

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

Circa 6 mesi fa, preoccupati per le curve di crescita dei mia figlia, abbiamo fatto fare diverse analisi, per capire se potevano esserci problemi.

Nei mesi successivi la crescita in altezza della bambina è stata piuttosto soddisfacente (circa 3 cm in 3 mesi), tuttavia tra i dati delle analisi è emerso un prist totale molto elevato di 2340 kU/l (IgE totali).

Inoltre venivano evidenziate alcune allergie alimentari al grano (13,5 kUA/l), al bianco d'uovo (3,76 kUA/l), alla caseina (3,40 kUA/l), alle arachidi (2,71 kUA/l) ecc.

Il prick test effettuato con gli stessi alimenti dell'analisi del sangue (riporto solo i positivi): arachidi +

Il prick by prick effettuato con 28 alimenti di frutta e verdura fresca (riporto solo i positivi): pera+ banana+ lattuga+ rucola+ broccolo+ radicchio+

I prick test inalanti: pollini, acari e peli di gatto, sono risultati tutti negativi.

Inoltre sono stati effettuati per due volte le analisi delle feci per la ricerca dei parassiti e sono risultati assenti; in ultimo, sempre per due volte, è stato effettuato lo scotch test per la ricerca degli ossiuri e anche questi sono risultati assenti.

Abbiamo ripetuto mesi fa gli esami, e il valore del prist totale risulta ancora molto elevato: 2000 kU/l (IgE totali).

Preciso che la bambina non presenta sintomi particolari di alcun genere né, al momento, reazioni allergiche di alcun tipo. Sono preoccupata perché non si riesce a capire da che cosa dipenda questo alto valore del prist

Un genitore, Terni

Sua figlia è certamente una "atopica" (allergica) e questo spiega la positività delle IgE specifiche (frumento, uova, latte, arachidi) e giustifica anche il valore delle IgE elevate. Che poi queste ultime siano tanto elevate o meno elevate cambia poco. Nell'atopico molto spesso le IgE sono prodotte anche a seguito di

stimoli infettivi e non sono obbligatoriamente rivolte ad allergeni specifici. Il range è comunque quello delle malattie atopiche e non andrei a pensare altro. Non tolga alcun alimento che sua figlia già mangia e non ripeta più questi esami (in poco tempo le IgE specifiche antialimento si negativizzeranno da sole). Il difetto di crescita staturale-ponderale non ha in questi esami la sua spiegazione: il bambino allergico, anche se sintomatico (per es. dermatite atopica), non flette la sua curva di crescita. Se ha ripreso a crescere bene, dimentichi tutto; in caso contrario gli accertamenti andranno fatti in senso gastroenterologico/auxologico. Ma non credo che servirà (l'unica probabile causa, la celiachia, è già stata esclusa).

Bambino di due anni e mezzo che da sempre presenta abbondante scialorrea. Il bambino tiene sempre la bocca aperta e si bagna in continuazione non deglutendo. La mamma ha contattato un otorino che le ha detto che non c'è nulla da fare. Esiste e dove un centro che si occupa di una problematica del genere?

Pediatra di famiglia

Non so rispondere, anche perché bisognerebbe prima capire di che si tratta. Ha guardato se vi è una corretta occlusione dentale?

Una mia assistita che ora ha 12 anni, figlia di genitori atopici, per il resto sana e con crescita normale ha presentato il primo episodio di broncospasmo a cinque anni, seguito da altri non particolarmente gravi. Quattro anni fa, in autunno, ha presentato una grave crisi d'asma comparsa mentre era a scuola e che, per il rapido peggioramento, ha richiesto un prolungato ricovero in Rianimazione. La situazione è stata molto critica. Da allora c'è stato un certo doctor-shop-

ping, con consigli sempre un po' dissimili e tutto sommato nessuna presa in carico globale. La caratteristica principale della bambina è la sua apparente tolleranza (non si lamenta, non mostra affanno), pur in quadri di broncostruzione che, se documentati con spirometro, sarebbero già gravi. Anche l'ostruzione è abbastanza silente - voglio dire, pochi fischi - e potrebbe ingannare chi non la conosce. Il test cutaneo mostra una forte sensibilità allergica all'alternaria.

Per evitare il ricorrere di episodi gravi, a parte la terapia di base con steroidi inalatori che la bambina fa, e se è vero che la componente di gravità in questa paziente è legata soprattutto all'alternaria, è possibile una terapia desensibilizzante alla stessa?

Pediatra di base, Venezia

La bambina ha certamente dei fattori di rischio importanti di crisi acute gravissime con pericolo di vita: l'età più critica in questo senso; la cattiva percezione della broncostruzione; un precedente ricovero in Rianimazione e, non da ultimo, la sensibilità all'alternaria, che è stata correlata a questi eventi più drammatici (McFadden ER Jr. Fatal and near-fatal asthma. *N Engl J Med* 1991;324:409-11). Per l'alternaria è certamente possibile effettuare una desensibilizzazione sia con vaccini tradizionali iniettivi che per via orale. Che poi possa risultare utile in questi casi particolarmente gravi non è però mai stato provato. Raccomanderei comunque, almeno nel periodo dell'alternaria (mesi caldi di fine estate, autunno), un attento monitoraggio del picco di flusso mattina e sera e di mantenere la terapia antinfiammatoria di base a dosi piene.

Bambina, che a luglio 2007 compirà 6 anni, ha eseguito, quando era più piccola, tutte le vaccinazioni obbligatorie e facoltative senza presentare problemi. Al-

l'età di 4 anni, dopo un giorno di terapia con amoxicillina (per febbre, tosse, rinite e faringite), per la comparsa di eruzione diffusa eritemato-papulo-bollosa, veniva ricoverata prima in Pediatria e poi in Rianimazione per il grave peggioramento clinico.

Diagnosi di dimissione: sindrome di Stevens-Johnson.

All'età di 5 anni e mezzo, prima di effettuare il richiamo vaccinale DTPa e la 2° dose di MPR, in accordo con il pediatra di base sono stati valutati, il 14/12/2006, dosaggi anticorpali che sono risultati: anticorpi anti-morbillo 930 mUI/ml e anticorpi anti-tetano < 0,03 UI/ml (quindi a sorpresa non protetta per il tetano).

Sentito il parere di un allergologo, questi ha consigliato di eseguire vaccinazione antitetanica in ambiente protetto.

Mi chiedo: potrebbe scatenarsi un nuovo episodio di ipersensibilità anche a distanza di giorni dalla somministrazione di un vaccino? (la bambina, a esclusione del gravissimo evento segnalato, non ha problemi di allergie).

Se si può eseguire la vaccinazione in ospedale, è consigliata la sola antitetanica o anche l'antidifterica associata, e sarà sufficiente una sola dose per garantire la protezione? (mi sono stupita che con un ciclo di base di 3 dosi non sia neppure parzialmente protetta!).

Secondo voi qual è l'atteggiamento più corretto per tutelare la salute della bambina, anche perché la mamma è molto spaventata al pensiero di eseguire la vaccinazione e vorrebbe essere rassicurata.

doit.ssa Marinella Mao

Come lei sa, la sindrome di Stevens-Johnson (SSJ) è una malattia plurideterminata, dovuta ad agenti infettivi (principalmente *Mycoplasma pneumoniae*) o a farmaci (sulfamidici a lenta eliminazione, ibuprofene, piroxicam, salicilati, anticonvulsivanti e specialmente la fenitoina, una volta chiamata dintoina) o a eventi scatenanti di difficile identificazione. Eccezionalmente sono stati riportati casi di SSJ o di eritema multiforme dopo vaccinazione (meningococco (Studdiford J. et al. *Pharmacotherapy* 2006; 26:1658-61), vaiolo, antrace e tetano (Chopra A, et al. *Mayo Clinic Proc* 2004; 79:1193-6), morbillo (Hazir T et al, *J Pak Med Ass* 1997;47:264-5): tre soli casi riportati in PubMed al giorno di oggi. Non avrei quindi alcun timore di vaccinare la bambina: la causa della sua ma-

nifestazione cutanea risiede probabilmente nella malattia infettiva (forse da *Mycoplasma*) o nella somministrazione di amoxicillina. D'altra parte la bambina era già stata sottoposta a numerosi vaccini senza presentare alcun effetto collaterale. Sono quindi dell'idea di procedere alle vaccinazioni. Ci rimangono da affrontare due problemi: dove eseguire la vaccinazione e quali vaccini usare.

1. Non vedo alcuna ragione per eseguire la vaccinazione in ambiente protetto, perché l'eventuale SSJ insorge a distanza di molte ore, se con di giorni o settimane.

2. Anche se la presenza di anticorpi anti-morbillo, potrebbe rendere inutile una seconda dose (che le ricordo ha la funzione di far rispondere quelli che non hanno risposto alla prima), bisogna pensare anche alla rosolia, anche perché si tratta di un soggetto di sesso femminile. Quindi o si dosano anche gli anticorpi contro la rosolia (Rubeotest) e ci si regola di conseguenza, o la bambina riceve una seconda dose di MPR. Rimane da discutere sulla vaccinazione antitetano: un livello di 0,03 UI/ml non è da considerare come negativo, anche se non è una quantità sufficiente per la prevenzione: questo livello significa che la bambina ha avuto contatto con l'anatossina tetanica, ma che necessita di una dose di richiamo, che, per completezza, unirei all'anatossina difterica. Una persona che non sia mai venuta a contatto con l'anatossina o la tossina tetanica ha un livello $\leq 0,01$ UI/ml. Una sola dose dovrebbe essere sufficiente per le ragioni sopra ricordate. Non avendo ancora compiuto i sei anni, farei una dose DT a dose piena e, se non trova la preparazione, farei il vaccino DTPa.

Signora celiaca in gravidanza. Quali esami e quando al neonato? Se ho capito bene dal Focus del numero 7/05 alla nascita si dovrebbe eseguire la determinazione dell'HLA-DQ2/8 e poi, dopo il primo anno, il dosaggio degli anticorpi anti-transglutaminasi.

È giusto? E per la dieta come ci si comporta?

doit. Stefano Pirovano
Pediatra, Melegnano (MI)

Se un bambino nasce da mamma celiaca una linea di comportamento accettabile, come dice la collega, è proprio quella di eseguire subito la determinazione HLA

e, nel caso di positività per DQ2 o DQ8, di monitorare clinicamente e con dosaggio periodico degli EMA il nuovo nato dopo lo svezzamento in caso di comparsa di sintomatologia clinica compatibile e, comunque, anche in assenza di sintomatologia clinica, ogni 6-12 mesi. Naturalmente la dieta deve essere libera con introduzione di normali quantità di glutine allo svezzamento (per 5-6 mesi).

In realtà c'è un punteggio di rischio basato sul tipo di HLA (che pone il bambino figlio di celiaco tra il 5% e il 60% di probabilità) che si può e che si comincia a utilizzare. Ma per un figlio di celiaco che sia DQ2 il rischio alla fine della vita è del 50%.

A proposito di denti da latte, gradirei sapere quali possono essere i problemi a cui può andare incontro un bambino. La febbre? la diarrea? la tosse? diminuzione dell'appetito? prurito a carico delle gengive? facile irritabilità? Io non credo che l'eruzione dei denti da latte sia causa dei suddetti problemi, ma si può sempre imparare qualcosa. Voi cosa ne dite?

Pediatra

La risposta alla sua domanda la può trovare sulla "Pagina gialla" di *Medico e Bambino* di aprile scorso, dove viene riportato il responso degli addetti alla rubrica "Archimedes" degli *Archives*, acquisito attraverso la medicina basata sulle evidenze (*Arch Dis Child* 2007;92:266-68). Non ci sono, in parole povere, segni o sintomi patognomonici di uno stato di dentizione in atto: né la febbre, né l'ipersalivazione, né il rossore delle gote, né il pianto lamentoso e intermittente, né il rifiuto dei cibi solidi, né la diarrea.

A proposito della sindrome da ipersensibilità ai farmaci (DRESS), come agente eziologico, in un recente congresso tenutosi a Barcellona, è stato chiamato in causa il virus umano dell'Herpes di tipo 6 (HHV6).

Gradirei sapere se la stessa sindrome può essere causata da altri agenti e in modo particolare dal virus dell'influenza.

Pediatra di famiglia

Cercando su PubMed, non è segnalata alcuna associazione tra DRESS e virus dell'influenza. Altro non so dire.