

Le domande vanno inviate alla redazione preferibilmente via mail (e-mail: *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.

Sono la mamma di un bambino di 8 anni residente a Roma, che dall'età di 2 anni presenta crisi di tosse terribile a ogni raffreddore, prima ogni 15 gg, ora ogni mese circa. Dopo vari esami estremi (broncoscopia, pH-metria, gastroscopia) e dopo aver cambiato tre ospedali romani mi parlano di SIRT. Il bambino è inoltre allergico a pelo di gatto e graminacee, cosa che probabilmente spiega il ritardo nella diagnosi (sono state fatte varie spirometrie senza mai rilevare l'asma). Mi chiedo quando finiranno questi episodi, visto che a ogni rinite mensile ricompare la tosse. Volevo segnalare, anche per gli altri bambini affetti, che il Ribes nigrum, prodotto omeopatico (1 o 2 volte al giorno per 2-3 giorni), è l'unico rimedio che riesce a sedare la tosse, altrimenti indomabile, di mio figlio (non tossendo più lo stimolo irritativo finisce e tutto migliora). Mi chiedo anche se è necessario per la diagnosi fare il test alla capsaicina.

Una mamma

L'acronimo SIRT (Sindrome da Iperreattività dei Recettori della Tosse) è stato coniato in occasione dell'articolo pubblicato su *Medico e Bambino*, oramai nel lontano 2000 (Longo G, Barbi E. La tosse (o le tossi) *Medico e Bambino* 2000; 19:631-5), per identificare un particolare fenotipo di tosse che si esprime in modo abnorme per intensità, ma non per tipologia, in quanto accompagna, come tipicamente in ogni bambino, la fase iniziale dei comuni raffreddori. Nei soggetti che hanno costituzionalmente (?) l'iperreattività dei recettori ("heightened o increased cough receptor sensitivity") la tosse, invece di essere una tosse "normale", si esprime in modo oggettivamente "terribile" e con caratteristiche inconfondibili: stizzosa, squassante, incoercibile, autoamplificante, emetizzante, con timbro tracheale, poco o nulla responsiva alle terapie (antiasmatiche in particolare). Queste caratteristiche che "non fanno dormire" il bambino e i genitori per al-

meno 2-4 giorni, sono tipicamente stereotipate e raccontate con gli stessi aggettivi e le stesse parole da genitori estenuati, oltre che preoccupati, ma specialmente disturbati dal non ricevere una diagnosi, una spiegazione, più ancora di una terapia che sia realmente efficace. La clinica e il racconto dei genitori sono così tipici che per la diagnosi non serve proprio dimostrare la maggiore sensibilità dei recettori con l'inhalazione della capsaicina. Malgrado la banalità della diagnosi, è molto comune che il bambino con tosse da SIRT non riceva la diagnosi corretta, o che a questa si arrivi soltanto dopo molte peripezie e non prima di "aver fatto tutto" sotto il profilo diagnostico, e "tentato tutto" sotto quello terapeutico. Direi che la "non diagnosi" fa parte delle caratteristiche tipiche della SIRT, come pure che a suggerirla siano più spesso i pediatri di famiglia che gli specialisti.

Nella SIRT, proprio perché non è una malattia, nessuna terapia risulta realmente efficace. Ma i sedativi della tosse (paracodina o simili) ad alte dosi, e dati prima di arrivare all'acme della tosse, come pure gli antistaminici di 1ª generazione, a volte possono giovare. Non so nulla del *Ribes nigrum* (sarei scettico), anche se nella SIRT sono uso a dire che, in mancanza di una terapia specifica e di fronte a una tosse così "terribile", qualsiasi cosa sembri servire può essere data. Spesso l'unica cosa che i genitori finiscono per fare è seguire i vecchi "consigli della nonna", come dormire con due cuscini, somministrare il latte caldo con il miele e arieggiare bene la camera. Comunque armarsi di molta pazienza, sapendo che non è una malattia e nulla di grave può succedere. Con l'età, riducendosi la frequenza delle infezioni virali respiratorie, si ridurranno parallelamente gli episodi di tosse.

Scrivo a proposito di un bambino che ha 6 anni e 8 mesi e che nei primi mesi di vita ha manifestato dermatite atopica;

quindi è stato messo a dieta senza proteine del latte perché prick positivo per latte. A 8 mesi edema delle labbra dopo aver leccato il gelato e a 15 mesi reazione caratterizzata da edema delle palpebre per aver strofinato gli occhi con le mani sporche di una sfoglia con burro. Negli anni è sempre rimasto a dieta senza latte, con mamma molto attenta tanto da non commettere altri errori e con prick e RAST sempre positivi per latte. Si è inoltre sensibilizzato agli acari e ha avuto alcuni episodi di broncospasmo.

In ottobre 2010, avendo in programma di eseguire un test di provocazione orale (TPO) per latte, ho fatto eseguire RAST e ho trovato valori in aumento rispetto all'ultimo controllo eseguito tre anni prima.

Dicembre 2007: latte 7,53 kUA/l.

Ottobre 2010: latte 17,30 kUA/l.

So bene, per averlo imparato da voi, che la tolleranza verso un alimento può essere parziale e soprattutto precede anche di molto la negativizzazione delle IgE, ma in questo caso, con valori di IgE così in aumento, è corretto eseguire un test di provocazione orale (TPO)?

dott. Andrea Mussari
UO di Pediatria, Ospedale di Adria

Il TPO deve comunque essere fatto. È formalmente indicato, anche perché nessun valore di IgE, o di test cutaneo, dà la certezza della sensibilità clinica in atto. Oltre tutto, sarà per la nostra deviazione mentale legata all'esperienza con i superallergici da desensibilizzare, i valori di IgE che il suo paziente presenta non sono certamente "preoccupanti".

Ma il TPO lo farei in particolare perché, se anche risultasse positivo, potrebbe avviare da subito il percorso di reintroduzione graduale del latte (desensibilizzazione domiciliare), partendo dalla quantità di latte tollerata al TPO.