

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, VACCINAZIONI

La mamma di una bambina vaccinata presso il Consultorio Pediatrico dove lavoro ha preteso di eseguire solo antipolio e antitetanica (rispettivamente a 6, 8 e 14 mesi). In preda poi a un feroce ripensamento vorrebbe ora vaccinare la bambina (2 anni) anche contro la difterite. Considerando che il vaccino antidifterico da solo non è più reperibile, che schema attuare? Ricominciando il ciclo vaccinale, non ci saranno rischi di reazioni avverse con 6 dosi di antitetanica in un così breve lasso di tempo?

dott. Giacomo Toccafondi
Pediatra di famiglia e consultoriale

È evidente che si tratta di una madre volitiva e portata ai ripensamenti. Purtroppo l'ultima richiesta della madre è difficilmente eseguibile, proprio per le ragioni che lei dice.

Mi sembra che in qualche Paese del Nord (Danimarca?) esista in commercio il vaccino monocomponente contro la difterite. Ma non so darle notizie più precise. Se la madre è disposta a correre qualche minimo rischio (una reazione di Arthus nella sede d'iniezione), sarebbe possibile anche vaccinare con un vaccino DT, che tuttavia non è più reperibile in Italia, ma potrebbe trovarlo all'estero (Farmacia Vaticana (06 69883422): ma come fidarsi di una madre del genere? Dovrebbe prendere tutte le precauzioni possibili (documenti scritti, in presenza di testimoni) prima di vaccinare la bambina.

Due fratelli, di 3 e 5 anni di età, si sono ammalati (a febbraio) a distanza di una settimana di pleuropolmonite pneumococcica con seria compromissione dello stato generale, per cui sono stati necessari il ricovero ospedaliero e un trattamento con antibiotico e cortisonico per via venosa.

I bambini frequentano l'asilo e non erano vaccinati contro lo pneumococco. È stata consigliata la vaccinazione anti-pneumococcica. È sufficiente usare il vac-

cino 23-valente o è meglio iniziare con il Prevenar. Perché il superamento della malattia non conferisce una immunità permanente?

dott. Angelo Pavia
Pediatra, Rivarolo (TO)

La stessa malattia (pleuropolmonite pneumococcica) contemporaneamente in due fratelli, di 3 e di 5 anni, è un evento eccezionale. Lo pneumococco non dà epidemie, e anche i casi di cluster sono relativamente rari. Sarebbe bene che venisse tipizzato lo pneumococco isolato (eventualmente dall'Istituto Superiore di Sanità) e che ne venisse valutata la sensibilità per la penicillina e i macrolidi: potrebbe trattarsi del famoso tipo 19A, che imperversa in tutto il mondo e che crea di frequente malattie molto gravi e difficilmente curabili.

Come lei sa, nei primi due anni di vita i polisaccaridi della capsula (dello pneumococco, come del meningococco e dell'Hib) non inducono risposte immunitarie permanenti, perché sono timo-indipendenti. Le risposte cominciano a comparire a 3 anni, ma possono considerarsi complete soltanto a 5 anni. Quindi i due bambini in effetti potrebbero non avere risposto.

Comunque, ma questo probabilmente è già stato fatto, conviene eseguire accertamenti per la determinazione della quantità di immunoglobuline, corrispondenti all'età, e ricerche sulle attività linfocitarie.

Ma indipendentemente da queste è bene, come in tutti gli altri bambini con malattie invasive, presentatisi nei primi anni di vita, vaccinare questi bambini con vaccini contro lo pneumococco. Quale vaccino? Ormai c'è un accordo generale sull'uso, come primo vaccino, del vaccino 7-valente coniugato (basta una dose), seguito a distanza di 3-5 anni da una dose del vaccino polisaccaridico 23-valente. È stato osservato che l'uso del vaccino 23-valente per primo riduce di molto la risposta al successivo vaccino 7-valente, per cui viene sempre con-

sigliato, indipendentemente dall'età del soggetto, di iniziare con il coniugato.

Vaccinare un soggetto che abbia superato la malattia dovuta allo stesso agente infettivo non è una cosa nuova in pediatria. Si vaccina contro il tetano un soggetto che si è ammalato di tetano, si vaccina contro la difterite un soggetto che si sia ammalato di difterite e si vaccina contro l'Hib con vaccino coniugato un soggetto di meno di 5 anni che abbia avuto una meningite da Hib.

Ho una paziente di 6 anni che ritengo abbia la sindrome da ipersensibilità dei recettori della tosse, 3-4 episodi all'anno. Durante gli attacchi risponde solo alla paracodina (non servono budesonide, corticosteroidi per aerosol e per os, antibiotico; l'adrenalina per aerosol a volte migliora la tosse), ma nell'ultimo episodio la madre si è recata in 48 ore (fosse incoercibile ogni 5 secondi) al Pronto Soccorso per 2 volte, dove è stata eseguita radiografia del torace (ennesima) e posta diagnosi di pertosse... (malgrado vaccinazione), la bambina è stata vista dal Primario ORL che ha eseguito laringoscopia risultata negativa e ha consigliato macrolide e daltacortene. Le chiedo se l'idea di usare la lidocaina in aerosol ha avuto un seguito nella sua pratica e che altro poter fare nella fase acuta dopo la paracodina.

dott. Graziano Zucchi
Pediatra di famiglia, Serramazzone (MO)

La lidocaina, oltre a essere difficile da trovare (confezioni solo ospedaliere), non ha dato i risultati attesi. Il *Bentelan* 4-5 cp da 0,5 mg potrebbe aiutare, lo darei due-tre giorni, alla sera, non di più. Provi inoltre a farle inalare, per due-tre minuti, l'aria ghiacciata che esce dal freezer. È un consiglio pubblicato su una rivista scientifica importante di pediatria, scritto da un padre pediatra che l'ha provato con successo con la figlia. Altro non so dire, se non evitare di farsi vedere da altri medici.

Sono la madre di un ragazzo di 12 anni affetto da ritardo costituzionale della crescita (altezza 139 cm, peso 35.5 kg, target 151), Rx: 8 anni in data 5/06/07. Pratica moltissimo sport e mangia male per quantità e qualità di alimenti. Ha sofferto di intolleranza alle proteine del latte vaccino apparentemente guarita, non è celiaco. Il medico nutrizionista consultato, per sostenerlo al meglio nella sua crescita, ha indicato il "Prime test" quale strumento importante al fine di indicare la più corretta alimentazione. Di che cosa si tratta? Quale potrebbe essere la sua utilità nel nostro caso? Ci sono controindicazioni nel privare un ragazzo di 12 anni (per tre mesi circa) di uno o più alimenti? Ho sentito vari pareri discordanti.

Una mamma

Il Prime test è un test ematico in vitro di tipo leucocitotossico (LAST, *Leucocyte Antigen Sensitivity Test*) utilizzato per rilevare le intolleranze alimentari nascoste. Valuta: 60, 110 o 180 elementi, tra alimenti e sostanze chimiche. Si basa sul principio che l'aggiunta in vitro di uno specifico allergene al sangue intero o a sospensioni leucocitarie comporti una serie di modificazioni morfologiche nelle cellule fino alla citolisi.

Vari studi, di cui alcuni in doppio cieco, hanno identificato un elevato numero di falsi positivi e falsi negativi, e un basso tasso di riproducibilità (Teuber SS, et al. Unproved diagnostic and therapeutic ap-

proaches to food allergy and intolerance. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2003; 3:217-21). Le modificazioni dei leucociti sono verosimilmente da imputarsi a variazioni di pH, temperatura, osmolarità e tempo di incubazione, non alla rilevazione di alcuna "intolleranza" dell'individuo. In altre parole il test fa parte di quella serie di test diagnostici "alternativi" che non hanno ricevuto alcuna validazione scientifica. Ogni limitazione dietetica immotivata può avere una pesante ricaduta, non tanto sul versante nutrizionale quanto su quello comportamentale, e tanto più in età adolescenziale o preadolescenziale.

Un mio paziente di 15 mesi, con familiarità per allergie, soffre di allergia IgE-mediata alle proteine del latte vaccino, che si è manifestata come segue. Ha sempre preso latte materno; a 3 mesi, in seguito alla somministrazione di un'aggiunta di latte adattato, ha presentato orticaria e vomito autorisolutivo (quindi non ha più assunto latte vaccino e derivati). A 5 mesi un RAST per proteine al latte vaccino mostrava positività di classe 1 (alfa-lattoalbumina 0,1 kU/l, beta-lattoglobulina 0,35 kU/l, caseina inf. 0,1 kU/l). A 8 mesi prick test per latte vaccino molto positivo (9 mm pomfo, 25 mm eritema, mentre istamina 5/25). A 9 mesi orticaria fugace per probabile contatto con latte vaccino (bacio della sorella con la bocca sporca di latte). A 15 mesi prick test positivo per graminacee e latte

vaccino (stesso diametro della volta precedente: 9 mm pomfo, 30 mm eritema, 7/25 istamina). Ora il piccolo ha quasi sospeso il latte materno e assume il latte di soia, ma non prende ancora latte vaccino né alcun derivato. Sta assumendo cetirizina per l'allergia alle graminacee (congiuntivite).

Quando consigliereste di fare un test di somministrazione orale in ospedale? In realtà gravi reazioni non ne ha mai avute, ma la madre vive in ansia...

dott.ssa Daniela Sardei
Pediatra, Piovene Rocchette (VI)

Più del 90% dei bambini supera l'allergia al latte vaccino entro i 5 anni di età. Il prick test (e il RAST) possono rimanere positivi anche dopo l'avvenuta tolleranza ed è per questo che è corretto programmare un test di provocazione orale (TPO) in ambiente protetto. Non vi è però un tempo "giusto" per il TPO, e spesso la decisione sul quando eseguirlo si basa su vari elementi: tempo trascorso dall'ultima reazione; gravità della stessa; "carattere" del bambino; difficoltà a mantenere la dieta (fratelli maggiori; frequenza dell'asilo), ma anche sulle dimensioni del prick test, considerando che un diametro uguale o maggiore a 8 mm per il latte è predittivo di una positività clinica (TPO positivo) in più del 95% dei casi. È difficile pertanto che il bambino, sia per l'età sia per il valore del prick test, abbia già raggiunto la tolleranza.

CASI INDIMENTICABILI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Vicenza, venerdì 8 febbraio 2008

- 9.00 **Prima sessione** (8 casi)
moderatori: A. Ventura, L. Zancan
- 11.00 **Coffee break**
- 11.30 **Seconda sessione** (8 casi)
moderatori: G. Longo, G. Maggiore
- 13.00 **Colazione di lavoro**
- 14.30 **Terza sessione** (8 casi)
moderatori: M. Rabusin, F. Marchetti
- 16.30 **Coffee break**

- 17.00 **I casi ambulatoriali visti dagli specialisti**
moderatori: F. Fusco, D. Sambugaro
- di allergologia (G. Longo)
 - di chirurgia pediatrica (J. Schleaf)
 - di endocrinologia (G. Tonini)
 - di epatologia 1 (G. Maggiore)
 - di epatologia 2 (L. Zancan)
 - di neuropsichiatria infantile (A. Scabar)

PER QUESTO CONGRESSO SARANNO RICHIESTI I CREDITI FORMATIVI ECM

COMITATO SCIENTIFICO

Fabrizio Fusco, Isabella Giuseppin, Giorgio Longo,
Daniela Sambugaro, Alessandro Ventura

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: Quickline Traduzioni&Congressi

Via S. Caterina da Siena n. 3, 34122 TRIESTE
Tel. 040 773737-363586 Fax 040 7606590
e-mail: casi@quickline.it <http://www.quickline.it>

