

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

Ragazzo di 14 anni, sportivo, riscontro a un ecocardiogramma "lieve rigurgito aortico". Come comportarsi di fronte a questo e analoghi referti in bambini peraltro clinicamente sani?

dott. Nunzio Lardaro (Pediatria)
San Felice a Cancelli, Caserta

La descrizione del caso evidenzerebbe la necessità di porre almeno due domande prima di formulare una risposta: il tipo di sport praticato e perché è stato sottoposto a ecocardiografia.

Una risposta generica potrebbe essere la seguente.

All'età di 14 anni e in perfetta salute il riscontro casuale di un'insufficienza aortica lieve può voler dire che è secondaria a bicuspidia aortica, e in questo caso una particolare attenzione deve essere posta in quanto si tratta di una patologia subdola, e andrebbero ricercate all'ecocardiogramma delle anomalie associate, quali ad esempio la dilatazione della radice aortica, che rappresenta una situazione a maggior rischio di complicanze importanti. L'insufficienza della valvola permette un reflusso dall'aorta al ventricolo sinistro in diastole; l'entità del rigurgito dipende dal tipo di lesione, dal gradiente pressorio tra le due camere e dalla durata della diastole: tanto minore è il gradiente tra aorta e ventricolo sinistro e tanto più breve è la diastole, tanto minore è il rigurgito.

L'attività fisica porta a una riduzione delle resistenze periferiche e della durata della diastole nel corso dell'esercizio, il che può spiegare il mantenimento di una capacità di esercizio notevole ma, come adattamento del sistema cardiovascolare, a un aumento della durata della diastole (da bradicardia) a riposo.

Per quanto riguarda la concessione dell'idoneità sportiva agonistica nelle forme di rilevante insufficienza aortica non potrà essere consentita alcuna attività: nelle forme moderate, in casi selezionati e praticanti sport a impegno non massimale, può essere concessa l'idoneità, previ controlli semestrali; nelle forme lievi e in sport con scarsa componente

isometrica (sport di squadra e non sollevamento pesi) l'idoneità può essere concessa quando non vengano evidenziate aritmie nel corso del test ergometrico massimale e all'ECG dinamico e, comunque, effettuando dei controlli annuali.

Ho visto più volte prescrivere antistamini a bambini di tutte le età da parte di otorini in caso di ipertrofia adenoidea o di otiti o di tonsilliti ricorrenti, senza alcun dato che possa far pensare a problemi allergici. Vorrei sapere il fondamento che giustifichi questo comportamento.

dott. Leonardo De Luca (Pediatria di base)
S. Giovanni Rotondo (FG)

Non c'è nessuna evidenza dell'utilità di questi farmaci per queste indicazioni, nemmeno se il soggetto fosse un allergico.

La dermatite atopica, come si sa, è malattia multifattoriale. Fino al 70% dei pazienti presenta anamnesi familiare per atopìa. Poiché alcuni alimenti causano riesacerbazione della malattia, è utile eseguire test allergometrici? Per quali alimenti o allergeni? Per tutti i bambini o per alcuni? E quali?

Pediatria di base
Feltre (Belluno)

È una domanda che non ha una risposta facile, o comunque da tutti condivisa. La dermatite atopica nella stragrande maggioranza dei casi è una patologia che, come giustamente Lei sottolinea, è multifattoriale e nella quale il peso dell'allergia alimentare continua a essere molto dibattuto. Certamente il ruolo degli alimenti è più importante nei primi due anni di vita e difficilmente un bambino più grandicello si potrà giovare di un intervento dietetico.

Studi randomizzati in doppio cieco hanno comunque potuto dimostrare che il latte e l'uovo (meno frequentemente il frumento, la soia o gli arachidi) possono migliorare o peggiorare le lesioni dermatitiche con la loro sospensione e rispettivamente reintroduzione in circa il 50% dei soggetti (con percentuali più elevate nei casi più gravi).

Questo dato non è da solo sufficiente per dire che il test cutaneo deve essere fatto. In primo luogo perché una dieta senza il latte e l'uovo può essere tentata (per un ex adjuvantibus di due-tre settimane) indipendentemente dal test, e in secondo luogo perché un prick positivo non è sufficiente per confermare o negare il ruolo dell'alimento (basta prendere come esempio l'uovo, che risulta il più delle volte positivo al test in lattanti che non lo assumono e che non l'hanno mai assunto). Se è infatti vero che nel primo anno di vita è dimostrata una correlazione tra test cutaneo positivo e azione offendentente dell'alimento, è altrettanto vero che questa non è la regola; al contrario, ci sono bambini con prick test negativo che mostrano una buona risposta alla dieta (in questi soggetti è stata dimostrata con il patch test una sensibilità ritardata all'alimento).

Detto tutto questo, forse in modo non sufficientemente chiaro data la ristrettezza dello spazio a disposizione (l'argomento richiederebbe una lunga trattazione), la nostra posizione è favorevole all'esecuzione del prick test in tutte le dermatiti eczematose per i seguenti motivi:

1. Servono a dimostrare la natura atopica della dermatite. Sappiamo che ci sono dermatiti eczematose cosiddette "intrinseche", che hanno problematiche diverse e diversa prognosi: tendono a durare di più, ma principalmente non evolvono in asma o allergia respiratoria. Quelle atopiche, che sono la maggioranza (più del 70%), hanno invece un rischio consistente di asma (60% circa) e possono giovare delle misure ambientali di profilassi, prima fra tutte il coprimerasso antiacaro. Una prick-positività servirà a rinforzare i messaggi di pre-

venzione e la probabilità di essere ascoltati.

2. Gli allergeni da testare nel bambino piccolo con dermatite atopica sono pochi (latte, bianco d'uovo, acari e, forse, il gatto); il prick test è sufficiente (non va fatto il RAST né il dosaggio delle IgE), l'esame non comporta nessun trauma per il piccolo bambino; i costi sono modesti.

3. Allo svezzamento dal seno una marcata prick-positività al latte suggerisce di non iniziare con questo alimento e di avere cautela anche nelle introduzioni successive di latte o dei suoi derivati per la possibilità di scatenare una reazione IgE mediata importante. Lo stesso discorso, anche se rinviato nel tempo, riguarda l'uovo.

Una mamma di un mio piccolo assistito (Gianluca, 2 anni appena compiuti) mi ha segnalato che da parecchio tempo il bambino manifesta movimenti stereotipati delle braccia e delle mani, in momenti diversi della giornata, sia in casa che all'aperto. Si porta le mani (dorso delle mani) agli occhi dall'interno verso l'esterno e poi alla testa dal basso all'alto e poi alla nuca sempre con movimento dal basso all'alto, ma non mostra alcun fastidio, dolore o altro. In genere fa il movimento una o due volte e poi basta.

Ho ipotizzato che si tratti di un movimento con significato di equivalente ticcoso ma non ne sono sicura. Potreste aiutarmi? Il bambino per il resto è uno splendido bambino senza alcun problema né passato né attuale.

Pediatra di base, Napoli

Tutto quanto sembra effettivamente restare nell'ambito dei tic.

E potrebbe rientrare nella PANDAS. Resta il fatto che:

- il bambino è molto piccolo per l'infezione streptococcica (ma sappiamo che questo non è un dato assoluto);
 - questi movimenti dovrebbero essere visti direttamente (potrebbe trattarsi di altra cosa, anche in senso epilettico);
 - se fosse una bambina, bisognerebbe tener presente che ogni stereotopia di movimento con le mani va sospettata come segno precoce di sindrome di Rett (non sono sicuro ma mi sembra che siano stati descritti recentemente anche per i maschi).
-