

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

Il dottor Rabusin, a Vicenza, ha detto che un'ipertrofia tonsillare fortemente asimmetrica ha moltissime probabilità di nascondere un linfoma sottostante. Da allora (poco più di un mese) mi sono capitati due casi con queste caratteristiche. Mi sembra epidemiologicamente improbabile; forse la definizione deve essere specificata meglio, magari aiutandoci con qualche foto.

dot. Rosario Cavallo
Pediatra di base, Lecce

I linfomi non Hodgkin, in particolare la variante Burkitt sporadica a cellule B mature e il linfoma linfoblastico a cellule T, possono presentarsi nel 10% dei casi all'esordio con unica localizzazione all'anello di Waldeyer. In questo ambito la localizzazione tonsillare è la più comune anche per la sua caratteristica presentazione con ipertrofia della tonsilla asimmetrica, che spesso supera la linea mediana, senza particolari caratteristiche morfologiche macroscopiche.

Specificando meglio il messaggio di Vicenza, credo che in un bambino in cui non vi sia un motivo ragionevole (tonsilliti ricorrenti e recidivanti) per giustificare la presenza di un'ipertrofia tonsillare spiccatamente asimmetrica che persiste o aumenta nel tempo, l'ipotesi del linfoma vada presa in considerazione.

F. di 10 mesi, a 6 mesi ha presentato un episodio di "anafilassi" in seguito all'ingestione della prima pappa (pasta contenente glutine, brodo vegetale e tacchino), vomitata circa 30-40 minuti dopo. Il piccolo ha presentato difficoltà respiratoria ingravescente, orticaria ed edema diffuso. Ha eseguito prick test risultati positivi a grano (++) e prick by prick alla "pappa" (++++). Da allora il piccolo esclude grano e glutine dalla dieta. Il dosaggio delle IgE specifiche con metodo uniCAP ha confermato una positività molto alta al grano e una bassa all'albumina. I prick test rivelano la positività all'uovo e al grano. L'allergologo

ha escluso la possibilità di esecuzione di un challenge orale per la severità delle reazioni presentate dal piccolo paziente che continua a manifestare disturbi respiratori alla sola inalazione e/o contatto occasionali di farina. I genitori sono stati "abilitati" all'uso dell'adrenalina fastjekt. Solo a questo punto, i genitori allarmati hanno chiesto raggugli sulle prospettive del piccolo. Abbiamo parlato ai genitori della possibilità di desensibilizzazione che gli stessi sarebbero disposti a fare.

Pediatra

Il bambino ha certamente un'allergia importante IgE mediata al frumento, clinicamente molto chiara e che non necessita di un challenge per confermarla. Probabilmente non serve nemmeno l'adrenalina. A quell'età il bambino è sempre controllato e il frumento, diversamente dal latte, non si intrufola in alimenti diversi senza che lo si possa sapere.

La storia naturale, come sapete, anche per questo allergene, gioca a favore del bambino. Un test di provocazione in ambiente protetto, per vedere se è guarito, andrà considerato tra uno o due anni. In questo ci si può far guidare anche dall'intensità del prick che, anche se grossolanamente, orienta e fa stimare l'entità dell'allergia residua: se superiore a 7-8 mm, è meglio rimandare il challenge ai tre anni. Se a quell'età non fosse ancora guarito (ma può succedere anche dopo), una desensibilizzazione per frumento l'abbiamo fatta solo raramente, ma si può fare, comunque, non prima dei 3-4 anni.

La xilosemia è un test ancora valido nella diagnosi di malassorbimento?

dot. Saverio Ferraro
Pediatra di libera scelta, Napoli

Il test alla xilosemia rimane ancora un test valido per la diagnosi di malassorbi-

mento, anche se la sua applicazione trova oggi meno indicazioni, principalmente perché non è più così utile (vista l'elevata specificità degli EMA e anti-tTG) per la diagnosi di celiachia, causa principale di malassorbimento in età pediatrica. È più sensibile e specifico nei primi 2 anni di vita; nelle età successive, per studiare l'assorbimento intestinale, è più utile il test ai due zuccheri (lattulosio/mannitolo).

A proposito di un mio parente in terapia con anticoagulanti (warfarin sodico), quali verdure non dovrebbe mangiare oltre a quelle a foglia larga perché contenenti vitamina K?

Inoltre, sembra sia stato sconsigliato di far uso di frutta e vegetali gialli come carota, melone, patate dolci, albicocche.

Pediatra

Non mi risulta che vi sia una controindicazione ad assumere alimenti (come le verdure a foglia larga) che, contenendo vitamina K, determinano una possibile maggiore necessità di warfarin che agisce appunto inibendo i fattori vitamina K dipendenti.

Sembra più ragionevole affermare che, in caso di difficoltà a mantenere valori di INR adeguati con necessità di ulteriore incremento del dosaggio del warfarin, ridurre il consumo di verdure a foglia larga (se eccessivo) può essere utile.

Mi preoccuperei molto di più delle possibili interazioni farmacologiche del warfarin che sono numerose e dettagliate nel foglietto illustrativo.

Mi permetto di disturbarla di nuovo per un'informazione circa la dieta del mio bimbo (27 mesi), allergico alle proteine del latte vaccino e nocciolo.

Ho letto su Internet che tra gli alimenti da escludere ci sono anche carne bovina e mela.

C'è un motivo particolare? Io finora ho sempre mantenuto tali alimenti (anche se

Domande & Risposte

tendo a utilizzare poco la carne) senza provocare reazioni avverse nel bimbo.

Una mamma

L'allergia alla carne bovina è un'entità rara che personalmente non ho mai avuto occasione di osservare. Oltre tutto, se il bambino già la assume, è imperativo che continui. Questa è una regola che vale per tutti gli alimenti perché è proprio nel dare e togliere che si può a volte favorire l'insorgenza dell'allergia alimentare. Quella della mela è poi una bufala.

La mamma di un bimbo di tre mesi allattato al seno deve fare una TAC addominale. Mi ha chiesto per quanto tempo deve sospendere l'allattamento; non ho saputo rispondere.

Pediatra di base

Le indagini radiologiche sono compatibili con l'allattamento, anche se abbinate a mezzo di contrasto. Quindi non occorre sospendere l'allattamento, né gettare via il latte.

Una mamma che allatta mi ha riferito che il suo ginecologo le ha consigliato, per rinforzare l'effetto anticoncezionale della prolattina, di assumere "Cerazette", una pillola a bassissimo dosaggio che contiene desogestrel. Non ho saputo rispondere.

Pediatra di base

Il desogestrel è il contraccettivo ormonale di prima scelta in corso di allattamento al seno. Sicuro per il poppante e senza il rischio, tipico delle pillole con componente estrogenica, di un'eventuale bassa produzione di latte materno.

A proposito della ricerca dello streptococco beta-emolitico di gruppo A, gradirei sapere qual è in percentuale la sensibilità dei kit di diagnosi rapida e la percentuale di sensibilità della coltura tradizionale. Si vuol dire che i primi hanno una sensibilità leggermente inferiore alla seconda, ma quanto?

Pediatra

La domanda è secca, ma la risposta è articolata.

1. Sensibilità della coltura: l'esame colturale viene considerato ancora il gold standard, anche se non discrimina i portatori e dipende dall'abilità dell'operatore.

2. Sensibilità dei kit di diagnosi: nei vari studi cambia sostanzialmente dal 53% al 97%, mediamente attorno all'80% per quelli che noi usiamo normalmente (EIA, *enzime immunoassay*); sono più sensibili i test OIA (*optical immunoassay*) con sensibilità media attorno al 90%, peraltro non diffusi in Italia. Proprio per questa sensibilità non ottimale le linee guida americane prevedono che i negativi ai test rapidi vengano ritestati con la coltura.

3. In ogni caso, coltura o test rapido, è necessario che il tampone venga fatto correttamente, con movimento circolare seguendo l'arco palatino, tamponando le due tonsille e concludere tamponando la parte posteriore del faringe.

4. In ogni caso il potere predittivo positivo del test varia non solo in base alla sensibilità e alla specificità del test, ma anche in base alla prevalenza della malattia nella popolazione.

Un bambino di due anni cade accidentalmente su un cactus. I genitori rimuovono con una pinzetta diversi aculei che non sembrano essere penetrati molto in profondità e lo portano in PS dove vengono prescritti amoxicillina e paracetamolo. Dopo alcuni giorni il bambino comincia a zoppiare e a lamentare dolore.

L'articolazione è gonfia, termotatto positivo, impotenza funzionale con zoppia antalgica. Gli indici di flogosi sono debolmente alterati (ma prende amoxicillina da tre giorni); l'ecografia dimostra un versamento articolare, non ha febbre, ma due giorni prima ha avuto 38° per mezza giornata.

1. È necessario fare l'artrocentesi per distinguere se si tratta di artrite settica o pseudo-settica?

2. Bisogna comunque farla per fine terapeutico? Intanto il bambino è passato a terapia "alla cieca" con ceftriaxone e cortisone.

dott. Rosario Cavallo
Pediatra di base, Lecce

Dipende dall'obiettività locale: l'articolazione, che presumo sia il ginocchio ma non è specificato, è molto calda, tumefatta e con importante impotenza funzionale? L'artrocentesi comunque va

fatta in caso di dubbio di artrite settica. Sapere che si tratta o non di un'artrite settica serve per guidare la terapia antibiotica. Mi sembra però che, avendo già fatto cortisone e antibiotico, il liquido sinoviale sarà già sterile e forse sarà comunque difficile discriminare solo sul numero dei globuli bianchi. Le decisioni vanno prese a questo punto nell'ambito del contesto clinico.

A un congresso tenutosi a Genova nel marzo 2005 è stato detto che l'infezione da Helicobacter pylori (Hp) va trattata solo ed esclusivamente in pazienti con patologia erosiva o ulcerosa gastro-duodenale: la terapia antibiotica per l'eradicazione deve essere preceduta da un esame colturale e antibiogramma su prelievo biotico endoscopico. Quindi, per dare inizio alla terapia, non è più sufficiente la diagnosi di infezione da Hp con breath test o antigene fecale positivo in pazienti con vaga sintomatologia addominale, spesso di origine funzionale.

Gradirei sapere il vostro punto di vista e quali sono in età pediatrica, a proposito di terapia, le combinazioni più efficaci e meglio tollerate per ottenere tassi di eradicazione ottimali (>/=90%).

Pediatra

Le raccomandazioni, che Lei ha sentito a Genova, sono condivisibili. L'infezione da Hp andrà trattata esclusivamente nei soggetti che presentano epigastralgie o sintomi suggestivi per gastrite dopo esame endoscopico: valutazione macroscopica (gastrite micronodulare antrale; ulcera gastrica o duodenale) e biopsia (o test rapido) che confermi la presenza di Hp.

Non sono d'accordo invece sull'esecuzione di una coltura con antibiogramma se non in soggetti che presentino ricadute dopo terapia eradicante; nella mia pratica clinica eseguo la coltura solo dopo 2 cicli di eradicazione (il secondo senza nuova EGDS ma su base clinica e di esami non invasivi: antigene fecale o breath test).

Non devono essere trattati i bambini con positività per antigene fecale o breath test positivo e, come Lei dice, vaghi sintomi addominali (DAR) per l'alta prevalenza dell'infezione asintomatica da Hp (nella popolazione generale vicina al 20%).

Il trattamento di prima scelta si fa con amoxicillina + claritromicina associata a

omeprazolo per 7 giorni; se inefficace, amoxicillina protetta e metronidazolo. Terza scelta ciprofloxacina o altro chinolonico sempre per 7 giorni; se resistenza, va considerato un ciclo di 15 giorni.

Gradirei sapere quanto più possibile sulla DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms).

Vi chiedo inoltre se il vaccino antinfluenzale può essere la causa di questa patologia.

Pediatra di base

La DRESS (della quale non conoscevo l'esistenza) è caratterizzata da un quadro essenzialmente dermatologico, ma anche generale, in seguito alla somministrazione di un farmaco (antiepilettici in prima linea, ma anche allopurinolo e tanti altri).

Su PubMed, cercando "Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms", si trovano 50 pubblicazioni, di cui la maggior parte degli ultimi anni. Nessu-

na riguarda i vaccini. Ma in una pubblicazione parla di mercurio, per cui, quando il timerosal era presente in molti vaccini, in linea teorica, poteva essere che un quadro clinico simile potesse essere insorto dopo la vaccinazione antinfluenzale. Ma ora il timerosal non si trova più da nessuna parte (speriamolo, anche se non era proprio "velenoso").

PA è una bambina di 15 mesi con deformità posturali (i 7 segni di MAU) in fase di netto miglioramento. Presenta quattro macchie caffelatte, maggiori di 0,5 cm, grossa macchia mongolica in regione sacrale e piccola macchia discromica alla mammella destra: non è stata presa in considerazione la neurofibromatosi di tipo 1 (NF1), giustamente e anche perché non ci sono altre manifestazioni.

Vorrei però sapere come va seguita in futuro anche per quanto concerne le deformità della postura.

dott. Emilio Santaroni

Pediatra, Monte San Giovanni Campano (FR)

La sola presenza di quattro macchie caffelatte (CAL) in assenza di altri criteri di diagnosi non è sufficiente per fare diagnosi di NF1; come è noto, per la diagnosi sono necessari due criteri che sono i seguenti: sei CAL sopra il 1/2 cm nei bambini; 2 più neurofibromi o 1 neurofibroma plessiforme; lentiggini inguinali e ascellari; glioma dell'ottico; noduli iridei di Lish; lesione ossea come displasia dello sfenoide o assottigliamento della corticale di un osso lungo con o senza pseudoartrosi; un parente di primo grado con NF1. La bambina tuttavia è ancora piccola e altre lesioni cutanee possono ancora comparire. Mentre si può con ragionevole margine di certezza rassicurare i genitori di un bambino sopra i due anni con non più di tre CAL, non lo si può fare ancora in questo caso che dovrà essere seguito attentamente nei prossimi anni anche perché ci sono molte poche altre condizioni al di là della NF1 (e piuttosto rare) che si associano a numerose CAL. Personalmente penso che sarà purtroppo abbastanza probabile che la bambina possa avere una NF1.

La collana dei tascabili si allunga. Sono in preparazione: • Dermatologia per il pediatra di famiglia di M. Cutrone •
Pediatría ambulatoriale per problemi di F. Panizon • Ortopedia per il pediatra di famiglia di G. Maranzana

È USCITO!



NEUROSCIENZE DELLO SVILUPPO

Abcd per il pediatra e la famiglia curiosa
PARTe SECONDA: IO UOMO

Questo secondo libro si rifà a tutto l'insieme delle scienze cognitive: neuroscienze, neuropsicologia, neurofilosofia, antropologia, linguistica.

Prezzo di copertina Euro 16,00



NEUROSCIENZE DELLO SVILUPPO

PARTe PRIMA: IO ROBOT

Un primo gradino di lettura, con agganci clinici, per capire le funzioni neurologiche superiori, dalla nascita in poi.

Prezzo di copertina Euro 16,00

Volumi pubblicati:

5 ANNI DI NOVITÀ IN PEDIATRIA Una raccolta degli anni 1997-2002 sulle novità in pediatria pratica. Seconda Edizione Prezzo di copertina Euro 15,00

FAI DA TE PER IL PEDIATRA Strumenti diagnostici e chiavi di lettura per le patologie ambulatoriali Prezzo di copertina Euro 15,00

NEUROPSICHIATRIA QUOTIDIANA PER IL PEDIATRA DI FAMIGLIA Sintesi e completamento di due congressi, in un manuale d'uso di facile lettura Prezzo di copertina Euro 15,00

REUMATOLOGIA PER IL PEDIATRA: OGGI Un manuale pratico, nato da un congresso, ragionevolmente completo, utilizzabile a 360 gradi anche nella pratica quotidiana Prezzo di copertina Euro 20,00

PER ORDINARE Inviare ordine scritto a: • e-mail: tascabili@medicoebambino.com; • fax 040 7606590; • posta ordinaria: Medico e Bambino s.a.s. via S. Caterina da Siena, 3 - 34122 TRIESTE. Per eventuali chiarimenti: tel 040 3728911

MODALITÀ DI PAGAMENTO • assegno bancario intestato a Medico e Bambino s.a.s. (prezzo di copertina + Euro 1,50 per spese di spedizione) • versamento su c.c. postale n. 36018893 intestato a Medico e Bambino s.a.s. - via S. Caterina da Siena, 3 - 34122 TRIESTE (prezzo di copertina + Euro 1,50 per spese di spedizione) • pagamento in contrassegno - l'importo viene versato direttamente al postino (prezzo di copertina + Euro 3,50 per spese di spedizione)