

I comportamenti inutili e dannosi

Parte IV

GIORGIO LONGO, ALESSANDRO VENTURA

Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Questa è l'ultima parte della sintesi di una sessione di "Confronti in Pediatria" 1997. È dedicata a farmaci noti ma insufficientemente usati (l'adrenalina per via aerosolica nella bronchiolite), e a volte male usati (adrenalina per via intramuscolare nello shock), alla rilevanza/non rilevanza dei trofoallergeni nella dermatite atopica, ai test utili e non utili nell'allergia respiratoria e alimentare, alla medicina alternativa.

Adrenalina: intramuscolo nello shock!

Un altro errore, più pericoloso, a cui bisogna fare attenzione. Si tratta dell'adrenalina sottocute nello shock. È una delle indicazioni più antiche e più condivise; e va bene, ma non nello shock in atto. Va bene nel bambino che tocca qualcosa e che comincia a riempirsi di bolle; ma in una situazione drammatica, con scompenso circolatorio e certamente con un allungato tempo di riassorbimento l'adrenalina va fatta per via intramuscolare. Nella *Figura 1* è esposto graficamente il tempo di riassorbimento di una dose di adrenalina sottocute in un volontario sano (si badi bene, non in un paziente in shock). I tempi per raggiungere il picco ematico sono molto lunghi, anche di due ore¹.

Cortisone e bronchiolite

L'adrenalina ha invece un nuovo (o quasi nuovo) spazio: il trattamento della bronchiolite per via aerosolica² (effetto sull'edema bronchiolare). Per i corticosteroidi, invece, come la letteratura e gli studi controllati continuano a ripeterci, non c'è proprio spazio³. Invece, nella bronchiolite, tutti continuano a usare i corticosteroidi. Questo è un errore, di inerzia, criticato da tutta la letteratura e nello stesso tempo anche commesso, contro ogni prova, da tutti.

È una di quelle ostinazioni, di quell'andare contro alle evidenze, di quel «fare qualcosa è meglio che non far niente», di quel seguire la corrente, forse di quel confondere la bronchiolite con la

bronchite asmatiforme, che non cessano di sorprendere.

Trofoallergeni e pneumoallergeni

Quali sono gli errori più frequenti nella dietoterapia della dermatite atopica?

1. Ritenere che sia l'unico intervento terapeutico possibile: lo è, forse, solo nel primo anno.
2. Affrontare con la dieta anche la dermatite atopica a esordio tardivo (dopo

l'anno), o anche a tardiva riaccensione. In questo caso altri fattori predominano (iperreattività cutanea); l'allergia alimentare ha un ruolo irrilevante, mentre può essere di qualche utilità la profilassi dell'acaro della polvere ove ne sia documentata la sensibilizzazione (prick e patch test). (NB: Anche noi, anni fa, eravamo molto più orientati alla dieta di eliminazione; oggi ci succede invece molto più spesso di prendere la decisione con-

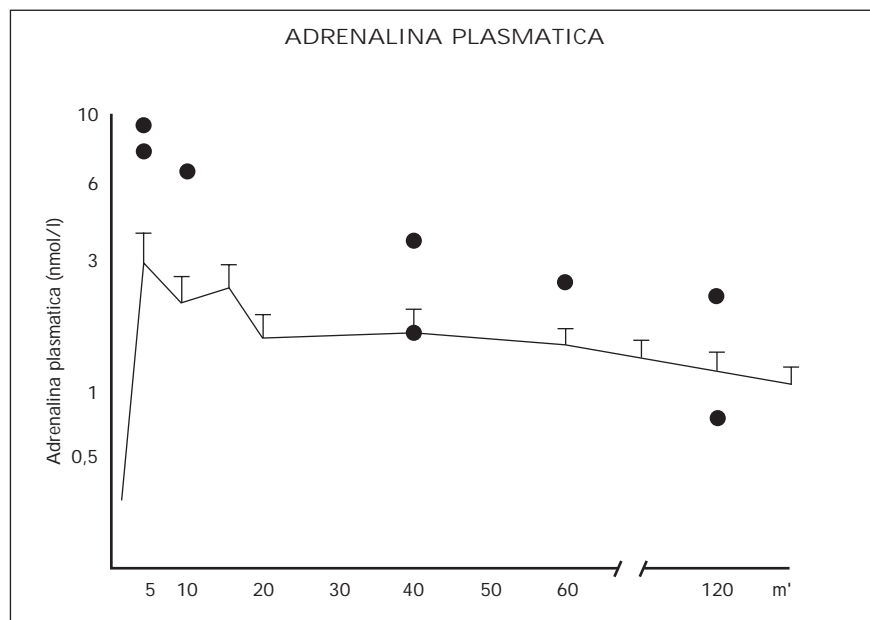


Figura 1. Valori medi e picco massimo (cerchi pieni) raggiunto in 8 volontari dopo la somministrazione di 0,5 mg di adrenalina sottocute.

traria, rimettendo in dieta libera bambini che ci arrivano già in dieta ristretta. Comunque, in ogni caso, la liberalizzazione della dieta è obbligatoria quando non abbia dato luogo a evidente miglioramento.

3. Fare i prick test per individuare gli alimenti da togliere: un esame dimostratamente assai poco predittivo (la positività del prick test ad alimenti non esprime che raramente una ipersensibilità clinica).

4. Dimenticare di dare il calcio ai bambini in dieta senza latte.

E quali sono gli errori più frequenti in pneumoallergologia?

1. Tenere un gatto in casa nelle famiglie allergiche: l'epitelio di gatto è il più sensibilizzante degli allergeni inalanti, e il più difficile da eliminare da una casa.



2. Ritenerne che il prick test prima dei tre anni non meriti di essere fatto. In realtà, fin dal primo mese di vita è possibile dimostrare una cutipositività (solo che, all'inizio, la cutipositività si ha quasi soltanto per alimenti).

3. Preferire ancora il RAST al prick test; il RAST è sicuramente meno sensibile del Prick, oltre che molto più costoso, (L. 196.000 contro L. 22.500), e assai più "invasivo" (Tabella I).

4. Testare troppi allergeni. Esiste una sequenza quasi obbligata nella sensibilizzazione: di norma non ci si allergizza mai ad allergeni rari prima che ad allergeni comuni. L'allergene a cui ci si sensibilizza prima, nei primi mesi di vita, è il bianco d'uovo (sensibilizzazione in utero; o attraverso il latte materno; o attraverso molecole di uovo contenute nella polvere), a cui segue la sensibilizzazione al gatto, a cui segue quella all'acaro, a cui segue quella alle graminacee. Quest'ultima, a seconda della stagione di nascita e della esposizione, può verificarsi anche in soggetti non sensibili all'acaro, e il 37% degli allergici non sensibili all'acaro è sensibile alle graminacee (Figura 2). Comunque, con 5 allergeni (latte, uova, gatto, polvere, graminacee) copriamo tutte le sensibilità nei primi cinque anni di vita (Figura 3).

5. Dimenticarsi di testare l'allergene (epitelio di gatto).

6. Dosare le IgE totali. Che le IgE siano

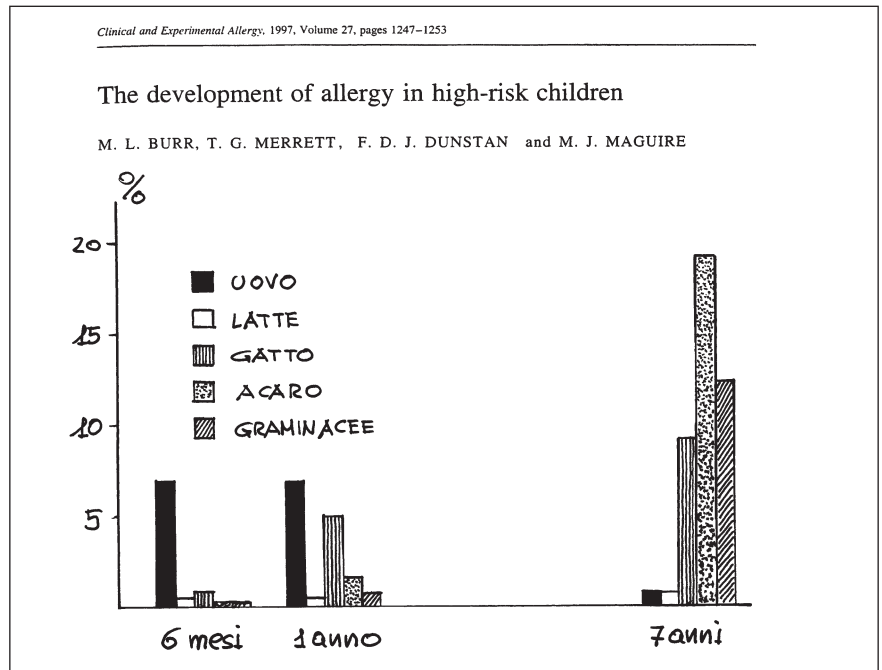


Figura 2. Tempo di comparsa (e di scomparsa) della cutisensibilità ai più comuni allergeni. Quella al bianco di uovo è la prima a comparire, seguita da quella al gatto e poi alla polvere e infine alle graminacee. NB: I bambini allergici al bianco d'uovo nel primo anno hanno 75-80% di probabilità di diventare atopici.

alte negli atopici, lo sappiamo già da prima; ma si tratta di un test grossolano, che non correla né con la gravità della malattia né con l'esposizione agli allergeni offendenti né con l'entità della flogosi allergica.

7. Cercare un'ipersensibilità verso allergeni esogeni nell'urticaria cronica (test allergici e/o diete). Sappiamo con sicurezza che l'urticaria cronica non è mai

da allergeni esogeni; nella grande maggioranza dei casi si tratta di patologia autoimmune, rivolta verso le IgE o verso i recettori per le IgE dei mastociti¹.

La medicina alternativa

Mi allaccio ai test allergologici per aprire e chiudere un capitolo sui test non ortodossi.

Forse non bisognerebbe nemmeno

	IgE SPECIFICHE (vantaggi e svantaggi rispettivamente del Prick test e del RAST)	
	Prick	RAST
Rischio di reazioni allergiche	±	-
Sensibilità del test	+++	++
Test Alterato dagli anti-H1	si	no
Test alterato da dermatiti estese	si	no
Test alterato da dermografismo	si	no
Disturbo per il bambino	+	++
Risultati immediati	si	no
Ampie batterie di estratti	no	si
Risultato semiquantitativo	si/no	si
Labilità degli allergeni	si	no
Costo	<	>

Tabella I

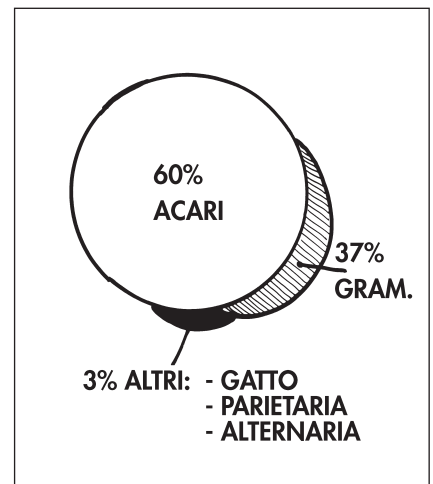


Figura 3. Dei bambini atopici di 5 anni il 60% è sensibile all'acaro, il 37% solo alle graminacee e solo il 3% ad altri allergeni.

parlarne; ma ad alcuni test bisogna pur fare cenno. Parlare, ad esempio, del test di citotossicità (morte dei granulociti neutrofili messi a contatto col siero sensibile), se non altro per dire che esistono ormai esami controllati che ne dimostrano con certezza l'inefficacia. Oppure dell'esame del capello: un esame che è stato messo fuori legge negli Stati Uniti perché ha indotto ad astensione da alimenti importanti e innocenti, con danno dei pazienti. O del Vegatest, un esame molto suggestionante, con la lancetta che si sposta quando il paziente prende in mano una vaschetta con quantità omeopatiche dell'allergene presunto responsabile. O i test kinesiolgici che misurano la forza muscolare, prima o dopo che il soggetto ha toccato l'allergene.

Oppure la terapia omeopatica fuori bersaglio. Abbiamo nel nostro diario un caso indimenticabile che vi racconto in fretta: una bambina arrivata da noi esausta, dopo 5 giorni di asma curato con le goccioline omeopatiche; non ho saputo far altro che prenderla in braccio e portarla di corsa in rianimazione dove è stata intubata e salvata per un soffio.

Non è l'unico caso indimenticabile di questo tipo: c'è anche un bambino che è

morto, dopo dieci giorni di gocce, ma preferiamo dimenticarlo.

L'omeopatia è un trattamento utilissimo nella non-malattia, nella malattia-disturbo; ma trattare con l'omeopatia una malattia vera, per la quale esistano farmaci di provata efficacia e non gravati da effetti collaterali sproporzionati alla gravità della malattia stessa, è un errore colpevole.

Ancora sulle terapie alternative. Le "erbe cinesi" sono state sperimentate (con successo) nella dermatite atopica grave, ma, nell'uso "corrente", hanno prodotto gravi effetti collaterali. La fitoterapia non è una terapia innocente, anche se è una terapia "naturale"; sono necessarie conoscenze empiriche, tanto più approfondite quanto più ricco di principi attivi e complesso è il prodotto naturale.

Terapia iperbarica

Ma ci sono terapie alternative anche nella medicina considerata "normale", "indiscutibile", "ufficiale", "ospedaliera". Una di queste, una terapia "magica", usata molto più di quante non siano le sue indicazioni di dimostrata efficacia, è la terapia iperbarica, una terapia con mille indicazioni di fantasia. Una terapia co-

stosa (e dunque redditizia), inserita senza sufficienti credenziali in un contesto (quella medicina ufficiale, che tutti vorremmo potesse essere identificata, almeno un po', con la medicina basata sull'evidenza). In verità, come ho detto, le indicazioni che hanno una evidenza scientifica provata sono molto poche⁵.

In campo pediatrico un uso proposto è quello della fascite necrotizzante; ma le osservazioni favorevoli sono solo aneddotiche; c'è un generale eccesso d'uso della terapia iperbarica (sia pure in condizioni che giustificano lo sperimentalismo) e una grande povertà di ricerche cliniche policentriche controllate.

Bibliografia

1. Estelle F, Simons R, et al. Epinephrine absorption in children with a history of anaphylaxis. *J All Clin Immunol* 1998;101:33-7.
2. Sanchez I, et al. Effect of racemic epinephrine and salbutamol on clinical score and pulmonary mechanics in infants with bronchiolitis. *J Pediatr* 1993;122,(1):145-51.
3. Roosevelt G, Sheehan K, et al. Dexamethasone in bronchiolitis: a randomized controlled trial. *Lancet* 1996;348:292-5.
4. Burr ML, et al. The development of allergy in high-risk children. *Clin Exp All* 1997; 27:1247-53.
5. Tibbles PM, Edelsberg JS. Hyperbaric-oxygen therapy. *N Engl J Med* 1996;334:1642-8.

Trieste, Stazione Marittima, 12-13 maggio 2000

LE GIORNATE DI MEDICO E BAMBINO

Venerdì 12 maggio

- 9.00 PROBLEMI PIÙ O MENO CORRENTI
Curare bene l'asma - G. Longo
Indicazioni alla splenectomia - P. Tamaro
- 10.00 UN FARMACO, UNA MALATTIA:
Il caso dell'artrite reumatoide - L. Lepore
- 10.30 EDITORIALE di G. Tamburlini
- 11.00 Caffè e biscotti
- 11.30 LO SPECIALISTA E IL PEDIATRA
Tre raccomandazioni al pediatra da parte del cardiologo - F. Picchio
Tre raccomandazioni al pediatra da parte del rianimatore - A. Sarti
Tre raccomandazioni al pediatra da parte del chirurgo pediatra
A. Messineo
- 13.00 Prosciutto in crosta, senape e kren
- 14.30 RUBRICA ICONOGRAFICA - F. Longo
- 14.50 EDITORIALE - F. Marchetti
- 15.10 PAGINA GIALLA - A. Ventura
- 15.40 L'articolo dell'anno letto dall'Autore - L. Notarangelo
- 16.10 Tè, torta e biscotti
- 16.30 TAVOLA ROTONDA
Il bambino e il ricovero: passato, presente, futuro
F. Panizon, P. Alcaro, N. D'Andrea
- 17.30 I Poster degli specializzandi: commento e discussione - G. Bartolozzi

Sabato 13 maggio

- 9.00 Cosa ne è del self-help? Esperienze in controluce
F. Fusco (Valdagno), P. Polcino (Benevento), S. Fedele (Palermo)
- 10.00 LE LETTURE DI: Massimo Fontana (Infettivologia),
Luigi Greco (Gastroenterologia), Giuseppe Maggiore (Epatologia)
- 11.30 PROBLEMI CORRENTI: Quando trattare la varicella - E. Barbi
- 11.50 Aranciata e altre bevande
- 12.10 EDITORIALE di F. Panizon
e assemblea degli abbonati (critiche, suggerimenti, programmi)
- 13.30 Baci e abbracci

COMUNICAZIONI SCIENTIFICHE

Si invitano gli specializzandi a inviare i contributi (sotto forma di abstract di una cartella) per la sezione poster. Il termine ultimo per la presentazione dei contributi è l'1 aprile 2000.



SEGRETERIA SCIENTIFICA

Il Comitato Scientifico di *Medico e Bambino*:
Franco Panizon, Giorgio Longo, Paola Rodari,
Giorgio Tamburlini, Alessandro Ventura

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Quickline Congressi
via S. Caterina 3 - 34122 TRIESTE
Tel. 040 / 773737 - 363586
Fax 040 / 7606590
e-mail: quick@trieste.com