

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

*In una risposta di questa rubrica leggo che si lascia allo stile gastronomico delle famiglie la scelta tra un latte fresco e quello a lunga conservazione, senza evidenziare che quest'ultimo per le alte temperature a cui viene sottoposto subisce notevoli alterazioni degli ingredienti lipidici, proteici e carboidrati. Meglio consigliare quei lattini di abbastanza recente introduzione, usati dopo il primo anno con riduzione delle proteine, sali e con modifiche dei lipidi? Il costo non è poi così alto.*

dott. Emilio Santaroni (pediatra)  
Monte San Giovanni (FR)

Sebbene non ci siano prove provate a vantaggio di questi lattini (prove del resto di difficile acquisizione), non ci sono dubbi sul fatto che, almeno in teoria, siano nutrizionalmente migliori, tenendo conto anche del fatto che tendenzialmente il carico proteico nelle diete correnti è elevato. Va detto peraltro che, nel secondo anno di vita, l'apporto nutrizionale del latte, al di là del contenuto di calcio, è molto meno rilevante che nel primo anno (e questo effettivamente vale anche per i costi).

*Assisto un bambino di 7 anni che ha effettuato un trapianto di midollo osseo al Policlinico "San Matteo" di Pavia, il 28 febbraio 2000, per linfocitocitosi ematofagica post-virale non responsiva al trattamento conservativo. Per quanto riguarda le vaccinazioni seguo i consigli esposti su Medico e Bambino n°8, 1996, 49, o ci sono novità? Che cosa consigliate per il follow-up?*

dott. Gaetano Favale (pediatra)  
Gioia del Colle (BA)

L'articolo di P. Macchia, C. Favre e F. Massei (*Medico e Bambino* 1996;16: 525-30) è nelle sue linee generali ancora valido. Il sistema immunitario del ricevente viene sostituito, come lei sa, dal sistema immunitario del donatore: la risposta immuni-

taria che si viene a costituire dopo il trapianto è legata a molti fattori, dei quali i più importanti sono la situazione immunitaria del donatore, il periodo di tempo trascorso dal trapianto e il tipo e l'intensità del trattamento immunosoppressivo (vedi anche Consensus Conference, *RIP* 1996;22:832-45). La presenza della GVHD cronica (*Graft Versus Host Disease*, o reazione da trapianto contro l'ospite) controindica l'esecuzione delle vaccinazioni, soprattutto di quelle costituite da virus vivi attenuati, come l'MPR.

All'immunità del donatore viene dato il nome di immunità adottiva: la sua durata è relativamente breve per cui con il tempo un crescente numero di pazienti diviene suscettibile al tetano, alla polio, al morbillo e ad altre malattie verso cui il donatore era stato vaccinato. Ne consegue che lo stato immunitario del donatore è importante per il breve periodo, e deve essere necessariamente migliorato immunizzando il donatore prima del trapianto. Da questo deriva anche la necessità di sottoporre il trapiantato, entro un lasso di tempo sufficiente per ottenere una buona risposta immunologica, alle diverse vaccinazioni.

In linea di massima la capacità di risposta immunitaria viene riacquisita dopo circa 6 mesi dalla sospensione della terapia immunosoppressiva ad alte dosi (secondo alcune recenti pubblicazioni basta un intervallo di 6 mesi dal trapianto): viene iniziata allora la vaccinazione contro difterite e tetano e contro la polio con vaccino tipo Salk. Vengono in generale usate 3 dosi, a distanza di due mesi l'una dall'altra.

Successivamente, intorno a un anno dopo il trapianto o meglio 6-12 mesi dopo la sospensione del trattamento immunosoppressivo ad alto dosaggio, viene somministrata la vaccinazione contro l'Hib e contro lo pneumococco (vaccino 23-valente). Dopo 12-24 mesi dal trapianto viene consigliata anche la vaccinazione contro l'influenza: da ricordare la necessità di vaccinare contro l'influenza anche i familiari e le persone che hanno in cura questo bambino.

Per quanto riguarda il vaccino contro l'e-

patite B si è visto che con il midollo viene trasferita al ricevente anche la capacità di difesa dall'HBV.

Il vaccino MPR viene consigliato dopo 2 anni dal trapianto, mentre viene consigliata la vaccinazione contro la varicella prima di sottoporsi al trapianto di midollo; poche esperienze sono state raccolte per la vaccinazione dopo trapianto.

Una volta entrato nel calendario vaccinale, il trapiantato deve seguire le indicazioni specifiche per le dosi successive e di richiamo. Alla distanza una valutazione dei rispettivi livelli anticorpali può risultare utile.

*Una mamma allatta al seno il proprio bambino. Viene colpita da ascesso odontogeno e si vede costretta a consultare l'odontoiatra. In caso di necessità (avulsione del dente cariato) può essere sottoposta ad anestesia locale senza ripercussioni negative sull'allattamento naturale?*

dott. Francesco De Benedetto (pediatra)  
Taranto

Solitamente l'anestesia locale, e in particolare quella usata in odontoiatria, utilizza una miscela di mepivacaina e adrenalina. Analizziamo separatamente la presenza di queste due sostanze:

**1.** L'adrenalina è impiegata per evitare l'assorbimento dell'anestetico. Ha un tempo di picco plasmatico materno inferiore ai 10 minuti e un'emivita inferiore all'ora, il che la rende farmacologicamente "fugace" rispetto alla poppata. Del resto, qualora presente nel latte materno, sarebbe rapidamente distrutta dall'intestino del lattante. Il paventato effetto sul lattante (agitazione, tremori, tachicardia) non è stato mai segnalato in letteratura.

**2.** La mepivacaina ha un tempo di picco di 30 minuti e un'emivita in età pediatrica di 9 ore. È descritta in letteratura intossicazione neonatale con convulsioni (nelle prime 12 ore di vita) a seguito di blocco nervoso paracervicale e pudendo

durante il travaglio di parto materno; leggendo attentamente l'articolo di riferimento (Hilman, *Pediatrics* 1979;95:472-477) ci si rende conto che in tutti e sette i casi l'intossicazione era però riferibile a puntura accidentale diretta della siringa con l'anestetico a livello dello scalpo del bambino. Non ci sono dati sull'escrezione nel latte umano ma, vista la forte analogia chimica con la bupivacaina, si può ritenere trascurabile il passaggio nel latte materno.

L'anestesia locale quindi non impone di sospendere l'allattamento al seno e neppure di eliminare il primo latte dopo l'intervento.

---

**Reflusso vescico-ureterale bilaterale di terzo grado. La bambina ha ormai 6 anni. È stata in profilassi antibiotica senza più infezione da circa 4 anni; scintigrafia renale con DMSA normale. Ora vi chiedo: sospendere la profilassi, considerare l'opzione chirurgica e, in caso contrario, in quali rischi si può incorrere?**

dott. Nunzio Lardaro (pediatra)  
San Felice a Cancelli (CE)

Vista la normalità della scintigrafia renale e l'età della bambina, un tentativo di sospensione della profilassi antibiotica appare ragionevole.

Ovviamente vanno proseguiti i controlli delle urine in caso di sintomatologia sospetta per IVU (mentre in benessere non sono strettamente indicati).

È importante ricercare e correggere, se presente, una instabilità vescicale e/o un

"atteggiamento ritenzionista" per favorire la risoluzione del RVU e ridurre il rischio di infezione.

Ci sono in letteratura dati che dimostrano chiaramente che il RVU può risolversi anche ben oltre i sei anni di età, quindi l'intervento chirurgico correttivo può essere procrastinato.

Anche in caso di recidiva di pielonefrite, se questa viene prontamente e correttamente trattata, i rischi per quanto riguarda la funzione renale o l'ipertensione arteriosa sono pressoché nulli.

---

**Ho in cura un lattante affetto da ragadi anali e stipsi. Quale trattamento è indicato, soprattutto per le ragadi?**

dott. Domenico Leo  
via e-mail

Le ragadi anali possono essere al tempo stesso causa e conseguenza di stipsi. In ogni caso la presenza di ragadi in un soggetto stiptico non può che peggiorare il circolo vizioso della stipsi. In un lattante, la prima cosa che va valutata è la risposta all'eliminazione del latte vaccino. Segnalo il lavoro di Iacono su *New England Journal Medicine* del 15 ottobre 1998, in cui si suggerisce l'ipotesi che l'allergia causi la ragade e che la contrattura riflessa dello sfintere anale porti a ritenzione delle feci nell'ampolla e quindi di stipsi. Un breve periodo di dieta senza latte potrebbe chiarire l'eventuale responsabilità dell'alimento. Potrebbe essere però utile contemporaneamente eseguire per alcuni giorni alcuni interventi "accessori" mirati a interrompere il

circolo vizioso in atto: pomata a base di nitroglicerina allo scopo di rilasciare lo sfintere, oppure una delle vecchie pomate antiragade a base di steroidi, e la somministrazione di lattuloso per ammorbidire le feci.

---

**A proposito della fluoroprofilassi sistemica della carie, vorrei sapere se nell'età evolutiva può essere correttamente e semplicemente effettuata consigliando come acqua da bere, e per la preparazione di altre vivande liquide come latte artificiale, tè, succhi di frutta ecc., un'acqua minerale naturale (che non abbia ovviamente altre controindicazioni) con un contenuto di fluoro, ad esempio intorno a 1 mg/litro (quantità indicata come ottimale dall'OMS), e questo in considerazione del fatto che buona parte della popolazione consuma oggi come acqua da bere quella minerale e non quella del rubinetto, e data la scarsa compliance della somministrazione del fluoro per os, giornaliera e per lunghi periodi.**

dott. Ilario Attisani (pediatra libero professionista)  
Locri (RC)

Certamente è una scelta giusta, più costosa della supplementazione semplice, ma corretta. Mi sembra una buona idea.

---

**Ho letto recentemente per caso sull'inserito settimanale "Salute" del quotidiano "La Repubblica" che la camomilla sarebbe sconsigliata sotto i 3 anni di età**

---

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

per la possibilità di reazioni allergiche, imputate a dei composti chimici chiamati lattoni sesquiterpenici.

In un lavoro comparso alcuni mesi or sono nella vostra rivista, si parlava degli allergeni più frequentemente in causa nello scatenare allergie, dal lattante sino al bambino in età scolare, ma non veniva menzionata la camomilla con i suoi lattoni. Forse perché ha un'incidenza trascurabile?

Pediatra di base

La risposta evidentemente non può essere altra che quella che già Lei si è dato: certamente la camomilla può essere causa di sensibilizzazione allergica, ma con frequenza molto ma molto inferiore a quella che troviamo con gli alimenti proteici maggiori quali l'uovo e il latte, o gli alimenti più comunemente utilizzati quali il frumento. Consideri che in tanti anni che faccio l'allergologo di un Ospedale di Riferimento Regionale non ricordo di averne mai vista una, o forse una, ma tanti, tanti anni fa.

**Gradirei un Suo parere circa l'atteggiamento di una ASL della Pprovincia di Bergamo nei confronti della vaccinazione trivalente (Morupar). Un lattante che ho in controllo dalla nascita (visto cinque volte), con ottima crescita e nessu-**

**na patologia, finora, viene chiamato a 13 mesi per la vaccinazione di cui sopra. La mamma mi chiede se sia il caso di eseguirla, e ovviamente la convinco dell'utilità della vaccinazione in genere. Si reca presso la ASL per eseguire la vaccinazione e qui le chiedono se il bambino ha già introdotto nell'alimentazione l'uovo (intero). La mamma dice che per quanto riguarda l'albume ha avuto indicazione dal sottoscritto di non introdurlo fino almeno a 12-20 mesi. Le chiedono allora un mio certificato per eseguire la vaccinazione.**

**Compilo il certificato che la mamma porta all'ASL, e qui le dicono che non possono eseguire la vaccinazione se il bambino non ha introdotto l'albume nell'alimentazione, pur avendo il certificato del medico.**

**Sono rimasto perplesso. Non mi risulta che sia consigliabile assumere albume d'uovo a questa età, e non mi pare ci siano disposizioni ministeriali che obblighino a fare una prova di tolleranza all'albume.**

**Le sarei grato di un chiarimento e della sua autorizzazione a presentare la sua risposta agli addetti dell'ASL.**

dott. Giuseppe Castelli  
via e-mail

Il comportamento dei responsabili delle vaccinazioni della sua ASL non ha nessun fondamento né scientifico né razionale.

Probabilmente discende da una scarsa conoscenza del problema e da una libera interpretazione dello stesso. Posso immaginare infatti che il percorso "logico" fatto sia questo: ho sentito dire che l'allergia al bianco d'uovo può comportare reazioni all'inoculazione di vaccini con virus vivi coltivati su embrioni di pollo; nessuno può essere certo di non essere allergico all'uovo prima di averlo provato (cioè mangiato); quindi io mi cautelo verso questa evenienza con la semplice precauzione di non fare mai il vaccino a nessun bambino prima che questo abbia mangiato l'uovo.

Peccato che sia stato oramai ampiamente dimostrato (è un dato di "Evidence based medicine") che le eventuali reazioni anafilattiche a questi vaccini non sono mai legate ad allergeni derivati dall'uovo, nemmeno nei soggetti con storia di gravi reazioni anafilattiche dopo ingestione di uovo<sup>1</sup>.

L'anafilassi, evento comunque rarissimo, quando avviene è legata alla presenza di una ipersensibilità reaginica verso altri costituenti del vaccino, il più delle volte la gelatina (anche questo ampiamente dimostrato)<sup>2</sup>.

1. James JM, et al. Safe administration of the measles vaccine to children allergic to eggs. *N Eng J Med* 1995;332:1262-6.

2. Sakaguchi M, et al. IgE antibody to gelatin in children with immediate-type reactions to measles and mumps vaccines. *J All Clin Immunol* 1995;96:563-5.

ACP Puglia e Basilicata - Regione Puglia (Ass. Turismo) - Provincia di Taranto - Comune di Castellaneta

## II INCONTRO TRA I PEDIATRI DELLE REGIONI MERIDIONALI

4 - 6 maggio 2001 - Castellaneta Marina (TA) - Hotel "Il Valentino"

### Venerdì 4 maggio

BOERO (Genova) La lettura: giocosa terapia; ARMENIO (Bari) La tosse  
BALDASCINI (Napoli) Il pediatra di famiglia: posologia ed effetti collaterali; BONIFAZI (Bari) Flash di dermatologia pediatrica

Un anno dopo...

MAGAZZÙ (Messina) I dolori addominali ricorrenti; MENCOBONI (Matera) L'enuresi

GRUPPI DI LAVORO

### Sabato 5 maggio

LONGO (Trieste) L'immunoterapia specifica orale: sì o no?; MAGGIORE (Pisa) La febbre di origine indeterminata; BONIFAZI (Bari) Quiz di dermatologia pediatrica; GIARDINA (Bologna) Il primo soccorso pediatrico; MAGGIO (Roma) Il pediatra navigator

Un anno dopo...

CIOTTI (Cesena) Pediatria dello sviluppo; MARCHETTI (Matera) L'olite: l'antibiotico può attendere?

GRUPPI DI LAVORO

### Domenica 6 maggio

UGAZIO (Roma) È meglio ammalarsi da piccolo?; CONVERSANO (Taranto) L'aria che respiriamo...; BONIFAZI (Bari) Flash di dermatologia

pediatrica; PANIZON (Trieste) Per un bimbo sano in un ambiente non sano;

GRUPPI DI LAVORO: 1. BONIFAZI Dermatologia pediatrica; 2. BALDASCINI Counselling in pediatria; 3. UGAZIO Protocollo per le infezioni respiratorie ricorrenti; 4. LONGO La terapia dell'asma; 5. MAGGIORE Ipertransaminasemie; 6. CIOTTI Disturbi specifici dell'apprendimento; 7. MAGGIO Il pediatra e Internet; 8. MAGAZZÙ Reflusso gastroesofageo e dintorni; 9. GRUPPO TUTOR M.U.P Rianimazione pediatrica: teoria e pratica con manichini (numero massimo 5 per gruppo)

Sede: Hotel "IL VALENTINO" - S.S. 106 Castellaneta Marina (TA)  
Tel 099 843.26.01; Fax 099 843.26.09; e-mail: ilvalentino@ilvalentino.it

Informazioni: Nicola D'Andrea - Osp. Civile di Matera - Tel 0835 243323  
Fax 0835 243293; ACP Puglia e Basilicata: via Sele, 13 - Altamura  
Tel/Fax 080 3149709; e-mail: paspis@tin.it

Quota di iscrizione: lire 250.000 che comprende la partecipazione ai lavori e le colazioni di lavoro; lire 300.000 se perviene dopo il 10.04.2001  
Per gli specializzandi la quota di iscrizione è di lire 100.000  
La quota di partecipazione al Corso PBL è di lire 200.000. Questo corso è a numero chiuso e comprenderà solo i primi 60 colleghi che ci faranno pervenire la loro quota di iscrizione entro il 10.04.2001