

Le domande vanno inviate alla redazione preferibilmente via mail (e-mail: domanderisposte@medicoebambino.com) oppure per posta (via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste). Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale di *Medico e Bambino*, che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica.

Le domande di maggior interesse generale potranno essere pubblicate nella rubrica "Domande e Risposte". Per questo, è opportuno che il mittente segnali anche la città in cui lavora e la qualifica e/o il tipo di attività svolta.

Se, al contrario, non si desidera che il proprio nome venga indicato in calce al quesito posto, è sufficiente specificarlo.

Adrenalina aerosol. *Ho letto con molto interesse le possibili indicazioni dell'adrenalina per via aerosolica e l'utilità dell'associazione con il beclometasone nel croup. Vorrei sapere dalla vostra esperienza se l'adrenalina è più efficace se somministrata in aerosol da sola, o con il beclometasone.*

dott.ssa Serenella Castronuovo
Pediatria di famiglia, Nettuno (Roma)

Se viene utilizzata per l'anafilassi incipiente l'adrenalina va usata da sola e diluita con fisiologica per portare almeno a 3 ml il contenuto dell'ampolla. Noi la usiamo con discreta frequenza nel percorso di desensibilizzazione per alimenti al primo segno di reazione avversa che interessi le vie aeree (abbassamento della voce, senso di ostacolo alla gola, tosse insistente con rinorrea), come pure, con la stessa indicazione, nei bambini che hanno reazioni nel corso di un test di provocazione orale con alimenti. Usata così ha grandi vantaggi: 1) si ottiene un più rapido risultato sui sintomi respiratori dell'anafilassi, che nel bambino sono sempre i primi e i più temibili (immediata ed elevata concentrazione sulle vie aeree); 2) lascia libera la possibilità di utilizzare, comunque e sempre, la via intramuscolare quando la sua azione non dovesse risultare risolutiva; 3) per la maggiore dimestichezza con questa via di somministrazione rispetto alla via intramuscolare, succede che si somministri con maggiore tempestività, al primo sospetto, senza timori. Per il croup è bene associare all'adrenalina un cortisonico inalatorio. L'associazione con lo steroide topico serve per evitare il rebound dopo cessato l'effetto dell'adrenalina (che ha una emivita breve di 2 ore). Infine la budesonide servirebbe

maggiormente rispetto al beclometasone perché ha un effetto vasocostrittore topico superiore (e, per questa indicazione, ha maggiore evidenza di efficacia in letteratura).

Asma intrinseco e terapia di base. *Un mio paziente di 12 anni è seguito, oltre che da me, dal Centro di Broncopneumologia di riferimento per "asma lieve persistente in soggetto non atopico" (prick test e RAST per inalanti negativo; non asma da sforzo). Terapia di fondo con steroidi inalatori (SI). Dal 2007 a oggi ha eseguito 8 esami spirometrici con risultati sempre sovrapponibili: "Quadro di base compatibile con ostruzione lieve. Broncodilatazione con salbutamolo ai limiti della positività". Nell'ultimo anno, pur avendo sospeso la terapia di fondo con SI, ha sofferto di 2 episodi di broncospasmo in corso di infezione respiratoria. È utile proseguire con controlli spirometrici semestrali, come consigliato dal Centro? Serve la terapia di fondo con CI? Si può azzardare una prognosi?*

dott. Giacomo Toccafondi
Pediatria di libera scelta, Borgo San Lorenzo (Firenze)

Difficile dare una risposta con i soli elementi che Lei fornisce. La prima cosa che mi verrebbe da dire è che si tratta di una banale forma di asma, NON persistente, ma intermittente; in altre parole il fenotipo più comune di asma nel bambino, quello legato al solo ricorrere delle infezioni respiratorie virali (*recurrent episodic viral wheezing*). L'assenza di labilità da sforzo e un anno senza terapia di fondo, con soli due episodi (magari lievi) in corso di virus, sono molto suggestivi per questo "fenotipo". Tutto

questo anche per dire che certamente va mantenuto senza terapia di fondo (il bambino di fatto non ha, o non ha più, un asma persistente) e va certamente tranquillizzata la famiglia sulla buona prognosi della forma.

Stupisce peraltro non poco che, senza alcuna sensibilità allergica, il bambino abbia realmente avuto in passato un asma "persistente", che vorrebbe dire che ha presentato un ricorrente broncospasmo anche al di fuori delle infezioni virali respiratorie (*wheezing without colds*): da sforzo, risate forti, nel sonno ecc. Se veramente fosse stato così, dovrebbe trattarsi di un bambino che ha avuto il raro fenotipo dell'asma "intrinseco", tipo adulto (NAPA, *Non Allergic Persistent Asthma*, come lo definiamo noi della scuola triestina, oppure "*Non allergic multi-trigger asthma*", come definito dai più nelle varie Linee Guida della letteratura). Comunque lo vogliamo chiamare, dello stesso fenotipo si tratta, caratterizzato da una flogosi eosinofila bronchiale, non sostenuta da alcuna allergia. Se è stato così, significa che ora è guarito da solo. Potremmo solo dire che chi lo ha avuto in cura fino ad ora, prima di iniziare un trattamento di fondo per tempi così lunghi, avrebbe dovuto almeno pensarci e misurare l'ossido nitrico esalato e/o ricercare gli eosinofili nell'escreato o, più semplicemente, nel muco nasale. Non basta un leggero difetto ostruttivo spirometrico, nemmeno completamente reversibile con salbutamolo, per fare una diagnosi di asma "persistente".

Infine, per sapere come la penso sull'utilità o necessità dei controlli spirometrici programmati, la invito a leggere il mio commento: "Curare bene l'asma", che è stato pubblicato sul numero di novembre di *Medico e Bambino*.