

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

ALLERGOLOGIA, 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

Da qualche mese ho iniziato a vaccinare con HibTITER.

Due settimane fa la TV ha trasmesso la notizia di una presunta associazione tra tale vaccino e l'agente della "mucca pazza". Desidero avere chiarimenti perché i genitori, allarmati, non vogliono più vaccinare i loro figli.

Pediatra

La sua richiesta è quanto mai opportuna e di grande attualità. Il Ministero della Sanità ha ritirato il vaccino HbOC (HibTITER della Lederle Praxis Irbi). Cosa è successo?

Nel mese di maggio dello scorso anno, il Ministero della Sanità, sempre molto attento, inviò una circolare alle varie ditte produttrici di vaccini, consigliandole di non usare quei terreni di coltura per la cui preparazione era stato usato cervello o cuore bovini. Questo allo scopo di evitare qualsiasi, anche minimo, rischio di passare l'agente (prioni) all'uomo: rischio, è bene ripeterlo, più teorico che reale, nelle condizioni nelle quali viene preparato il vaccino. In seguito a ciò, nel settembre del '96, la ditta Biocine-Chiron ha ritirato dal commercio il suo Vaxem Hib, la cui preparazione richiede, allora, estratti ottenuti dal cervello di bovini. Poiché la ditta Lederle Praxis, nella stessa situazione di rischio teorico, non aveva dimostrato la stessa tempestività, il Ministero ha provveduto nel mese di gennaio '97 al ritiro del suo HibTITER. Il terzo vaccino, l'ActHib della Pasteur Merieux, è invece ancora in commercio, l'unico in Italia, perché per la coltivazione dell'*Haemophilus influenzae* tipo b non vengono usati terreni preparati con cervello di bovino e quindi non esiste alcun rischio, nemmeno teorico.

Il favismo è condizione particolarmente frequente in Sardegna. Vorrei sapere quali sono gli ali-

menti che un soggetto fabico non può mangiare (a parte le fave). Può mangiare i piselli?

Qual è il rationale, secondo voi che sta alla base delle ordinanze che ancora vigono in molti comuni della Sardegna, tese a vietare la coltivazione delle fave nelle vicinanze dei centri abitati. Alcuni affermano infatti che fa male passare vicino a un campo di fave soprattutto quando sono in fiore.

Esistono delle analisi di laboratorio che permettano di stabilire con certezza nella donna lo stato di favismo eterozigote?

Medico generico

L'anemia emolitica da fava è condizionata al difetto eritrocitario x associato di glucosio 6-fosfato-deidrogenasi G6PD.

La maggior parte dei soggetti con difetti di G6PD mangia la fava senza danno (questo non vuol dire che la può mangiare senza rischio).

Le segnalazioni di "pisellismo" sono aneddotiche e probabilmente inconsistenti. Altrettanto lo sono le morti improvvise nel campo di fave, morti che solo per analogia (e nel tempo in cui al favismo era attribuito, per colpa di illustri immunologi, una patogenesi da ipersensibilità) sono state attribuite a favismo e che, per il loro carattere, sembrano attribuibili a shock anafilattico da antigeni volatili piuttosto che a idiosincrasia per difetto di G6PD.

È però certo che anche per inalazione si può verificare un assorbimento di sostanze responsabili di emolisi lieve, quasi sempre subclinica.

Il difetto di G6PD nella donna eterozigote riguarda solo una parte delle emazie (mediamente il 50%, ma in condizioni di emolisi subclinica anche solo il 40, 30, 20%).

In queste condizioni il dosaggio della G6PD può essere ingannevole. La colorazione su vetrino dello striscio di sangue dopo esposizione a sostanze ossi-

danti consente di riconoscere le emazie G6PD carenti, anche se sono presenti in piccolo numero. L'utilità pratica della ricerca è molto modesta, poco importante ai fini del consiglio genetico.

Ragazzina attualmente di 17 anni, con mestruazioni e alimentazione regolari, che negli ultimi due anni ha presentato episodi ricorrenti di anemia da carenza marziale, che regrediscono dopo somministrazione di ferro per os. Gli accertamenti eseguiti (AGA, EMA, Rx torace, visita ginecologica, ecografia pelvica, sangue occulto) hanno escluso patologie sottostanti. I reticolociti e lo striscio periferico sono nella norma. È necessario eseguire un puntato sternale?

Può essere attribuita a una generica diminuzione delle scorte che sembra verificarsi comunque nel periodo puberale-adolescenziale?

Quale potrebbe essere il meccanismo eziopatogenetico più plausibile?

dott. Battista Guidi (pediatra ospedaliero)
Pavullo nel Frignano (MO)

La risposta alla terapia marziale e la negatività degli accertamenti fatti sono dimostrativi di un'anemia ferropriva.

La spiegazione più probabile delle "ricadute" è che la terapia non venga mai mantenuta per il tempo necessario a riempire i depositi di ferro (3 mesi).

Spesso mi capita di osservare otiti medie con effusione in bambini sani che non hanno alcun disturbo della sfera ORL. Come bisogna comportarsi in questi casi dal punto di vista diagnostico e terapeutico? E in quelle lievi

flogosi peritimpaniche asintomatiche, che fare? Vanno considerate delle OMA o delle otiti esterne con interessamento periferico della membrana timpanica?

Pediatra

In primo luogo andrebbero oggettivate l'esistenza o meno di un essudato (timpanometria) e l'entità della ripercussione uditiva (audiometria).

In secondo luogo va valutata la persistenza del problema: quando l'ipoacusia si mantiene per più di 3-4 mesi e non recede nemmeno con la stagione estiva, va considerata la terapia medica (antibiotico ± cortisone) e/o chirurgica (drenaggio timpanico).

Vorrei sapere se ritiene utile introdurre nel piccolo lattante che rigurgita una dieta a base di latte di soia più ispessente, superando così il problema della diagnosi differenziale tra allergia alle proteine del latte vaccino e reflusso gastroesofageo (GER).

dott.ssa Renata Colombo
(pediatra consultoriale, d'asilo e di base)
Vercelli

La prima domanda da porsi è se si tratta di un vero problema, se si tratta cioè di GER fisiologico o di malattia da GER. Nella malattia da GER ci sono sempre

dei sintomi associati (scarsa crescita, ematemesi, ruminazione, rifiuto del pasto) e solo in questo caso si deve iniziare il trattamento.

L'ispessente può essere usato come sintomatico nel GER fisiologico a patto che non si debba interrompere l'allattamento al seno.

Ispessente e diete, a mio avviso, non vanno mai iniziati assieme; nel GER da IPLV l'ispessente non serve in quanto il rigurgito guarisce togliendo il latte dalla dieta e nella malattia da GER il solo ispessente è troppo poco per risolvere il problema.

Nella valutazione del "riflesso rosso" nei primi mesi di vita, mi capita a volte, probabilmente per un'accentuata e rapida miopia, di non riuscire a vedere il riflesso, e anche attendendo il ripristino della midriasi, non vedo che "nero".

Mi domando se ho escluso una leucocoria, posso essere tranquillo o tutti i "fondi neri" devo inviarli all'oculista? E se in questi casi usassi un midriatico?

Pediatra

Mi sembra che il problema sia soltanto quello di imparare meglio ad eseguire la metodica. Le consiglio pertanto di fare l'esame in ambiente meno illuminato e passare e ripassare più volte la luce nell'oftalmoscopio (o otoscopio) a circa 20

centimetri dalla pupilla fino a visualizzare il "riflesso rosso".

Bambino di 7 anni con pregresso episodio di sindrome nefrosica che ha risposto bene al trattamento cortisonico per 2 mesi. Il bambino si ammala frequentemente (due episodi di broncopolmonite, otite ricorrente, bronchiti asmatiche, è sempre raffreddato). Esiste qualche relazione con la sindrome nefrosica? E per le vaccinazioni obbligatorie, quanto tempo deve attendere dopo la terapia cortisonica? È vero che deve aspettare 8 mesi? Va considerato qualche vaccino particolare? Quando?

dott. Fausto Celiboni (pediatra)
Roma

Nella sindrome nefrosica, prima dell'introduzione del trattamento cortisonico, era classico ammettere una maggior tendenza verso le malattie infettive. Dopo l'impiego precoce dei cortisonici, nelle forme che rispondono, questa tendenza non si riscontra più. Dopo un trattamento con corticosteroidi a dosi piene (2 mg/kg/die per almeno 20 giorni) è d'uso non sottoporre a vaccinazione il bambino per almeno tre mesi; questa limitazione riguarda solo i vaccini costituiti da virus attivi attenuati (polio Sabin e morbillo - parotite - rosolia).

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto o comunque di prenderlo a modello di massima e indirizzare a: Giorgio Longo, Clinica Pediatrica, Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo", via dell'Istria, 65/1 - 34100 Trieste

Al Comitato Editoriale di 'Medico e Bambino'
Vorrei avere una risposta al seguente problema

Firma

Indirizzo

Attività o qualifica

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

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