

Infezioni e atopìa

È trascorso solo poco tempo dalla pubblicazione del lavoro di Tommasini e Mendoza a proposito di infezioni e atopìa (*Medico e Bambino* 7, 457-9, 1998), che nella letteratura compare qualcosa che risponde (per il momento solo in via sperimentale) a un desiderio espresso dagli autori in questa forma: «Ci sembra che in soggetti con familiarità per atopìa potrebbe essere utile studiare vaccini atti a potenziare la risposta Th1».

Sul numero di luglio del *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* Mc Dyer, Wu e Seder trattano del ruolo che la linfocina IL12 ha nel gioco immunitario. Prodotta principalmente dalle APC, quando venga a contatto con linfociti T CD4 + vergini, li induce a differenziarsi verso il tipo Th1 che, per così dire, è carente nell'asma. Il problema è come fare perché in un individuo asmatico venga prodotto tanto IL12 da spostare l'equilibrio Th1/Th2. Mc Dyer cita a questo proposito il risultato di recenti sperimentazioni che indicano come particolari frammenti del DNA dei procarioti, e non dei mammiferi (frammenti contenenti la particolare sequenza cisteina-poliguanidina) iniettati nell'animale superiore, siano potenti induttori di IL12 e quindi di risposta Th1. Un ulteriore passo avanti nella stessa direzione è stato fatto con l'uso di DNA plasmidico "specifico per un determinato antigene". Con esso viene diminuita la produzione di Th2 durante una risposta immune già iniziata.

La vaccinazione con DNA Mite antigen ha bloccato la produzione di IgE, la liberazione di istamina e l'iperreattività bronchiale in ratti provocati con aerosol di antigene.

Come si vede, le prospettive per una vaccinazione efficace e duratura nelle malattie allergiche sono relativamente rosee.

F. Fumi, Trieste

Molte grazie oper la ricchezza delle informazioni e degli stimoli contenuta nella lettera; e molte scuse per il ritardo col quale siamo riusciti a pubblicarla; ma l'argomento resta un argomento "caldo", uno dei più problematici per la comprensione del rapporto organismo-ambiente e della maturazione di una "costituzione atopica". Malgrado questo, o proprio per questo, me ne deriva una doppia impressione, di entusiasmo e di paura: entusiasmo per l'incredibile sviluppo delle conoscenze, paura per l'idea (e la possibilità) di rimodellare (ancora una volta!), con umana miopia, la qualità della risposta immune, come dire di un pezzo della nostra personalità biologica. Un recente, bellissimo articolo su Lancet, mostra che si nasce Th2, per motivi di

tolleranza madre-feto e che, nel corso del primo anno si diventa Th1, sulla spinta della pressione ambientale (infezioni comprese). Forse è miope sostituirsi alla pressione ambientale, che cambia col cambiare della società. Forse è soltanto presuntuoso; forse è magari giusto.

F.P.

Prevenzione della carie

Vi scrivo per sottoporre alla vostra attenzione due problemi, alla luce della mia attività di prevenzione nel settore dell'odontoiatria infantile, dove il contatto con i pediatri è, a mio parere, fondamentale.

Due parole sulla profilassi.

I risultati di prevenzione della carie negli ultimi 20 anni, anche in Italia, sono stati straordinari. È una grande vittoria preventiva alla quale il fluoro, nelle sue varie forme, ha sicuramente dato un contributo.

Ho alcuni dubbi sulla posizione negativa, peraltro molto diffusa, verso la fluoroprofilassi sistemica, che anche nel nostro Paese ha preso piede e alla quale anche il professor Panizon fa riferimento nel numero di novembre di *Medico e Bambino* (9, 600, 1998).

Rinunciare alla supplementazione di fluoro nei primi anni di vita in un Paese come il nostro dove, contrariamente a quanto accade negli USA, non abbiamo riempito i prodotti alimentari di fluoro, e dove la fluorosi non è un problema valutabile in chiave epidemiologica, in assenza di dati scientifici che evidenzino la non validità di tale misura preventiva (anzi, molti milioni di persone nel mondo ancora oggi vivono in regime di acque fluorate), mi pare possa essere una grave perdita di un intervento preventivo precoce, che almeno una parte della pediatria ha portato avanti con forza.

È vero sì che oggi tutti i lavori si occupano di fluoroprofilassi topica, ma è anche vero che i committenti della ricerca sono oggi solo i produttori di dentifrici, ed è altrettanto vero che ogni anno compaiono 3-4 lavori epidemiologici che evidenziano una risalita della prevalenza di carie dove si interrompe la fluorizzazione delle acque. Ci sarebbero molte osservazioni da fare su questo argomento di tipo epidemiologico, sociologico e preventivo, che sicuramente ci porterebbero lontano.

Vi chiedo comunque se non vale la pena di essere più cauti in alcune prese di posizioni, tenedo anche conto che i risultati preventivi oggi sono facilmente verificabili nelle bocche dei nostri bambini, ma sono frutto di tanti fattori, il cui equilibrio magari è fragile.

Il secondo problema per il quale mi preme avere un suo parere è la carie da ti-

sane e biberon. Nel mio osservatorio ospedaliero noto la ricomparsa di un fenomeno, che negli ultimi anni era scomparso e che invece da 5-6 anni è in aumento.

Stiamo allevando una popolazione infantile, di età compresa tra i 2 e 4 anni, con un'alta prevalenza di carie sui denti da latte (10-15%) e che noi dentisti possiamo trattare solo con narcosi ed estrazioni.

Solo il pediatra è in grado di informare la neo-mamma e magari interagire con i produttori di questi prodotti.

Le chiedo se questo problema è sentito dai pediatri, quali sono le vostre strategie preventive e quali azioni potremmo affiancare noi odontoiatri infantili per arginare questo preoccupante fenomeno.

Laura Strohenger, Odontoiatra infantile
Milano

Credo che i pediatri siano molto attenti su questo tema; come poi su tutti i temi di prevenzione e di educazione/divulgazione sanitaria, tanto più in quanto esistono frange "contro", riserve mentali, allarmi ingiustificati, per combattere i quali le informazioni sono preziose. Sono, per esempio, preziose queste informazioni che Lei ci dà, quasi di sfuggita, sulla ripresa dell'incidenza della carie dove si sospende la fluorizzazione (e alla Rivista interesserebbe certamente un Suo contributo più organico su questi aspetti, sotto forma di articolo).

Credo anch'io che non esista alcun buon motivo per interrompere la diffusa (e semmai insufficientemente sistemica) pratica di supplementazione del fluoro, anche se credo giusto che l'informazione debba essere più personalizzata, e debba venir corretta luogo per luogo e caso per caso, tenendo conto delle altre fonti di fluoro, da quella naturale dell'acqua di rubinetto, nelle rare sedi italiane in cui il fluoro è significativamente presente nell'acqua potabile, a quella "artificiale" contenuta nei dentifrici.

Della epidemiologia delle carie da biberon, e della loro recente ripresa, so molto poco; e ne sono anche sorpreso. Certo, anche è un frutto di informazione insufficiente; ed è dimostrazione indiretta del fatto che la carie è una malattia con tante cause, e che il successo della campagna di prevenzione non è legato al solo fattore fluoro.

F.P.

Medico e Bambino: complimenti dolce-amari

Leggo sempre con interesse gli stimolanti editoriali del professor Panizon, pubblicati su *Medico e Bambino*, e lo ammiro per il costante impegno che spesso lo porta a esporsi (con molta chiarezza) in pri-

ma persona. Pur essendo sostanzialmente d'accordo con le sue considerazioni in tema di SIDS (*Medico e Bambino* 10, 643, 1998), devo rimarcare il tono forse eccessivamente perentorio usato in questa occasione, finalizzato senza dubbio a essere il più incisivo possibile, ma che risulta, alla fine, a mio parere, meno... persuasivo di quanto auspicabile.

Vorrei inoltre far notare (benevolmente) l'errato uso del verbo ausiliare contenuto nella frase (piuttosto involuta) «non hanno sembrato (sic) cogliere» che è forse un refuso tipografico o è piuttosto spiegabile con l'evidente irruenza (d'altra parte spesso lodevole) del discorso.

Grazie di cuore al professor Panizon per gli auguri (molto graditi) per il nuovo anno, con la speranza (ovvero la certezza) che *Medico e Bambino* continui a rispettare i criteri di evidenza e concretezza che la contraddistinguono. Grazie anche per tutto quello che ha dato e che ancora darà ai pediatri italiani operanti sul territorio. Grazie inoltre per la compendiosissima "summa" relativa alle Novità in Pediatria Pratica 1997-98.

Vittorio Piccini, Pediatra, Milano

Credo che l'errore grammaticale sia ingiustificabile, anche se mi viene da sorridere (come penso anche a Lei) piuttosto che da vergognarmi. No, non può esser colpa del tipografo; semmai mi sorprende che sia sfuggito alle occhiate e carissime correzioni. Personalmente credo che avrei voluto scrivere un "non hanno saputo cogliere", o più probabilmente un "non sembra abbiano saputo cogliere", che avrebbe reso la frase forse ancora più involuta. Nella sostanza sento, fuori di ogni dubbio, che si è trattato di una specie di balbuzie, di un "tumultus sermonis", che l'urgenza di esprimermi mi metteva in bocca, nella penna, nel computer.

Un tono perentorio a proposito della SIDS e di chi fa dell'accademia su quel che si sa e quel che non si sa. Ho paura che l'aggettivo sia mal scelto. Ascoltando, intervenendo, e poi scrivendo su questo tema, ancora adesso mi indigno verso il "tradimento dei chierici" che utilizzano le loro letture e la loro autorevolezza per mettere i puntini sulle "i" o per cercare il pelo nell'uovo, anziché prendere il toro per le corna.

Dovrei risparmiarvi le mie indignazioni; o riservarle all'umile indignazione per le mie colpe. Lo faccio già, ma durante la notte, sotto le coperte. Già abuso nel parlare di me; anche se poco si può dare agli altri se non se stessi; e, quando siano autentiche, le proprie indignazioni. Le Sue parole di (benevola) critica, sull'efficacia delle mie parole, mi fanno semmai dubitare che si trattasse di indignazione autentica; ma

il felice errore di grammatica commesso mi dà invece conferma sulla mia sincerità.

Lei spera (anzi si dichiara certo) che Medico e Bambino continui a rispettare eccetera. Percepisco, in questa sua speranza e asserita certezza, qualche dubbio. Sarei contento di sapere da dove Le arrivano i dubbi; forse lo sa e forse non lo sa; certamente da qualche insoddisfazione, magari non esplicita. Qualche articolo un po' lento, o un po' lungo, o un po' vago, o magari sbagliato? Guai se non ci fossero cadute, errori, incertezze; anche qualche ripetitività; se Medico e Bambino non fosse "anche" umano. Ho cercato, comunque, con pignolesca attenzione, negli ultimi numeri cause possibili di insoddisfazione e non ne ho trovate; o non insopportabili, o non ingiustificate; o comunque non sono riuscito a condividere l'insoddisfazione, peraltro inespressa. Penso che i Suoi inespressi dubbi possano essere stati indotti dalle mie stesse parole: dai dubbi di inadeguatezza che io stesso esprimevo in quell'editoriale di dicembre; i dubbi di un direttore che vorrebbe sentire (pericoloso, anzi demoniaco desiderio) i sentimenti, i desideri, i bisogni, di tutti i suoi lettori, e non deluderne nessuno.

No. A noi compete soltanto, e questo penso di poterlo promettere, una coerenza con noi stessi; una non corrività; un'attenzione (che cresce, ve lo assicuro, numero per numero) alla qualità dell'insieme e alla qualità dei singoli lavori, autoprodotti o accettati; e anche un consapevole distacco dal prodotto e dagli affetti a cui può dare luogo.

E ai lettori spetta il giudizio, che emergeranno col rinnovo o non rinnovo dell'abbonamento, e con la lettura. Quelli che, come il dottor Piccini, considerano che la Rivista è di tutti, dunque anche loro (e io credo che lo sia) ci aiutino a farla migliore; con le critiche scritte (come già fanno), animando questo amato (da me) epistolario, inviandoci punti di vista, scampoli, articoli, diversi e migliori. Anche su quel grande spazio "virtuale ma non tanto" che Internet ha aggiunto a Medico e Bambino.

F.P.

Stipsi e latte vaccino

Prendiamo spunto da uno degli ultimi numeri di *Medico e Bambino* (n. 9, novembre 1998) per precisare e, speriamo, chiarire meglio alcuni aspetti dei risultati delle nostre ricerche sull'intolleranza alle proteine del latte vaccino (IPLV) che vengono commentati, appunto in quel fascicolo della rivista, dall'amico Alessandro Ventura. Nella rubrica "La pagina gialla" (pp 571-2) viene riportata la nostra esperienza sulla relazione fra stipsi cronica idiopatica

e IPLV, recentemente pubblicata sul *N Engl J Med*¹. Nel commento, dato per scontato, che una relazione fra stipsi e IPLV esista, si tiene soprattutto a precisare che la frequenza del rapporto causa-effetto «è probabilmente molto più rara» di quella da noi riportata (68% dei casi studiati), e che la concomitante presenza in un bambino con stipsi cronica di altri sintomi di IPLV (rinite, dermatite, broncospasmo) non deve indirizzare in prima istanza verso un tentativo terapeutico con dieta di eliminazione.

Le considerazioni che a questo proposito vorremmo fare sono almeno due:

1. Al di là dell'aneddotica e/o di singoli casi segnalati in letteratura, il primo studio clinico che dimostra la relazione fra stipsi e IPLV è quello da noi pubblicato nel 1995 sul *J Pediatrics*²; successivamente ci siamo impegnati nella verifica di questo primo dato, ottenendo una rigorosa conferma clinica proprio con i dati comparsi nell'ottobre scorso sul *N Engl J Med*; l'altro è comparso nel frattempo in letteratura. Non si tratta dunque di un argomento scontato, specie se consideriamo che viviamo l'epoca dell'evidence based medicine, e che sarebbe opportuno confrontarsi sempre con i risultati dei trial clinici piuttosto che basarsi su opinioni personali derivanti da non meglio precisate esperienze.

2. La frequenza dell'associazione stipsi cronica idiopatica-IPLV deve chiaramente essere definita da studi su un campione di popolazione più ampio di quelli fin qui considerati; tuttavia abbiamo fondato motivo di ritenere che questa frequenza sia decisamente alta e che il fenomeno non sia affatto "raro". Questa convinzione deriva tanto dalle conferme che in questo senso giungono da altri gruppi di ricerca, tanto dall'approccio clinico al problema stipsi adottato "empiricamente" da una grande esperta come Vera Loening-Baucke: la collega nell'editoriale di commento al nostro lavoro sul *N Engl J Med* riferisce che, nei bambini con stipsi cronica, «piuttosto che utilizzare lassativi preferisce prescrivere una formula a base di idrolisati proteici, sostituendo le formule di latte vaccino o di soia». I risultati di questo approccio sono, nella sua esperienza, brillanti, e l'autrice si chiede se questo successo terapeutico non sia proprio dovuto all'idrolisi delle proteine del latte vaccino e quindi a una loro minore antigenicità. Inoltre, come detto, iniziano ad arrivare conferme da altri gruppi di ricerca: un gruppo brasiliano riporta una frequenza di stipsi cronica dovuta a IPLV del 28%, e il gruppo di Peter Milla addirittura del 93%. Quest'ultimo dato è eclatante ma, a nostro avviso, assolutamente non sorprendente, perché i colleghi britannici selezionano una casisti-

ca di pazienti con stipsi cronica e concomitante storia clinica di atopia. Questa è dunque un'ulteriore conferma che il nostro attuale approccio al problema stipsi cronica, basato su una dieta di eliminazione nel bambino con storia pregressa o attuale di IPLV, sia il più valido; non ci sentiamo pertanto di condividere, evidenze alla mano, l'invito dell'amico Alessandro Ventura a non tenere conto dell'anamnesi del bambino e di utilizzare in ogni caso "interventi tradizionali" nel trattamento della stipsi.

Siamo d'accordo sul fatto che, di fronte a novità cliniche, siano necessari ampi studi di conferma, e sottolineiamo la necessità di dibatterne insieme (ancora, e ancora! caro Sandro) perché chi ha raggiunto alcune conclusioni cliniche di rilevante impatto pratico possa farne partecipe la comunità medico-scientifica, portando la propria esperienza che va ovviamente al di là di quanto, per ovvie ragioni di spazio, non possa essere pubblicato sulle riviste scientifiche.

È anche comprensibile che le nuove acquisizioni possano determinare "confusione" in chi ha cristallizzato le proprie conoscenze su un determinato argomento. Tuttavia, non possiamo non stupirci se leggiamo su *Medico e Bambino* che fra le "evidenze" della recente gastroenterologia vi è che «la celiachia è una malattia autoimmune» (possibile, anzi probabile, ma ancora tutto da dimostrare) e che fra la "confusione" vi è che la stipsi cronica è frequentemente dovuta a IPLV⁶. L'"oggettività" di questa "classificazione" ci pare quanto meno discutibile, e questa sensazione è acuita dal ritrovare fra la grande "confusione" (ma di chi?) anche il rapporto causa-effetto fra IPLV e reflusso gastroesofageo (RGE)⁶. A quest'ultimo argomento abbiamo dedicato, infatti, una parte dei nostri sforzi di ricerca negli ultimi sei anni; i nostri studi, su casistiche molto ampie, hanno evidenziato che l'associazione RGE e IPLV nel corso del primo anno di vita si osserva nel 30-40% dei casi di RGE^{7,9}; abbiamo inoltre fatto osservare che alcuni semplici test allergologici, e/o la morfologia del tracciato pH-metrico, sono in grado di indirizzare verso una precisa diagnosi di RGE secondario a IPLV, consentendo così di mirare l'approccio terapeutico⁹. Si tratta dunque di studi clinici dai quali possono derivare semplici e chiare indicazioni diagnostico-terapeutiche. Che non siano elemento di "confusione", ma un piccolo contributo alle conoscenze sull'IPLV lo conferma d'altronde il fatto che nell'ottobre scorso siamo stati invitati a una Consensus Conference, a Boston, per contribuire a definire, con alcuni esperti della materia, le linee guida sull'IPLV che verranno prossimamente pubbli-

cate su un supplemento del *J All Clin Immunol*.

In conclusione, vorremmo sottolineare una cosa forse ovvia, ma che pure sembra sfuggire: le conoscenze sull'IPLV sono in continua evoluzione, e non si tratta affatto di un problema "risolto"; la stessa affermazione che la patologia «si risolve di regola entro il 1°-2° anno di vita» è decisamente superata^{10,11}, e all'amico Alessandro Ventura non dolga che anche nella nostra esperienza poco meno di 1/3 dei pazienti con IPLV mostrano segni di persistente intolleranza all'età di 4 anni (dati in corso di pubblicazione).

Tutto quanto fin qui solo accennato, per ragioni di spazio, speriamo che sia argomento di ulteriori dibattiti e studi che contribuiscano a chiarire a noi tutti l'affascinante e complesso mondo dell'IPLV. Ci sia consentito, infine, di dire che abbiamo dedicato molto volentieri un po' di tempo a questo commento per il prestigio e la diffusione che *Medico e Bambino* ha fra tutti i pediatri italiani, per il grandissimo rispetto che nutriamo per il Direttore, il maestro Franco Panizon (dai suoi scritti spesso l'input per tante nostre ricerche), e per la stima sincera che abbiamo per un ricercatore clinico come Sandro Ventura, delle cui "opinioni" e della cui obiettività, se così non fosse, non ci occuperemmo.

Giuseppe Iacono, Francesca Cavataio,
Antonio Carroccio
pediatri ospedalieri, Palermo

Bibliografia

- Iacono G, Cavataio F, Montalto G, Florena A, Tumminello M, Soresi M, Notarbartolo A, Carroccio A: Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. *N Engl J Med* 339, 1100-4, 1998.
- Iacono G, Carroccio A, Cavataio F, Montalto G, Cantarero MD, Notarbartolo A: Chronic constipation as a symptom of cow's milk allergy. *J Pediatr* 126, 34-9, 1995.
- Loening-Baucke V: Constipation in children. *N Engl J Med* 339, 1155-6, 1998.
- Daher S, Solè D, de Morais MB: Cow's milk and chronic constipation in children. *N Engl J Med* (letter) in press 1999.
- Shah N, Lindley K, Milla P: Cow's milk and chronic constipation in children. *N Engl J Med* (letter) in press 1999.
- Ventura A: Gastroenterologia pediatrica: tra evidenze, smentite e confusione. *Medico e Bambino* 9, 29-30, 1998.
- Iacono G, Carroccio A, Cavataio F, Montalto G, Kazmierska I, Lorello D, Soresi M, Notarbartolo A: Gastroesophageal reflux and cow's milk allergy in infants: a prospective study. *J All Clin Immunol* 97, 822-7, 1996.
- Cavataio F, Iacono G, Montalto G, Soresi M, Tumminello M, Carroccio A: Clinical and pH-metric characteristics of gastroesophageal reflux secondary to cow's milk protein allergy. *Arch Dis Child* 75, 51-6, 1996.

9. Cavataio F, Iacono G, Montalto G, Soresi M, Tumminello M, Campagna P, Notarbartolo A, Carroccio A: Gastroesophageal reflux associated with cow's milk allergy in infants: which diagnostic examinations are useful? *Am J Gastroenterol* 91, 1215-20, 1996.

10. Bishop JM, Hill DJ, Hosking CF: Natural history of cow's milk allergy: Clinical outcome. *J Pediatr* 116, 862-7, 1990.

11. Schrandt JJP, Van den Bogart J, Forget PP, Schrandt-Stumpel CTRM, Kuijten RH, Kester ADM: Cow's milk protein, intolerance in infants under 1 year of age: a prospective epidemiological study. *Eur J Pediatr* 152, 640-4, 1993.

Grazie della lettera che rappresenta di per sé un contributo prezioso, praticamente un lavoro, su un tema di interesse generale, pratico e non soltanto pratico, e giustamente, tutt'altro che morto.

Cercherò di rispondervi, per quello che posso. Premetto che concordo con quasi tutto, e che semmai faccio un po' di fatica a comprendere il tono di contenuta, seppur cortese, polemica, che di riflesso, forse, ricomparirà nella mia risposta.

*1. Non c'è niente di male nel fatto che il rapporto stipsi/latte sia dato per "scontato". Che lo sia, in qualche modo, se non altro per "sapere popolare", posso testimoniare come vecchio ex-alunno (specializzando) del professor Bentivoglio, che questo rapporto insegnava agli studenti (NB: nel 1951 la mia tesi sperimentale di specialità, con risultati sorprendentemente - per me - positivi, è stata sulla ipersensibilità alle proteine del latte vaccino, studiata con intradermoreazione nella diarrea cronica, nella malnutrizione e nella stipsi del lattante). Personalmente, nel 1993, ho scritto un modestissimo articolo per *Medico e Bambino* (n. 9, pag. 606) sulla stipsi, in cui davo, appunto, per "scontato", il rapporto possibile tra stipsi e IPLV e raccomandavo, anche sulla base della mia ancor più modesta esperienza e di una modesta letteratura, un test di prova (eliminazione del latte) come primo ed economico intervento ex adjuvantibus quando l'anamnesi suggerisse un "ragionevole sospetto". Anche nello storico lavoro di Gerrard, che in qualche modo apre la serie degli studi anni Settanta sulla IPLV, la stipsi è compresa tra le manifestazioni da ipersensibilità; e infine la stessa editorialista di NEJM rimanda a un vecchio articolo che non ho letto (*Chim KC et al. BMJ* 287, 1593, 1983).*

Non c'è niente di male, ripeto, e nulla toglie al valore di una ricerca che, come quella di Iacono e colleghi, dia la riprova scientifica di questo rapporto, giustamente o ingiustamente "scontato".

2. Sono dunque, personalmente, d'accordo con voi, nei fatti, cioè sulla possibile relazione causale tra IPLV e stipsi. Quanto al peso reale della cosa, cioè alla percentuale

dei casi di stipsi effettivamente sostenuta da IPLV, come voi stessi dite, e come risulta evidente dai vostri stessi dati e dalle vostre citazioni, c'è comunque un probabile bias da selezione nei lavori sinora pubblicati. Personalmente, sono portato a pensare che la IPLV possa essere una causa iniziale di primaria importanza, attiva dal primo anno di vita; ma che poi, su questa, si sovrappongano fenomeni secondari (dalla ragade all'aumento delle resistenze meccaniche da contrattura dello sfintere esterno, all'abitudine inveterata, all'impatto da fecaloma) che finiscono per diventare a loro volta elementi causali. In fondo, anche l'editorialista di NEJM afferma di aver ottenuto (come tutti) risultati accettabili anche senza togliere il latte, con le regole tradizionali, meccaniche, di disimpegno e di rieducazione.

3. L'ipersensibilità può persistere oltre il primo anno di vita? Sì, certo, perché no, sarebbe strano che non potesse persistere. Solo che questo riguarda la minoranza dei casi, e che anche in questi i sintomi tendenzialmente si attenuano (o si modificano), sicché le manifestazioni maggiori, di solito, si risolvono. Di solito, e dipende da quali. Recentemente (*Medico e Bambino*, pagine elettroniche, novembre 1998) abbiamo rivisitato il problema dell'anafilassi e abbiamo segnalato che, sebbene anche questa grave evenienza tenda a risolversi, tuttavia in molti persiste, almeno per i primi anni di vita. In questo numero di *Medico e Bambino*, se avete la pazienza di leggere l'articolo di Longo e Ventura sui comportamenti inutili e dannosi, troverete la storia di una ragazza morta a 18 anni per un'allergia al latte contratta nel primo anno (e aggravata dalla interruzione della dieta!). Questa non rara persistenza della ipersensibilità, specie di quella IgE mediata, è stata osservata (e pubblicata su *Prospettive in Pediatria*, non faccio in tempo a rintracciarlo) da noi, ancora più di dieci anni fa; e le proporzioni erano circa quelle che voi riferite. Quindi, non c'è materia di polemica.

4. Evidenze e confusioni. Beh, che la celiachia sia una malattia autoimmune non è forse dimostrato, ma solo perché in medicina niente si può considerare dimostrato per sempre; tuttavia, se diciamo che il marker più fedele di celiachia è la presenza di specifici autoanticorpi (gli EMA, o meglio ancora gli anticorpi anti-transglutaminasi), possiamo ritenere di averne una prova "quasi certa" (accanto ad altre evidenze eloquenti). Quanto alla concomitanza di reflusso gastro-esofageo e IPLV, e alla dipendenza del primo dalla seconda, questo corrisponde anche alle nostre osservazioni, più banalmente ma più semplicemente dimostrate con la vecchia prova ex adiuvantibus/ex nocentibus (*Milocco et al, Medico*

e *Bambino* 5, 294, 1996) con una prevalenza peraltro inferiore alla vostra (16% su 112 lattanti), e da Staiano e colleghi (*Arch Dis Child* 73, 439, 1995), sempre col 16% di prevalenza (anche qui abbiamo una prevalenza inferiore alla vostra, e anche qui probabilmente c'è un bias di selezione). La vera confusione sta nel fatto di aver trasformato una banalità (il rigurgito) in patologia (il GER) con la inflazione medica che ne è seguita.

5. Credo, come voi, che il problema della IPLV non sia né esaurito né concluso. Credo, però, che abbia cambiato faccia; che abbia subito, come si diceva una volta, una patomorfosi, probabilmente per l'attenzione (troppa attenzione?) che ad esso rivolgono i pediatri di famiglia e per il tempestivo (troppo tempestivo?) cambio di dieta, atteggiamento che ha cancellato, della IPLV, le manifestazioni più eclatanti e severe. "Abbiamo dato" abbastanza, come gruppo (e dico anche come gruppo SIGEP) al problema della IPLV quando era un problema di vita e di morte. Adesso crediamo che sia stare al passo coi tempi ridimensionarlo un po'; e considerare anche la non necessità di trattare con l'eliminazione dietetica dove non è necessario (la tolleranza arriva poi, se la si lascia arrivare). Come certamente sapete, poiché abbiamo invitato a parlarne proprio il professor Iacono, alle Giornate di *Medico e Bambino* del prossimo maggio, l'argomento verrà sottoposto a un riesame critico, che comparirà poi su queste pagine.

Grazie del contributo, utilissimo; spero che anche la mia risposta possa essere stata di qualche utilità ai lettori.

F.P.

Prevenzione dei difetti del tubo neurale

A proposito dell'articolo di Dante Baronciani sulla prevenzione dei difetti del tubo neurale con acido folico (*Medico e Bambino* 10, 657-9, 1998) volevo ribadire l'attuale impossibilità di qualsiasi forma di profilassi. La formulazione minima di acido folico presente in commercio è di 5 mg, molto superiore rispetto ai 400 microgrammi dimostrati efficaci (e, penso per questo, la nota della CUF non prevede la rimborsabilità dell'acido folico per tale scopo). Da pediatra, dunque, sono cosciente che potrei fare prevenzione sulle seconde gravidanze, come suggerito da Baronciani, ma alla fine finisco con lo stare zitto, perché non saprei cosa consigliare... se non una dieta da coniglio (ma di non provata efficacia). Credo che il problema si possa risolvere solo a livello di politica sanitaria; bisognerebbe imporre la preparazione della formulazione appropria-

ta di acido folico e renderla disponibile gratuitamente a tutte le donne in epoca periconcezionale, dopo un'adeguata campagna di informazione.

Sergio Conti Nibali, Pediatra, Messina

La dieta da coniglio si è dimostrata insufficiente. Occorre, ha ragione Lei, un movimento "collettivo", guidato dal centro. Il centro non si muoverà se noi non ci muoveremo; dunque nulla si muoverà. Potrebbe essere che il nuovo Centro Studi nato dall'ACP e nell'ACP sia capace di muovere queste cose; è uno dei suoi compiti. Dunque finché c'è vita c'è speranza.

N.B. Si possono usare "integratori", non a carico del SSN che contengono abbastanza e non troppo acido folico.

F.P.

Quanto si ospedalizza in Italia, e quanto può ospedalizzare un pediatra di famiglia

In riferimento ai commenti del professor Biasini e del professor Panizon (*Medico e Bambino* 8, 499-500, 1998) sul mio articolo "Tre anni di pediatria di famiglia. Un tentativo di autovalutazione" (*Medico e Bambino* 5, 301-9, 1998), vorrei sapere come è stato calcolato il mio indice di spedalizzazione. A me non viene 58. Prendendo il totale dei ricoveri dei tre anni considerati (188), dividendo per il numero degli anni e standardizzandolo a 1000 (tenendo conto anche dei bambini a me sconosciuti), mi risulta 82. Come spiegato nel testo, sono stati presi in considerazione tutti i ricoveri di cui sono venuto a conoscenza, compresi quelli fuori USSL e nei reparti non pediatrici. È evidente che qualche ricovero mi possa essere sfuggito, ma non credo che il loro numero sia rilevante (opinione personale). Resta comunque un dato inferiore a quello medio nazionale che il professor Biasini cita, e che immagino sia di 120/1000 e non 20/1000 come riportato (da quale fonte è stato ricavato?). Io non ero a conoscenza di questi tassi nazionali ma, se riflettono quello che avviene nel territorio dove opero, non mi stupisco più di tanto dei miei numeri. In questi anni mi sono sforzato di educare i miei pazienti a evitare i ricoveri inutili, e mi sono fatto carico di curare a casa patologie che normalmente volevo curare in ospedale quando vi lavoravo come assistente in pediatria. Quanto alla suddivisione per fasce di età posso fornire il seguente quadro riassuntivo del triennio: 0-2 anni: 74 ricoveri; 2-6 anni: 72 ricoveri; 6-14 anni: 42 ricoveri; totale: 188 ricoveri.

Standardizzando a 1000 (questa volta

senza tener conto degli sconosciuti che sono comunque solo il 4-6%), mi risultano i seguenti tassi di spedalizzazione: 0-2 anni: 91/1000; 2-6 anni 89/1000; 6-14 anni: 52/1000. Come sono i tassi nazionali in queste fasce di età?

Continuo a prendere i commenti piuttosto pungenti del professor Panizon (relazione di Taormina sulle consulenze specialistiche inclusa) come uno stimolo per fare meglio. Avrei però gradito una più incisiva sottolineatura circa l'utilità del computer per il PdB. In fondo l'idea di rendere noti i dati del mio lavoro mi è venuta proprio per invogliare altri a utilizzare l'archivio informatizzato. Solo così potranno nascere quei confronti fra pari di cui Panizon parla.

Luca Brivio, Pediatra di base, Bollate (MI)

Come Lei stesso ha notato, purtroppo nella risposta v'era qualche errore di stampa: il tasso di spedalizzazione risultava 20/1000 invece di 120/1000 e 58/1000 invece di 68/1000. Le chiediamo scusa.

Il tasso del 68/1000 deriva dalle medie di 80, 56, 59 che sono i suoi tassi di ricoveri distinti per anno. Potendo farlo, ho scelto un dato "pulito" e ho calcolato i bambini e non i ricoveri. Nasce poi, certo, il problema del confronto che dobbiamo fare con dati più sporchi dei suoi, ma questo è un altro discorso. Se Lei vuole comparare dati sporchi con dati sporchi, il suo tasso è del 77/1000.

Il tasso nazionale di ricoveri per età 0-14 per il 1997 è del 113/1000. Nel 1995 era del 123/1000: non è quindi vero che i ricoveri siano aumentati. I tassi per 1000 di spedalizzazione per età sono i seguenti: < 1 anno: 536/1000; 1-4 anni 108/1000; 5-14 anni: 76/1000.

Si tratta di dati comunicati da Gargantini e Perletti al recente congresso del gruppo ospedaliero.

Giancarlo Biasini, ex-primario, Cesena

La lettera del dottor Brivio fa riferimento a un articolo diventato a suo tempo quasi famoso, e su un commento del professor

Biasini che sottolineava come l'indice di spedalizzazione dei suoi bambini (del dottor Brivio) fosse consistentemente migliore rispetto all'atteso secondo la media nazionale. La lettera di Brivio e la risposta del professor Biasini ri-sottolineano che il pediatra di famiglia quanto meno "potrebbe" rappresentare un freno selettivo nei riguardi dell'accesso all'ospedale e del conseguente - giusto o non giusto - ricovero. Cogliamo l'occasione per ribadire la necessità (urgente?) di una ri-compattazione e di una ricerca di fini condivisi dalla pediatria territoriale con la pediatria ospedaliera, e di una presa di coscienza da parte di entrambe del loro potere e delle loro responsabilità (vedi anche, su questo punto, l'editoriale e l'epistolario di gennaio, l'epistolario di febbraio, e, su questo stesso numero, gli articoli di Tucci e Tamburlini, e perfino l'introduzione ai casi indimenticabili; mi viene giusto il timore che se ne parli fin troppo, e che a furia di parlarne si trascuri di fare).

F.P.
