

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, VACCINI

Sono un pediatra di famiglia che, in seguito a un'ecografia fatta eseguire a una paziente di 10 anni, è venuto a conoscenza della diagnosi di bile spessa. Ho consigliato di fare eseguire un'altra ecografia alla ragazzina; nel caso anche questo secondo esame desse lo stesso esito, potrei effettuare una terapia a base di acido ursodesossicolico? Avete una qualche esperienza con tale farmaco in pediatria?
PS. La ragazzina, a parte il suo sovrappeso e avere sofferto di frequenti episodi di tosse per i quali non è mai stata posta alcuna diagnosi, attualmente accusa meteorismo soprattutto dopo i pasti.

dott. Giuseppe Vacca
Pediatra di famiglia, Villacidro (Cagliari)

Il termine di "bile spessa" è usato solo in periodo neonatale. Il quadro eventualmente a cui si riferisce è quello di una bile ipercogena verosimilmente sovrassatura. Il fatto poi che la bambina sia in sovrappeso (quanto?) fa supporre che la bile sia sovrassatura di colesterolo. L'obesità è un rilevante fattore di rischio di colelitiasi già sin dall'età pediatrica. Non credo quindi che la soluzione sia l'uso dell'acido ursodesossicolico (per quanto tempo?) quanto quella (molto più difficile, ma patogenetica) di un apporto a una lenta e progressiva perdita di peso. Poiché (purtroppo) anche la riduzione del peso, specie se rapida, è un ulteriore fattore di rischio di colelitiasi, potrebbe essere opportuno associare, per un periodo limitato, al regime ipocalorico una profilassi di una eventuale litiasi con l'acido ursodesossicolico.

Bambino di quattro anni che ogni mattina, poco dopo l'assunzione di latte intero, ha crampi addominali e successiva evacuazione di feci non diarrhoiche. Oltre a questo fenomeno ben spiegabile, si aggiunge però che, quasi a ogni pranzo, quindi indipendentemente da ciò che gli viene preparato, nel bel mezzo dello stesso, ha una nuova urgenza alla defecazione, per cui deve alzarsi, defecare -

feci normali - e poi riprendere il pranzo. Cosa può essere?

dott. Nunzio Lardaro
Pediatra di famiglia, S. Felice a Cancellò (Caserta)

Lo stimolo (e l'urgenza) alla defecazione al pranzo, o subito dopo, è dovuto al riflesso gastro-colico, fisiologico (aumento della peristalsi colica alla dilatazione dello stomaco), che in alcuni soggetti, e tipicamente nell'età prescolare, può essere molto accentuato. Anche i disturbi al mattino, dopo l'assunzione del latte, hanno verosimilmente la stessa spiegazione.

Un'ipotesi alternativa a quello che succede con il latte è che il bambino sia intollerante al lattosio. Per questa ipotesi è possibile una diagnosi di certezza con il "breath test" al lattosio e, nel caso la diagnosi fosse confermata, bisogna escludere che questa non sia secondaria a una "sofferenza" (danno) della mucosa intestinale. Non dobbiamo infatti dimenticare che l'intolleranza al lattosio (da deficit di lattasi) è relativamente rara nella popolazione caucasica e ancora di più nel bambino piccolo. Nel caso fosse confermata l'intolleranza al lattosio, la prima e forse l'unica patologia da ricercare è la celiachia, tanto che potrei suggerire di fare il percorso inverso, più semplice, ricercare gli anti-tTG e, se negativi, trascurare il tutto.

Sono un genitore di un bambino di 5 anni allergico a latte e derivati e uova; le allergie sono state scoperte al compimento dei sei mesi; da allora effettua una dieta priva sia di latte che di uova. La reazione allergica si è manifestata con un'acuta orticaria.

Al compimento dei tre anni abbiamo effettuato un day hospital per eseguire prick test, prick by prick, patch test e infine il test di provocazione orale (TPO), che è stato sospeso alla dose di 6 ml di latte vaccino in quanto il bambino ha cominciato a presentare prurito diffuso, lacrimazione, starnuti continui e orticaria. Nel maggio 2010 abbiamo ripetuto di

nuovo tutti i test (senza TPO) con gli stessi risultati effettuati in precedenza. Il pediatra ci ha consigliato di aspettare il compimento del 6° anno per effettuare di nuovo il TPO.

Vista la vostra avanguardia sulla desensibilizzazione in merito alle allergie, volevo un parere e un consiglio sul da farsi.

Un genitore
Salerno

Noi a Trieste, dopo un TPO positivo, quando la dose tollerata supera i 2 ml di latte (o altro alimento), avviamo, dal giorno dopo, e partendo dalla dose tollerata, la reintroduzione dell'alimento che poi viene progressivamente e lentamente aumentata in media ogni tre giorni, per una sorta di desensibilizzazione orale. E così avremmo fatto anche con suo figlio.

In questo modo, il più delle volte, si riesce a raggiungere la tolleranza completa (dosi libere di latte e derivati) in tempi relativamente brevi (qualche mese) e, nella nostra, oramai larga esperienza, senza problemi di particolare rilevanza o pericolosità.

Peraltro sono ancora pochi i Servizi Allergologici che adattano la stessa procedura, anche perché, è giusto sottolinearlo, il nostro è un modo di procedere non ancora previsto dalle Linee Guida internazionali che in questi casi prevedono la ripetizione del TPO dopo un anno e la ripresa di una rigorosa dieta di esclusione fino al raggiungimento (spontaneo) della tolleranza (assunzione di 150 ml di latte senza reazioni al TPO).

Pochi dei miei pazienti allergici scelgono la difficile strada della desensibilizzazione specifica, visto che stanno in genere bene con la terapia medica. Mi sono quindi stupito vedendo che un ragazzo di 12 anni asmatico, rinitico e con eczema atopico ancora presente, ha scelto di fare, su consiglio dell'allergologo, un doppio trattamento: vaccino orale per olivo e graminacee; vaccino sottocutaneo per acaro.

Si tratta di un procedimento comprovato?

Mi aspetto che, data la molteplicità della sensibilizzazione, le probabilità di riuscita non siano molto elevate. Il vaccino sottocutaneo viene somministrato in ambulatorio privato; con gli attuali vaccini quanto è ancora attuale il rischio di reazione anafilattica? Allo stato attuale delle cose, è praticabile la ITS sottocutanea in sicurezza, pur non essendo esperti di rianimazione?

Di quali dotazioni bisogna disporre? Il ragazzo ha un asma facilmente controllabile e non ha mai avuto episodi allarmanti.

dott. Rosario Cavallo
Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)

La scelta della doppia via di somministrazione degli estratti nello stesso paziente non l'avevo ancora mai sentita. C'è chi opta sempre e comunque per la via sublinguale e chi, al contrario, come il sottoscritto, considera più comprovati e chiari i risultati ottenibili con la via tradizionale, sottocutanea. Le reazioni sistemiche e a rischio della via sottocu-

tanea sono fortunatamente un lontano ricordo da quando utilizziamo gli allergeni "ritardo".

Ritornando al suo paziente e tralasciando il mix di pollini diversi che, di norma, non andrebbe consigliato perché improbabile che risulti efficace, la vera perplessità l'avrei sul fatto di aver prescritto una doppia vaccinazione per un asma facile da controllare: tra una cosa e l'altra la famiglia spenderà non meno di 1000 euro all'anno.

Ho tra i miei pazienti una bambina di 13 anni, non ancora mestruata, nettamente in sovrappeso e attualmente in dietoterapia più supporto psicologico (è purtroppo l'unica della famiglia con questo problema e vive relativamente male questa sua condizione). Ho prescritto alcuni esami ematochimici, tra i quali la funzionalità tiroidea, colesterolo, trigliceridi, lipoproteine, glicemia a digiuno e dopo pasto.

L'unico valore anormale è quello della lipoproteina (a), che risulta essere 45,5 mg/dl (v.n. 0-30 mg/dl).

In letteratura ho trovato parecchie cose

circa il valore prognostico pro-cardiopatia che viene attribuito alla LPa nell'età adulta. Ma stento a trovare indicazioni per capire quale significato dare a questo risultato a 13 anni.

Va monitorato nel tempo? Vanno fatti accertamenti a tutti i familiari? A domanda la mamma nega che nel ramo familiare, suo e in quello paterno, esistono o siano esistiti problemi "cardiaci" (quantomeno a lei noti).

dott. Saverio Mirabassi
Pediatra di famiglia, Trento

La lipoproteina, che non è altro che un "nuovo" tipo di colesterolo, è un fattore di raddoppio del rischio coronarico. È comunque meno importante avere livelli elevati di LPa rispetto a livelli elevati di colesterolo LDL. La LPa si giova dei soliti rimedi, attività fisica, dieta, mentre le statine non hanno grande efficacia. Sono in sviluppo farmaci per ridurre i livelli, che sicuramente non saranno ancora per uso pediatrico, quindi non mi preoccuperei più di tanto: va bene quello che già sta facendo.
