

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, VACCINAZIONI

Scrivo per avere chiarimenti riguardo a un mio assistito di 9 mesi, che ha già alle spalle 5 ricoveri per episodi ricorrenti di bronchite asmatiforme. Durante le degenze sono stati effettuati una serie di esami: test del sudore, esami sierologici per clamidia, micoplasma, adenovirus, Rx torace, Rx esofago, stomaco e duodeno, coltura aspirato, RAST, prick per il latte e altri alimenti: tutto negativo. Avevo suggerito una pH-metria esofagea per sospetto reflusso gastroesofageo (RGE), ma tale patologia è stata esclusa dalla Rx. Attualmente il piccolo si trova nel proprio domicilio, dimesso da 1 giorno, e presenta di nuovo una leggera dispnea. Visto che al piccolo paziente viene somministrato cortisone da non so più quanto tempo (in tutte le formulazioni: col distanziatore, aerosol, per os), potrebbe darmi qualche consiglio sia per quanto riguarda la diagnostica che per la terapia?

dott. Giacomo Tinervia

A sei mesi la probabilità che si tratti di un asma allergico, o comunque di un asma nel senso tradizionale della parola, è molto remota. Non penserei mai al RGE, mentre la cosa più probabile è che si tratti di un "early transient wheezer" se non proprio di un "fat happy wheezer". In tutti e due i casi è un problema costituzionale di ridotto calibro, o lassità dei bronchi, che tende a correggersi rapidamente dopo l'anno di vita e a prognosi rapidamente buona (tre anni). Sono comunque bambini che vanno trattati soltanto nella fase acuta, quando stanno realmente male, senza voler aggredire ogni "fischietto" quando non disturbante (sonno e appetito).

Da qualche tempo viene usato da parte di alcuni genitori il latte di capra nell'alimentazione del proprio bambino sin dai primi mesi di vita, o perché naturalisti o per evitare l'allergia alle proteine del latte di mucca. Io so, anche perché

me lo diceva in un convegno la cara e compianta professoressa Businco, che latte di mucca o di capra, cambia poco, eventualmente bisognerebbe ricorrere al latte di asina o di cavalla.

Gradirei sapere da voi cosa ne pensate: a che cosa può andare incontro un bambino alimentato con latte di capra?

Pediatra di famiglia

Confermo tutto quanto Lei afferma e mi associo al compianto per la cara amica Luisa Businco. Il latte di capra, diversamente da quello di cavalla e asina, ha un'altissima reattività crociata con le proteine del latte vaccino; peraltro, oltre alla spesa maggiore e alle difficoltà a procurarselo, non credo comporti problemi nutritivi.

Un bambino equadoregno di tre anni risulta resistente al trattamento di un focolaio del lobo polmonare medio, per cui si scopre che è positivo alla Mantoux; di conseguenza si viene a conoscenza che il padre ha una forma polmonare aperta e si trattano tutti quanti. Il consulente infettivologo consiglia di effettuare il test e una Rx del torace a tutti i contatti non solo del papà ma anche del bambino, visto che non se la sente di escludere che anche il piccolo sia contagiate (cosa ritenuta improbabile, ma non impossibile).

Il problema è che il piccolo frequenta il Nido:

- Fare il test a tutto il Nido (le tre classi che lo compongono pranzano in comune, il papà ha spesso accompagnato il bambino a scuola) e l'Rx solo ai positivi
- Fare il test solo ai compagni di classe e a tutti gli adulti e l'Rx solo ai positivi (io propendo per questa ipotesi)
- Fare test e Rx a tutta la classe e a tutti gli adulti, come consiglia l'infettivologo
- Altro?

dott. Rosario Cavallo
Pediatra di famiglia, Lecce

La domanda che viene posta è: quale comportamento tenere nella scuola?

- Farei la prova alla tubercolina a tutti i compagni di classe del bambino;
- In caso d'intradermoreazione positiva farei l'Rx del torace e un trattamento con isoniazide per 9 mesi;
- Nei negativi, ripeterei la prova alla tubercolina a distanza di due mesi dalla prima, per evidenziare quei soggetti che erano stati infettati, ma erano ancora in fase di maturazione immunologica. Penso peraltro probabile che tutti i soggetti studiati risultino negativi, perché un bambino di 3 anni non è contagioso che eccezionalmente: per questo escluderei dall'indagine le maestre.

È necessario sorvegliare la situazione del padre, anche per sapere se siamo di fronte a una TBC fortemente resistente.

Che cosa pensa l'esperto della terapia con leuprorelina prescritta a una bambina di 11 anni, con una statura di 136 cm, un'età ossea di 12 anni, padre alto 180 cm e madre alta 151,5 cm, con comparsa dei caratteri sessuali secondari dopo i 10 anni?

Lo scopo della terapia dovrebbe essere quello di migliorare la statura definitiva. Premesso che la bimba non mi è stata mai portata allo studio, a febbraio 2007 l'ho misurata al suo domicilio, era alta 132 cm e ho constatato la comparsa di telarca. Ho tranquillizzato la madre, pur non impedendole di farla valutare presso un centro di auxologia. Devo sentirmi in colpa se in quell'occasione non ho richiesto un'età ossea? Da quanto ho detto si evince che non possedevo una curva di crescita, né potevo valutare la velocità di crescita.

dott.ssa Caterina Rocca
Pediatra di famiglia

Premesso che una pubertà che inizia a 10 anni circa è una pubertà normale, il solo fatto che non sia precoce dovrebbe escludere per legge la terapia frenante.

È vero che i genitori possono acquistarlo a loro carico, ma il costo è elevato. Sui risultati finali in termini staturali si possono fare le seguenti considerazioni. Esistono soggetti responders e non responders. Se la terapia frenante inizia a un'età ai limiti della pubertà precoce, cioè a 7-8 anni, i risultati in termini di guadagno staturale sono modesti, la terapia peraltro si interrompe a un'età ossea che per la femmina è di 12-12,5 anni. Più tardi si inizia, minore è il guadagno; se c'è un guadagno, di solito è modesto. Andare con il trattamento oltre i 12-13 anni di età ossea, secondo alcuni Autori, impedisce il verificarsi dello spurt puberale; qualcuno non è d'accordo, ma co-

munque non si ottengono miracoli. Consideriamo che la statura della bambina sia al 10-25° centile, se calcolata sull'età ossea è al terzo, in pratica inferiore al bersaglio genetico, ma in linea con la statura materna; non è detto che sempre la statura raggiungibile sia la statura media parentale. Quanto detto sopra vale per le pubertà precoci, non c'è grande esperienza per le pubertà normali. Nella pubertà precoce trattata con leuporelina un miglioramento accrescitivo è stato ottenuto dal gruppo di Bernasconi con l'associazione dell'oxandrolone. Alcuni anni fa c'erano alcuni risultati, anche se modesti, in soggetti simili alla sua paziente; per queste basse stature

idiopatiche si parla anche di GH, ma anche in quel caso ci sono i responders e i non responders. In definitiva, se uno vuole può tentare di tutto, ma deve essere chiara una cosa: i genitori devono essere informati chiaramente che la terapia può non avere risultati, che in alcuni casi il guadagno non c'è o addirittura c'è un rallentamento. L'ipotesi dell'oxandrolone può essere tentata associata alla leuporelina, ma senza certezze e senza alcuna garanzia. Sugli effetti collaterali direi che si può stare tranquilli; in pratica non ci sono; è l'età che rende l'uso improprio, ma oggi tutti devono avere i figli alti, anche le madri con 151 cm di altezza (spero misurati e non riferiti).

VACCINI

a cura di Giorgio Bartolozzi

Le domande, sempre numerose, in tema di vaccinazioni sono aggregate in una sotto-rubrica di Domande e Risposte curata dal prof. Giorgio Bartolozzi, che è da sempre il consulente ufficiale di *Medico e Bambino* per questo argomento.

Vaccinazione antipneumococcica, nei soggetti a rischio sopra i 5 anni di età, è sempre meglio iniziare con l'eptavalente e poi con 23-valente?

Nei bambini sopra i 2 anni di età e fino ai 5 anni, mai vaccinati e a rischio, le dosi di eptavalente devono essere una o due?

dott.ssa Marinella Mao
Pediatra di famiglia, Botticino Sera (BS)

Per la vaccinazione contro lo pneumococco mi permetta di suddividere la risposta in due parti:

1. Risposta istituzionale (foglietto illustrativo, *Red Book* e altri): nel secondo anno sono necessarie due dosi di *Prevenar*, al di là del compimento del secondo anno basta una dose fino a cinque anni. Al di là del quinto anno va usato il vaccino polisaccaridico 23-valente.

2. Risposta personale (pubblicazioni, congressi internazionali, conferenze e altro, riflessioni personali): qualunque sia l'età usare sempre il *Prevenar*. Al di là dei due anni una sola dose, senza bisogno di richiami nel soggetto "normale". Nei soggetti a rischio (splenectomizzati con fattori aggravanti, età, malattie ematologiche sottostanti) è necessario fare un richiamo. Una recente letteratura consiglia il richiamo con il vaccino 23-

valente, e preferisce usare una seconda dose di *Prevenar*. La prego di considerare che questa parte personale non è sostenuta da documenti ufficiali e quindi ha poco valore, se non per me, per cui sono portato a usarla, quando mi capitano casi del genere. Spero che nei prossimi anni siano disponibili prove sufficienti per affermare che quanto esposto nella seconda parte sarà condiviso da tutti.

1. Ripetutamente mi è occorso di vedere consigliata a bambini di dodici mesi la prima dose di vaccino antimorbillo-paprotite-rosolia (MPR) in contemporanea al terzo richiamo dell'esavalente. È corretto? Non è più giustificato attendere i quindici mesi di età, in rapporto alla possibile interferenza con eventuali anticorpi di origine materna?

2. È ancora prescritto il richiamo anti-poliomielitico ai 3-5 anni?

prof. Liborio Serafini
Busto Arsizio

1. Dopo l'anno, al momento attuale, secondo la "vaccinazione ideale", si pensa vadano fatti 5 tipi di vaccino: la terza esavalente, la prima MPR, la terza del vaccino coniugato contro lo pneumococco, una dose (la prima e unica o la ter-

za) del vaccino coniugato contro il meningococco C, e infine la varicella.

In quasi tutti i calendari regionali viene preferito chiudere per prima cosa la vaccinazione esavalente con la terza e ultima dose e iniziare la vaccinazione MPR con la prima dose.

Con questa decisione sono rispettate tutte le regole, sia per quanto riguarda la reattogenicità che l'immunogenicità. Esistono diversi lavori in letteratura che dimostrano la possibilità di co-somministrare esavalente e MPR (anche l'Istituto Superiore di Sanità si è espresso favorevolmente in una circolare firmata dalla dott.ssa Marta Ciofi degli Atti). Ormai è ben chiaro che il lattante, già a 9 mesi, ha perduto quasi tutti gli anticorpi di origine materna e che non ne possiede più a 12 mesi (Gans HA, *JAMA* 1998;280:527-32). Anche quando disporremo (speriamo al più presto) del vaccino MPRV, probabilmente rimarrà la stessa indicazione di vaccinare in co-somministrazione con l'esavalente nel tredicesimo mese, cioè nel mese dopo il compimento del primo anno di vita.

2. Sì, la quarta dose di IPV (vaccino inattivato e potenziato contro la poliomielite) va ancora eseguita; la quarta dose, secondo una disposizione di pochi anni fa, è stata spostata a 5-6 anni, invece che al terzo anno come facevamo anni fa.