

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

Dopo aver letto le risposte relative alle vaccinazioni sul n°1/2005 a pag. 59 della rivista, vorrei chiedere se può essere considerata corretta la somministrazione della 4° dose di DPT, a distanza di 5 anni dalla 3° dose, con il Boostrix, contenente dosi ridotte degli antigeni, ma che sembrano sufficienti per ottenere una valida risposta immunitaria, riducendo nel contempo gli effetti collaterali.

dott. Ilario Attisani (Pediatra, libero professionista)
Locri

La sua domanda è molto pertinente. E non posso darle, per ora, una risposta univoca, per cui le farò solo dei ragionamenti, basati sulla letteratura disponibile, sulla scorta dei quali lei potrà scegliere il comportamento da tenere.

Molti pediatri e alcune ASL, ma anche qualche Regione (Puglia), hanno ritenuto giusto usare per la 4ª dose di DTPa il Boostrix invece del vaccino DTPa, usato per la vaccinazione primaria, spinti dalla frequenza degli effetti collaterali e dalla loro intensità in corrispondenza della 4ª dose a 5-6 anni.

Quindi sembrerebbe ci fossero le motivazioni per usare il Boostrix alla 4ª dose. Ma le dosi ridotte di antigene sono sufficienti a conferire un'immunità che duri nel tempo? Nel Boostrix la quantità di anatossina difterica è un decimo di quella usata per la vaccinazione primaria, mentre l'anatossina tetanica è la metà e gli antigeni della pertosse (tre antigeni) sono un terzo come quantità di quelli usati per la vaccinazione nel primo anno.

Il problema è: sono queste relativamente basse dosi sufficienti per conferire difese che durino fino alla dose di richiamo al 13°-14° anno? Sono stati pubblicati lavori e sono stati esposti poster ai congressi internazionali che riportano buoni livelli di anticorpi anche dopo 3 anni e mezzo; uno di questi lavori (Cheuvart B, et al. *Vaccine* 2004;23:336-42), usando un modello matematico, conclude che dopo 10 anni non ci sono

differenze statisticamente significative fra l'uso del vaccino dTpa (98,6%) e il vaccino DTPa (99,6%) alla quarta dose; esistono differenze invece fra le concentrazioni medie geometriche degli anticorpi un mese dopo la 4ª dose di vaccino dTpa e DTPa a 5-6 anni, ma, secondo gli Autori, queste differenze è difficile che abbiano una rilevanza clinica 10 anni dopo, quando viene fatta un'ulteriore dose di richiamo.

Tuttavia è necessario riflettere: siamo proprio sicuri che tutti i soggetti che praticano la 4ª dose a 5-6 anni verranno poi sottoposti a 13-14 anni a una dose di richiamo con Boostrix, necessaria per risolleverare i livelli di immunità? Non è meglio conferire loro un'immunità più intensa e probabilmente più duratura?

La quarta dose a 5-6 anni è l'ultima occasione per somministrare l'anatossina difterica a dose piena; poi, dopo il compimento dei 6 anni, essa non può più essere data. Ricordiamoci anche che il 30-40% dei soggetti in età superiore ai 30 anni non ha più anticorpi verso la tossina difterica, nonostante molti di questi abbiano eseguito nei primi anni di vita una dose in più di vaccino DT, come si faceva allora.

Esiste poi una pubblicazione delle dott.sse Ciofi degli Atti e Salmaso, nella quale vengono confrontati gli effetti collaterali a 5-6 anni, dopo DT a dose piena e dT (dose per adulti), con un decimo di anatossina difterica (*Vaccine* 2001): ebbene gli effetti collaterali non sono risultati molto diversi dopo l'una o l'altra somministrazione.

Cosa concludere?

Al momento attuale personalmente preferisco ancora rimanere alla vecchie indicazioni: a 5-6 anni la quarta dose di DTPa. Tuttavia, quando avremo le prove della durata effettiva dell'immunogenicità per almeno 10 anni e quando le prove sul campo parleranno, potrà anche risultare che la somministrazione di dTpa alla quarta dose sia giustificata. Errori per una decisione intempestiva potrebbero avere gravi conseguenze nel futuro. Stiamo con le antenne acce-

se e ben erette, pronti ad accogliere le novità, quando siano sufficientemente documentate. È augurabile che la nuova Commissione nazionale vaccini s'impegni su questo argomento per offrire a Sanità pubblica e a pediatri una risposta, ammesso che sia possibile, a questa sua domanda.

Ho visto recentemente da alcuni pediatri allergologi e alcuni dermatologi prescrivere il Daiet B in bambini affetti da dermatite atopica. Vorrei pertanto sapere se questa terapia a base di acidi grassi polinsaturi ha veramente solide basi scientifiche e va assecondata o meno.

Specializzando in Pediatria, Trieste

Gli acidi grassi essenziali sono costituenti delle membrane cellulari e precursori di fattori immunomodulanti che si ritiene abbiano un ruolo nella patogenesi immunologica e infiammatoria della dermatite atopica, nella quale è stata documentata una carenza in particolare di omega 6.

Gli studi che hanno valutato contro placebo l'efficacia di un trattamento con acido linoleico o olio di pesce sono numerosi, ma con risultati inconsistenti. Una recente metanalisi di tutti gli RCT disponibili sull'argomento, e pubblicata nel 2004 sul *British Journal of Dermatology*, conclude bocciando senza appelli questa terapia: "supplementation with essential fatty acids have no clinically relevant effect on the severity of atopic dermatitis".

Bimba di 10 mesi con ottimo accrescimento staturale-ponderale, ma con coliche addominali recidivanti, saltuaria emissione di feci picee, con sangue occulto ripetutamente negativo, prurito cutaneo e note di DA, presenta, in occasione di ricovero, positività di 2° classe alle PLV e al latte, ma con prick by prick negativo al latte vaccino. In questo caso è utile sostituire il latte

Domande & Risposte

di mucca con latte di soia (almeno per un certo periodo) anche con criterio ex juvantibus?

dott. Claudio Sisto (Pediatria ospedaliero)
Bari

Io non lo farei, tenendo anche conto del possibile "rischio" che una sospensione del latte faccia perdere la tolleranza verso l'alimento che mi sembra oramai ben avviata, con il rischio che la bambina poi non possa più mangiare il latte e i latticini per molti anni.

Lasci perdere la dieta.

Mamma quarantenne presenta da 12 mesi artrite poliarticolare delle piccole articolazioni; titolo antiparvovirus B12 molto elevato; autoanticorpi (per ora?) negativi. Bisogna pensare a un'artrite postinfettiva prolungata o ad artrite reumatoide slatentizzata ma ancora sieronegativa?

dott. Rosario Cavallo (Pediatria di famiglia)
Lecce

Il parvovirus può essere uno degli agenti scatenanti l'artrite come tutti gli altri virus. Il parvovirus però è stato anche isolato dal liquido sinoviale di pazienti con artrite reumatoide. È verosimile che nel caso della signora in questione sia esso la causa scatenante l'artrite poliarticolare e non è detto che questa debba essere necessariamente Fattore reumatoide o ANA positiva. In conclusione, probabile artrite post-virale; la durata non è prevedibile e dipende da fattori genetici e in particolare dagli HLA (i soggetti B27+ cronicizzano di più).

In un bambino di 10 anni con frequenti dolori addominali postprandiali, a volte irradiati dietro lo sterno, con familiarità per ulcera duodenale e positività dei test anti-*Helicobacter pylori*, ma che rifiuta l'endoscopia, è indicato un trattamento eradicante e quale?

Pediatria

Il dolore retrosternale suggerisce maggiormente una patologia da reflusso ga-

stroesofageo che un'ulcera gastrica. Motivo in più, se i sintomi sono veramente importanti, per fare un'endoscopia digestiva.

Se il problema è solo quello della diagnosi di infezione da Hp, questa può essere fatta ragionevolmente anche valutando la presenza di antigeni fecali e/o con l'urea breath test (mentre minore e incerto significato ha il test sierologico, vista l'elevata quota di sieropositivi nella popolazione generale, anche in età pediatrica). Ma poi il problema è sempre quello: anche una volta dimostrata l'infezione da *Helicobacter*, questa non giustifica una cura in assenza della dimostrazione che, oltre all'*Helicobacter*, è anche presente una patologia ulcero-erosiva. E la dimostrazione si può avere solo con la gastroscopia, esame che oggi, in ragione delle competenze che abbiamo acquisito nel garantire la sedazione profonda in corso di procedure dolorose, non va temuta e tantomeno demonizzata. E alla quale è "colpevole" rinunciare se, come nel caso in questione, l'indicazione clinica sembra veramente esserci.

P