

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

È risaputo che ogni 10 anni, fino al termine della vita, bisognerebbe sottoporsi al richiamo della vaccinazione antitetanica, pratica preventiva omessa da quasi tutti i cittadini.

Bisognerebbe comportarsi nella stessa maniera, e cioè sottoporsi a richiami periodici, con quale scadenza e fino a quale età, per la prevenzione della difterite?

dott. Francesco De Benedetto
Taranto

Se devo dire la verità, non userei il condizionale, ma l'indicativo: «Bisogna sottoporsi ogni 10 anni alla vaccinazione antitetanica».

In quella occasione mi sembra molto opportuno associare la vaccinazione contro la difterite, usando il vaccino Td tipo adulto, che contiene una quantità di anatoxina difterica 10-20 volte inferiore a quella usata per la vaccinazione primaria. Cosa possa succedere quando abbassiamo la guardia contro la difterite è stato ben dimostrato dalla recente epidemia in Russia con circa 200.000 ammalati e più di 2000 morti.

Ma le dico di più: quando avremo finalmente il vaccino TdPa (anti-tetano-difterite-pertosse acellulare), sarà senz'altro il caso di vaccinare con questo ogni 10 anni. Ricordiamoci che oggi la pertosse è una malattia dell'adolescente e dell'adulto.

Nel diabete insulino-dipendente, quale conseguenza extraintestinale della celiachia, vi è una diversa prognosi se il soggetto viene riconosciuto come celiaco e messo a dieta senza glutine?

dott. Piero Cappelletti (Pediatra ex ospedaliero)
Rimini

La celiachia può essere associata al diabete come ad altre patologie autoimmuni e la dieta senza glutine può prevenire l'insorgenza di altra patologia endocrina autoimmune.

Mentre è ancora controverso se in dieta senza glutine migliori il controllo glicemico; una mucosa intestinale integra garantisce un assorbimento maggiore ma anche più lineare degli zuccheri.

Infine va segnalato che nel celiaco non diabetico, ma con anticorpi anti-insula pancreatica presenti (e quindi con grosse probabilità di sviluppare in seguito il diabete conclamato), la dieta senza glutine fa negativizzare gli anticorpi.

Per saperne di più sull'associazione diabete-celiachia confronta: *Lancet* 1997; 349:1096; *Diabetologia* 2001;44:151; *J Pediatr* 2000;137:263; e inoltre il sito: www.pediatria.univ.trieste.it

Bimba di 8 anni in ottima salute, con saltuari dolori isolati alle gambe, obiettività sempre negativa, esami nella norma e TAS elevato tra 600 e 800 in tre rilevazioni, tampone faringeo negativo, che lo specialista vorrebbe operare: rientrato in possesso del mio paziente sono della convinzione di non fare nulla ipotizzando il caso di TAS isolato elevato. Ho solo programmato un tampone faringeo in caso di sospetta faringite batterica.

Vi sarei grato se poteste inviarmi un breve consiglio sul da farsi.

dott. Ermanno Munari
via e-mail

I "saltuari dolori isolati alle gambe" non devono nemmeno far ipotizzare un reumatismo articolare acuto (confronta criteri di Jones per la diagnosi). Non andavano fatti "gli esami" e tantomeno il TAS, che inesorabilmente (ma ancora per quanto dovremo sopportarlo!), finisce per "disorientare" l'otorino di turno. Il tampone faringeo per la ricerca dello streptococco beta-emolitico di gruppo A è giusto che venga fatto in caso di sospetta faringite streptococcica, ma semplicemente perché è corretto farlo in tutti e non per il fatto che quella bambina ha i dolori alle gambe e il TAS elevato!

Vorrei conoscere un corretto approccio diagnostico e terapeutico nei confronti di un neonato di madre positiva per streptococco beta-emolitico di gruppo A (SBA) al tampone vaginale, in assenza di fattori di rischio neonatale.

dott. A. Pacifici (Neonatologo ospedaliero)
via e-mail

Ipotizziamo un neonato a termine, asintomatico, destinato a stare in maternità assieme a sua madre. Le raccomandazioni dell'Accademia Americana di Pediatria (*Pediatrics* 1997;99:489-96) prevedono che la madre venga adeguatamente trattata in corso di travaglio di parto con somministrazione di antibiotico attivo su SBA per via parenterale ogni 4 ore. Si procede in questo caso a controllo clinico del neonato per 48 ore (incompatibile con la dimissione precoce dopo il parto!), senza esecuzione di esami di laboratorio.

Se la madre non è stata adeguatamente trattata (assenza di trattamento, antibiotico non idoneo, somministrazione orale), le raccomandazioni dell'AAP non ci indirizzano. All'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste, in base alla letteratura disponibile, si è stabilito di somministrare la penicillina in dose unica parenterale al neonato, di effettuare l'osservazione clinica e le indagini di laboratorio (PCR e formula leucocitaria) a 18-24 ore.

Un mio piccolo paziente che attualmente ha 22 mesi, ha presentato una crescita regolare sino all'età di 12 mesi: peso 10,250 kg, lunghezza 78 cm. Durante tale periodo il piccolo ha presentato qualche episodio di respiro sibilante in coincidenza di flogosi delle alte vie respiratorie, e vomito saltuario non preceduto da tosse. A partire dai 12 mesi il piccolo ha incominciato a presentare arresto ponderale con peso precipitato al 3° centile intorno al 20° mese (9,750 kg) mentre la statura non è mai scesa sotto il 60° centile (84 cm). Premetto che il piccolo è stato svezzato

a partire dal 5° mese, con introduzione del glutine all'inizio del 6° mese. A partire dal primo anno di età è stata effettuata una serie di indagini di laboratorio tra cui: emocromo, xilosemia, AGA, EMA, TSH, FT3, FT4, AST, ALT, esame urine, test del sudore, IgE totali, prick test per i più frequenti allergeni alimentari, RAST per le PLV, con risultati sempre nella norma e non sono mai stati evidenziati deficit degli indici nutrizionali. Ciononostante, in coincidenza con un ricovero per iperpiressia è stata posta la diagnosi di IPLV, diagnosi motivata dall'aspetto lievemente distrofico del piccolo e per il dato anamnestico del vomito.

Le chiedo, si può avere IPLV anche se le indagini laboratoristiche sono nella norma? E se non è IPLV, cos'altro potrebbe essere?

Nel frattempo il piccolo è stato posto a dieta priva di PLV con scarso beneficio (250 g di peso in due mesi).

dott. Giacomo Tinervia
Corleone (PA)

L'ipotesi da indagare ulteriormente prima di pensare a una magrezza costituzionale (a questo proposito, come sono i genitori o com'erano alla stessa età?) è quella di un malassorbimento/celiachia (momento di esordio del problema, squilibrio peso-altezza, vomiti): credo che occorra eseguire una ricerca degli anticorpi anti-transglutaminasi (corredata anche dalla ricerca dell'eterodimero DQW2) e un esame delle feci per steatorrea. Va esaminata la possibilità di ostruzione nasale o tonsillare, da cui potrebbero dipendere le infezioni respiratorie con conseguente ipopressia e scarsa crescita.

Relativamente alla diagnosi di IPLV, questa non è ovviamente certa e non confortata dai risultati delle indagini eseguite. Potrebbe essere corretta solo se l'ex juvantibus dietetico portasse a un beneficio sulla crescita, altrimenti non sembra esserci spazio per mantenere la dieta attuale.

Leggendo un numero recente di Quaderni ACP ho trovato nell'articolo sulla celiachia qualcosa che mi ha un poco spiacato. Infatti un paio di anni fa, ponendomi di fronte a eventuali richieste di un celiaco, chiesi al nostro "referente" se la birra o altre bevande derivate dalla lavorazione dell'orzo o di al-

tri cereali contenessero glutine. La risposta è stata che non c'erano problemi, contrariamente a quanto si legge nel succitato articolo. Potete confortarci in merito?

dott. Ermanno Munari
via e-mail

La birra è un prodotto tradizionalmente negato al celiaco in quanto non è un distillato (come il whisky che oggi si considera "safe", visto che il procedimento di distillazione garantisce la presenza del solo alcol) bensì un prodotto della fermentazione dell'orzo (cereale che contiene glutine) a opera di lieviti. Con tale procedimento vi è un rischio concreto che una certa quantità di glutine rimanga nel prodotto finale e quindi prudenza vuole che l'astensione sia il comportamento migliore e consigliabile (confronta anche la guida ai prodotti senza glutine edita dall'Associazione Italiana per la Celiachia).

In presenza di numerosi casi di rosolia, il vaccinato non si ammala. Ma nella sua condizione di portatore non è ugualmente pericoloso per gli altri, per i figli ad esempio, o i conviventi?

dott. Francesco De Benedetto
(Pediatra libero professionista)
Taranto

Il vaccinato per la rosolia è esattamente come il soggetto che ha già contratto e superato la malattia: è molto improbabile che diventi veicolo di infezione.

Vorrei avere un vostro parere a proposito di una notizia apparsa su qualche quotidiano, cioè che il cloro delle piscine può avere effetti dannosi sullo sviluppo polmonare dei bambini. Il cloro favorirebbe l'insorgenza di allergie o asma? Secondo voi è possibile?

Pediatra di base

Non conosco il lavoro citato, ma conoscevo già questa problematica. In effetti sono stati più di uno i lavori scientifici pubblicati che hanno potuto dimostrare una maggiore frequenza di iperreattività bronchiale con maggiore concentrazione di eosinofili nelle secrezioni

Di regola, gli articoli pubblicati sono commissionati dalla Redazione all'Autore. Tuttavia, contributi non preordinati, coerenti con la linea editoriale della Rivista, che pubblica prevalentemente articoli sulla pediatria ambulatoriale e generalistica, per lo più di aggiornamento, ma anche su esperienze personali o di gruppo, o di riflessione, o di casistica ("Perché si sbaglia", "Rubrica iconografica", "Oltre lo specchio"), o di politica sanitaria, sono sicuramente molto graditi.

□ Gli articoli e le lettere vanno inviati alla Redazione di *Medico e Bambino*, presso la Società editrice: **Medico e Bambino**, via S. Caterina 3
34122 Trieste. Tel 040 3728911
Fax 040 7606590

È possibile l'invio anche per e-mail:
redazione@medicoebambino.com

□ Le dimensioni ideali dei contributi sono dell'ordine delle 15.000 battute (6-8 cartelle a macchina, 3-4 cartelle in videoscrittura), oltre alle illustrazioni (diapositive, disegni, grafici, tabelle) per le quali non c'è limitazione (si prega di contraddistinguere chiaramente le immagini, fornirle di didascalia, segnalare in quale punto del testo vanno citate). Per la rubrica iconografica, tra testo e immagini, lo spazio totale è quello di due facciate di rivista (circa 6000 battute di testo più illustrazioni). Indicare anche i nomi di battesimo degli Autori dell'articolo. La bibliografia va redatta in ordine di citazione. Il numero d'ordine della citazione va indicato nel testo; la voce bibliografica comprenderà i nomi degli Autori fino al quarto, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'anno, l'indicazione del volume, la prima pagina e l'ultima del testo, nell'ordine. Nella bibliografia le abbreviazioni, anche dei nomi degli Autori, non necessitano del punto.

□ Se il contributo è in videoscrittura, l'invio del relativo dischetto (o del file per e-mail) sarà particolarmente gradito. Se il file viene inviato per e-mail, le immagini relative dovrebbero essere inviate anche via fax o posta.

□ La accettazione (o la non accettazione) del contributo sarà comunicata all'Autore. La Redazione si riserva la possibilità di effettuare operazioni superficiali di editing, che, se di qualche consistenza, verranno sottoposti all'Autore. Le lettere saranno accettate in tutti i casi, e pubblicate quanto prima possibile. Per le lettere è opportuno che le dimensioni non superino le 3000 battute (una cartella in videoscrittura); in caso contrario è possibile che qualche taglio risulti necessario, senza modificare la sostanza del contenuto.

PAGINE ELETTRONICHE

Le pagine elettroniche di M&B ospitano: **Contributi originali** (2-4 a numero), suddivisi in due sezioni (rispettivamente: "Casi clinici contributivi" e "Ricerca"). I lavori pubblicati in questa sezione sono sottoposti a verifica da parte di un gruppo di referenze e, se accettati, pubblicati per esteso on line e in abstract sulla pagina verde ENTRO 60 GIORNI DALL'INVIO. Il lavoro originale deve essere inviato in dischetto o meglio in e-mail, non deve superare le 9000 battute (circa 3 cartelle di PC), può contenere inoltre illustrazioni e una bibliografia secondo i criteri generali della rivista. L'abstract sarà elaborato in redazione. Un summary in lingua inglese accompagnerà la pubblicazione sia in abstract che in esteso, "on line". Gli articoli sono archiviati, citabili, validi a tutti gli effetti come pubblicazioni. L'indice di lettura è ragionevolmente alto (circa 300 "visitatori" al giorno). I contributori riceveranno 5 estratti della pubblicazione in esteso.

bronchiali e positività allergiche subcliniche nei nuotatori che facevano attività agonistica ad alto livello. Questi problemi venivano riferiti all'azione irritativa del cloro utilizzato per la disinfezione dell'acqua delle piscine. Va detto però anche che ci sono stati nuotatori che hanno vinto medaglie olimpiche ed erano asmatici e che il nuoto viene praticato da moltissimi asmatici senza che nessuno abbia la sensazione clinica palpabile di un effetto negativo. In conclusione, pur non nutrendo alcuna simpatia per questo sport (tutti sanno che ai bambini asmatici consiglio il calcio e sconsiglio il nuoto, perché troppo spesso visto come un'imposizione "ghettizzante"), devo anche dire che in queste cose bisogna avere prima di tutto buon senso.

A un bambino di 14 mesi ho proposto alcuni accertamenti per sospetta celiachia. Sono venuti fuori questi risultati: AGA IgA 22,60, AGA IgG 6,90, EMA assenti. Quale significato attribuire a questi dati? Possono essere stati in-

fluenzati da una cospicua microcitosi e ipocromia dei globuli rossi contemporaneamente evidenziate? Devo aspettare il compimento dei due anni di età per ripetere le analisi?

dott. Francesco De Benedetto
(Pediatra libero professionista)
Taranto

Se, come credo, pur non essendo specificato il range di normalità del test impiegato per gli AGA, questi siano risultati positivi in assenza di EMA, ciò non dipende certamente dalla microcitosi né dall'ipocromia delle emazie (che peraltro in assenza di un trait talassemico potrebbero essere la spia di una carenza marziale, ben in accordo con il sospetto di celiachia). Sono descritte elevazioni degli AGA anche nel non celiaco (soprattutto le IgG e principalmente nel bambino con altra causa di enteropatia, per esempio allergica) e questo non dovrebbe orientare verso la celiachia nel caso di negatività degli EMA (tranne nel caso di difetto totale di IgA). Nel 2001 il problema trova una facile solu-

zione con la ricerca degli anticorpi anti-transglutaminasi: una loro negatività nega la celiachia; di fronte alla positività, va eseguita la biopsia intestinale.

A proposito di vaccinazioni, tra le false controindicazioni viene riportato "trattamento con corticosteroidi a basso dosaggio o per applicazione locale".

Chiedo: basso dosaggio vuol dire inferiore a 2 mg/kg/die, o quanto?

Dei più importanti corticosteroidi, quale viene preso come pietra di paragone nei confronti degli altri?

Pediatra di base

È proprio come lei dice, il dosaggio al quale o al di sopra del quale esistono perplessità per l'esecuzione della vaccinazione con vaccini costituiti da virus vivi attenuati è quello di 2 mg/kg di prednisone per via generale per 14 giorni di seguito (o usando la dose complessiva: 20 mg al giorno o più per 14 giorni o più). La vaccinazione viene consigliata a distanza di 1 mese dalla sospensione del trattamento con corticosteroidi. Il corticosteroide di riferimento è il prednisone.

Bambino di tre anni e mezzo, peso 90-97°centile, altezza 97°centile, sviluppo psicomotorio adeguato all'età; fontanella anteriore ancora ampiamente aperta (4 x 5 cm). Eseguita ecografia transfontanellare nel primo anno di vita (negativa). Già eseguiti accertamenti per escludere rachitismo.

Quali eventuali ulteriori accertamenti eseguire?

Pediatra

Non è scritto nella lettera quale sia la circonferenza cranica. Se fosse molto grande, naturalmente, si potrebbe pensare a una SOTOS. Ma non sarà, perché sarebbe già stata notata. Un rachitismo carenziale a 3 anni è praticamente impossibile, e nessun rachitismo a quell'età non si accompagnerebbe a deformità degli arti. Un ipotiroidismo, con statura al 90°, non è pensabile.

A occhio e croce, se non ha altro, trascurerei la fontanella senza dimenticare che uno al 97° centile ha più bisogno di calcio di uno al 50° o al 3°.