

Vorrei conoscere la terapia dietetica e/o medica della diarrea osmotica.

Pediatria di base

La diarrea osmotica è provocata dal richiamo di acqua nel lume intestinale da parte di sostanze osmoticamente attive.

Le sostanze più spesso in causa sono i carboidrati: patognomicono, sebbene rarissimo, è il deficit congenito della lattasi e della saccarasi-isomaltasi (per quest'ultimo, che è il più frequente, è stimata una frequenza dello 0,08% in Nord America). In questi casi il deficit è congenito, geneticamente trasmesso e la diarrea, sempre grave, compare alle prime somministrazioni del carboidrato.

La grande maggioranza delle intolleranze ai carboidrati che si incontrano nella pratica quotidiana sono invece secondarie a lesioni della mucosa intestinale (gli enzimi digestivi risiedono all'apice del villo), per infezione (rotavirus, adenovirus, *E. coli* enteropatogeni, contaminazione alta del tenue), per infestazioni (*Giardia lamblia*) o flogosi croniche (IPLV, celiachia florida). In questi casi il difetto è il più delle volte parziale e comunque, una volta rimossa la causa, la funzione recupera in qualche settimana.

L'intolleranza ai carboidrati di tipo perenne, anche se il più delle volte parziale, è molto più frequente (il 50% dei bambini italiani a 11-13 anni ne è affetto) ed è il deficit di lattasi di tipo adulto, in cui l'ingestione di cospicue quantità di latte provoca diarrea a volte esplosiva, meteorismo e crampi addominali. In questi individui l'attività lattasica inizia a declinare a partire dal 3°-4° anno di età, fino a diventare meno del 10% nell'età adulta.

I mezzi diagnostici più semplici sono la determinazione del pH fecale (un pH <5,5, misurato con cartina di tornasole, sarà fortemente sospetto) e la ricerca delle sostanze riducenti nelle feci (test di Kerry), eseguiti sulla parte liquida delle feci.

La terapia è centrata sulla rimozione/riduzione del carboidrato, in pratica il latte vaccino, dalla dieta che solo nei casi congeniti sarà necessariamente una rimozione completa e perenne.

Nel deficit di lattasi di tipo adulto, è importante ricordare l'importanza nutrizionale del calcio: è quindi opportuno incoraggiare l'assunzione di piccole quantità di latte che il paziente può tollerare e il consumo dei derivati del latte

a basso contenuto di lattosio (nei formaggi stagionati come il parmigiano, l'emmental e il gruviera, il lattosio è praticamente assente).

Bambino di 6 anni; al 7° mese di gestazione, all'ecografia fu rilevata "modesta pielocalicectasia dx". Ecografie ripetute all'età di 2 e 5 mesi confermarono il dato. A 15 mesi, "regressione pressoché completa della pielocalicectasia". A 5 anni e mezzo, il bambino ebbe un episodio di infezione "bassa" delle vie urinarie; la successiva ecografia dimostrò "rene destro normale; modesta pielectasia che si riduce dopo minzione; rene sinistro normale; lieve pielectasia che regredisce completamente dopo minzione". Il bambino non ha più avuto IVU; esame urine e urinocoltura sono sempre risultati negativi. Che fare? Continuare il follow-up con periodici esami delle urine ed ecografie o fare altri esami strumentali (urografia) ?

Pediatria di base

La storia fa pensare che questo bambino presenti due problemi indipendenti tra loro, anche in relazione alla frequenza degli stessi: 1) una pielocalicectasia non ostruttiva verosimilmente di entità variabile, ma sicuramente non evolutiva e che attualmente, di per sé, non costituisce un'indicazione a ulteriori indagini strumentali; 2) un episodio per ora unico, di probabile cistite in un'età in cui, anche nel maschio, questa infezione può verificarsi (seppure più raramente che nella bambina). Alla base di questo evento c'è quasi sempre una fisiologica "immaturità vescico-sfinterale", che andrà certamente a correggersi spontaneamente entro qualche mese.

L'ipotesi che il bambino abbia un reflusso vescico-uretrale è resa molto improbabile dal quadro clinico dell'infezione e dall'età in cui questo primo episodio si è verificato.

In conclusione ci si può limitare, se il bambino non presenta obiettive alterazioni della minzione, ad eseguire dei controlli delle urine in caso di ripresa dei sintomi di sospetta infezione.

Discromatopsia: bambino di 6 anni con difficoltà alla percezione dei colori, specie rosso e verde, osservato dalla madre e confermato dai test (anche dall'oculista).

Quali esami strumentali eseguire per accertare la diagnosi? Cosa è possibile fare?

dott. Roberto Vallicelli (pediatra)
Forlì

Una discromatopsia prevalente nella discriminazione del rosso dal verde in un maschio è sicuramente un daltonismo. L'ereditarietà della forma è legata al cromosoma X e interessa dal 4 all'8% dei maschi a seconda della selettività del test utilizzato per la diagnosi.

Ai fini diagnostici si utilizzano le tavole di Ishihara ed è utile indagare se nella famiglia materna vi sono altri maschi con discromatopsia rosso-verde.

Non esistono terapie possibili per questo difetto; è una patologia che comunque non peggiora e che non incide sull'acutezza visiva.

Un bambino di 10 anni da tre giorni presenta iperpiressia (39,5°) e, quando lo visito, di obiettivo c'è solo un faringe lievemente iperemico (a voler proprio dire qualcosa!). Inizia terapia con Clavulin, ma dopo tre giorni la febbre ancora persiste e in più compare tosse secca, insistente. Per prudenza, pur essendo sempre negativo l'esame obiettivo, consiglio una radiografia al torace ed alcuni esami ematochimici e nel frattempo inizia terapia con Rocefin.

Dopo due giorni la febbre scende (37-37,5°); alla radiografia rinforzo diffuso della trama bronco-vasale, più spiccato in sede preilare e a sinistra segni di adenopatia; GB=8000 (N=54%, L=45%, M=15%); PCR=negativa; VES=56 (1° ora). Rivedo il paziente in 12° giornata (ha sempre febbre) per leggere un Tine test, ma in notata si ricopre di un esantema morbillosa lievemente pruriginoso che interessa il palmo delle mani e le piante dei piedi, a decorso cranio-caudale con enan-

**tema al palato (temperatura 37,8°).
Cosa pensare? Adenovirus?
Epstein-Barr virus? TBC?**

Pediatra

La mancata risposta della febbre alla terapia antibiotica (compreso il Rocefin, che se fosse stato utile avrebbe fatto scendere la febbre prima dei due giorni) e la negatività dell'Rx torace e della PCR ci dicono con certezza che si è trattato di una malattia virale respiratoria (adenovirus?).

L'esantema-enantema (che non sembra dalla descrizione delle lesioni essere stato una "sindrome mani-piedi-bocca") non è detto che sia legato alla prima infezione (troppo distante).

Viene richiesta da genitori di bambini "affetti" da lieve rinite, con qualche colpo di tosse, dichiarazione del medico curante attestante che il bambino può essere vaccinato.

Io ritengo che il medico curante debba rilasciare certificazioni per autorizzare o meno la vaccinazione solo in caso di malattie importanti, non per ogni banalità.

Qual è la legge che regola questo problema?

Pediatra di base

Non esiste una legge in proposito: al più vi sono alcune circolari, tutte molto vecchie, del Ministero della Sanità. Esistono, comunque, comportamenti consolidati che hanno più valore di una legge. Ebbene, una lieve rinite o qualche colpo di tosse non controindicano la vaccinazione: "una malattia leggera, acuta, con poca febbre" è la prima delle false controindicazioni. Ma lei domanda: "Perché debbo rilasciare un certificato attestante che questo bambino può essere vaccinato in questa situazione?" Probabilmente perché il servizio di vaccinazione in un eccesso di burocrazia e di garantismo lo richiede o perché i genitori si ritengono con questo più sicuri. Come non vedo perché lei debba farlo, non vedo nemmeno perché non debba farlo. Penso che tutto questo possa rientrare in quel rapporto di fiducia genitori-pediatra che tutti auspichiamo e di cui tutti siamo orgogliosi.

Dobbiamo proprio fare solo quello che la legge ci prescrive?

Cicli di terapia con acido folico in portatori sani di beta-talassemia: sono da fare di routine, come e con quale frequenza?

dott.ssa Carla Salomone (pediatra)
Torino

La supplementazione di acido folico si fa nelle condizioni di talassemia clinicamente espressa con eritropoiesi inefficiente (talassemia intermedia).

Nel portatore sano, nel quale non vi è l'eritropoiesi inefficiente e nemmeno un'aumentata emolisi, non vi è una iperproduzione midollare e pertanto nemmeno l'indicazione alla terapia con acido folico.

Antibiotici batteriostatici e battericidi: quali sono le differenze terapeutiche?

Quali sono le classi di antibiotici che appartengono all'una o all'altra categoria?

Pediatra di base

Un antibiotico è battericida quando, in vitro, il numero dei germi che sopravvivono dopo 24 ore è inferiore o uguale allo 0,01%. Ma lo stesso antibiotico può comportarsi a seconda del germe da batteriostatico o da battericida.

Ad esempio il cloramfenicolo, batteriostatico nei confronti della maggior parte degli enterobatteri, ha invece un'azione battericida su *H. influenzae*, *S. pneumoniae* e *N. meningitidis*; l'eritromicina a forti dosi, tali da consentire un tasso ematico elevato, è battericida per germi molto sensibili (cocchi Gram positivi).

E ancora le penicilline e le cefalosporine sono battericide solo nei confronti dei microrganismi in attiva proliferazione, mentre gli aminoglicosidi agiscono anche sui batteri in fase statica.

In generale, è opportuno scegliere un antibiotico battericida nelle infezioni gravi e in soggetti immunodepressi.

Tetraciline, cloramfenicolo, macrolidi, clindamicina, sulfamidici sono i batteriostatici più importanti, mentre sono battericidi tutte le penicilline e le cefalosporine, la vancomicina e la teicoplanina.

na, gli aminoglicosidi, le rifamicine, i fluorochinoloni e l'isoniazide.

Un lattante di pochi mesi con dermatite atopica e in allattamento materno esclusivo non ha avuto nessun vantaggio da una dieta prescritta alla madre, rigorosamente priva di latte vaccino e derivati.

Ora mi chiedo se ha senso, allo svezzamento, utilizzare un latte di soia o comunque privo delle proteine del latte vaccino.

Pediatra di base

Nell'eczema che insorge in latte materno, la sensibilizzazione allergica è rivolta molto spesso a molti (tutti) gli alimenti ingeriti dalla nutrice. Non sorprende quindi che una dieta limitata all'esclusione del solo latte (o latte ed uova) non produca effetti misurabili; succede anche quando il prick test risulti positivo all'uovo e al latte vaccino. Proprio la positività al prick è per noi un criterio per scegliere chi svezzare con latte e chi con soia.

"Pappa reale": attività farmacologica, tossicità e indicazioni terapeutiche.

Pediatra di base

Non so e non credo che la "pappa reale" abbia particolari proprietà se non quelle nutritive.

Per molti allergici rappresenta una "bomba antigenica" che può provocare reazioni anafilattiche anche gravi.

È razionale l'uso di creme riepitelizzanti nella dermatite da pannolino e nelle reazioni cutanee perianali, conseguenza di diarrea osmotica? Fallita la terapia topica con antimicotico per 15 giorni, è razionale dare un antimicotico sistemico?

Pediatra di base

Penso di no. Le pomate grasse hanno una funzione protettiva di barriera, ma

sono più utili nel prevenire che nel curare. La non-risposta alla pomata antimicotica suggerisce una cattiva compliance alla terapia oppure una scarsa igiene, con cambi del pannolino troppo rari. Raccomandare di non mettere il pannolino per qualche giorno, lasciando il culetto scoperto, penso possa servire di più che trattamenti farmacologici energici.

Un bambino di tre anni presenta fin dallo svezzamento reazioni anafilattiche all'ingestione di latte o derivati (anche minori, quali un biscotto e anche se appena toccati con le labbra). Il RAST è risultato molto positivo verso lattoglobulina e caseina. Vorrei chiedervi se questa condizione è destinata a persistere tutta la vita o se vi sono possibilità che regredisca. Ho sentito al proposito opinioni discordanti.

Pediatra di base

Non credo ci siano dati epidemiologici precisi. Certamente la probabilità di superare l'anafilassi alimentare si riduce con l'età. La gran parte dei lattanti che presentano reazioni anafilattiche al "primo biberon" possono riprendere il latte vaccino già dopo il 1°, 2° anno di vita. In questo il suo paziente rappresenta una sfortunata eccezione.

Più andiamo avanti con l'età e più diventa bassa la probabilità di guarigione: a tre anni la stimerei attorno al 50%; in un bambino più grandicello o in un adulto è praticamente nulla.

Nella terapia della rinite allergica, gli antistaminici topici hanno la stessa efficacia di quelli dati per via orale?

Pediatra di base

L'effetto degli antistaminici topici è soltanto locale (dove si mette). Quelli per via orale invece agiscono sia sul naso che sugli occhi, sul prurito in

gola e sugli altri sintomi di accompagnamento di queste forme.

A un paziente di 5 mesi con eczema seborroico e prick-test positivo per proteine del latte vaccino, è stato prescritto per 4 mesi il Clenil A soluzione per aerosol, 10 gocce per os 2 volte al giorno, Tinset gocce e latte materno con dieta alla madre priva di latte vaccino e derivati. Vorrei sapere l'utilità di questa terapia ed eventuali effetti dannosi per l'uso prolungato di questi farmaci.

dott.ssa Rosaria Russo (pediatra)
Calvi-Risorta (CE)

Evidentemente non si tratta di una semplice dermatite seborroica, ma di un eczema atopico, e il medico che ha prescritto quella terapia dietetica e farmacologica ha ipotizzato una possibile allergia alle proteine del latte vaccino tra-

smesse attraverso il latte materno. Lo schema di terapia adottato con beclometasone per os (ed aerosol) discende da una non più recente segnalazione di utilità, apparsa qualche anno fa in letteratura. È di fatto un intervento che dà qualche risultato aggiuntivo nei casi resistenti a una terapia dermatologica standard e andrebbe riservato soltanto a questi. L'ipotesi è che il beclometasone agisca riducendo l'assorbimento di allergeni dalle mucose (respiratoria e gastrointestinale) o inibendo la liberazione locale di mediatori proinfiammatori. Ma non può nemmeno essere escluso un più banale effetto cortisonico da assorbimento sistemico del farmaco. Il Tinset similmente al Ketotifene viene spesso usato nella dermatite atopica per sfruttare l'effetto antiprurito (antistaminico), ma anche più genericamente "antiallergico" (inibizione del reclutamento di eosinofili?) di queste molecole. Entrambe queste terapie sono "collaudate"

per utilizzi anche prolungati con effetti secondari verosimilmente trascurabili, effetti che comunque vanno sempre considerati in rapporto al reale vantaggio curativo di questi farmaci e in rapporto alle alternative terapeutiche meno impegnative.

La mamma di una ragazza di 14 anni, affetta da rettocolite ulcerosa da circa 4 anni, in terapia e non ancora in remissione clinica, mi ha posto i seguenti quesiti che "giro all'esperto": la malattia può influire sull'epoca di comparsa del menarca? Ci sono alimenti utili o vietati? Ci sono integratori alimentari utili? Aggiungo: quando prendere in considerazione la chirurgia?

Pediatra di base

Nella rettocolite ulcerosa vi può essere un ritardo del menarca soltanto se vi è malnutrizione.

La dieta dovrebbe essere sostanzialmente libera tranne in quei rari casi in cui può coesistere un'allergia alle proteine del latte vaccino (da verificare con eliminazione e scatenamenti). Diversamente che nel morbo di Crohn, le diete elementari e l'alimentazione parenterale non sono mai in grado di indurre da sole la remissione della malattia anche se possono rappresentare un passo obbligato nelle forme più gravi.

Circa un terzo dei casi finisce per essere sottoposto a intervento chirurgico per una complicazione acuta (megacolon tossico, sanguinamento intrattabile, perforazione), oppure per un intervento di elezione (forme intrattabili e persistenti, deterioramento dello stato generale, ritardo di crescita, fistola retto-vaginale, danno epatico severo).

Ogni lettore può utilizzare la rubrica "Domande e risposte" per porre i quesiti che riterrà utili. Si raccomanda che il problema sia esposto in forma sintetica, possibilmente contenuto in non più di 10 righe, a mano o dattiloscritto. Verranno pubblicati i quesiti e le risposte che saranno di interesse generale, ma risponderemo personalmente, comunque, a tutti i quesiti inviati. Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale, che potrà contare sulle seguenti consulenze:

ALLERGOLOGIA: Cavagni, Vierucci; CARDIOLOGIA: Fonda, Visconti; CHIRURGIA: Alessandrini, Guglielmi, Verga; DERMATOLOGIA: Arcangeli, Longo F.; DIABETOLOGIA: Pocecco, Tonini; EMATOLOGIA: Sansone, Schettini; ENDOCRINOLOGIA: Cacciarri, De Santis; EPATOLOGIA: Bali, Zancan; FARMACOLOGIA: Assael, Bradaschia, Marchetti, Tognoni; GASTROENTEROLOGIA: Guandalini, Torre; GENETICA E MALFORMAZIONI: Cao, Mastroiacovo; GINECOLOGIA PEDIATRICA: Bacci, Ricci; IMMUNOLOGIA: Andolina, Ugazio; NEFROLOGIA: Peratoner, Rizzoni; NEONATOLOGIA: Marini, de Vonderweid; NEUROLOGIA: Bouquet, Cavazzuti; NUTRIZIONE: Auricchio, Nordio; OCULISTICA: Auricchio, Perissutti; ODONTOSTOMATOLOGIA: Celato, Furlani; ORTOPEDIA: Maranzana, Vigliani; OTORINOLARINGOIATRIA: Polazzon, Zocconi; PATOLOGIA INFETTIVA: Principi, Roscioli; PNEUMOLOGIA: Faraguna; PSICHIATRIA: Del Carlo-Giannini, Paci; PSICOLOGIA: Canestraro, Mammano; RADIOLOGIA: Dalla Palma, Perale; VACCINAZIONI: Bartolozzi

Si suggerisce di utilizzare il tagliando 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