

Lettere

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

Prevenzione della carenza di vitamina D

Raccomandazioni dei Direttori delle Strutture Complesse di Pediatria e Neonatologia del Piemonte e della Valle d'Aosta

Il rachitismo è una patologia riemergente nel mondo industrializzato e riguarda soprattutto gli immigrati¹⁻⁵; anche recenti dati raccolti nel nord-ovest dell'Italia confermano questa impressione clinica⁶. Il rachitismo, peraltro, deve essere considerato solo la punta dell'iceberg di una situazione ben più diffusa nella popolazione infantile: la carenza di vitamina D. In realtà le linee guida di numerose società scientifiche pediatriche sono concordi nel consigliare una supplementazione di vitamina D nella prima parte della vita a tutti i bambini sani e in particolar modo a quelli allattati al seno e di pelle scura, soprattutto perché non è ben quantificabile l'esposizione alla luce solare e al sempre maggiore uso di creme solari protettive⁷⁻¹¹. I vantaggi della supplementazione inoltre sarebbero evidenti sulla mineralizzazione dell'osso in accrescimento ma anche sulla prevenzione del diabete di tipo 1^{12,13}, di alcuni disordini mentali^{14,15} e di vari tipi di neoplasie¹⁶⁻¹⁹.

Peraltro l'implementazione delle linee guida presenti in letteratura è ben lungi dall'essere ottimale²⁰ e anche la neonatologia non si discosta da altre specialità²¹. Anche recenti dati raccolti nel nord-ovest dell'Italia confermano un'ampia eterogeneità prescrittiva²² e inoltre la compliance all'assunzione di vitamina D prescritta è scarsa^{23,24}.

I motivi sopraesposti hanno portato a organizzare una giornata (Gattinara, 27 settembre 2006) in cui tutti i Direttori delle Strutture Complesse di Pediatria e Neonatologia del Piemonte e della Valle d'Aosta si sono incontrati (con il patrocinio della Regione Piemonte e Regione Autonoma della Valle d'Aosta e delle sezioni piemontesi e aostane della SIP, SIN, ACP, FIMP) per discutere le strategie preventive del rachitismo e della carenza di vitamina D e la loro implementazione. La riunione è stata preceduta dall'invio, nel mese di maggio 2006, a ogni partecipante di articoli scientifici riguardanti le linee guida sull'argomento, articoli di review e gli articoli riguardanti l'epidemiologia locale. Al mattino si sono susseguite 5 relazioni che hanno fatto il punto sulle recenti acquisizioni

riguardanti il rachitismo e la carenza di vitamina D nei Paesi industrializzati, i fattori di rischio (*Tabella I*), uno studio longitudinale non ancora pubblicato su 2 coorti di lattanti e le loro madri di cute bianca e nera supplementati e no (*Tabella II*), le strategie di prevenzione. Il pomeriggio è stato esclusivamente dedicato alla discussione.

All'unanimità si sono raggiunte le seguenti conclusioni:

- poiché la pratica dell'allattamento al seno è sempre più diffusa e la prevalenza di rachitismo interessa soprattutto i bambini con pelle scura ma il deficit di vitamina D è presente in una larga fetta della popolazione pediatrica che vive alle nostre latitudini^{25,26} e frequentemente nelle loro madri, **si consiglia:**
- **la supplementazione con vitamina D a tutti i neonati sani dimessi dal nido**, indipendentemente dal tipo di allattamento, dalla pigmentazione cutanea e dalla stagione di nascita;
- **la dose consigliata è di 200-400 UI/die, per almeno tutto il 1° anno di vita** (personalizzare la dose e la durata per i fattori di rischio presenti);

FATTORI DI RISCHIO PER RACHITISMO

- Vivere ad alte latitudini
- Ipovitaminosi D materna
- Nascita pretermine
- Rapido accrescimento
- Allattamento al seno
- Ridotta esposizione alla luce solare
- Cute pigmentata
- Utilizzo di creme solari
- Inquinamento atmosferico

Tabella I

MEDIA VITAMINA D ng/ml

	Nascita	2 mesi	12 mesi
m. bianche	7,5 (3-20)	19,4 (5-44)	38,2 (20-50)
m. nere	6,3 (2-28)	8,4 (4-20)	21,7 (10-48)
b. bianchi	6,4 (2-17)	27 (3-68)	35,4 (10-50)
b. neri +	5,2 (1-36)	113,4 (42-192)	30,1 (16-64)
b. neri -	-	-	14,7 (3-52)

Il segno + significa supplementazione di 400 UI/die di vitamina D; le altre coorti non hanno ricevuto supplementazione; ogni coorte è costituita da 12 casi, seguiti per 1 anno.

Tabella II

- al fine di ottenere una compliance più alta possibile, **il farmaco consigliato dovrebbe essere facile da somministrare (os), di buona palatabilità, a dosi giornaliere, a basso costo e in fascia A.**

Alcune azioni dovranno essere messe in atto al fine di assicurare una efficacia il più elevata possibile:

- **coinvolgere i pediatri di famiglia** nella prescrizione e nel controllo dell'assunzione della vitamina D. Ogni primario pediatra/direttore del Dipartimento materno-infantile provvederà a incontrare i pediatri di famiglia della propria area e nell'anno 2007, in collaborazione con la FIMP Piemonte e Valle d'Aosta e la ACP dell'ovest, dovranno essere organizzati incontri sull'argomento;
- **coinvolgere i medici ostetrici e le ostetriche** nella prescrizione e nel controllo dell'assunzione di vitamina D in gravidanza, al fine di ottenere vantaggi sia sulle gravide che sulle scorte passate al feto/neonato;
- organizzare per gennaio 2008 una **sorveglianza relativa all'anno 2007 sulle abitudini prescrittive dei nidi del Piemonte e della Valle d'Aosta**, paragonando i risultati della sorveglianza già attuata nel 2001, 2003 e 2005;
- organizzare una **sorveglianza sul territorio** per valutare l'effettiva assunzione di vitamina D consigliata. Nella primavera 2008 potrebbe essere organizzato uno studio epidemiologico che coinvolga i servizi vaccinali delle due regioni in cui per 2 settimane ogni madre di bimbo vaccinato a 3, 5 e 11 mesi venga intervistata a proposito dell'assunzione di vitamina D. Il campione raccolto potrebbe essere di più di 1000 casi, suddivisi per le 3 fasce di età;

- organizzare nel 2008 uno studio sui ricoveri ospedalieri per rachitismo avvenuti in Piemonte e Valle d'Aosta nel 2005, 2006 e 2007.

Andrea Guala (Borgosesia); **Gianni Bona** (Novara, Università del Piemonte Orientale); **Margherita Raggi** (Alba); **Fernando Pesce** (Alessandria); **Massimo Mazzella** (Aosta); **Liberio Zannino** (Asti); **Leo Galligani** (Biella); **Alberto Serra** (Bra); **Marco Vitali** (Borgomanero); **Pierluigi Roberi** (Carmagnola); **Fabio Papili** (Casale Monferrato); **Francesco Lancione** (Chieri); **Sebastiano Maganuco** (Ciriè); **Silvia Favetta** (Chivasso); **Gianpaolo Gancia** (Cuneo); **Alberto Bonomi** (Ivrea); **Umberto De Vanderweid** (Moncalieri); **Giovanni Castelli** (Mondovì); **Sandro Rigardo** (Novi Ligure); **Giuseppe Grazia** (Pinerolo); **Wilma Isolato** (Rivoli); **Luigi Besençon** (Savigliano); **Carlo Zanolini** (Susa); **Claudio Fabris** (Torino, Università di Torino); **Mario Frigerio** (Torino, Ospedale Mauriziano); **Giovanna Gimirato** (Torino, OIRM-S. Anna); **Giovanna Guala** (Torino, Ospedale Maria Vittoria); **Franco Cerutti** (Torino, Università di Torino); **Enrico Madon** (Torino, Università di Torino); **Roberto Miniero** (Torino, Università di Torino); **Gian Carlo Mussa** (Torino, Università di Torino); **Alberto Ponzone** (Torino, Università di Torino); **Pierangelo Tovo** (Torino, Università di Torino); **Carlo de Sanctis** (Torino, Ospedale Infantile Regina Margherita); **Paola Pecco** (Torino, Ospedale Infantile Regina Margherita); **Ettore Rossi** (Torino, Ospedale Martini); **Vincenzo Castella** (Tortona); **Corrado Cattrini** (Verbania); **Sandro Provera** (Vercelli); **Chiara Guidoni** (ACP Piemonte); **Andrea Valpreda** (FIMP Piemonte); **Alberto Ponzone** (SIP - Sezione Piemonte e Valle d'Aosta); **Gianpaolo Gancia** (SIN - Sezione Piemonte e Val d'Aosta); **Mauro Zaffaroni** (Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato - SIP).

Bibliografia

- Mimouni F. Etiology of nutritional rickets: geographic variations. *J Pediatr* 1996;128:600.
- Robinson PD, Hogler W, Craig ME, et al. The re-emerging burden of rickets: a decade of experience from Sidney. *Arch Dis Child* 2006;91:564.
- Lawson M, Thomas M. Vitamin D concentrations in Asian children aged 2 years living in England: a population survey. *BMJ* 1999;318:28.
- Pedersen P, Michaelsen KF, Molgaard C. Children with nutritional rickets referred to hospital in Copenhagen during a 10-year period. *Acta Paediatr* 2003;92:87.
- Weisberg P, Scanlon KS, Ruowei L, Cogswell ME. Nutritional rickets among children in the United States: review of cases reported between 1986 and 2003. *Am J Clin Nutr* 2004;80:1697S.
- Guala A, Guarino R, Ghiotti P, et al. Il rachitismo in Piemonte. Una sorveglianza negli ospedali. *Medico e Bambino* 2006;25(2):119.
- Hochberg Z, Bereket A, Davenport M, et al. Consensus development for the supplementation of vitamin D in childhood and adolescence. *Horm Res* 2002;58:39.
- Gartner LM, Greer FR. Prevention of rickets and vitamin D deficiency: new guidelines for vitamin D intake. *Pediatrics* 2003;111:908.
- Ward LM. Vitamin D deficiency in the 21st century: a persistent problem among Canadian infants and mothers. *Can MAJ* 2005;172:769.
- Van der Linden AT, Bunge FC, Boere-Boonekamp MM. Recommendations of vitamin D supplements for toddlers frequently disregarded. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:2146.
- Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie. Empfehlungen für die Säuglingsernährung 1998. *Schweiz Arzte* 1998;79:1. Available from www.swiss-pediatrics.org
- Hypponen E, Laara E, Reunanen A, et al. Intake of vitamin D and risk of type 1 diabetes: a birth-cohort study. *Lancet* 2001;358:1500.
- Harris SS. Vitamin D in type 1 diabetes prevention. *J Nutr* 2005;135:323.
- McGrath J, Eyles D, Mowry B, et al. Low maternal vitamin D as a risk factor for schizophrenia: a pilot study using banked sera. *Schizophr Res* 2003;63:73.
- McGrath J, Saary K, Hakko H, et al. Vitamin D supplementation during the first year of life and risk of schizophrenia: a Finnish birth cohort study. *Schizophr Res* 2004;67:237.
- Garland CF, Garland FC, Gorham ED. Calcium and vitamin D. Their potential roles in colon and breast cancer prevention. *Ann NY Acad Sci* 1999;889:107.
- Holick MF. Sunlight and vitamin D for bone health and prevention of autoimmune diseases, cancers and cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr* 2004;80:1678S.
- Grant WB, Garland CF. A critical review of studies on vitamin D in relation to colorectal cancer. *Nutr Cancer* 2004;48:115.
- Garland CF, Garland FC, Gorham ED, et al. The role of vitamin D in cancer prevention. *Am J Public Health* 2006;96:252.
- Burgers JS, van Everdingen JE. Beyond the evidence in clinical guidelines. *Lancet* 2004;364:392.
- Simclair JC. Evidence-based therapy in neonatology: distilling the evidence and applying it in practice. *Acta Paediatr* 2004;93:1146.
- Guala A, Guarino R, Zaffaroni M, et al. The impact of national and international guidelines on newborn care in the nurseries of Piedmont and Aosta Valley, Italy. *BMC Pediatrics* 5:45,2005. Available from www.biomedcentral.com/1471-2431/5745
- Marjamaki L, Rasanen M, Uusitalo N, et al. Use of vitamin D and other dietary supplements by Finnish children at the age of 2 and 3 years. *Int J Vitam Nutr Res* 2004;74:27.
- Dratva J, Merten S, Ackermann U. Vitamin D supplementation in Swiss infants. *Swiss Med Wkly* 2006;136:473.
- Ziegler EE, Hollis BW, Nelson SE, Jeter JM. Vitamin D deficiency in breastfed infants in Iowa. *Pediatrics* 2006;118:603.
- Challa A, Ntourtoui, Cholevas V, et al. Breastfeeding and vitamin D status in Greece during the first 6 months of life. *Eur J Pediatr* 2005;164:724.

Le raccomandazioni sulla prevenzione del rachitismo derivate dall'incontro di Gattinara del 27 settembre 2006, e gentilmente inviateci da Andrea Guala e Gianni Bona, rappresentano sicuramente uno dei richiami di maggior rilievo (per la numerosità dei soggetti da sottoporre a trattamento) rivolti alla pediatria di famiglia e ai punti nascita. Queste raccomandazioni si allineano a quelle del Committee on Nutrition della American Academy of Pediatrics e alle raccomandazioni della National Academy of Sciences degli Stati Uniti. Sono quindi l'espressione di un modo di vedere che va oltre i confini geografici, e che trova la sua ragion d'essere nella larga letteratura che arricchisce la lettera che pubblichiamo.

Questa accettazione, tuttavia, non può essere acritica; e questa Rivista, nello stesso tempo in cui incoraggia tutti i pediatri e tutti i punti nascita ad adeguarsi, anche per evitare un dannoso conflitto di "opinioni personali", non può non sottolineare alcuni punti critici e alcuni paradossi.

Primo: diciamo che questo "re-emerging burden of rickets" riguarda, nei Paesi avanzati, quasi esclusivamente (esclusivamente senza quasi, nella maggior parte delle pubblicazioni) la popolazione ad alto, molteplice rischio, degli immigrati: una frangia povera della popolazione, trasferita dal proprio habitat in un habitat differente e per alcuni motivi avverso (ma, anche a casa loro, le madri mussulmane che non escono di casa e che non portano fuori casa i loro bambini, o le madri di qualunque religione che vivono, come nell'Asia centrale, in metropoli affogate nello smog, hanno spesso figli con rachitismo clinico). Nei nostri Paesi il rischio di rachitismo è zero. Allora, cos'è che preveniamo? Preveniamo i bassi valori di 25-OH-colecalciferolo, che sono più bassi nei bambini (e nelle madri) nati in inverno (ma che crescono poi bene durante l'estate, periodo nel quale nessun bambino bianco e un solo bambino nero - nello Iowa - è risultato carente). Vero, questi bassi livelli si accompagnano a più alti livelli (compensatori) di paratormone, e indicano una condizione di relativa carenza (compensata) e probabilmente di minore ossificazione; ma non c'è alcuna evidenza che questi bassi valori debbano essere considerati patologici, né che un possibile minore assorbimento di Ca⁺⁺ nel primo anno di vita abbia degli effetti misurabili a distanza sulla qualità dell'osso.

Secondo: ci hanno sempre detto che l'assorbimento del calcio, anche in presenza di un basso apporto vitaminico, era facilitato

Lettere

dalla composizione del latte materno (miglior rapporto calcio/fosforo, ricchezza di acido lattico, altro) ed era tre volte maggiore, in termini relativi (75% contro 30%), negli allattati al seno rispetto agli allattati al poppatoio. Ora, questa raccomandazione di integrare con la vitamina D proprio i bambini allattati al seno, perché quelli allattati al poppatoio già la ricevono, rischia quasi di incrinare il dogma dell'immacolata superiorità del latte di donna.

Terzo: ci hanno anche detto che la questione dell'assorbimento del calcio dipende non solo dal livello di vitamina D quanto dalla sensibilità (geneticamente determinata) nei riguardi del 25-OH-colecalciferolo.

Quarto: la somministrazione sistematica di vitamina D (sulla quale riteniamo di poter essere lealmente d'accordo, come detto all'inizio) non potrà modificare alcunché di misurabile, se non, appunto, i livelli ematici di 25-OH-colecalciferolo. Quindi, come non abbiamo una evidenza clinico-epidemiologica di svantaggio della non supplementazione sistematica, così non potremo avere alcuna evidenza clinico-epidemiologica di vantaggio dalla supplementazione sistematica. Siamo veramente, come titola Lancet, "beyond clinical evidence".

Quinto: coerentemente, l'Accademia Americana di Pediatria raccomanda che la somministrazione giornaliera di 200 UI di vitamina D sia mantenuta per tutta l'infanzia fino all'adolescenza, perché in nessuna epoca della vita, e specialmente in pubertà, i valori ematici di vitamina D nella popolazione generale sono soddisfacentemente distribuiti. Questo consiglio sembra quasi più importante di quello della somministrazione nel primo anno di vita, se è vero come è vero che il picco assoluto di assorbimento del calcio (e forse la qualità dell'osso in età senile, unico vero problema medico) si verifica in età pre-adolescenziale e adolescenziale, un'età in cui il livello di vitamina D si ritrova (come nel lattante) molto frequentemente a valori subnormali. Tuttavia, le raccomandazioni di Gattinara non osano (ragionevolmente) seguire la coerenza statunitense. E, in verità, sarebbe davvero pensabile una integrazione vitaminica mantenuta durante 6570 giorni della vita (18x365)?

Sesto: è molto probabile che la (ragionevole) implementazione vitaminica sia sprovvista di effetti collaterali indesiderati: ma quale è il livello di sicurezza al quale possiamo ragionevolmente affidarci? O non accadrà, come al tempo in cui il latte degli inglesi era implementato sistematicamente con vitamina, che si verificassero dei casi (pochi, ma non pochissimi) di ipervitaminosi nei soggetti ipersensibili? O magari, soltanto nei rari soggetti con sindrome di Williams, nei quali l'ipercalcemia è precoce, mentre la diagnosi è difficile da fa-

re nel primo anno di vita? o nei soggetti con ipercalcemia-ipercalcemia familiare? O anche soltanto nei (molto più numerosi) soggetti con ipercalcemia e calcolosi o nefrocalcolosi? Pochi, ma sempre più numerosi dei casi odierni di rachitismo (peraltro facilmente curabili).

In questo senso, la prudenza delle raccomandazioni italiane è probabilmente preferibile a quelle dell'Accademia americana di Pediatria. Ma l'utilità?

Settimo: alcuni probabili effetti positivi, a livello popolazionistico, della somministrazione di vitamina D sono stati segnalati, e puntualmente presentati dagli estensori delle raccomandazioni: riguardano in particolare la comparsa di diabete (cioè di patologia autoimmune) e la comparsa di schizofrenia. Si tratta di un chiaro indizio del fatto che la vitamina possa avere effetti diversi da quelli dell'assorbimento del calcio (o, alternativamente, che sia quest'ultimo a mediare gli effetti utili segnalati). Ma davvero siamo certi che non ci possano essere effetti svantaggiosi? E chi imporrà una ricerca (dovrebbe durare tutta la vita, e considerare anche una popolazione di controllo) ce ne dia la sicurezza, o ce ne riveli i numeri.

Così, ma non senza aver fatto questo piccolo atto di umiltà, ovvero di dichiarazione di non sapere, penso che i pediatri italiani, come quelli statunitensi, potranno sciogliere gli ormeggi e avviarsi nel mare della implementazione vitaminica generalizzata, magari con qualche riflessione in più.

Franco Panizon

Vaccino anti-Rotavirus

Ho letto con piacere le interessanti considerazioni del dottor Massimo Fontana nelle Farmacoriflessioni "Vaccini anti-Rotavirus Quale?quando? perché? per chi?" (*Medico e Bambino* 2007;26:173-5).

Mi corre l'obbligo di una precisazione in merito alle allarmanti affermazioni riportate a pagina 174 riguardo al momento dell'eventuale somministrazione dei vaccini anti-Rotavirus che riassumo: "... la finestra temporale per iniziare la vaccinazione è estremamente ristretta... superata la quale... si rischia quindi di trovarsi esposti a gravi contestazioni medico-legali in caso di complicanze".

Senza entrare nel merito dell'inevitabile responsabilità del medico per ogni atto che compie (argomento che non mi compete), faccio presente che il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto del vaccino Rotarix (peraltro allegato al fascicolo in questione della Rivista), al paragrafo 4.2 Posologia e modo di somministrazione recita: "Il ciclo completo della vaccinazione

consiste di due dosi. La prima dose può essere somministrata a partire dalla 6 settimana di età. Deve essere osservato un intervallo di almeno 4 settimane tra le dosi. Il ciclo della vaccinazione dovrebbe essere effettuato preferibilmente entro la 16ª settimana di vita, ma in ogni caso deve essere completato entro le 24 settimane

In altre parole, secondo le informazioni cliniche approvate prima dall'Ente Regolatorio Europeo (EMA) e successivamente da quello italiano (Ministero della Salute), il ciclo vaccinale con Rotarix deve essere completato entro la 24ª settimana (o sesto mese), ma può essere iniziato tra la 6ª e la 20ª settimana (seppure preferibilmente entro la 12ª settimana di vita).

Con l'occasione faccio anche presente che, contrariamente a quanto riportato a pag. 173, il vaccino Rotarix è costituito da un ceppo virale appartenente al tipo G1P8.

Tali precisazioni hanno solamente uno scopo informativo per i lettori di *Medico e Bambino* affinché possano, come auspicato dall'Autore, liberamente maturare una posizione personale in merito alla vaccinazione anti-Rotavirus e all'appropriato impiego del vaccino Rotarix.

Federico Marchetti
Vaccini Pediatrici - Direzione Medica
GlaxoSmithKline S.p.A.

Ringraziando il dottor Marchetti per l'attenzione dedicata all'articolo, mi corre innanzitutto l'obbligo di scusarmi con i lettori e con GlaxoSmithKline per l'errore a pag. 173: il vaccino Rotarix contiene effettivamente il ceppo G1P8 e non il G4P8 come, per un errore sfuggito alla revisione delle bozze, è riportato nell'articolo.

Ben più importante sembra però il punto relativo all'età a cui iniziare la vaccinazione. Pur prendendo atto di quanto segnalato dal dottor Marchetti, resta il fatto che nessuno dei 63.225 lattanti arruolati nello studio di Ruiz-Palacios (studio, si ricorda, appositamente disegnato e condotto per studiare in primo luogo la sicurezza, e non l'efficacia, di Rotarix) aveva, alla prima somministrazione, meno di 6 o più di 13 settimane (*N Engl J Med* 2006;354:12).

Lo stesso Ruiz-Palacios, rispondendo a una lettera relativa all'articolo citato, afferma: "We believe that the data on HRV (Human Rotavirus Vaccine) convincingly show that the vaccine is not associated with intussusception when given at this age (sottolineatura personale)" (*N Engl J Med* 2006; 354:1748-9).

Non è noto su quale documentazione l'Ente regolatorio europeo abbia basato le sue raccomandazioni; ricordo però che i Centers for Disease Control a proposito del vaccino "concorrente" di Rotarix, cioè il pentavalente Rotateq introdotto negli USA,

affermano: "Children should receive the first dose of the vaccine by 12 weeks of age and should receive all doses of the vaccine by 32 weeks of age. There is insufficient data on safety and efficacy outside of these age ranges" (<http://www.cdc.gov/od/oc/media/pressrel/r060221.ht> -accesso del 15.05.2007).

Questa raccomandazione è basata essenzialmente sul fatto che nessuno dei 68.038 lattanti coinvolti nello studio "gemello" a quello di Rotarix è stato vaccinato prima della 6ª o dopo la 12ª settimana di vita (Vesikari T et al. N Engl J Med 2006; 354:23-33).

Anche sorvolando sul "rischio di contestazioni medico-legali" (rischio sempre imprevedibile e che comunque, nel caso specifico, non sembra essere nullo), resta il fatto che il pediatra, soprattutto nel campo delle vaccinazioni non obbligatorie, dovrebbe tenere presenti e fornire alla famiglia le migliori informazioni basate sulle prove di evidenza disponibili.

È possibile, e forse anche probabile, che sia Rotarix che Rotateq non aumentino significativamente il rischio di invaginazione intestinale, anche se iniziati dopo il terzo mese di vita. Al momento non vi è però dimostrazione che questo sia vero.

Massimo Fontana

La bronchiolite del lattante

Caro Direttore, ho letto con piacere e con molta attenzione l'ABC sulla "bronchiolite acuta del lattante" (*Medico e Bambino* 2007;26:177-80).

Ho apprezzato la precisione con la quale gli Autori si sono da subito preoccupati di distinguere la bronchite/bronchiolite "vera", quella da VRS, esclusiva dell'età del lattante appunto e ben poco responsabile a ogni trattamento farmacologico, dalla ben diversa "bronchite asmatiforme" del bambino più grandicello, o "viral wheezing", che ha invece nel rinovirus l'agente

eziologico più frequente e nel broncospasmo, reversibile con salbutamolo, l'elemento fisiopatogenetico caratterizzante. Tutta un'altra cosa, appunto. Sottolineo questo perché, revisionando recentemente la letteratura a riguardo, mi sono resa conto di come l'assenza di linee guida univoche per la gestione della bronchiolite derivi principalmente dalla mancanza di una definizione comune della malattia, dato che c'è persino chi (Autori americani in particolare) adotta il termine bronchiolite per indicare genericamente il primo episodio di wheezing associato a un'infezione respiratoria, senza dar peso alla presenza/assenza dei criteri clinici distintivi della bronchiolite.

Felice del fatto che, almeno "nel nostro piccolo", ci sia comune accordo sul modo di pensare e agire, mi sono poi invece stupita nel veder presentati nei paragrafi conclusivi i concetti di "bronchiolite recidivante" e di "bronchiolite persistente", certo estranei a chi, come me, ha imparato a guardare alla bronchiolite come un fenomeno acuto, autorisolventesi (se non nei rarissimi casi di exitus) e, quasi per definizione, mai ricorrente.

Giorgio Longo, nel suo articolo "Il fischio dalla nascita in poi" (*Medico e Bambino* 2003;22:363-8), ricordava infatti che è soltanto colpa, o merito, del pediatra se si continuano a etichettare con il termine di "bronchiolite" circa tutti gli episodi di "fischio" sotto l'anno di vita (e talvolta anche più in là), e che questo avviene solo perché "bronchiolite" è un termine più tranquillizzante, almeno sotto il profilo prognostico, rispetto quello di "bronchite asmatiforme", che richiama inevitabilmente il molto più noto e temuto asma bronchiale.

Che poi una bronchiolite da VRS, quella "vera", possa realmente persistere oltre i tempi usuali (tanto da produrre un quadro di bronchiolite "persistente") è cosa che non conoscevo e di cui peraltro non riesco a trovar riferimento in letteratura.

Mi chiedo allora se sia veramente op-

portuno rivangare in un ABC i concetti di bronchiolite "recidivante" e bronchiolite "persistente", che non solo ripropongono antiche incertezze, ma anche inducono a confermare errate consuetudini terapeutiche, come l'uso del Clenil indifferente in ogni aerosol del bambino con fischio ("che in fondo male non fa") e dell'antibiotico "senza pensarci due volte" (come fosse sempre sospettabile la presenza di una clamidia).

Giulia Gortani
Specializzanda in Pediatria, Trieste

Tutte giuste e argute le osservazioni. Le argomentazioni prodotte negli ultimi paragrafi, oggettivamente "fuori tema" (gli Autori non mancano peraltro di sottolinearlo) e con una terminologia nosograficamente scorretta, potevano essere tralasciate in un ABC che, in quanto tale, dovrebbe occuparsi proprio e soltanto dell'ABC e non del DHI... ma questo del prof. Panizon e collaboratori più che un ABC è svolto come una chiacchierata con l'esperto (il prof Panizon appunto) e l'esperto, giustamente, deve rispondere anche alle domande che esulano da una medicina basata sulle evidenze. E le ultime domande riguardavano appunto condizioni rare, "casi difficili", come vengono appunto chiamati dagli Autori, casi singoli, casi per i quali difficilmente potremo disporre di casistiche sufficienti per una risposta con alto livello di evidenza. E così, se è vero che non dobbiamo richiedere la radiografia del torace nella bronchiolite "normale" (si fa più male che bene: confronta la pagina gialla di Medico e Bambino dell'aprile scorso), è altrettanto vero che, nei casi di "particolare gravità", questa rappresenta uno strumento diagnostico da utilizzare e nello stesso modo non può essere considerato scorretto l'uso dell'antibiotico o dell'adrenalina, interventi che pure l'EBM ha negato con il più alto livello di evidenza.

Giorgio Longo