

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

**Desidererei avere i seguenti chiarimenti sul vaccino antipneumococcico:**

**a) Nella fascia di età 2-5 anni è sempre preferibile usare il vaccino eptavalente o è preferibile usare il 23-valente o eventualmente consigliate il 23 per la prevenzione delle otiti purulente ricorrenti e l'epta per la prevenzione della sepsi pneumococcica?**

**b) Oltre i 5 anni si deve usare sempre il 23-valente?**

**c) Nella fascia di età 2-5 anni è sufficiente una sola dose di eptavalente? Nella scheda tecnica del Prevenar viene detto testualmente: "Per i bambini di età 2-5 anni è stato adottato un programma di vaccinazione a dose unica. Sono disponibili solo dati limitati".**

**d) I dati sulla sicurezza e immunogenicità dei gruppi ad alto rischio per patologia pneumococcica invasiva non sono ancora disponibili per il Prevenar?**

dot. Federico Carlone (Pediatra di base)

Rispondo punto per punto:

**a)** Fino a 5 anni conviene sempre usare il vaccino coniugato eptavalente contro lo pneumococco; è vero che già a 2 anni compiuti si comincia a rispondere anche al 23-valente ma, perché questa risposta sia sufficiente e sia estesa alla gran parte dei bambini vaccinati, è necessario superare i 5 anni di età.

**b)** Se esiste una situazione di rischio cronico (splenectomia per esempio) o quando si desidera conferire una difesa che si prolunghi negli anni, è sempre bene usare il vaccino eptavalente coniugato. L'ombrello è più piccolo (7 contro 23), ma è fatto di stoffa più resistente e duratura.

**c)** Oltre i 5 anni basta una sola dose di vaccino eptavalente coniugato. Solo in situazioni di ridotta immunogenicità come negli splenectomizzati prima dei 5-6 anni e in quelli che siano stati splenectomizzati per malattie che facciano pensare a un'alterazione associata dell'immunità, è bene eseguire due dosi a distanza di 6-8 settimane l'una dall'altra.

**d)** È ovvio che se il rischio è rappresentato da un'insufficienza immunologica, umorale o cellulare, la risposta immune sarà in qualche modo compromessa. Ma per tutti gli altri gruppi a rischio non c'è alcun dato che faccia pensare a una ridotta immunogenicità. La reattogenicità è sempre ottima.

**Si può usare l'arginina per os (ad esempio INTAKE o bioarginina) in soggetti con scarso appetito o per stimolare l'accrescimento? Ci sarebbero effetti collaterali spiacevoli?**

dot. Claudio Sisto (Pediatra ospedaliero)

Bari

L'arginina è assunta per os assieme ad altri amminoacidi dagli atleti e dai body builder nell'intento di aumentare la massa muscolare. Non vi è però alcuna dimostrazione che stimoli il rilascio dell'ormone della crescita, se assunta per os. Non ha alcun senso quindi la somministrazione orale di arginina in soggetti con scarso appetito o scarso accrescimento, dato che esistono anche descrizioni di pancreatite necrotizzante causata da assunzione orale di amminoacidi.

**Vorrei una risposta al seguente problema: deficit di proteina C anticoagulativa. Padre e zii paterni portatori del deficit con trombofilia più o meno manifesta.**

**Il bambino presentava alla nascita: INR 1,1 (0,9-1,2); aPTT 41'' (28-42); fibrinogeno 233 mg/dl (150-400); anti-trombina III 62% < 80-120; proteina C 14% < 70-130.**

**A sei mesi: INR 1 (0,9-1,2); aPTT 35''; fibrinogeno 196 mg/dl; anti-trombina III 103%; proteina C 40% (70-130); proteina S 99% (65-145).**

**Cos'è questa proteina C anticoagulativa? Il bimbo può aumentare la sua quantità o il valore a sei mesi è definitivo?**

**Nell'infanzia quali misure preventive devo consigliare per la trombofilia? Solo eparina in un eventuale post-operatorio?**

Pediatra di base, Conselice (RA)

L'inibizione continua dei fenomeni coagulativi è legata a 2 sistemi: quello dell'antitrombina III e quello della proteina C. Quest'ultima è una glicoproteina vitamina K dipendente, che viene trasformata in proteina C attivata (APC) durante la coagulazione e la sua attività viene ulteriormente potenziata dalla proteina S, altra glicoproteina K dipendente.

Il difetto eterozigote di proteina C, come nel caso del Suo paziente, si può esprimere con fenomeni trombotici ricorrenti durante la seconda decade di vita o nel giovane adulto e sono più frequenti con un livello di proteina C < 50%. Il livello della proteina C che Lei ha dosato ai 6 mesi non dovrebbe modificarsi nel tempo e può essere considerato definitivo. Non sono consigliate, nel soggetto eterozigote, misure preventive, mentre eventuali episodi trombotici acuti vanno trattati con eparina, seguita dalla somministrazione orale di warfarin a basso dosaggio senza eseguire dose di carico per il rischio, in questi soggetti, di determinare necrosi cutanea.

**Bambina di due anni con familiarità positiva per allergie (mamma, fratello). Latte materno fino al terzo mese quando, con aggiunta di formula adattata, ha un episodio di angioedema trattato con cortisone in ospedale e rinviata a domicilio dopo poche ore. Prick positivi per latte. Continua latte materno con aggiunta di soia che tollera bene, poi svezzamento senza proteine del latte. A un anno e mezzo mangia, per sbaglio, un biscotto del fratello senza conseguenze. Nel luglio 2004 i RAST sono tutti negativi. L'allergologa del nostro ospedale mi dice che si può non fare lo scatenamento protetto in DH, ma di**

**provare direttamente e lentamente con derivati del latte in ambulatorio. Cosa faccio?**

Pediatra di famiglia

L'anafilassi da latte al 1° biberon è un classico modo di presentarsi di questa allergia. Di norma sono anche i casi nei quali l'allergia regredisce per prima, come sembra sia successo nel caso in questione.

La RAST negatività ha un valore predittivo molto alto e quindi è condivisibile il consiglio dell'allergologo di fare la reintroduzione, pur a dosi crescenti, ma a casa, senza necessità di fare un Day-Hospital. Magari, per maggiore sicurezza, io avrei anche fatto un prick (anche un semplice prick by prick con una goccia di latte) perché quello che si può vedere in vivo non lascia dubbi, mentre un RAST può essere sempre sbagliato.

**Vorrei sapere quali sono i rischi "reali" dell'assunzione di latte vaccino in età precoce (prima dei sei mesi di vita). Nella mia pratica, infatti, mi capita a volte di riscontrare che la mamma, di sua iniziativa, sostituisca la formula di proseguimento (o anche quella di partenza) con latte vaccino intero e che me lo "confessi" candidamente dopo, tranquilla del fatto che il bambino non abbia avuto alcun "effetto collaterale". Conosco (e cerco di spiegare) come non sia proprio l'ideale (anche se le famiglie dove succede appartengono spesso a classi economico-socio-culturali basse e questo è un limite) ma davanti all'evidente assenza di problemi clinici è difficile convincere della "pericolosità" di queste iniziative. A che età minima è possibile dare il latte intero a un bambino?**

dott. ssa Vittoria Profiti (Pediatra di base)  
Siderno (RC)

Rischi reali, proprio nessuno; svantaggi, direi di sì. Il primo è il sicuro eccesso proteico (30 g/litro). E sicuro che il bambino ne mangerà poco, ma difficilmente accetterà altre proteine (carne); e, se sì, avrà un eccesso di proteine, fattore che aumenta il rischio di obesità (così almeno si dice, ma c'è qualche dubbio).

Eccessivo apporto di fosfati e svantaggio per l'assorbimento del calcio e del ferro; perdita di sangue dall'intestino (maggiore che col latte di formula) e, nell'insieme (assenza di ferro, perdita di sangue, riduzione dell'assorbimento

da altri alimenti), facilità alla carenza di ferro e povertà di acidi grassi polinsaturi. Non penso che ci siano altre disgrazie. Ma se uno vuol dare il latte di vacca, meglio che lo diluisca, lo zuccheri (o aggiunga il riso, o il pane, o il precotto, tanto per fare un alimento "più equilibrato"). Ma poi è anche vero che il bambino si equilibra anche da solo perché quel bambino, spinto dal computer interno, mangerà per conto suo frutta, minestra condita con l'olio, e altra roba così.

**Vorrei porre la seguente domanda: esistono controindicazioni a praticare vaccinazioni con virus vivi attenuati (MPR) in soggetti splenectomizzati?**

Medico ospedaliero, Napoli

No, non esistono né controindicazioni, né precauzioni, per la vaccinazione contro il morbillo-parotite-rosolia, nello splenectomizzato o in quello che si trovi nella situazione di asplenia funzionale.

Anzi, nel soggetto splenectomizzato alcuni vaccini, come quello contro menin-

gococco coniugato, pneumococco coniugato e Hib coniugato sono strettamente indicati, magari con due somministrazioni, indipendentemente dall'età. Da ricordare sempre che nei soggetti splenectomizzati, oltre alle vaccinazioni sopra riportate, va sempre eseguita una prevenzione farmacologica con benzatin-penicillina G (ogni 20-25 giorni), 600.000/1.200.000 UI a seconda dell'età (sopra o sotto i 6 anni). Per quanto tempo? Almeno 5 anni, ma in qualche caso, se la milza è stata tolta molto precocemente, anche per molto più tempo.

**Quando possiamo essere certi che non è più contagioso un soggetto malato di epatite virale B o di epatite virale C?**

doitt. Angelo Adorni, Collecchio (PR)

Per l'epatite virale B è necessaria la scomparsa nel sangue dell'antigene di superficie HBsAg e la comparsa degli anticorpi specifici anti-HBs.

Per quanto riguarda invece l'epatite C bisogna che sia negativa la ricerca dell'RNA specifico, cioè dell'HCV-RNA.

P