

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

In occasione del congresso "Dentro e fuori l'intestino" che si è svolto a Trieste nell'ottobre 1997, il prof. A. Ventura aveva accennato, in una sua relazione, al ruolo patogenetico del glutine in alcune forme di atassia, con presenza di anticorpi anti-Purkinje (vedi anche Medico e Bambino 2, 32, 1998). Atassie (ex idiopatiche) che avrebbero quindi trovato la loro spiegazione e cura: infatti la sospensione del glutine consentirebbe la loro remissione. La diagnosi di atassia sarebbe a tal punto specifica di celiachia, che non sarebbe neppure indicata la biopsia intestinale per conferma (un po' come accade per la dermatite erpetiforme).

Non sono riuscito a trovare della letteratura al riguardo; ho trovato solo alcuni lavori che accennavano ad atassie in adulti affetti da celiachia inveterata, con un'evoluzione sfavorevole nonostante l'adesione alla dieta e, spesso, la normalità della mucosa intestinale. In questi casi, inoltre, l'associazione con gli anticorpi anti-Purkinje era aneddotica. Gradirei saperne di più.

A. Rizzi, Pediatra ospedaliero
Romano I. (BG)

Una pubblicazione di qualche anno fa (*Lancet* 347, 369, 1996) aveva posto l'attenzione sull'elevata frequenza di malattia celiaca misconosciuta in soggetti con patologia neurologica di vario tipo, non precisamente classificata. La maggior parte di questi soggetti erano atassici. Gli stessi autori riportano ora l'identikit di questa condizione che definiscono col termine di "atassia da glutine" (*Lancet* 352, 1582, 1998). Si tratta nella totalità dei casi di un'atassia sensoriale ("gay ataxia"), senza tremori o sintomi extrapiramidali. Nella maggior parte dei casi è associata una neuropatia periferica con o senza segni (RMN) di atrofia cerebellare. Tutti i pazienti hanno segni di risposta immunologica verso il glutine (AGA) e sono caratterizzati dagli HLA tipici della celiachia (HLA DQ2 o DR4/DQ8), ma solo la metà hanno i classici segni istologici a livello della

mucosa intestinale o riferiscono (se richiesti) disturbi gastrointestinali di vario tipo. C'è correlazione diretta tra la durata e la gravità dell'atassia, e indiretta tra durata dell'atassia ed efficacia della dieta senza glutine, nell'ottenere la remissione del disturbo. In pratica si tratta di una clamorosa evidenza che in soggetti geneticamente determinati il glutine può indurre una patologia extraintestinale prima o separatamente dalla ben nota enteropatia. Alcuni dati pubblicati preliminarmente dagli stessi autori (*International Symposium on Coeliac Disease*, Tampere 1996, pag. 41) suggerirebbero che, almeno in alcuni casi, l'atassia da glutine rappresenti l'effetto di autoanticorpi glutine-dipendenti diretti contro le cellule di Purkinje.

Bambino di anni 8, al quale è stato applicato un ciclo vaccinale Salk (4 dosi: al 5°, 6°, 8°, 14° mese). All'età di 6 anni, superate le controindicazioni all'uso del Sabin, ha praticato una dose di Sabin.

Con questa articolazione delle vaccinazioni il bambino si può considerare immunizzato contro la polio? Oppure dovrà ricorrere ad altre somministrazioni di Sabin?

Domenico Cerullo, Medico Saub
Montale (PT)

Mi sembra che il suo comportamento nel vaccinare contro la polio il suo bambino di 8 anni sia da considerarsi più che buono.

Lei ha, con lo schema seguito, risposto alle due fondamentali componenti della vaccinazione: la difesa del singolo individuo, ma anche l'inserimento del bambino nella società come uno dei nodi di quella rete a maglie fitte che concorre, speriamo al più presto, in modo determinante, alla scomparsa dell'agente selvaggio, cioè alla sua eradicazione. Ma, se oltre il buono vorrebbe raggiungere l'ottimo, farei un'altra dose di vaccino tipo Sabin. Lo stesso calendario U-

SA (gennaio-dicembre 1998) prevede due prime dosi di Salk, seguite da due dosi di Sabin.

Esiste la sesta malattia?

Se sì, gradirei qualche cenno.

Pediatra

Viene chiamata "sesta malattia" l'exanthema subitum, che certamente ogni pediatra ben conosce: esantema a macule rosa carico, non confluenti, al collo e al tronco ma poi anche al volto, che compare in lattanti, in coincidenza con l'improvvisa scomparsa della febbre (iniziata 3-5 giorni prima). Vedi anche l'articolo specifico in questo stesso numero della rivista.

Quali sono le reali indicazioni delle cure termali in età pediatrica?

Pediatra

Le indicazioni sono molto deboli, così deboli che non mi sento di raccomandarne nessuna.

Capita spesso di osservare bambini con dolori addominali ricorrenti (DAR) in cui la ricerca di anticorpi anti-H. pylori risulta significativamente positiva. A questi bambini viene da noi pediatri consigliata l'esofago-gastro-duodenoscopia (EGDS) con biopsie, e a quelli in cui l'esame macroscopico e/o istologico risulta indicativo di infezione acuta in atto da H. pylori, viene proposta la terapia medica con doppio antibiotico più omeprazolo, con buoni risultati sul dolore addominale. Recentemente il chirurgo endoscopico ha espresso la propria perplessità e riluttanza a eseguire l'esame ai bambini, anche in rapporto all'anestesia richiesta, affermando che al limite si dovrebbe trattare i bambini

*con anticorpi anti-*H. pylori* presenti, senza eseguire EGDS, ed esprimendo dubbi sulla possibile evoluzione della positività da *H. pylori* in ulcera o carcinoma in età adulta. Vorrei conoscere il vostro parere.*

C. Bolesani, Pediatra ospedaliero
Cittadella (PD)

Oggi la nostra conclusione è che gli anticorpi anti-*H. pylori* non si dovrebbero più richiedere. Certamente non esiste un rapporto tra infezione da *H. pylori* e DAR, né tra tale infezione e qualsiasi altra sintomatologia. Se però i dolori del bambino avessero caratteristiche di intensità, o di sede (retrosternale), o di orario (post-prandiale o lontano dai pasti), ci potrebbe essere l'indicazione clinica (indipendentemente dagli anticorpi) a fare l'endoscopia.

D'altra parte, se si dovesse cercare e eradicare l'*H. pylori* in tutti i casi, bisognerebbe trattare il 20% della popolazione giovanile. Questo non toglie che l'ulcera duodenale (e meno fortemente il cancro dello stomaco) trovino nell'infezione da *H. pylori* la loro causa principale a tutte le età.

Qual è in termini di efficacia la reale differenza tra Argon Laser e Dye Laser per il trattamento di un angioma piano? Quali sono i centri di maggiore esperienza in questo tipo di tecnica?

Pediatra

Il Dye Laser, avendo maggiore affinità per il colore rosso e minore potenza dell'Argon Laser, offre risultati decisamente di maggiore qualità. Non arrecando danno alle strutture vicine e ai vasi, non produce esiti cicatriziali. Si tratta di un vantaggio non trascurabile, che giustifica oggi la sua decisa supremazia. Solo in alcuni casi di malformazioni vascolari capillari strutturate "in più piani sovrapposti", quelle con colorazione rossa più intensa, l'Argon Laser - pur con i limiti correlati all'esito cicatriziale - può dimostrarsi più efficace del Dye Laser.

In una visita di controllo ho riscontrato in un bambino di 10 anni un lieve idrocele bilaterale, mai notato prima. Il bambino nell'ultimo anno è aumentato di 10 kg. Questo eccessivo aumento

di peso può aver favorito la formazione di questo lieve idrocele? Va fatto visitare da un chirurgo, anche se di lieve entità e bilaterale? Va comunque consigliato un intervento chirurgico?

Pediatra di base

Non vedo alcuna correlazione tra idrocele e aumento di peso.

A 10 anni sono scarsissime le possibilità che l'idrocele scompaia spontaneamente. L'intervento correttivo (chiusura bilaterale del dotto peritoneo-vaginale pervio) è sicuramente indicato, pertanto sarà necessaria una visita chirurgica che confermi la diagnosi.

È possibile differenziare un reflusso gastroesofageo primario da uno secondario a intolleranza alle proteine del latte vaccino (IPLV)?

Medico ospedaliero

Un reflusso gastroesofageo secondario a IPLV si associa di norma anche a un difetto di crescita. La presenza di familiarità per allergia, di sintomi associati come eczema, o coliche, di ipereosinofilia, di positività del prick test e/o anticorpi specifici (antilatte) sono utili per rafforzare il sospetto diagnostico.

La dieta senza proteine del latte vaccino va comunque sempre proposta in caso di insuccesso della terapia antireflusso.

La conferma della diagnosi si ha con la scomparsa dei sintomi già dopo 10-15 giorni dall'inizio della dieta, ed eventualmente con la dimostrazione pH-metrica della risoluzione del reflusso.

Un'alterata permeabilità intestinale, valutata con il test dei due zuccheri (lattulosio, mannitolo) in un bambino con reflusso, correla bene con la presenza di allergia alimentare (l'esame deve però considerarsi ancora sperimentale e non è alla portata di tutti i laboratori).

Vorrei che il mio biologo di fiducia impara la tecnica per differenziare le emazie glomerulari da quelle post-glomerulari.

A parte l'esperienza, dove viene descritta questa metodica?

Loredana Benenati, Pediatra di base
Erice (TP)

L'ematuria glomerulare è caratterizzata dalla presenza di emazie dismorfiche di varia morfologia: tra queste le più tipiche sono gli acantociti G1.

Nella maggior parte dei lavori la morfologia delle emazie urinarie viene studiata con il microscopio a contrasto di fase, ma nella nostra esperienza è sufficiente un comune microscopio con obiettivo a 40 ingrandimenti.

Per una descrizione della metodica si possono consultare i seguenti lavori: Dinda AK, et al: Diagnosis of glomerular haematuria: role of dismorphic red cell, G1 cell and bright-field microscopy, *Scand J Clin Lab Invest* 57(3), 203-208, 1997; Lettegen B, et al: Validity of G1-cells in the differentiation between glomerular and non glomerular haematuria in children, *Pediatr Nephrol* 9(4), 435-437, 1995.

Alcuni hanno proposto in passato l'uso della macchina per emocromo per valutare le curve di distribuzione dei globuli rossi urinari (cosa in genere non gradita ai tecnici di laboratorio!); un lavoro in tal senso è il seguente: Shichri M, et al: Red-cell-volume distribution curves in diagnosis of glomerular and non glomerular haematuria. *Lancet* i, 8591, 908-911, 1988.

Quali sono le indicazioni e qual è la precisa modalità di esecuzione del test di permeabilità intestinale?

Pediatra ospedaliero

Il test al lattulosio/mannitolo è in grado di valutare l'integrità della mucosa intestinale mediante il dosaggio urinario di due molecole di diversa grandezza, somministrate simultaneamente per os: un monosaccaride a basso peso molecolare (mannitolo) e un disaccaride ad alto peso molecolare (lattulosio). In caso di alterazione della mucosa intestinale la quantità di monosaccaride assorbito e quindi presente nelle urine è diminuito, sia per la ridotta superficie assorbente, che per il minor passaggio passivo transcellulare determinato dalla "sofferenza" dell'epitelio, mentre quella del disaccaride è aumentata per l'ampliarsi degli spazi intercellulari: ne risulta un rapporto urinario disaccaride/monosaccaride aumentato. L'utilizzo di due molecole, a differenza dei test che utilizzano un solo zucchero, elimina le possibili influenze causate dal rallentamento gastrico, dal rapido transito intestinale, dal vomito,

dal ridotto flusso ematico, dalla degradazione della flora batterica.

Nelle malattie infiammatorie croniche dell'intestino il test si dimostra molto utile per monitorizzare la remissione e le ricadute della malattia con una correlazione superiore all'80%. Anche nella celiachia ha dimostrato una buona correlazione (> 95%) con l'atrofia dei villi e viene utilizzato (ma ci sono anche gli EMA) per valutare precocemente la ricaduta al challenge, oltre che per dimostrare il malassorbimento alla diagnosi. Inoltre viene proposto anche per valutare la funzione di barriera svolta dall'intestino verso molecole potenzialmente allergeniche.

In un recente lavoro è stato dimostrato che il test può infine servire per differenziare un reflusso gastroesofageo primitivo da uno secondario ad allergia alle proteine del latte vaccino.

Il test si esegue nel seguente modo: dopo 6 ore di digiuno si fa il dosaggio basale degli zuccheri su urine, quindi si somministrano per os 2 cc/kg (max 100 cc) di una soluzione contenente 2 g di mannitolo in 100 cc di acqua a cui si aggiungono 0,2 g/kg di lattulosio (max 6 g); segue una raccolta di urine per 5 ore con paziente sempre a digiuno, ma libero di assumere acqua già dopo la prima ora. Il dosaggio urinario degli zuccheri viene effettuato con la tecnica della gascromatografia. Viene considerato patologico un rapporto di concentrazione urinaria lattulosio/mannitolo > 0,03.

In un lattante con sintomi da reflusso gastroesofageo, quali criteri possono guidare la scelta tra un latte anti-rigurgito oppure un latte ipoallergenico?

Pediatra, medico SAUB

Il reflusso gastroesofageo è una condizione fisiologica del lattante (rigurgiti e vomiti frequenti in lattante che cresce bene, non ha sintomi respiratori, né smorfie di dolore alla poppata e al momento del vomito). Non crediamo che questa condizione giustifichi alcun tipo di intervento, neppure le formule AR. Nel caso invece di malattia da reflusso (vomito con segni di esofagite, calo di peso ecc.), la terapia è di tipo farmacologico (anti-acidi, anti-H2, prokinetici). Un breve periodo di dieta di esclusione per verificare la dipendenza del reflusso da IPLV è giustificata, specie se coesistono "indizi" di condizione atopica.

Improvvisa poliuria, a volte anche notturna, in assenza di sintomi irritativi vescicali, con esame urine negativo ed esame obiettivo negativo. Non è presente iperglicemia.

Quali le cause possibili?

Pediatra, medico SAUB

La poliuria di per sé può non avere un significato patologico, dipende dalle circostanze.

Prima di tutto va verificato che si tratti realmente di una poliuria (quantità elevata di urine) e non di una semplice polachiuria (elevata frequenza delle minzioni). In caso di poliuria vera, dobbiamo escludere che non si tratti di un diabete insipido (test dell'assetamento), peraltro improbabile per l'insorgenza acuta senza causa apparente.

Va considerata anche l'età del paziente. Una nicturia, con o senza enuresi notturna, e/o la presenza di enuresi anche diurna, possono essere la conseguenza di fattori ambientali sfavorevoli (atteggiamento regressivo del bambino), op-

pure possono essere la conseguenza di un'anomala introduzione di liquidi (potomania).

Se l'accrescimento è buono e l'alimentazione adeguata, cioè se la polidipsia non interferisce con l'alimentazione e se il bambino non presenta una perdita di peso per disidratazione (escludendo quindi una patologia dell'ADH), il problema andrebbe appunto ricollegato a fattori di tipo psico-ambientale. Una potomania può determinare una "tachifilassi" dei recettori per l'ADH a livello del tubulo; in tal caso, una rieducazione al bere normalizzerà la situazione.

L'insorgenza improvvisa della poliuria fa pensare comunque che, con una modesta attenzione al problema, tutto dovrebbe esaurirsi senza particolari interventi terapeutici.

Va ricordato anche che spesso i bambini urinano in fretta e in maniera parziale, perché impegnati in altre attività o, al contrario, con eccessiva attesa per la minzione e conseguente distensione vescicale.

Domande & Risposte

Lattante con normali rigurgiti verso i 30-40 giorni di vita, inizia a piangere e a rifiutare il latte. Oltre a pensare a una esofagite, può essere solo questione di gusto? Non gli piace più quel latte?

Pediatra, medico SAUB

È allattato al seno? Cresce bene comunque? Potrebbe trattarsi di ipogalattia (e di eccesso di aria assunta alla poppata e/o di delusione per la poppata inefficace), comunque non è mai questione di gusto. Se il bambino non cresce ed è allattato al poppatoio, davanti al sintomo descritto è ragionevole pensare all'intolleranza alle proteine del latte e/o all'esofagite. Se il bambino cresce bene, ogni ipotesi "patologica" va ridimensionata, anche quella di esofagite.

Mio figlio, di 9 mesi, ha sempre dormito tutta la notte. Da un mese si sveglia 3-4 volte per notte, vuole essere cullato e si riaddormenta, eccetto verso le due di notte, a quell'ora vuole bere un biberon di latte.

Che fare? Assecondarlo o passare al Nopron? Nopron sì, o no?

Pediatra

Le informazioni offerte sembrano sufficienti a escludere una causa organica del disturbo.

Le difficoltà del ritmo del sonno in un bambino nel primo anno di vita richiedono una conoscenza delle possibili condizioni esterne che possono aver fa-

vorito l'insorgenza del disturbo. È quindi opportuno raccogliere una serie di informazioni anamnestiche sulla vita quotidiana del bambino e della sua famiglia: ritmo di vita, condizioni ambientali, condizioni dietetiche, dentizione ecc.

Per quanto riguarda le condizioni ambientali è opportuno aver presente che la ripresa dell'attività lavorativa della madre può causare un cambiamento sia nel ritmo di vita del bambino sia nello stile di accudimento che l'adulto o l'ambiente sostitutivo causano.

Inoltre si può valutare se l'acquisizione di nuove competenze psicomotorie richiedano un cambiamento nell'interazione con l'adulto sia dal punto di vista affettivo che cognitivo (per esempio esigenze di maggior autonomia ed esplorazione dell'ambiente).

Spesso le difficoltà del sonno migliorano con la comprensione e la correzione di queste condizioni.

A questo proposito un farmaco può essere utile, ma non deve rappresentare la soluzione immediata e sostitutiva alla riflessione con la madre sulle cause che le hanno indotte.

Vorrei conoscere il vostro parere sull'uso degli antistaminici quali la cetirizina e l'oxatomide nella terapia della comune rinite virale e nella tosse di natura non allergica.

Pediatra

Gli antistaminici, quelli di vecchia generazione, sono storicamente entrati nelle

formulazioni "anti-raffreddore comune", più o meno associati a decongestionanti e antipiretici.

Inoltre è nota l'attività anti-tosse (sedazione) di queste molecole. Non so però se gli antistaminici di nuova generazione, privi di effetti centrali, abbiano proprietà sovrapponibili.

Uso del girello: sì o no? Perché?

Pediatra, medico generico

Non ho risposte "scientifiche".

Credo che il girello sia molto in disuso perché si tende a lasciare che il bambino impari da solo a muoversi, a gattoni, a treppiede, a bipede con appoggio.

Credo che di quelli che hanno usato il girello, e che non fossero tetraparetici, nessuno abbia tardato o anticipato il suo imparare a camminare, e che comunque questo sia stato irrilevante rispetto al risultato finale.

Dipenderà dalla qualità degli ambienti domestici e dalla possibilità di supervisione.

È corretto definire "viroso minore" esantemi di presumibile origine virale (adeno-rino-echo virus ecc.)?

Pediatra

Non so. Io li chiamerei semplicemente "esantemi di presumibile origine virale".

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto 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 - 34137 Trieste

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