

Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica:

ALLERGLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETOLOGIA, EMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA E MALFORMAZIONI, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, VACCINAZIONI

Dove si eseguono gli anticorpi anti-transglutaminasi IgG?

dott.ssa Antonia Intino (Pediatria di base)
Gioia del Colle (BA)

Si eseguono, nell'ambito dell'attività di ricerca, presso il laboratorio della Clinica Pediatrica di Trieste. In particolare hanno permesso di identificare la malattia in quell'8-10% di celiaci con difetto di IgA. Sarà presto disponibile un kit commerciale che metterà i laboratori di analisi in grado di eseguire il test.

Gradirei sapere, in base a studi nazionali e internazionali, qual è il giusto periodo di isolamento per soggetti affetti dalle seguenti patologie: morbillo, parotite epidemica, pertosse, varicella, rosolia, faringite streptococcica, scarlattina, mononucleosi infettiva, pediculosi. Qual è la più recente circolare ministeriale che riguarda tale argomento?

Pediatria di base
Feltre (BL)

A mia conoscenza l'ultima circolare ministeriale in merito è la n° 4 del 13 marzo 1998.

In questo documento i periodi di isolamento raccomandati per le malattie infettive sono: pertosse, 5 giorni dopo l'inizio del macrolide; rosolia, 7 giorni dalla comparsa dell'esantema; parotite, 9 giorni dalla comparsa della tumefazione parotideale; morbillo, 5 giorni dalla comparsa dell'esantema; scarlattina e faringite streptococcica, 48 ore dall'inizio di adeguata terapia antibiotica; varicella, almeno 5 giorni dalla comparsa della prima gittata di vescicole; pediculosi, per almeno 24 ore dall'inizio di un adeguato trattamento disinfestante.

La mononucleosi non è considerata, anche perché per questa infezione non è determinato il periodo di contagiosità; si sa comunque che l'escrezione virale respiratoria può continuare per molti mesi dopo l'infezione.

Bambino di nove anni con testicoli in ascensore: alla palpazione si riescono a individuare sempre di consistenza e volume apparentemente normale. Che tipo di controlli fare? ECO? Solo clinica?

dott. Franco Sissa (Medico generico)
Virgilio (MN)

Non mi sembra che debba fare nulla di più di controllare clinicamente i testicoli ogni volta che Le capiterà di rivedere il bambino. Ma anche questo, probabilmente, è già troppo.

Desidererei chiarimenti riguardo al dosaggio e alla preparazione più semplice nelle varie fasce di età per il trattamento dello shock anafilattico e dell'orticaria-angioedema (che vanno trattati in primo luogo con adrenalina e anche cortisonici). In particolare, vorrei chiarimenti sul dosaggio della clorfenamina (Trimeton fiale da 10 mg), in quanto in alcuni testi come "Il pediatra di famiglia e l'emergenza", autore dr. Sarti, a pagina 60, si indica di utilizzare il Trimeton fiale al di sopra dell'anno di età alla dose di 200 gamma/kg, e nella scheda tecnica si parla di usarlo al di sopra dei 12 anni. Avevo letto su Medico e Bambino di gennaio 97, dove vi era uno schema di trattamento dello shock anafilattico, che la dose da 4 settimane a 1 anno era 250 mg/kg. Si tratta di un errore di stampa?

dott.ssa Marinella Mao
Botticino S. (BS)

Nello shock anafilattico la dose indicativa di clorfenamina da fare per via parenterale (i.m. o e.v.) nell'adulto è di 1 o 2 fiale; nel bambino (età della scuola) mezza dose; nei bambini più piccoli dosi progressivamente inferiori che corrispondono più o meno a 200-250 microgrammi (o gamma)/kg. La scheda tecnica riporta le dosi endovena soltanto per i bambini più grandi, sopra i 12 anni, ma questo

non deve sorprendere perché la scheda tecnica deve rifarsi alle regole di registrazione del farmaco che certamente non ha potuto contare su una sperimentazione del composto nello shock anafilattico (di per sé raro) e nei bambini piccoli (del tutto eccezionale).

A un bambino di 40 giorni in ottime condizioni di salute è stato riscontrato un test del sudore positivo. Il test è stato eseguito in seguito al riscontro di una positività dello screening neonatale per fibrosi cistica (FC). Tra quanto tempo devo aspettarmi i primi segni e sintomi della malattia? Quali "linee guida" dovrò allora adottare?

dott. Angelo Adorni (Pediatria)
Collechio (PR)

Non è prevedibile il tempo di comparsa di sintomi in bambini con FC identificati per positività dello screening neonatale. Anche in bambini completamente asintomatici i segni di malattia potrebbero essere già presenti nel primo mese di vita (lieve insufficienza pancreatica senza ritardo della crescita perché mantenuta da un maggiore apporto calorico, isolamento di patogeni, specie stafilococco aureo o emofilo nella coltura dell'aspirato ipofaringeo ecc.).

In ogni regione opera un Centro regionale specialistico per la cura della fibrosi cistica, al quale ci si può rivolgere per concordare il follow-up di questi bambini (in Emilia il Centro regionale è a Parma).

Vorrei cortesemente una risposta al seguente quesito:

> L'immunoterapia specifica (ITS) è più efficace per il polline o per l'acaro?

Giovanni Cosimo
via e-mail

Le rispondo allegando il paragrafo rela-

tivo all'efficacia dell'immunoterapia specifica (ITS) che ho scritto in un mio articolo su *Medico e Bambino* di qualche anno fa: "L'immunoterapia specifica nelle allergie respiratorie in sei domande (più una)" (1998;9:592-8) e che Le consiglio di leggere perché affronta in modo molto concreto e fruibile (domande) le principali problematiche sul tema.

L'ITS è efficace e quanto efficace? È questa una domanda tutt'altro che scontata specie nell'asma bronchiale; ne è dimostrazione il fatto che rimane argomento di attualità in ogni convegno, tavola rotonda o pubblicazione.

La risposta che oggi possiamo dare con certezza è che l'ITS "funziona", ma che per quanto riguarda entità del risultato, durata dello stesso, indicazioni, vi sono molti distinguo da fare e in primo luogo devono essere considerati separatamente l'asma dalla rinocongiuntivite, le allergie perenni da quelle stagionali, l'asma del bambino da quella dell'adulto e i soggetti monosensibili dai polisensibili. H.I. Malling ha affrontato l'argomento dell'efficacia dell'ITS iniettiva valutando tutti gli studi della letteratura (MEDLINE) che fossero stati condotti con il rigore scientifico del doppio cieco contro placebo.

L'Autore ha considerato soltanto i lavori pubblicati dopo il 1980 nella presunzione che da quella data gli estratti utilizzati fossero adeguatamente standardizzati. Su 43 studi riguardanti la rinite allergica in 6 è stata documentata una efficacia elevata (miglioramento dei sintomi superiore al 60%), mentre in 10 non è stata documentata alcuna efficacia (considerata tale quando la riduzione dei sintomi risultava inferiore al 30%). Interessante sottolineare come l'Autore, nel definire arbitrariamente la soglia di efficacia, ricordi che la differenza statistica (valore del p) non è di per sé sufficiente per definire clinicamente efficace un trattamento: una riduzione del 10-20% nelle giornate con sintomi o nel ricorso ai farmaci rispetto al gruppo in trattamento con placebo può essere significativa sotto il profilo statistico, ma per il paziente assolutamente irrilevante.

Nella rinite i migliori risultati sono stati ottenuti con l'ITS per il polline delle graminacee (efficacia documentata in 14 studi su 15). Meno numerosi e meno positivi i lavori nella rinite da acari: efficacia significativa in 3 studi su 5.

Nell'asma bronchiale gli studi in doppio cieco contro placebo sono stati 16 e ben 5 di questi non hanno evidenziato risultati sufficienti. L'asma da polline delle

graminacee è quello con migliore risposta all'ITS: efficacia dimostrata in 5 studi su 6. Nell'asma da acari un risultato positivo si è avuto invece soltanto in 2 studi su 4. L'ITS è risultata infine efficace in 2 studi su 2 nell'asma da epitelio di gatto, mentre l'unico studio con l'epitelio di cane ha prodotto risultati negativi. È interessante a questo proposito ricordare un ampio studio controllato condotto con l'obiettivo di caratterizzare i soggetti con maggiore probabilità di ottenere buoni risultati dall'ITS per l'acaro della polvere.

Da questa ricerca emerge che: a) i soggetti con alterazioni spirometriche persistenti (gli asmatici più gravi, specie se con valori del FEV1 inferiori al 70% dell'atteso) non rispondono al trattamento e sono i maggiori candidati a reazioni sistemiche gravi; b) tra tutti gli allergici i bambini mostrano di rispondere decisamente meglio che gli adulti. Anche tra i bambini, però, quelli con un'altra allergia ad allergene perenne (epitelio di gatto per es.) non si giovano del trattamento e non migliorano la loro reattività bronchiale aspecifica.

La scarsa o nulla risposta dei polisensibili era stata evidenziata anche nelle allergie ai pollini e in quel caso veniva suggerita come spiegazione una diversità nella risposta immunologica tra mono e polisensibili.

Per finire, non dobbiamo dimenticare che è stata ben dimostrata l'inefficacia di trattamenti con dosi basse dell'estratto e che le dosi troppo elevate possono provocare frequenti e inaccettabili reazioni sistemiche. Per una buona terapia la dose di mantenimento dovrebbe contenere tra i 5 e i 20 microgrammi dell'allergene maggiore (non sempre facile ottenere dalle case produttrici la decodificazione dalle arbitrarie unità di misura alla quantità di allergene espressa in peso per ml). In sintesi: l'ITS è efficace, più nel bambino che nell'adulto, più nelle pollinosi che nelle allergie perenni, nei monosensibili e nelle forme di asma non inveterate.

Problema della prevenzione nei casi in cui vi è una forte familiarità per malattie allergiche: entrambi i genitori, un genitore e un fratello.

Visto e considerato che durante la gravidanza non si deve attuare nessuna prevenzione, che è consigliato l'allattamento esclusivo al seno per i primi 6 mesi e durante l'allattamento la nutrice

deve seguire una dieta priva degli alimenti più allergizzanti. Fin qui tutto bene, ma in quei casi in cui manca del tutto il latte materno, cosa è più giusto consigliare? Latte di soia no perché è ugualmente allergizzante. Idrolisati di caseina, ma fino a che mese, il 3° o il 6°? Idrolisati parziali? Secondo la letteratura sono più dannosi che altro, per cui non vanno più usati.

E pensare che nel passato ho sempre usato gli HA nella prevenzione. Adesso dicono che non vanno usati!

Pediatra di base, Nettuno (RM)

Per prima cosa Le dirò che non è affatto scontato che la dieta alla mamma che allatta (senza gli alimenti notoriamente più allergizzanti) sia utile. Vi è una revisione della letteratura sulla Chocrane library che evidenzia un vantaggio molto sottile di questo intervento e inoltre vi sono elementi concreti per ipotizzare che l'abolizione di un alimento (latte, uovo) nella mamma che allatta rende più probabile e grave la sensibilità allergica del bambino verso quell'alimento (anafilassi). In altre parole gli alimenti che passano al bambino attraverso il latte, se possono far male (dermatite) a qualcuno, servono a dare messaggi immunitari che favoriscono la tolleranza. Noi, per esempio, abbiamo abbandonato questa politica della dieta alla nutrice anche quando l'eczema migliora visibilmente con questa.

Se però la mamma non allatta, cosa fare? Il latte di soia non ha mostrato di essere utile, è come il latte vaccino (formula). Gli idrolisati spinti invece riducono l'incidenza di eczema e di asma nel primo anno di vita. Ma il costo e le cattive proprietà organolettiche ne limitano molto l'uso, e comunque con vantaggi limitati nel tempo.

Gli idrolisati parziali, i famosi latti HA, sono meno efficaci degli idrolisati spinti, ma riescono comunque a ridurre la probabilità di queste patologie atopiche nel primo anno in modo significativo e con percentuali che si avvicinano a quelle del latte materno. Ci sono almeno due esperienze di letteratura molto ben fatte e difficilmente criticabili che lo dimostrano. Quindi, malgrado quanto si dice, io credo che i latti HA abbiano un razionale per i primi sei mesi di vita nel bambino ad alto rischio atopico con mamma che non allatta. È un problema di costi e benefici: la dieta alla mamma è utile ma troppo poco per meritare un sacrificio grande come di fatto la dieta è; gli idroli-

sati spinti danno un risultato dimostrato ma fugace e troppo piccolo confrontato con il sacrificio (economico in primo luogo) per consigliarne l'uso; gli HA danno un risultato ancora modesto, ma misurabile e con un prezzo, a mio modo di vedere, assolutamente accettabile (costo basso, sapore non cattivo).

Tutto quanto però soltanto nei primi sei mesi, dopo questa età nessun latte è diverso ai fini preventivi (dimostrato!).

Segnalo, per finire, che stiamo preparando un articolo per *Medico e Bambino* su questo argomento, e tutte queste cose saranno riprese con maggiore larghezza di dati.

Ho un piccolo paziente di 13-14 mesi che già soffre di attacchi di panico quando si trova in ambienti chiusi, ad esempio in ascensore o quando è stato portato a vedere il circo, nel tendone, ha iniziato ad urlare disperatamente.

Il piccolo per il resto non ha nessun ritardo, parla, e il suo vocabolario è già ricco per l'età e non ha problemi rela-

zionali con gli altri bambini. Può essere la spia di una futura patologia?

Pediatra di base, Nettuno (RM)

Quelle che vengono descritte sembrano delle crisi d'angoscia (a quest'età non si può parlare di crisi di panico), di cui non è possibile dire se si tratta di un'angoscia "normale" o di un'angoscia "patologica".

Sarebbe necessaria una maggior conoscenza del bambino (al di fuori dei due episodi citati, esiste un'ansietà di base?) e/o del contesto (eccessivamente preoccupato o comunque poco rassicurante?).

La stessa sottolineatura del ruolo degli ambienti "chiusi" sembra riferibile a un'interpretazione adulta, e d'altra parte il fatto di andare in ascensore o al circo sono per un bambino situazioni assai meno "neutre" di quanto non lo siano per l'adulto: molti elementi possono giocare un ruolo (il rumore, la velocità di spostamento, la luminosità ecc.).

Nei casi lievi di displasia in cui c'è un ritardo di maturazione, nell'attesa del successivo controllo ecografico o radiologico, che differenza c'è nell'uso della mutandina rigida tipo Leopardi (se possibile vorrei di questa la scheda tecnica) e la mutandina divaricatrice tipo Giò rispetto al semplice uso del doppio pannolino? C'è un reale vantaggio?

Pediatra di base

Nei casi di displasia lieve con anca ben centrata sono indicate sia la mutandina rigida che la mutandina divaricatrice tipo Giò, quella con l'inserito rigido. Il doppio pannolino non serve a nulla se c'è una reale displasia.

A proposito di Helicobacter pylori nel bambino, gradirei sapere qual è in questi soggetti la percentuale di positività. Secondo qualche gastroenterologo non è il caso di fare a tutti i positivi la esofago-gastro-duodenoscopia. E allora vi chiedo: quando eseguire il suddetto

esame e quali soggetti mettere in trattamento?

Pediatra di base, Feltre (BL)

L'infezione da *Helicobacter pylori* quando intesa come sieroprevalenza (o breath test o ricerca dell'antigene fecale) si attesta attorno al 10% nell'età pediatrica, mentre nei gruppi di bambini con sintomi dispeptici è intorno al 20%.

Al momento attuale non esistono prove concrete che il trattamento dell'infezione in età pediatrica modifichi la storia naturale della malattia ulcero-peptica e quindi l'atteggiamento pratico deve essere quello di ricercare l'infezione in età pediatrica, unicamente nei bambini con sintomi suggestivi per malattia peptica (dolore epigastrico, dolore notturno, dolore in relazione ai pasti, pirosi, specialmente se in presenza di familiarità). Sono, in altre parole, quei bambini nei quali è indicata l'esecuzione di un esame gastroscopico ma non "come screening" per banali dolori addominali ricorrenti.

Al contrario, in caso di sintomi molto suggestivi per malattia ulcero-peptica e conferma mediante breath test o ricerca dell'antigene fecale di *Helicobacter pylori*, può essere ragionevole trattare, anche senza eseguire una gastroscopia. La ricerca anticorpale deve essere quindi abbandonata: sono anticorpi di tipo IgG e non dicono nulla sulla presenza di infezione in atto.

Va invece fatta la ricerca dell'antigene fecale (sensibilità attorno al 90%). Questa è utile anche per la conferma dell'avvenuta eradicazione dopo trattamento antibiotico e antisecretivo.

A proposito di alcolismo, gradirei sapere se è vero che, a parità di alcol ingerito, fa più male la bevanda alcolica che ha una concentrazione di alcol più bassa, come mai?

Qual è la formula per calcolare quanti grammi di alcol contengono 100 cc di una bevanda alcolica?

Pediatra di base, Feltre (BL)

No, non è vero. Quello che conta è solo la quantità totale di alcol ingerita.

Non è nemmeno vero che fa più male mescolare diversi tipi di bevande alcoliche. Quello che conta è sempre solo la dose totale di alcol e la capacità individuale di metabolizzarlo a livello epatico. La concentrazione alcolica corrisponde più o meno ai grammi di alcol contenuti.

È necessario somministrare vitamina D e calcio a bambini affetti da porpora trombocitopenica idiopatica (PTI) cronica in terapia cortisonica prolungata? Quali prodotti scegliere, a quali dosi e per quanto tempo? È meglio somministrare solo vitamina D e integrare il calcio con la dieta per ridurre i rischi di nefrocalcolosi?

Medico ospedaliero, Napoli

La somministrazione di calcio e vitamina D in pazienti pediatrici in terapia cortisonica prolungata è piuttosto discussa. La terapia steroidea riduce l'assorbimento intestinale di calcio e ne aumenta l'escrezione urinaria, per cui il primo obiettivo deve essere quello di assicurare un ade-

guato apporto di calcio con la dieta (800 mg/die da 1 a 5 anni, 1200 da 6 a 10 anni, 1500 da 11 a 24 anni).

Per quanto riguarda la vitamina D, solo il calcitriolo si è dimostrato in grado di prevenire l'osteoporosi nel primo anno di terapia steroidea (la perdita ossea più consistente si verifica nel primo anno di terapia steroidea).

Nelle malattie infiammatorie croniche i dati sono decisamente controversi, ma l'associazione calcio e vitamina D non pare in grado di migliorare la densitometria ossea finché la malattia infiammatoria rimane attiva (le citochine proinfiammatorie hanno infatti un'attività osteopenizzante).

In altre condizioni come la PTI trattata a lungo con steroidi, oltre a un adeguato apporto di calcio con la dieta, una associazione con calcitriolo potrebbe essere giustificata, monitorando costantemente la calciuria.

Qual è il movimento degli anticorpi (AGA, EMA, anti-tTG) dopo una dieta priva di glutine di 3 mesi, di un anno, di 3 anni, di 5 anni?

Pediatra di base

Se la dieta è ben fatta, dopo un anno, tutti gli anticorpi devono essere rientrati nel range della normalità.

Fino a 6 mesi si può osservare una positività residua, soprattutto a carico degli EMA e degli anti-tTG (il cui titolo deve però essersi drasticamente ridotto rispetto al momento della diagnosi).

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto o comunque di prenderlo a modello di massima e indirizzare a:

Giorgio Longo, Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", via dell'Istria, 65/1 - 34137 Trieste; oppure per e-mail (longog@burlo.trieste.it)

Al Comitato Editoriale di 'Medico e Bambino'

Vorrei avere una risposta al seguente problema

.....

Firma

Indirizzo

Accetto che il mio nome compaia sulla rivista in calce al quesito (barrare sì o no)

sì no

Attività o qualifica

- libero professionista
- medico Saub
- medico consultoriale
- medico generico
- pediatra
- ospedaliero
- universitario