

Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica:

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETE-ENDOCRINOLOGIA, EMATOLOGIA-ONCOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFRO-UROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, REUMATOLOGIA, VACCINAZIONI

Che ne pensate dell'uso degli antileucotrieni per lunghi periodi nei bambini con wheezing ricorrente a partire dal 6° mese di vita, così come ci viene suggerito dalla propaganda del farmaco? Lo fareste o no?

dott. Antonio Clemente (Pediatria di base)
Roma

La risposta al quesito si può trovare nella rubrica "Farmacoriflessioni" sul numero di febbraio 2005, dove è riportato un breve epistolario tra Stefano Miceli Sopo, Giorgio Longo e Attilio Boner, che ritengo possa darLe tutti gli elementi da conoscere a questo proposito.

Sempre a proposito di antileucotrieni, parlando di bambini più grandicelli, è corretto abbinarli, oltre che al cortisonico topico, al beta-2, trattandosi di due classi di farmaci entrambi ad azione broncodilatatrice?

dott. Antonio Clemente (Pediatria di base)
Roma

Nelle linee guida è previsto l'uso dei tre farmaci quando con il cortisonico topico associato al beta-2 long acting non si riesce a ottenere un sufficiente controllo dell'accessualità asmatica. Siamo però nello step dell'asma "grave persistente" che è oggettivamente molto raro in età pediatrica. Di fronte a un caso difficile, quando lo steroide topico associato al beta-2 long acting non riesce a controllare l'asma del bambino, per prima cosa va sempre considerata la possibilità che l'inalazione non venga fatta o non venga fatta in modo corretto.

Cos'è la calprotectina fecale che un noto gastroenterologo romano richiede regolarmente?

dott. Antonio Clemente (Pediatria di base)
Roma

La calprotectina fecale è un recente "marker fecale" dell'infiammazione intestinale; rappresenta in qualche modo la "PCR dell'intestino".

La sua presenza nelle feci è direttamente correlata alla presenza di un processo infiammatorio intestinale. Rappresenta quindi un possibile marker (prima di avviare accertamenti più invasivi) per distinguere una patologia intestinale vera da quello che non lo è (per es. dolori addominali ricorrenti). Potrebbe essere utile anche nel monitoraggio clinico delle malattie infiammatorie croniche.

Nelle patologie del SNC sospette o note a carattere progressivo (come sclerosi tuberosa, alcune malattie metaboliche ereditarie), quali vaccinazioni sono controindicate, solo l'antipertossica o anche altre come la MPR? Quali consigliate oltre a quelle obbligatorie?

Medico di Brescia

Nelle patologie del SNC a carattere progressivo praticamente tutte le vaccinazioni sono controindicate.

Sempre a proposito di malattie neurologiche che predispongono a convulsioni o a deterioramento neurologico che insorgono nei primi mesi di vita, in cui non è stata posta una diagnosi su come è meglio comportarsi, per quanto riguarda le vaccinazioni, non farne alcuna e attendere la diagnosi o eseguirle tutte secondo il calendario con la sola esclusione dell'antipertossica? Le rivolgo queste domande perché a volte è difficile prendere decisioni, anche se si cerca di valutare il maggior beneficio rispetto ai rischi.

Medico di Brescia

Tutto dipende sempre dalla stabilizzazione del processo patologico a carico

del sistema nervoso centrale; a volte è necessario rimandare per poter avere delle idee più chiare. Il parere del neurologo pediatra è a volte indispensabile per la valutazione della progressione o della stabilizzazione. Peraltro va sempre considerato che in questi casi la malattia naturale, come il morbillo, esporrebbe certamente a rischi molto maggiori rispetto alla semplice vaccinazione.

Ogni tanto mi affiora una domanda: l'inquinamento dell'aria ha un ruolo nella patologia respiratoria? Quali sono gli elementi inquinanti nocivi? Ci sono studi sperimentali? Epidemiologici? Al congresso a Genova, su richiesta diretta, nessuno sapeva rispondere. Certo l'argomento forse è così vasto che necessiterebbe di un congresso intero. PS: Lo studio di Marghera - rapporto tra periodi diversi di inquinamento aereo e malattie respiratorie nei bambini - non parte per mancanza di soldi.

dott. Carlo Giacomini (Pediatria)
Venezia Lido

Nelle nostre città sono correntemente raggiunte quelle concentrazioni di inquinanti che la letteratura medica ha già correlato con un aumento significativo della patologia respiratoria. Oltre ai comuni inquinanti (CO, SO₂, NO₂, ozono), dopo l'entrata in commercio della benzina "senza piombo", è aumentato sensibilmente il rischio di leucemia: oltre ai benzinai, che hanno presentato un aumento delle leucemie rispetto all'epoca "pre-benzene", è stato dimostrato anche in Italia che i bambini residenti vicino a strade con alta densità di traffico hanno un rischio aumentato di sviluppare una leucemia, rispetto ai coetanei che vivono in zone non inquinate. Si pensa che il 5-20% delle leucemie dell'infanzia sia dovuto all'inquinamento atmosferico.

Già nel 2000 un documento dell'Améri-

Domande & Risposte

can Thoracic Society, basandosi sull'esame della letteratura scientifica, segnalava gli effetti dimostrati sulla salute dell'inquinamento atmosferico: aumento di mortalità e di cancro, prevalenza di asma e di infezioni respiratorie e riduzione della funzione polmonare. Per quanto riguarda l'infanzia, sia esperienze straniere (Austria, Svizzera e Francia: in un anno il particolato sospeso respirabile - PM₁₀ - causa 550.000 bronchiti e 300.000 attacchi di asma) sia italiane (delta del Po e Pisa, progetto SIDRIA) dimostrano una stretta correlazione tra inquinamento atmosferico e patologia respiratoria.

In un'indagine condotta a Trieste qualche anno fa, è risultato che vi è stato un costante aumento della patologia respiratoria, parallelo a quello degli inquinanti registrati dalle centraline dislocate in città; tale incremento non si è verificato nelle zone meno inquinate, facendo supporre che sia proprio in causa l'inquinamento atmosferico.

Spesso a noi pediatri di famiglia viene suggerito tramite i genitori, non solo dopo, ma anche in preparazione di interventi chirurgici non demolitori che richiedono non più di uno o due giorni di degenza, la prescrizione di un antibiotico (spesso cefalosporina) anche per 10-15 giorni.

Vi chiedo, ha senso una tale profilassi e per giunta per interventi non importanti? Io ho qualche dubbio sulla validità di tale comportamento, ma potrei sbagliarmi.

E voi cosa ne pensate in base alla vostra preparazione ed esperienza?

Servono sempre questi benedetti antibiotici o servono a colmare la nostra insicurezza: meglio darli, non si sa mai?

Pediatra di base

La profilassi antibiotica nel bambino chirurgico è un argomento sul quale sono stati codificati protocolli ben precisi con raccomandazioni diverse per i diversi tipi d'intervento, che può trovare anche in ogni buon trattato di pediatria (ad es. Nelson, *Textbook of Pediatrics*, 16° edizione, 2000; cap. 302:1090-92; oppure *Red Book-American Academy of Pediatrics*. Pacini editore, 2003:634-38). Comunque, in linea di massima e anche per gli interventi più "sporchi", la terapia antibiotica va iniziata sempre e solo nel contesto dell'intervento con la pri-

ma dose mezz'ora - un'ora prima di "tagliare". Niente di più sbagliato, quindi, di un trattamento antibiotico anticipato che può risultare anche oggettivamente pericoloso, in quanto non fa altro che selezionare germi resistenti e con questi una maggiore pericolosità di complicanze suppurative post-intervento.

A proposito di mononucleosi infettiva, si sa che può presentarsi a tutte le età, ma raramente prima dei 4 anni. A questa età la maggior parte delle infezioni da EBV decorre in maniera asintomatica. Vi chiedo, in base alla vostra esperienza e alla letteratura: è possibile suddetta sindrome a 11 mesi e mezzo con tre episodi di febbre (38,5-39,5°) della durata di 3 giorni ciascuno, due episodi di otorrea, faringe poco iperemico e tumefazione linfo-ghiandolare sotto angolo mandibolare con linfo-ghiandole delle dimensioni di piccoli ceci?

Con una suddetta sintomatologia si può pensare alla mononucleosi e non ai soliti episodi virali delle prime vie aeree, molto frequenti a questa età, anche se complicati da otiti acute?

Pediatra di base

È vero che la mononucleosi è rara prima dei 4 anni, ma questo non vuol dire che non sia possibile. Tuttavia questa, così descritta, non sembra la storia di una mononucleosi. Per togliersi il dubbio, potrebbe essere utile eseguire un test anticorpale (IgM anti-VCA, anti-EA e anti-EBNA, se l'infezione è abbastanza recente; in assenza di IgM, IgG anti-VCA e anti-EBNA che evidenziano un'infezione già passata). Il test per gli anticorpi eterofili (il cosiddetto Monotest), mentre identifica circa il 90% dei casi nei bambini più grandi e negli adulti, è spesso negativo nei lattanti e nei bambini sotto i 4 anni di età.

Al nostro ambulatorio vaccinale è arrivato un bambino di 15 mesi malato di gangliosidosi a cui era stato praticato un vaccino antinfluenzale e antipneumococcico con PS23 erroneamente al posto di PVC7 che è raccomandato per questa età.

Ho letto sul Red Book che nei bambini di 24-59 mesi che hanno ricevuto una dose di PS23 si possono somministrare due dosi di PVC7. Secondo voi come è meglio agire in questo caso?

Inoltre alla nascita (mamma HbsAg+)

ha ricevuto immunoglobuline specifiche e il vaccino antiepatite B senza proseguire il ciclo.

Il piccolo vive in una piccola comunità protetta, in quanto i genitori non si sentono adeguati ad affrontare tale situazione. Presso la nostra struttura abbiamo iniziato il ciclo vaccinale con DT e somministrato la vaccinazione anti-Haemophilus influenzae (non si è somministrato l'antipolio perché massa muscolare esigua, e per l'epatite B attendiamo i markers).

Data la gravità di questo quadro, ho molti dubbi su quale sia il comportamento più corretto da seguire per quanto riguarda le vaccinazioni.

Come potete ben comprendere, vi sarei molto grata se poteste consigliarmi e inviarmi la vostra risposta il più presto possibile.

Medico di Brescia

Sì, va bene fare due dosi di PVC7, anche per l'età (il bambino ha 15 mesi); il fatto che abbia già fatto il 23-valente non ha importanza ai fini della immunogenicità, magari può averne per la reatogenicità, ma non è assolutamente detto.

Il fatto è che a quell'età, e fino a 5 anni almeno, va usato sempre il PVC7 e non il 23-valente.

Non completare la vaccinazione anti-HBV e limitarsi a somministrare solo la prima dose, insieme alle Ig specifiche, ha messo il bambino a un rischio grave. Può essere che il bambino non sia stato infettato (Lei non ci può dire niente in proposito, perché gli esami sono in corso), ma il rischio è stato elevato e l'errore è stato grave. Merita sempre comunque completare la vaccinazione, somministrando altre due dosi, senza tener alcun conto del tempo trascorso dalla prima dose.

Non capisco perché non sia stato somministrato un pentavalente, senza HbsAg, in modo da superare il problema della massa muscolare, e perché non sia stato fatto nulla per la pertosse.

Quanto alla gravità del quadro clinico presentato dal piccolo bambino, vorrei che Lei tenesse conto dei problemi etici che esso solleva.

Penso sempre in questi casi che il rischio della malattia naturale sia superiore a quello derivato dalla vaccinazione e che sia necessario difendere il bambino dai pericoli dell'ambiente, qualunque sia la sua situazione fisico-psichica. I lontani primordi di bioetica par-

tirano proprio da casi del genere: ricordo le discussioni sull'operare o meno una bambina con Down; discussioni tanto lunghe che la bambina morì prima che l'intervento riparatore venisse attuato. Se ha dei dubbi molto forti, può coinvolgere il Servizio di bioetica, che si trova presso molte ASL e presso tutti gli ospedali. Ci faccia sapere come è stato possibile non completare la vaccinazione contro l'HBV e quali siano i risultati degli esami per l'epatite B.

Mi capita di vedere qualche bambino messo a dieta senza latte vaccino per stipsi cronica. Non ho mai visto che questo intervento migliori la stipsi. Ma c'è una possibilità che l'allergia al latte vaccino o l'eccesso di proteine del latte provochi stipsi persistente?

dot. Carlo Giacomini (Pediatria)
Venezia Lido

Per la prima, l'allergia alle proteine del latte vaccino (APLV), sì, c'è una possibilità. Esiste una letteratura scientifica e lo studio meglio condotto è quello di

un gruppo di gastroenterologi pediatri palermitani (Iacono et al. *N Engl J Med* 1998). Nella stragrande maggioranza (68%) dei 65 bambini randomizzati si è assistito a un miglioramento clinicamente rilevante della stipsi a seguito di dieta rigorosamente priva di proteine del latte vaccino e a un suo peggioramento a seguito della loro reintroduzione. La cecità in questo studio non appare sufficientemente garantita e pecche metodologiche più consistenti si ritrovano in altre pubblicazioni disponibili (Daher et al. *PAI* 2001; Turunen et al. *J Pediatr* 2004), che consistono più che altro in serie di casi, senza un adeguato controllo. Anche in questi studi la percentuale di successi non è indifferente, oscillando intorno al 35%; tutto sommato direi che una possibilità che l'APLV sia in causa nella stipsi persistente c'è. Oltre che persistente, direi pure resistente al trattamento con lassativi, come pare almeno dal lavoro metodologicamente più robusto (Iacono et al. *N Engl J Med* 1998), e di cui sia stata esclusa la natura organica. In realtà, un preciso identikit del bambino candidato a un trattamento dietetico non è defini-

bile, non essendo sicuramente richiesta neanche la presenza di markers di atopia, i più vari. A questo proposito è tutto da dimostrare quale sia il meccanismo immunologico sotteso alla stipsi da proteine del latte vaccino; è da dimostrare persino che un qualsivoglia meccanismo immunologico sia sotteso, che si tratti quindi di allergia vera e propria e non solamente di più generica ipersensibilità.

Ma qualcosa di immunologico comincia a essere documentato (Turunen. *J Pediatr* 2004) e quindi, con tutta la prudenza di questo mondo, parlo proprio di APLV. Infine, abbraccio l'opinione di Philip Putnam e dal suo editoriale (*J Pediatr* 2004) traduco: "È difficile argomentare contro un periodo di terapia (*ndr*: dietoterapia) per qualunque bambino con stipsi cronica, ma deve essere fatta una importante distinzione tra una dieta rigorosamente priva di proteine del latte vaccino e un generico suggerimento tipo "bevi meno latte", sono profondamente differenti". "Bevi meno latte" è per Philip un "silly advice", con buona pace di tutti.

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 di base
 medico consultoriale
 medico generico
 pediatra
 ospedaliero
 universitario