

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

ALLERGLOGIA, 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

Tra i miei pazienti ho una bambina di circa 11 anni che soffre di aftosi ricorrente del cavo orale: tutti gli accertamenti (immunoglobuline, RAST, anticorpi anti-transglutaminasi, ferritinemia ecc.) hanno dato esito negativo, e le varie terapie effettuate, tra le quali anche il sodiocromoglicato prima dei pasti, hanno avuto pochi risultati.

I miei quesiti sono: esiste un protocollo su come affrontare e cosa fare in questa patologia? C'è qualche altra cosa da fare ed eventuali altre terapie da effettuare? Il dosaggio delle IgA secretorie nella saliva ha qualche utilità?

Pediatra di base, Nettuno (RM)

L'aftosi orale ricorrente rimane spesso "indagnosticata". Se molto disturbante, alcune cause curabili vanno peraltro cercate con accuratezza, tra cui appunto la celiachia ma anche la malattia di Behçet (ci sono indici di flogosi elevati durante gli episodi? ci sono manifestazioni cutanee? o articolari? o oculari? o ulcere in altre sedi cutaneo-mucose?) e quella di Crohn (anche in questo caso gli indici di flogosi possono essere una buona spia). Per approfondire queste due ultime ipotesi diagnostiche una scintigrafia con leucociti marcati, alla ricerca della localizzazione intestinale che può essere silente, può essere un'utile indagine in prima battuta.

Non va dimenticato infine che le aftosi ricorrenti, specie quando sopravvengono nelle stesse sedi mucose, possono essere l'effetto "autotraumatico" di una malocclusione o di asimmetria della masticazione da carie.

Non siamo a conoscenza dell'utilità del dosaggio delle IgA salivari e, anche a pensarci, non riusciamo a capirne il fine pratico nel caso di aftosi orale recidivante.

Leggo sul n. 5/2002 di Medico e Bambino la risposta (pag. 328) al quesito circa gli effetti collaterali del morniflammato (Niflam), antiflogistico di uso fre-

quente nella mia regione senza che siano stati segnalati gli inconvenienti registrati dai colleghi napoletani (come mai solo loro?). Mi stupisce peraltro l'affermazione riportata dall'estensore della risposta circa «l'opportunità di non somministrare FANS diversi dal paracetamolo in corso di episodi flogistici».

Mi risulta infatti che il paracetamolo possiede scarsissimo effetto antinfiammatorio: esiste ora in commercio anche in Italia l'ibuprofene (Nureflex sciroppo), comunemente usato nei Paesi anglosassoni in alternativa al paracetamolo e la cui azione antinfiammatoria è ben documentata.

Gradirei conoscere la vostra opinione riguardo all'uso in pediatria di questo farmaco nonché del ketoprofene (Oki) e della nimesulide (Aulin).

doct. Vittorio Piccini (Pediatra)
Milano

I colleghi dell'Ospedale Santobono di Napoli, in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità, hanno rilevato, in uno studio di tipo caso-controllo, che i pazienti ospedalizzati per malattie mucocutanee non infettive e vasculiti (casi) avevano un rischio di esposizione all'acido niflumico 5 volte (RR: 4.9; IC: 1.9 - 12.8) maggiore rispetto alla popolazione di pazienti che non avevano avuto manifestazioni cutanee (controlli)¹. Non meraviglia che la segnalazione venga "solo" dai colleghi napoletani, in quanto, per rilevare un rischio di eventi avversi (in questo caso da farmaci) relativamente raro, bisogna adottare un metodo di valutazione rigoroso (ad esempio lo studio di tipo caso-controllo).

In effetti la forza dell'associazione (5 volte maggiore) è abbastanza forte (anche se con intervalli di confidenza molto larghi) da far ipotizzare che il rischio rilevato sia vero, anche se, come sottolineano gli stessi autori, è possibile che ci siano bias di confondimento non contemplati nell'analisi per la relativa bassa

numerosità dei casi individuati. In ogni caso, sul totale dei bambini che sono stati visti in Ospedale per manifestazioni mucocutanee non infettive o per vasculiti, il 19% aveva assunto l'acido niflumico.

Anche gli antibiotici espongono a un rischio di manifestazioni mucocutanee. Tuttavia il bilancio in termini di rischio/beneficio deve tenere conto, come giustamente ricordato nella risposta, che i FANS nel trattamento delle comuni patologie infettive delle alte vie aeree (rinite, otite, faringite ecc.) non abbreviano la durata della sintomatologia, ma hanno un effetto unicamente sintomatico (riduzione del dolore), con efficacia simile a quella del paracetamolo². L'effetto antinfiammatorio riveste un ruolo terapeutico di rilievo (anche in questo caso sintomatico) nella cura di quelle situazioni cliniche che lo richiedono (artriti, malattia di Kawasaki ecc.).

L'ibuprofene è uno dei farmaci più studiati in età pediatrica rispetto al profilo di efficacia (sostanzialmente pari a quello del paracetamolo sul sintomo febbre e sul dolore) e a quello di sicurezza^{3,4}. L'uso della nimesulide è sconsigliato nei pazienti di età inferiore a 12 anni per il rischio di una rara ma gravissima epatotossicità (descritti casi letali). Poco conosciamo sul profilo di sicurezza del ketoprofene.

In conclusione, non sono presenti a tutt'oggi evidenze che indichino una maggiore efficacia dei FANS rispetto al paracetamolo come terapia sintomatica nell'ambito delle infezioni delle vie respiratorie del bambino, a fronte di documentabili rischi di reazioni avverse. Nel caso in cui si rendesse necessaria una terapia per il sintomo dolore, la preferenza dovrebbe essere data al paracetamolo o, in alternativa, all'ibuprofene.

1. Menniti-Ippolito F, Saggiocca L, Da Cas R, Saggiomo G, Di Nardo R, Traversa G. Niflumic acid and cutaneous reactions in children. Arch Dis Child 2001;84:430.

2. Giusti MP, Marchetti F, Tognoni G, Bonati M. Uso dei FANS in pediatria per il trattamento della febbre e delle infezioni respira-

torie acute: una revisione critica della letteratura. *Medico e Bambino* 1995;6:285-91.

3. Marchetti F. Ibuprofene in pediatria. *Medico e Bambino* 2001;6:387-91.

4. Lesko SM, Mitchell AA. An assessment of the safety of paediatric ibuprofen. *JAMA* 1995;273:929-33.

Gradirei sapere quali sono l'azione e l'utilità dei probiotici e, se ci sono, qual è la differenza con i fermenti lattici.

Pediatra di base, Feltre (BL)

I probiotici sono microrganismi in grado di arrivare alla mucosa intestinale e di colonizzarla, favorendo il "benessere" dell'ospite (pro-bios); la differenza con i "vecchi" fermenti lattici è la dimostrata capacità di colonizzare l'intestino. Sono molto "di moda" (basta guardare gli scaffali di un supermercato oltre che il banco della farmacia), parallelamente al bisogno di naturale della nostra società.

Esistono comunque delle dimostrazioni in vitro e su animali molto convincenti e affascinanti sul ruolo della flora batterica intestinale e colica nella patogenesi di atopia, malattie infiammatorie croniche intestinali e anche carcinogenesi.

Dal punto di vista clinico i probiotici (in particolare il *Lactobacillus rhamnosum* GG) si sono rivelati efficaci nella diarrea acuta da rotavirus (sempre con la reidratante orale) e nella prevenzione della stessa. Inoltre, anche nel trattamento e nella prevenzione della diarrea del viaggiatore (dove sono comunque superiori gli antibiotici) e nel trattamento della diarrea da *Clostridium difficile* recidivante.

Esistono inoltre delle segnalazioni di efficacia (studi su animali e/o studi non controllati e su pochi casi) nel trattamento del morbo di Crohn, delle flogosi del pouch ("neo-retto in caso di colectomie), nella prevenzione dell'enterite necrotizzante del neonato.

Le indicazioni vere? Poche, visto che la diarrea infettiva guarisce da sola (ma i probiotici diminuiscono i giorni di diarrea) e che le malattie infiammatorie croniche intestinali abbisognano di trattamenti più aggressivi e provati (ma anche in questo caso per il mantenimento della remissione i probiotici possono offrire qualcosa). A mio avviso la vera indicazione potrebbe essere quella della prevenzione della diarrea acuta virale nelle epidemie ospedaliere, negli asili, nelle scuole, insomma in tutti bambini

in qualche modo istituzionalizzati, soprattutto se a rischio.

Che cosa sono gli ENA e in quali situazioni può essere utile richiederli? Qual è il loro valore normale?

dott. Angelo Adorni (Pediatria)
Collecchio (PR)

Gli anticorpi anti-ENA (*Extractable Nuclear Antigen*) sono tipici della malattia mista del collagene, sebbene possano essere presenti a basso titolo in altre malattie reumatiche come il LES. Fanno parte degli anticorpi antinucleo e in immunofluorescenza danno un pattern punteggiato. Reagiscono con un componente antigenico nucleare RNAsi-sensibile (ENA) e con l'RNP (ribonucleoproteina). Gli anticorpi anti-RNP ad alto titolo sono il marker sierologico della malattia mista del collagene (MCTD).

La ricerca di questi autoanticorpi va eseguita di fronte a un bambino con una malattia reumatica cronica non definita, che presenta contemporaneamente caratteristiche cliniche proprie di altre malattie come l'artrite cronica giovanile, il LES, la dermatomiosite e la sclerodermia.

Le manifestazioni cliniche più tipiche della MCTD sono la poliartrite (93%) e il fenomeno di Raynaud (85%); sintomi meno frequenti sono: lesioni cutanee sclerodermiche, rash tipico del LES, rash tipico della dermatomiosite, febbre, coinvolgimento muscolare e cardiaco.

La presenza degli ENA e dei anti-RNP ad alto titolo conferma la diagnosi di MCTD e impone uno stretto follow-up clinico e terapeutico, analogamente alle altre malattie reumatiche croniche.

Una bambina, che oggi ha un mese e mezzo, è nata da madre che ha contratto con certezza un'infezione primaria da citomegalovirus (CMV) alla 33-esima settimana di gravidanza.

Le analisi specifiche sul CMV a un 1 giorno dalla nascita hanno riportato i seguenti valori: IgG CMV 350 (valore normale < 0,5); IgM CMV negative; su urine PCR-CMV e isolamento rapido: positivi.

L'Unità Operativa di malattie infettive perinatale e prenatale presso cui è stata portata in visita a 15 giorni dalla nascita ha consigliato, pur constatando

all'esame obiettivo che la bambina è assolutamente asintomatica, di ripetere ogni 3 mesi (fino a un anno) le seguenti analisi:

- ecografia encefalica e dell'addome completa;
- analisi del sangue e urine specifiche per CMV;
- transaminasi, emocromo, VES, azotemia, glicemia, sideremia, creatinemia;
- visita oculistica e otorino (a sei mesi e a un anno).

Si rileva che al momento la bambina cresce regolarmente (è allattata dalla mamma) e all'esame obiettivo è assolutamente asintomatica.

Pediatra di famiglia, Roma

Si tratta di un'infezione congenita asintomatica da CMV, evento non raro (circa 1/100). Il consenso attuale è che le infezioni asintomatiche non si trattano, anche perché l'unico farmaco utile (Ganciclovir) è tutt'al più di efficacia parziale e ha una sua tossicità.

Le infezioni asintomatiche hanno un rischio del 10% circa (dal 5% al 15% a seconda delle fonti) di esiti a distanza. La complicità di gran lunga più frequente è il deficit uditivo neurosensoriale, che ha le caratteristiche di essere bilaterale, asimmetrico e progressivo. Sono quindi assolutamente raccomandati controlli audiologici (inizialmente mediante potenziali evocati o ABR). È indispensabile che questi controlli siano effettuati nel primo anno di vita, ma non devono essere limitati a questo periodo. I deficit possono infatti manifestarsi entro i primi 6 anni.

C'è inoltre da ricordare che la corioretinite non è frequente, ma può non essere presente alla nascita e svilupparsi in seguito. Le altre complicanze sono molto meno frequenti, specialmente in neonati con neuroimmagini normali e senza microcefalia.

Controlli sierologici e della viruria hanno un'utilità piuttosto limitata: confermano ciò che in questo caso è già noto, ossia che il neonato ha avuto l'infezione. In particolare, la viruria persiste di regola per molti mesi.

Come ci si deve aspettare che si modifichino gli anticorpi AGA, EMA, e anti-TG dopo una dieta priva di glutine?

dott. Lucio Maria Pollini

Dopo un anno tutti gli anticorpi devono essere nel range della normalità, se la dieta è ben fatta.

Fino a 6 mesi si può osservare una positività residua, soprattutto a carico degli EMA e degli anti-tTG (il cui titolo è però drasticamente ridotto rispetto alla diagnosi).

Una bambina di 6 anni presenta tenue peluria al pube e, in misura ridotta, alle ascelle. Basta seguirla nel tempo o conviene già ora sottoporla a qualche accertamento (ecografia delle ovaie, TAC dei surreni, dosaggi ormonali)?

dott. Francesco de Benedetto
Taranto

Il pubarca precoce non è un'espressione di pubertà precoce, ma di pseudopubertà. La comparsa di peli pubici all'età

di 6 anni esclude abbastanza l'ipotesi di un adrenarca esagerato, in quanto l'adrenarca inizia circa 2-3 anni prima dell'avvio della pubertà che nel caso della bambina in questione corrisponderebbe all'età di 9 anni (va considerata in tal caso una familiarità per pubertà precoce).

L'unica cosa che interessa e va esclusa è che si tratti di una forma non classica di SAG (sindrome adreno-genitale da possibile difetto della 21-OH), una forma a esordio tardivo.

Quindi, verificato se c'è stata un'accelerazione della crescita ed effettuata una radiografia del polso per l'età ossea, le indagini andrebbero completate con l'esecuzione di un test all'ACTH dosando il 17(OH)P al tempo 0 e al tempo 60, cortisolo agli stessi tempi e i livelli basali di androstenedione, testosterone totale, libero, DHEA, DHEAS.

Non è necessario effettuare l'ecografia pelvica e surrenalica, che andranno ri-

chieste se l'entità dell'espressione androgenica è marcata e gli androgeni particolarmente elevati (ma non sembra proprio il caso di questa bambina, ma vale per eventuali altre pazienti con segni clinici più marcati).

A un mio nipotino è stata riscontrata una frattura di omero attribuita al parto cesareo. È possibile? Ci saranno sequele? Che cosa bisogna fare e come comportarsi? Non ho mai sentito nulla di simile.

dott. Angelo Pandolfini (Pediatra)
Avellino

La frattura di omero in parto cesareo è possibile. La prognosi è buona, nella grande maggioranza dei casi non dà sequele.
