

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

**Una mia paziente di 19 mesi fu ricoverata a un mese di vita per un episodio di cianosi.**

**Esegui ECG ed esame neurologico che risultarono normali, mentre dagli esami ematochimici risultò fosfatasi alcalina 1058, SGOT 78, SGPT 66.**

**Da allora la bambina è sempre cresciuta sul 97° percentile con sviluppo psicomotorio adeguato all'età. I ripetuti controlli eseguiti mostrano fosfatasi alcalina persistente sopra il valore 1000, ma indici di funzionalità epatica, livelli di calcio e fosforo e CPK sempre normali.**

**Non è mai stata sottoposta ad indagini strumentali. Non c'è epatomegalia. Il livello della fosfatasi alcalina è spiegabile con il tipo di accrescimento della bambina?**

Pediatra di base

L'elevato livello di fosfatasi alcalina in un bambino che cresce molto (97° centile) potrebbe suggerire una sub-carezza di calcio-vitaminica (elevato fabbisogno di calcio, rachitismo subclinico).

Se sia la bilirubina che le gamma-GT sono normali, non mi farei comunque problemi; viceversa un aumento delle gamma-GT senza aumento della bilirubina potrebbe suggerire un'imprescindibile patologia delle vie biliari, mentre un aumento della bilirubina senza aumento delle gamma-GT potrebbe suggerire un'imprescindibile sindrome di Bieler.

**Sono un pediatra di base; l'articolo del prof. Zoppi (Rivista Italiana di Pediatria 1996, 22) ha minato alla base le mie false sicurezze in materia di divezzamento. Propone infatti una diversa dieta a seconda che il bambino sia allattato al seno o**

**al biberon. Consiglia l'aggiunta di biscotto granulato al latte di seguito. Sconsiglia il latte materno nel secondo semestre di vita. Propone di dare la frutta solo a 7 mesi (ma l'uovo intero lo anticipa a 7 mesi) e via di seguito. A questo punto non sarebbe auspicabile che la rivista facesse il punto sulle conoscenze attuali? Io ne sento la necessità.**

Pediatra di base

Accettiamo il Suo consiglio e prepareremo delle linee guida per lo svezzamento partendo da ciò che è condiviso e dimostrato. Tuttavia non possiamo evitarci di dire che la scienza dell'alimentazione è una scienza senza certezze, e ogni rigidità (o ogni rigido dissenso) sulle scelte alimentari finisce per essere ingiustificata: entro certi limiti le preferenze della madre, del bambino e della famiglia hanno diritto di prevalere rispetto a proposizioni troppo rigide.

Quando la frutta? Anche mai se piace così poco, oppure sempre se il bambino rifiuta altri alimenti ricchi di scorie (le verdure).

Perché non il biscotto granulato nel latte di seguito? Dal punto di vista nutrizionale non vedo che differenza ci sia tra il biscotto in granuli e quello secco, salvo una diversa (ma poco rilevante) quantità di grasso.

Sull'uovo intero a 7 mesi si può forse discutere. L'uovo è molto ricco di colesterolo (ma il lattante "tollerava bene" il colesterolo, infatti vive di latte); l'uovo è un allergizzante potente (ma il bambino di 7 mesi ha una mucosa intestinale abbastanza "matura"); in ogni modo l'uovo a 7 mesi non corrisponde ad un consenso universale, ma in quale bambino si potrà documentare un danno da uovo?

**Bambino di 2 anni, Mantoux e Rx torace negativi, figlio di tu-**

**bercolotico in terapia: perché deve eseguire la profilassi con isoniazide senza vaccino, e perché non utilizzare soltanto il vaccino considerando che nei paesi ad alta incidenza di TBC è usato nei lattanti?**

dot. Leonardo De Luca (pediatra di base)  
San Nicandro (FG)

In generale la profilassi con isoniazide viene fatta per i primi tre mesi dal riscontro di un familiare affetto, nell'ipotesi che il contagio sia avvenuto di recente.

Se dopo i tre mesi di terapia la Mantoux è ancora negativa e il familiare è in terapia, l'isoniazide può essere sospesa. In questo bambino c'è l'indicazione formale al vaccino.

**Qual è il comportamento più corretto da seguire in caso di telarca prematuro (bambina di 20 mesi in ottime condizioni), di modiche dimensioni, in assenza di modificazioni del capezzolo, dell'areola e dei genitali esterni, in assenza di perdite ematiche vulvari e senza accelerazione della crescita staturale?**

dot. Giorgio Collo (pediatra ospedaliero)  
Milano

È quello di non fare niente, e di programmare controlli - semestrali inizialmente, annuali poi - della bambina, poiché una certa quota (circa il 15%) delle forme di telarca prematuro possono evolvere verso un quadro di pubertà precoce vera.

Se, nel corso del follow-up, comparirà qualche segno che possa mettere in dubbio la diagnosi di telarca isolato prematuro (comparsa di altri segni puberali, accelerazione della velocità di crescita ecc.), fare in prima battuta un'ecogra-

fia pelvica per valutare la dimensione e la morfologia dei genitali interni (che nel caso di telarca prematuro saranno inevitabilmente di tipo infantile).

**Perché sul "Prontuario pediatrico" si continua a dire che 5 g di liofilizzato di carne corrispondono a circa 20 g di carne fresca? In 10 g di liofilizzato di manzo ci sono 5,3 g di proteine, mentre in 20 g di manzo ci sono 4 g di proteine!**  
**P.S. È possibile uno svezzamento senza l'uso di carne, come viene chiesto da alcuni genitori?**

Pediatra di base

Mi pare che i suoi conti sul contenuto proteico coincidano all'incirca con i nostri.  
Certo che è possibile svezzare senza carne, ed è quello che si fa coi figli dei vegetariani ostinati. In realtà la specie uomo (e anche la maggior parte dei primati) ha da sempre messo la carne tra i suoi alimenti preziosi. Personalmente, ai bambini per i quali i genitori richiedono una dieta senza carne, prescrivo il ferro farmacologico 1-2 mg/die.

**Stefano ha 7 anni e un grosso "problema": ha sempre le mani sudate. Così nessun compagno di scuola vuole stare per mano con lui**

**quando vanno alla mensa. Leggendo l'articolo di Bonifazi su "Pelle e psiche" (Medico e Bambino, novembre '96) ho visto che questo disturbo è preso in seria considerazione, ma ... la terapia?**

dott.ssa Carla Gussoni (pediatra di base)  
Milano

Non c'è.  
Consiglio l'uso di polveri inerti (nome commerciale "Zeasorb polvere", Stiefel). Passerà.

**Sui foglietti illustrativi dei vaccini si legge sempre di tenere pronta l'adrenalina per i possibili effetti collaterali. In realtà, qual è l'incidenza dello shock anafilattico post-vaccinale?**

dott. Leonardo De Luca (pediatra di base)  
San Nicandro G. (FG)

I casi di anafilassi vera, dopo vaccinazione con vaccini diversi, ci sono, sono molto rari e sembra che non siano mortali (ma potrebbe anche essere che non lo siano stati perché l'adrenalina è stata usata tempestivamente). Vediamo i singoli vaccini.

**DTP vaccino intero:** esistono prove sicure dell'esistenza di un nesso di causalità fra DTP e anafilassi. Le rare reazioni anafilattiche sono quelle caratteristiche:

tumefazione delle labbra, difficoltà respiratoria, ipotensione e shock. Tuttavia dopo l'uso di 80 milioni di dosi di DTP vaccino intero, nessuna morte è stata riportata al Communicable Disease Centre (CDC) di Atlanta.

**Vaccino contro morbillo-parotite-rosolia (MPR):** su oltre 70 milioni di dosi di MPR in USA ci sono stati 33 casi di reazioni anafilattiche, solo 11 delle quali avvennero immediatamente dopo la vaccinazione e non erano legate all'uovo (il virus viene coltivato su fibroblasti di embrione di pollo), ma ad altri componenti del vaccino (gelatina?)

**Vaccino contro l'epatite B:** in USA l'incidenza stimata di anafilassi tra i vaccinati è bassa (circa 1 caso su 600.000 dosi): due di questi casi avvennero in bambini. In Columbia Britannica (dott. Scheifele, dati non pubblicati) su 100.763 bambini da 10 a 11 anni, solo 1 caso di anafilassi.

Per concludere, tenga accanto a sé in ambulatorio, quando vaccina, una fiala di adrenalina e non solo per motivi medico-legali, perché ci sono anche quelli.

## Bibliografia

James JM, Burks AW, Roberson PK, Sampson HA: Safe administration of the measles vaccine to children allergic to eggs. *N Engl J Med* 332, 1262-6, 1995.  
Recommendation of the Advisory Committee of Immunization Practices (ACIP). Update: vaccine side effects, adverse reactions, contraindications and precautions. *MMWR* 45, RR-12, 1-35, 1996.

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto o comunque di prenderlo a modello di massa 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 .....

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