio le esostosi).

## **Spesso gli allergologi prescrivono gli inibitori dei leucotrieni e la terapia si protrae per lungo tempo. Qual è la durata ottimale di questo trattamento?**

dott.ssa Laura Scoliere  
Pediatria di famiglia, Montepaone Lido (Catanzaro)

Gli steroidi inalatori (SI) sono i farmaci più efficaci e di prima scelta nell'asma persistente. In questo vi è accordo universale da parte di tutte le Linee Guida (evidenza di grado A: risultano più efficaci del montelukast sull'infiammazione

e sul controllo dell'accessualità). Gli antileucotrieni vengono considerati una possibile opzione nel caso il bambino non avesse capacità di inalare gli SI o non fosse collaborante (non così comune come qualcuno potrebbe pensare).

Inoltre (sempre da Linee Guida) il montelukast va considerato come farmaco da aggiungere agli SI prima di aumentare la dose dello steroide nello step 3 del trattamento (quando gli SI a basse dosi da soli non riescono a controllare l'accessualità). Anche questa è una evenienza rara perché è bene ricordare che, se un bambino con l'asma non risponde agli SI, va ipotizzato in prima battuta che non faccia la terapia (poca compliance dei genitori) o, più spesso, che non faccia bene l'inalazione.

Un discorso a parte andrebbe fatto per l'indicazione (ora ufficialmente accettata dalle Linee Guida) del montelukast nell'asma infettivo (nel bambino con "recurrent viral wheezing"). Un campo di indicazione vasto, un grande affare, visto che gli SI non funzionano dove non c'è flogosi allergica. Questa importante indicazione al montelukast si basa essenzialmente su un unico studio controllato randomizzato, quello di Bisgaard del 2005 (Bisgaard H, Zielen S, Garcia-Garcia ML, et al. Montelukast reduces asthma exacerbations in 2- to 5-year-old children with intermittent asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171(4):315-22). In questo lavoro viene dimostrata l'efficacia del montelukast contro placebo con una differenza a vantaggio del farmaco però molto sottile: un anno di terapia con montelukast riduce di meno di 1 episodio/anno le bronchiti asmatiche (*number need to treat*, NNT=12). E questo in una popolazione di bambini che di episodi ne facevano molto pochi (meno di 3 all'anno) e lievi, tanto che nel gruppo placebo quasi il 50% dei bambini durante l'anno di studio non ha prodotto nemmeno una bronchite asmatica. Una casistica di bambini che sostanzialmente nessuno di noi avrebbe considerato per un trattamento preventivo di fondo. Questo studio è però bastato per far inserire il "recurrent viral wheezing"

tra le indicazioni ufficiali e per aprire così le porte a molte prescrizioni non sempre necessarie o razionali (per il cattivo principio che: "tanto male non fa"). D'altro canto le stesse Linee Guida considerano lecito un trattamento di fondo (con SI o montelukast) se un bambino fa anche solo 3 episodi (*sic!*) di "fischio virale" (e magari lievi) durante una intera stagione fredda. E, per lo stesso principio, "tanto male non fa", il trattamento viene poi mantenuto per mesi, e ripetuto per anni, magari aspettando che siano gli stessi genitori a stancarsi di farlo. Per saperne di più consiglio di rileggere la "Farmacoriflessione" a tre: Attilio Bonner, Giorgio Longo, Stefano Miceli Soppo. Antileucotrieni nel bambino con "viral wheezing" ricorrente". *Medico e Bambino* 2005;24:171-3.

**Una mamma ha riferito che a scuola (dell'infanzia) di sua figlia la maestra ha scoperto che la bimba (di 4 anni e 1/2) disegna e scrive le prime lettere al rovescio. Quando si trattava di eseguire solo qualche disegno, la maestra non si accorse della cosa, perché pensava che avesse solo girato il foglio, ma col tempo ha capito. Provando a guidare da vicino la bambina, questa riesce piano piano a eseguire correttamente la scrittura, mentre, lasciata a sé, la ripete al rovescio. Non avevo prima d'ora sentito mai nulla del genere.**

dott. Antonio Guerrieri  
Pediatria di famiglia, Cagnano Varano (Foggia)

La scrittura speculare a questa età è ancora fisiologica perché l'utilizzo e la "concettualizzazione" dell'uso del tratto grafico non rispondono agli stessi requisiti di corrispondenza fra grafema e fonema che verranno consolidati più tardi (verso i 6 anni).

In questa età la scrittura viene infatti definita "preconvenzionale" o presillabica, in quanto non c'è una correlazione fra i segni tracciati e i suoni delle parole da scrivere.

Tale comportamento, quindi, se presen-

## Domande & Risposte

te in maniera isolata, non deve preoccupare; viceversa, la presenza di segni che facciano pensare a una non completa acquisizione delle competenze linguistiche (difficoltà a memorizzare filastrocche, o i giorni della settimana, difficoltà nei giochi di rime, inadeguatezza nei giochi metafonologici come, ad esempio, colorare su una scheda tutte le parole che iniziano per TO ecc.) ovvero difficoltà nella manualità fine, o goffaggine nel vestirsi, suggerisce l'opportunità di una valutazione clinica da parte del neuropsichiatra infantile, per verificare l'adeguatezza dei prerequisiti all'apprendimento.

**La mia bambina di 8 anni è allergica all'uovo (dagli ultimi test cutanei 3+). L'allergologo mi ha detto di eliminare completamente l'uovo dalla sua dieta! Premetto che questa allergia, insieme a quella della nocciola, l'ho scoperta solo lo scorso anno, perché non essendoci allergici in famiglia non avevo capito il problema. Le sue reazioni le presenta soltanto con l'uovo crudo, o poco cotto, e consistono in un lieve rigonfiamento delle labbra, mentre con la nocciola sente bruciore su lingua, gola e palato. In questo anno ha comunque mangiato tutto ciò che conteneva l'uovo cotto e sinceramente ha mangiato anche alcune creme che io facevo senza usare l'albume e non le hanno provocato reazioni. Lo scorso anno l'allergia all'uovo era 1+ e 0,36 kUA/l dagli esami del sangue.**

**Mi chiedo se questo aumento del valore di allergia (da +1 a +3) può essere colpa di ciò che ha mangiato in questo anno e che differenza c'è tra il prick test e gli esami del sangue, visto che lo scorso anno l'allergia alla nocciola dal test era 4+ e nel sangue solo 0,68 kUA/l. Premetto anche che, visti gli ultimi prick test, è stata consigliata alla bambina l'adrenalina, e questo, oltre a spaventare e preoccupare lei, ha fatto spaventare anche me, che cerco sempre di trasmettere serenità a mia figlia per non farle pesare il problema.**

Una mamma

Nell'allergia alimentare abbiamo ben capito che sospendere un alimento che già si mangia, solo sulla base di un test positivo, è sbagliato perché non fa che aumentare l'entità dell'allergia. Stia pertanto tranquilla che non è colpa dell'aver mantenuto l'uovo nella dieta della bambina se l'allergia è cresciuta. Che poi sia veramente cresciuta non è sempre facile dirlo solo sulla base dei test, anche perché quello cutaneo è spesso più espresso che quello sul sangue. Consideri che in un caso come il suo a Trieste avremmo consigliato esattamente il contrario, e cioè di mantenere l'uovo anche crudo nella dieta e a dosi progressivamente crescenti proprio per ottenere una più completa e definitiva tolleranza.

Per quanto riguarda l'adrenalina, è molto opinabile che sia stato veramente necessario e ragionevole l'averla consigliata. Direi piuttosto di no, anche perché, specie per la nocciola, sarebbe stato importante prima sapere a quale molecola della nocciola la bambina è allergica.

**La mamma di un mio assistito di 10 anni mi ha richiesto un certificato per la mensa scolastica, nel quale dovrei scrivere che suo figlio non può assumere cibi contenenti lattosio in quanto essi potrebbero causargli naso chiuso, cefalea, macchie rosse pruriginose, gonfiore addominale e altri non ben definiti disturbi. Io mi sono rifiutato di redigere tale certificato, in quanto non credo che l'assunzione di lattosio provochi i suddetti disturbi, ma casomai altri (addominalgia, flatulenza, diarrea con feci acquose, entro breve tempo dalla sua assunzione). Quando poi mi ha riferito che la dimostrazione dell'intolleranza al lattosio era stata ottenuta col DRIA TEST, mi è venuto il mal di testa. Ciliegina sulla torta: presso il centro dove il bambino ha eseguito il DRIA TEST hanno suggerito che bisogna assolutamente intercettare le allergie, o le intolleranze, per evitare che in futuro il bimbo possa diventare allergico ad altre sostanze, o che possa peggiorare in quelle attualmente presenti.**

**La mamma mi ha fatto pervenire la cartella clinica riguardante l'esame DRIA,**

**da cui risulterebbe che il bambino è "positivo" non al lattosio (come la mamma mi disse al telefono) ma a: latte, aspergillo, nichel, dermatofagoide, graminacee (per gli ultimi due lo si sapeva già per via di prick effettuati precedentemente).**

**Per tale motivo l'équipe che ha effettuato il DRIA TEST sconsiglia l'introduzione nella dieta di cibi contenenti: lievito e sale, latte e latticini, nichel.**

dot. Angelo Adorni  
Pediatra di famiglia, Collecchio (Parma)

Ha fatto molto bene a rifiutare il certificato, servirà a rinforzare la sua dignità professionale, ma purtroppo non a cambiare la testa di quella mamma. Dobbiamo arrenderci perché queste pratiche diagnostiche per le intolleranze alimentari hanno invaso il Paese con la connivenza di medici e farmacisti. Non sono servite a nulla le forti e ripetute censure di diverse Società scientifiche e della letteratura internazionale; non è servita a nulla nemmeno la dura denuncia di pochi anni fa da parte del "Corriere della Sera", che scriveva come, malgrado la lunga serie delle stroncature: "la moda è più che mai in auge, mutuata dagli Stati Uniti nel 2000. I due terzi circa degli italiani che si fanno visitare dal medico per dimagrire confessano di aver provato almeno una volta".

Per chi volesse saperne di più, il DRIA TEST nasce dalla kinesiologia, la branca che studia il tono muscolare. Se c'è intolleranza a un cibo, il paziente perde forza in pochi secondi. Si lega la cavaglia a una cinghia collegata a una cella di carico e a un computer e si chiede al paziente di eseguire uno sforzo costante mentre gli vengono somministrate con modalità sublinguale alcune gocce del preparato relativo al cibo da testare che, se "offendente", produrrà una caduta superiore al 10% della forza muscolare. E così dovrebbero essere svelate tutte le intolleranze alimentari, ma anche le allergie IgE-mediate per alimenti e per inalanti, come pure quelle ritardate, come per il nichel nel caso in questione. Non credo serva altro per chi vuol capire.