

Si ringraziano gli "esperti" che hanno contribuito con le loro risposte e i loro pareri alla rubrica dell'anno 2001.

CARDIOLOGIA: Alessandra Benettoni; CHIRURGIA: Antonio Messineo, Antonio Giannotta; DERMATOLOGIA: Fabio Arcangelo, Filippo Longo; DIABETE-ENDOCRINOLOGIA: Giorgio Tonini, Mauro Pocecco; EMATOLOGIA-ONCOLOGIA: Paolo Tamaro; EPATOLOGIA: Giuseppe Maggiore; FARMACOLOGIA: Fulvio Bradaschia, Federico Marchetti; GASTROENTEROLOGIA: Stefano Martelossi, Alessandro Ventura; GENETICA: Bruno Bembi, Antonio Amoroso; GINECOLOGIA PEDIATRICA: Alberta Bacci, Giuseppe Ricci; IMMUNOLOGIA: Loredana Lepore, Marino Andolina; NEFROLOGIA: Leopoldo Peratoner, Marco Pennesi; NEONATOLOGIA: Umberto de Vonderweid, Riccardo Davanzo; NEUROLOGIA: Furio Bouquet; OCULISTICA: Paolo Perissutti; ODONTOSTOMATOLOGIA: Gabriella Clarich; ORTOPEDIA: Giuseppe Maranzana; OTORINOLARINGOIATRIA: Elisabetta Zocconi; PNEUMOLOGIA: Dino Faraguna, Luisella Giglio; VACCINAZIONI: Giorgio Bartolozzi.

Nel caso di dieta priva di latte vaccino, realmente necessaria, che si protrae oltre l'anno, quali sono le indagini da eseguire e i provvedimenti terapeutici per evitare carenze che si possono ripercuotere sull'accrescimento?

dott.ssa Donatella Corea
via e-mail

L'unica carenza che va considerata e corretta in una dieta senza latte è quella del calcio. Ricordo peraltro che le formule del commercio a base di soia o di idrolisati sono già adeguatamente integrate. In caso di una dieta senza alcun tipo di latte, la supplementazione di calcio (all'incirca 500 mg/die) può essere ottenuta anche utilizzando, per bere e per la preparazione delle pappe, le acque minerali ricche di questo elemento (Sangemini, Ferrarelle, Uliveto).

La microematuria asintomatica è una controindicazione all'attività sportiva agonistica? Quali sono le patologie renali che impongono la sospensione dello sport?

Pediatra ospedaliero

La microematuria isolata non costituisce mai, di per sé, una controindicazione alla pratica sportiva; lo sono invece l'insufficienza renale di grado medio-grave e l'ipertensione arteriosa non controllata, mentre in caso di rene unico o nefromegalia (ad esempio dei grandi reni policistici), c'è soltanto l'indicazione ad evitare sport da contatto o ad elevato rischio di trauma.

Bambino di 6 anni con sindrome di Down. Sviluppo staturo-ponderale soddisfacente. Alvo tendenzialmente stiptico, dieta libera. Emergono i seguenti dati dagli annuali screening di labora-

torio: aprile 99: EMA e AGA negativi; TSH 3,93 (vaolori normali 0,40-4,70). Marzo 2001: EMA negativi; AGA IgA pos 1:10; TSH 5,04. Emocromo, stato nutrizionale e ormoni tiroidei sempre nella norma.

Quesiti: Devo già pensare a una celiachia latente? Devo metterlo in dieta priva di glutine (tenendo conto di una scarsa compliance familiare già per la sindrome di base...) e/o eseguire altri accertamenti? Se sì, subito o a quale ragionevole scadenza?

Il TSH appena sopra i limiti, a vostro avviso, va già trattato? Se no, qual è un ragionevole monitoraggio?

Roberto Boscolo (Pediatra di famiglia)
Scorzè (VE)

Per ora non c'è evidenza di celiachia, la debole positività degli AGA IgA non è diagnostica. Gli EMA negativi depongono per ora per un'esclusione del problema. Ma si potrebbe completare l'accertamento con il dosaggio di anticorpi anti-tTG. Il TSH è lievemente aumentato, dato che dovrebbe essere confermato per non essere considerato casuale. È possibile che ci sia stata una tiroidite di Hashimoto, la positività di anticorpi anti-TPO e TG potrebbe confermarlo eventualmente completando l'accertamento con una ecografia tiroidea.

In conclusione, il bambino Down è soggetto, come molte altre sindromi, a patologie autoimmuni che possono manifestarsi anche tardivamente. È quindi opportuno un follow up sia per la celiachia sia per l'eventuale evoluzione in un ipotiroidismo secondario, qualora si confermi l'ipotesi di tiroidite al momento con esito in eutiroidismo.

Valori poco al di sopra della norma di TSH non indicano una necessità di trattamento: se aumentassero a 7-8 mcU/ml varrebbe la pena di somministrare L-tiroxina in quanto si tratta di ipotiroidismo subclinico, con possibile ulteriore evoluzione.

Gradirei sapere chi sono i soggetti catarrali: quanti devono essere nell'arco di un anno gli episodi di origine batterica o virale perché un bambino possa essere considerato un "catarrale"? Bisogna mettere insieme otalgie semplici e otite media acuta febbrile, faringite con febbre e faringite con febbre alta, lievi bronchiti e broncopolmoniti?

Pediatra di base

I bambini "catarrali" sono i "bambini con infezioni respiratorie ricorrenti" (infezioni respiratorie alte, basse o miste con o senza otite). Vengono definiti come tali quei bambini che presentano un numero eccessivo di infezioni in genere limitatamente all'età prescolare.

Numerose ricerche epidemiologiche sono state fatte per definire i confini della normalità, o in altre parole il livello massimo di infezioni da considerare normale. Una media di 6 infezioni all'anno va considerata come normale, mentre esce dalle due deviazioni standard (e quindi dalla normalità) il bambino che si ammala più di 1 volta al mese (o più di 10 volte all'anno, visto che nei mesi estivi difficilmente presenterà episodi catarrali). Ma molto ovviamente incide su queste cifre la situazione ambientale nella quale vive quel bambino: il lattante avviato all'asilo nido avrà un numero di infezioni consistentemente maggiore di quello tenuto a casa e magari senza fratelli maggiori che frequentano l'asilo.

Vorrei avere delle risposte riguardo ai seguenti problemi.

1. C'è un razionale nella larghissima prescrizione da parte dei miei colleghi, sia pediatri di famiglia sia ospedalieri, di aerosol a base di soluzione fisiologica, beclometasone e mucolitici (in genere Ambroxol), ripetuti 2-3 volte al dì per tossi da banali infezioni delle vie aeree in periodo invernale, o non è piuttosto una malpratica costosa, inuti-

le e non scevra di effetti collaterali?

2. Al di là del razionale, gradirei un chiarimento sui dosaggi del beclometasone dipropionato, che viene facilmente prescritto anche nel lattante (al di fuori della terapia del croup e della profilassi dell'asma) alla dose di 1 fiala da 2 ml per 2-3 volte al dì per periodi di 7-10 giorni, ripetuti più volte nell'arco del periodo autunno-inverno. A me sembrano francamente eccessivi.

3. Per quanto riguarda il salbutamolo nella terapia della broncostruzione, è ancora valida l'indicazione di 1 goccia/1,5-2 kg/dose (=150 mcg/kg/dose) da ripetere ogni 20 minuti max per 3 volte, per poi diradare ogni 3-4 ore beninteso usando apparecchi adeguati? Chiedo questo, perché i colleghi ospedalieri della mia ASL prescrivono abitualmente a tutti i bambini, dal lattante di pochi mesi al bambino dell'età scolare, 15 gocce di salbutamolo (Broncovaleas) per almeno 3-4 volte al dì per diversi giorni. Non si tratta nel caso dei bambini più piccoli di una dose eccessiva e forse rischiosa?

Pediatra di famiglia

L'uso del Clenil o degli altri farmaci per via aerosolica (mucolitici in particolare) per patologie banali e con obiettivi discutibili è certamente diffuso; ma la terapia aerosolica, come la famosa cucina, "è la più amata dagli italiani" e ci vorrà molto per rimuovere questa antica e radicata abitudine.

Nella terapia antinfiammatoria di base dell'asma il dosaggio di riferimento per il beclometasone sono i 10-15 micro-

grammi/kg/die (max 400 microg), ma nel bambino piccolo (sotto i 4-5 anni) queste dosi possono venir raddoppiate in considerazione della minore quantità di farmaco che arriva nelle vie aeree. Ma non vedo quali possano essere l'indicazione e il razionale di terapie ripetute di una settimana.

La dose di salbutamolo per via aerosolica può essere più o meno elevata in rapporto alla gravità della crisi asmatica (e dell'efficienza dell'apparecchio usato per nebulizzare). Con un nebulizzatore efficace la dose varia da 0,05 mg/kg a 0,15 mg/kg (max 5 mg) e può essere ripetuta nei casi gravi (meglio in ospedale per la possibilità di affiancare anche l'ossigeno) ogni 20' nella prima ora, con un successivo allungamento progressivo dell'intervallo tra le dosi. La dose utilizzata dai colleghi della sua ASL è certamente molto elevata e da non usare in modo stereotipato in tutti i casi e a tutte le età. Non è certamente la dose che abitualmente va consigliata per il trattamento domiciliare di questi bambini.

A una mamma con terzogenito e con un figlio diabetico è stato suggerito di allimentare l'ultimo nato con latte di soia. Francamente non riesco a collegare le due cose. Potreste dirimere il mio dubbio e spiegarmi se c'è un nesso tra le due cose?

Franco Alibrandi

Risponderei così: il nesso fra latte e diabete ci può essere, ma non ce la sentia-

mo di appoggiare questo intervento, al di fuori di uno studio clinico controllato. Crediamo che nel caso specifico il latte di soia sia stato dato per prevenire l'insorgenza del diabete in un bambino, che effettivamente per il fatto stesso di essere fratello di diabetico, ha un rischio molto più elevato della popolazione generale di sviluppare la malattia. È vero poi che ci sono numerose evidenze di un possibile rapporto fra ingestione di latte e comparsa successiva di diabete (aumento della frequenza del diabete proporzionale al consumo di latte vaccino in molti Paesi; evidenza di una maggior attività immunologica contro alcune proteine del latte nei diabetici all'esordio; similitudine fra alcune sequenze peptidiche delle proteine del latte e della superficie della betacellula pancreatica contro cui si scatena l'autoimmunità nel diabetico; possibilità di prevenire il diabete nel topo predisposto con dieta priva di proteine del latte vaccino ecc.), ma, ahimè, al momento attuale non c'è evidenza che una dieta priva di queste proteine possa prevenire la malattia nei soggetti predisposti. A questo proposito riporto i dati di un ampio studio condotto in Finlandia (già presentato in numerosi Convegni Internazionali e ancora, a mio sapere, non pubblicato), nel quale non si è potuta dimostrare questa capacità preventiva della dieta.

Per un anno intero a tutti i neonati finlandesi predisposti (figli o fratelli di diabetici) è stata data alternativamente una dieta con e senza proteine del latte vaccino senza nessuna differenza tra i due gruppi.

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