

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

ALLERGIOLOGIA, 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

Gradirei sapere qual è una buona chemioprolifassi in caso di bambini che si rechino per 15-20 giorni nei luoghi dove è possibile il rischio di malaria.

Quali sono i farmaci più indicati? Per quante settimane e come vanno consigliati? La clorochina è ancora oggi un buon preparato?

Pediatra di base
Feltre (Belluno)

Il rischio di malaria, e quindi l'opportunità o meno di profilassi, va valutato in base alla epidemiologia locale della malaria, al tipo di parassita, alle informazioni sulla resistenza dello stesso ai diversi antimalarici, alla stagione, al luogo preciso dove avverrà il viaggio, a precedente uso di antimalarici ed eventuali effetti collaterali ecc. Quindi il consiglio è di rivolgersi a un servizio competente.

In generale, ormai, in molte zone il *Plasmodium falciparum* è resistente alla clorochina, che non è quindi indicata. Per l'Africa subsahariana, in generale, un buon farmaco profilattico è la meflochina. Nessun farmaco profilattico è esente da effetti collaterali che vanno conosciuti in anticipo. La protezione locale con repellenti e notturna con reti antizanzara è particolarmente indicata per i bambini.

Due ragazzi, di 25 e 28 anni, vaccinati circa venti anni fa (intorno al 1982) con Morbilvax: ricordo con esattezza, per entrambi, una reazione febbrile sui 39°, per non più di due giorni. Non sono stati rivaccinati. Parotite epidemica qualche anno dopo. In seguito alla recente esplosione di morbillo mi hanno chiesto se la loro immunizzazione è sufficiente. Come dovrò comportarmi?

dott. Luciano Focilli (Pediatra)
via e-mail

Penso sia bene che Lei sottoponga di nuovo alla vaccinazione contro il mor-

billo i due "figlioli". Non tanto perché sono passati venti anni, ma per coprire quel 5% circa di non risponditori che, in corso di un'epidemia come l'attuale, potrebbero ammalarsi di morbillo. Il fatto che abbiano avuto una reazione alla vaccinazione non ci assicura sulla risposta immunologica.

Quale vaccino utilizzare? Il semplice vaccino contro il morbillo o il vaccino MPR? Nonostante Lei ci dica che i due giovani hanno già avuto la parotite, sono dell'idea che è meglio usare l'MPR, che ci offre anche la possibilità di prevenire la rosolia. Nonostante tutte le accuratezze diagnostiche, l'errore nelle diagnosi di parotite è abbastanza elevato, ed è valutato intorno al 30%.

Compare spesso nelle ricerche allergologiche da noi richieste per allergeni alimentari la positività per IgE anti-glutine. Gradirei il vostro parere riguardo ai rapporti fra allergia al glutine e celiachia, e in particolare vorrei sapere se la presenza di IgE anti-glutine autorizzi l'esecuzione degli esami per la celiachia.

dott. Fabio Dal Monte (Pediatra di base)
Faenza (Ra)

Non c'è alcuna correlazione tra la risposta IgE verso il glutine e la malattia celiaca (o, in altre parole, chi ha IgE verso il glutine non rischia di essere celiaco in misura superiore all'atteso nella popolazione generale). Anche quando il celiaco risponde con reazioni acute all'assunzione di glutine, queste reazioni non sembrano essere correlate alla presenza di IgE, ma piuttosto a una attivazione diretta (azione lectinica del glutine?) della via alterna del complemento. Si tratta comunque di un problema rarissimo.

Ho visitato recentemente un neonato affetto da assenza totale del pigmento

a livello di capelli e sopracciglia, cute normopigmentata, e apparentemente nulla a carico degli occhi. È stato dimesso senza diagnosi in attesa di visita oculistica. La restante obiettività internistica era negativa. Nessuna compromissione psichica o neurologica.

Esiste un test diagnostico per l'albinismo? Ci possono essere patologie associate? Solo nell'albinismo si riscontrano i capelli bianchi?

Pediatra ospedaliero e libero professionista
Milano

La presenza di capelli bianchi fin dalla nascita fa pensare alla diagnosi di albinismo oculocutaneo (OCA).

A livello obiettivo dovrebbero essere presenti occhi chiari (azzurri, grigi), pupille rosee, e la cute può essere più o meno pigmentata a seconda dei casi.

L'OCA (meglio sarebbe parlare di albinismi oculocutanei) è un disturbo della pigmentazione a ereditarietà autosomica recessiva, in cui vi è una riduzione di vario grado e fino alla totale assenza della produzione di melanina all'interno dei granuli dei melanociti, che comunque sono presenti in quantità normale.

Vi sono molte varianti di OCA (almeno una decina), e l'espressione clinica può essere molto lieve o severa. Sono noti due gruppi di OCA, perché in uno i follicoli piliferi posti in presenza di tirosina mantengono la capacità di produrre melanina (tirosinasi-positivi), mentre nell'altro (più grave) hanno perso questa capacità sintetica.

Nelle forme più gravi, compariranno sintomi come fotofobia, nistagmo, riduzione dell'acuità visiva, impossibilità ad abbronzarsi.

Tumori cutanei squamocellulari possono comparire con il tempo nelle forme più severe.

Tra le forme di OCA con altre caratteristiche particolari associate da ricordare la sindrome di Chédiak-Higashi con un difetto della funzione granulocitaria e quindi infezioni piogeniche ricorrenti, disturbi neurologici e renali a prognosi severa, e la sindrome di Hermansky-

Pudlak con diatesi emorragica. Una diluizione pigmentaria più ridotta, e quindi non facilmente apprezzabile clinicamente, è presente in molte malattie metaboliche, in cui rappresenta un sintomo minore che generalmente non è evidente alla nascita, ma compare dopo qualche mese.

Per quanto riguarda il bambino, dovrà essere valutato dall'oculista, seguito nel tempo, ed eventualmente protetto dal sole per quanto riguarda la cute, e dalla luce eccessiva per quanto riguarda gli occhi.

Nicola è secondogenito, attualmente di 5 anni; è stato alimentato al seno per i primi 4 mesi, e successivamente ha sviluppato eczema atopico durato per i primi due anni e mezzo; ha sempre assunto, dopo il latte materno, latte di soia.

A 1 anno e mezzo ha presentato tre episodi di orticaria diffusa con angioedema a seguito di ingestione di uovo. Nel terzo episodio, più severo, dopo introduzione di tirami sù, ha presentato anche tosse secca stizzosa, vomito immediato e senso di prostrazione.

Da allora la madre non ha più introdotto l'uovo come tale, ma dopo i tre anni ha cominciato a somministrare alimenti contenenti uovo, pasta, torte ecc. Questi non hanno mai dato disturbi. Il bimbo comunque ha continuato nella sua "marcia" allergica, sviluppando oculorinite con ipersensibilità al-

le graminacee, acari, gatto (prick con spiccate positività).

Ora la mamma mi chiede se può provare a reintrodurre l'uovo, anche perché ha paura che il bimbo, andando in giro per festini di amici, possa avere nuovamente contatto con creme fatte in casa. Posso, nonostante l'anamnesi così impegnativa, provare a fare un test di scatenamento? E, qualora fosse indicato, qual è la tecnica migliore per effettuarlo?

Valeria Caddia
via e-mail

La storia del bambino è molto tipica e frequente: quasi un bambino su due con dermatite atopica ha una prick positività al bianco d'uovo.

Sono quelli con massima probabilità di sviluppare allergie respiratorie, acari in particolare, e di fare tutta la "marcia" allergica, dall'asma alla pollinosi. Tra i prick positivi uno su due (approssimativamente) produce una reazione immediata reaginica all'ingestione dell'alimento, come nel caso in questione.

La storia naturale di questa allergia è di norma favorevole, e ai tre anni più o meno l'80% dei bambini riesce a tollerare l'ingestione dell'uovo o dei suoi derivati, pur mantenendo, a questa età, ancora quasi tutti la prick positività per il bianco d'uovo. È per questo che il prick non permette di distinguere con certezza chi tollera da chi, al contrario, presenta la reazione allergica. La somministrazione di piccole quantità di uovo at-

traverso i derivati minori (biscotti, gelati ecc.) è molto tipica: tutte le mamme e le nonne, prima o dopo, lo fanno, anche senza il nulla osta del medico. Questo rappresenta, allo stesso tempo, un test di scatenamento e anche un modo per far acquisire la tolleranza. Per questo credo che, se le quote di uovo ingerite sono frequenti e di una certa consistenza quantitativa, il bambino abbia di fatto già superato la sua allergia. Per provarlo in modo provato, si dovrebbe comunque fare un test di tolleranza, partendo da una dose bassa (1 gtt di uovo, albume e tuorlo sbattuti insieme), e aumentando, raddoppiando questa dose ogni 20-30 minuti.

Noi lo facciamo correntemente in ospedale, in ambiente protetto e quindi con maggiore facilità o coraggio. Lo scatenamento è comunque importante, perché permette di sapere se il bambino è o non è più allergico, ma anche per sapere se l'allergia è ancora "forte" (bambino a rischio di reazioni gravi) o soltanto causa di reazioni allergiche minori, quali un po' di orticaria o vomito e solo per dosi elevate di alimento (bambino non a rischio). Al contrario del primo caso, in questi bambini con sensibilità ancora presente ma modesta, conviene non sospendere l'alimento, ma insistere a darlo a dosi piccole, ma progressivamente sempre più alte. Facendo così, si favorisce e si accelera, come detto, l'acquisizione della tolleranza attraverso una sorta di "vaccinazione" per via orale.

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