

Le domande vanno inviate alla redazione preferibilmente via mail (e-mail: *domanderisposte@medicoebambino.com*) oppure per posta (via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste). Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale di *Medico e Bambino*, che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica.

Le domande di maggior interesse generale potranno essere pubblicate nella rubrica "Domande e Risposte". Per questo, è opportuno che il mittente segnali anche la città in cui lavora e la qualifica e/o il tipo di attività svolta.

Se, al contrario, non si desidera che il proprio nome venga indicato in calce al quesito posto, è sufficiente specificarlo.

A una bimba di 2 anni e mezzo, da sempre caratterizzata da scarso accrescimento, sono stati testati gli EMA IgA e gli anticorpi anti-transglutaminasi, entrambi risultati positivi, mentre la biopsia intestinale è risultata negativa (per gli HLA è positivo il DQ 8).

La diagnosi è di celiachia latente ed è stata messa a dieta priva di glutine, per poi ricontrollare gli anticorpi dopo 6 mesi e valutare l'eventuale successivo challenge con glutine.

Vorrei sapere qual è lo stato attuale delle conoscenze su queste forme e il protocollo d'indagine da seguire.

dot. Antonio Guerrieri
Pediatria di famiglia

La probabilità che un bambino EMA e anti-tTG positivo sia effettivamente celiaco e meriti (abbia vantaggio da) una dieta senza glutine, anche senza che la biopsia rilevi la classica sub-atrofia della mucosa con ipertrofia delle cripte, è praticamente assoluta. Il progetto che è stato proposto alla bambina è quindi condivisibile. Resta peraltro il fatto che la specificità della positività di EMA e anti-tTG è da ritenersi assoluta se nella mucosa intestinale apparentemente normale vengono documentati dei depositi di tTG anti-tTG IgA. Questo esame viene fatto oggi di routine solo in qualche laboratorio (per es. a Trieste e Napoli).

Se la bambina ha già iniziato la dieta, è bene comunque che continui il percorso intrapreso senza aggiungere niente altro.

Ho due lattanti, ai quali ho richiesto degli esami ematochimici in quanto ambedue presentavano ittero persistente (tutte e due allattati con latte materno).

Il primo, bimbo 2 mesi, con ittero visibile al tronco, viso e occhi: bilirubina totale 4,4 e diretta 0,2; AST e ALT ai limiti superiori della norma; esame urine in colore.

La seconda, bimba di 2 mesi e mezzo circa, con ittero diffuso, urine più o me-

no gialle, feci di colore normale, attualmente ittero nettamente migliorato: emocromo normale; bilirubina tot. 11, bil. diretta 0,51; AST 86 (vn fino 35); ALT 31 (vn fino 35); gamma-GT 92 (vn 5-39); esame urine: colore giallo oro, aspetto limpido, non emoglobina, non bilirubina.

Entrambi i bambini stanno bene e crescono bene.

Le mie domande sono:

1) i valori delle transaminasi e LHD nel bambino piccolo, neonato, sono più alti rispetto ai bambini più grandi, per cui devono essere considerati normali?

2) l'ittero da latte materno fino quanto tempo è considerato "normale"?

3) le urine gialle, con feci normali, sono normali? Sapevo che nei neonati nel "primo mese di vita" le urine devono essere trasparenti; come interpretare questo colore delle urine?

4) con questi esami devo ricercare altro: per es. infezione da citomegalovirus, o altro patogeno; oppure non fare nulla e chiudere il caso; oppure ancora controllare i valori di bilirubina nel tempo (con quale frequenza e per quanto tempo)?

Se tutto rientra nella norma, mi domando: forse era meglio che non li avessi richiesti?

dot.ssa Santina Quaranta
Pediatria di libera scelta, Seregno (MB)

In effetti i valori dell'attività aminotransferasica (transaminasi) nel neonato e nel lattante sono più elevati rispetto al bambino e all'adulto, quindi i valori che segnala sono da considerare normali a tutti gli effetti. Non vedo invero alcuna utilità, in questo contesto, nel richiedere il dosaggio dell'attività LDH.

L'ittero da latte materno è una diagnosi che ha la sua dignità, si tratta ovviamente di una condizione benigna e spontaneamente risolutiva, ma è comunque un ittero patologico.

Per quanto riguarda la durata dell' "ittero da latte materno", pur essendo generalmente limitata allo "stretto" periodo neonatale, non è infrequente osservare

lattanti che, pur non essendo più itterici, normalizzano la bilirubina più tardivamente e comunque, abitualmente, entro il 3° mese.

Le urine del neonato sono di norma "incolori", come Lei correttamente scrive, e quindi il colore giallo che riporta lascia perplessi (le ha valutate personalmente le urine?) e credo comunque sia un errore di percezione (urine contaminate da feci?) che non altera le convizioni correnti di fisiologia.

In effetti non c'è più nulla da cercare se si è convinti della diagnosi di "ittero da latte materno".

Infine, per quanto riguarda la sua ultima (ma non per importanza) domanda, è giusto non controllare le transaminasi, mentre è obbligatorio dosare la bilirubina totale e diretta in ogni neonato in cui un ittero persista oltre le 2 settimane di vita.

Bambina di quasi 7 anni, da me seguita da circa 4 anni senza alcun problema nella storia clinica passata. Il mese scorso vengo contattato dalla madre per una febbre alta ed effetto una visita domiciliare. Trovo una gola fortemente arrossata con tonsillite, assenza di scolo nasale e interessamento dei linfonodi laterocervicali; ricordando gli insegnamenti del prof. Panizon, e non avendo un test rapido con me, inizio terapia per tonsillite streptococcica (nella comunità altri test effettuati allo studio erano risultati positivi). Finisco la terapia (amoxicillina + clavulanico per 7 gg) e tutto si risolve bene.

Dopo una settimana però la madre mi porta la piccola nelle stesse condizioni allo studio dove le pratico un tampone rapido che risulta: "SBEA-positivo". Pensando a una recidiva, pratico la stessa terapia per altri 10 giorni. Al termine del ciclo chiedo un tampone in laboratorio (forse non dovevo, ma volevo anche essere sicuro dell'eradicazione e fine della storia) e ricevo come risposta: positivo per presenza di streptococco alfa-emolitico e stafilococco. In assenza

di sintomatologia lascio la piccola in pace; dopo una decina di giorni altra giornata (una sola) con febbre e lieve mal di gola e il tampone in laboratorio mi conferma la presenza di streptococco alfa-emolitico e stafilococco. Cosa devo fare? Va trattata? Nel caso sono da considerare attive tutte le cefalosporine im?

dott. Bruno Salvatore
Pediatra di famiglia, Eboli (Salerno)

Ha fatto bene a trattarla con l'antibiotico la prima volta: l'età della bambina, la febbre elevata, l'assenza di sintomi da "raffreddamento", la linfadenite latero-cervicale, l'epidemiologia data da altri casi di tonsillite da SBEA, sono tutti elementi che rendevano ragionevole e condivisibile l'antibiotico. Non così invece la scelta dell'amoxicillina + clavulanico, in quanto lo SBEA non è mai produttore di beta-lattamasi e non è mai resistente alle penicilline, quindi andava utilizzata la sola amoxicillina. Per la faringotonsillite da SBEA sono sufficienti due dosi al giorno per 6 giorni.

Per confermare la correttezza della scelta di utilizzare l'antibiotico da subito sarebbe stato molto utile sapere se la bambina si è sfebbrata già dopo 12-24 ore dall'inizio dell'antibiotico. Lo sfebbramento brusco, in poche ore, è infatti uno dei segni più tipici della tonsillite da SBEA, la controprova per confermare, a posteriori, la correttezza della diagnosi e della terapia.

La positività del tampone nel secondo episodio febbrile rende possibili tre ipotesi: 1) una ricaduta dovuta allo stesso microrganismo (ci credo poco); 2) una nuova infezione da SBEA, da nuovo contagio e da diverso sierotipo (più probabile, specie in periodo epidemico); 3)

una faringite febbrile virale in portatore di SBEA (mai da escludere). Anche in considerazione di questa ultima ipotesi non avrei fatto il controllo del tampone. Infine, Le ricordo che lo streptococco alfa-emolitico e lo stafilococco sono due saprofiti della cavità orale. Non vanno trattati e non andavano nemmeno ricercati (impegno di tempo e di spesa inutili). In assenza di SBEA la faringite va considerata di natura virale.

Ho appena preso in carico un bambino di 1 anno, che a 6 mesi, con l'introduzione dei cibi solidi, ha presentato delle reazioni che mi sembrerebbero allergiche: impallidisce, ha un senso di malessere, stordimento e vomito a getto che lo hanno portato più volte (almeno 8 o 9) al Pronto Soccorso.

I colleghi dell'Ospedale che lo hanno seguito fino ad oggi non si sono espressi per una diagnosi, e il prick e il RAST per i principali allergeni sono risultati negativi. Attualmente mangia il latte vaccino, coniglio, carota, patata, mela, pera e come cereali soltanto il mais e la tapioca. Ora mi trovo a capire cosa devo fare e soprattutto cosa devo consigliare alla mamma per quanto riguarda l'alimentazione che è attualmente molto limitata.

dott. Raffaele D'Errico
Pediatra di famiglia, Napoli

Esiste una forma di allergia alimentare che è caratterizzata dal solo vomito associato a stato collassiale e, quasi sempre, a distanza di 4-5 ore dal vomito, diarrea muco-ematica. È una condizione tipica del 1° anno di vita chiamata "Food Protein Induced Enterocolitis Syndrome", FPIES (a breve *Medico e Bambino* pub-

blicherà un ampio articolo sull'argomento). Questa intolleranza, o meglio allergia non IgE mediata (prick e RAST risultano tipicamente negativi), può essere legata a ogni tipo di cibo proteico, il latte vaccino o di soia, ma anche i cibi solidi di ogni tipo, dalle carni al pesce o ai cereali, possono essere in causa e spesso, nello stesso bambino, è implicato più di un alimento, anche non antigenicamente affine (per esempio più tipi di cereali, riso, frumento o altro).

Tuttavia in questa condizione il vomito è tipicamente un vomito incoercibile per un'ora circa (tanti successivi vomiti in poco tempo) e inizia da 1 a 3 ore (quasi sempre due) dopo il pasto (quindi non immediatamente come nelle forme IgE mediate). Questa latenza è tipica e diagnostica della FPIES, come pure il fatto che non vi è alcun altro sintomo extra-intestinale tipico delle allergie IgE mediate, come l'orticaria, la dispnea, la congestione oculo-rinica ecc. Il quadro clinico, come descritto, mi sembra orientato verso questa diagnosi, che, per la sua rarità, spesso non viene immediatamente riconosciuta. Se l'alimento che ha causato le crisi è individuabile con una semplice anamnesi (cercare il "comune denominatore" dei vari episodi), questo va escluso, più o meno, fino ai tre anni e poi riproposto con un test di scatenamento in ambiente protetto (le crisi possono essere anche molto gravi). Considerato il numero elevato delle crisi, potrei ipotizzare che in questo caso sia stato il frumento, oppure il meno sospetto tra gli alimenti, il riso. In caso contrario bisognerà fare già da subito, e sempre in ambiente protetto, delle reintroduzioni di ogni alimento "sospetto", per poter limitare l'esclusione al solo, o ai soli, colpevole/i.

Si ringraziano gli "esperti" che hanno contribuito con le loro risposte e i loro pareri alla rubrica dell'anno 2011.

CARDIOLOGIA: Alessandra Benettoni; CHIRURGIA: Antonio Giannotta, Jürgen Schleaf; DERMATOLOGIA: Irene Berti, Mario Cutrone; DIABETE-ENDOCRINOLOGIA: Giorgio Tonini; EMATOLOGIA-ONCOLOGIA: Paolo Tamaro, Marco Rabusin; EPATOLOGIA: Giuseppe Maggiore; FARMACOLOGIA: Federico Marchetti; GASTROENTEROLOGIA: Grazia Di Leo, Stefano Martellosi; GENETICA: Paolo Gasparini; GINECOLOGIA PEDIATRICA: Giuseppe Ricci; IMMUNOLOGIA: Alberto Tommasini; NEFROUROLOGIA: Marco Pennesi; NEONATOLOGIA: Riccardo Davanzo, Sergio Demarini; NEUROLOGIA: Marco Carrozzi; OCULISTICA: Riccardo Frosini, Stefano Pensiero; ODONTOSTOMATOLOGIA: Gabriella Clarich; ORTOPEDIA: Marco Carbone; OTORINOLARINGOIATRIA: Eva Orzan; PNEUMOLOGIA: Furio Poli; REUMATOLOGIA: Loredana Lepore.