

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 assistiti vi è una secondogenita, di un mese, il cui padre vive in famiglia dopo un trattamento per TBC aperta; alla piccola è stato prescritto, alla dimissione dalla maternità, un trattamento preventivo con Emozide B6, che però non è più in commercio. Non riesco a trovare un preparato adatto alla somministrazione in dosi piccolissime. Sarei molto grata se qualcuno potesse suggerirmelo.

dott.ssa Clara Schwarz (pediatra)
via e-mail

Lo sciroppo Emozide B6 non viene più commercializzato da alcuni anni. La vecchia formulazione prevedeva che 100 ml contenessero 750 mg di isoniazide e 300 mg di piridossina.

Oggi, in età pediatrica, si tende a somministrare 10-15 mg/kg/die in dose unica. In commercio si trova: Nicizina 200 mg compresse (classe C); Nicozid 200 mg compresse (classe A). Le compresse di Nicizina sono "facilmente" divisibili in quattro parti, oppure può essere richiesta al farmacista la preparazione di bustine contenenti la quantità di isoniazide necessaria. Anche l'aggiunta di piridossina va fatta polverizzando le compresse (Benadon compresse 300 mg).

Dieci gradi rilevati con lo scolliometro, a quanti gradi Cobb corrispondono?

dott. Angelo Adorni (pediatra)
Collecchio (PR)

È difficile definire una corrispondenza tra gradi elaborati allo scolliometro e quelli che possono essere calcolati sulla radiografia.

La struttura del torace e la rotazione vertebrale condizionano variabili anche importanti di questa valutazione.

Generalmente 10° sul tratto dorsale corrispondono a grandi linee a 10-15° Cobb; sul tratto lombare possono anche tradursi in 30° Cobb.

Poiché persistono pareri discordanti, sarebbe opportuno fornire una soluzione chiara e definitiva al problema se, in presenza di ittero fisiologico neonatale, si debba o meno sospendere l'allattamento materno. Qual è il vostro parere?

dott. Francesco De Benedetto
(pediatra libero professionista), Taranto

L'eziopatogenesi dell'ittero fisiologico neonatale che si manifesta nei primi giorni di vita non dipende dal tipo di latte che il bambino assume. L'accentuazione dell'ittero fisiologico nei bambini allattati al seno può semmai derivare da una scarsa introduzione di latte materno, con conseguente inadeguata attivazione del circolo enteroepatico. È vero che in questo caso un'aggiunta artificiale potrebbe ridurre l'ittero fisiologico, ma è ci sembra più opportuno impegnarci a favore dell'allattamento al seno: accettare poppate frequenti (anche in corso di eventuale fototerapia); non dare aggiunte di soluzione glucosata; verificare la validità della poppata al seno; eventualmente stimolare un neonato dormiglione a poppare più spesso. Ricorreremo alle supplementazioni di latte artificiale solo in caso di reale scarsa produzione di latte materno.

L'iter da latte materno è più tardivo, protratto ma lieve, non fa male a nessuno, non indica la sospensione del latte materno.

Un bambino con dermatite atopica severa risulta RAST marcatamente positivo anche verso alimenti mai ancora assunti (ad esempio grano, pesce e pomodoro). Come valutare tale risposta ai fini della dieta (intolleranza o no)?

dott. Nunzio Lardaro (pediatra di base)
San Felice a Cancellò (CE)

I bambini con dermatite atopica hanno con alta frequenza prick o RAST positività verso antigeni alimentari. La sensibilità al bianco d'uovo è la più comune

(in quasi un bambino su due) e tipicamente in lattanti che mai hanno avuto rapporti diretti con l'alimento. Si tratta di sensibilizzazioni acquisite attraverso il latte materno (che contiene quantità misurabili degli alimenti assunti dalla mamma che allatta) o, come recentemente dimostrato, anche durante la vita intrauterina. In generale queste positività non devono condizionare troppo le scelte alimentari: l'introduzione dell'uovo è opportuno che sia ritardata comunque, specie nei soggetti atopici, e il latte materno va mantenuto il più a lungo possibile. Bisogna però considerare che la presenza di IgE specifiche correla frequentemente con un aggravamento dell'eczema all'assunzione di quell'alimento, e può comportare il rischio di una reazione reaginica, anche anafilattica, immediata. È quindi sempre prudente, quando si decide di far assumere l'alimento risultato positivo al test cutaneo (perché fare il RAST che non è più sensibile e richiede un prelievo di sangue?), farlo con molta cautela, iniziando da minime quantità dello stesso. Non è invece utile ripetere il test, perché il più delle volte l'alimento è tollerato molto prima della negativizzazione della cutipositività.

Streptozyme positivo (senza valore numerico); VES, TAS, PCR negativi, in un bambino con tonsille modicamente ipertrofiche e anamnesi negativa per tonsilliti essudative e adenomegalia. Che fare e che valore dare allo Streptozyme test: vuol dire infezione recente? e quanto recente?

Pediatra di base

Lo Streptozyme è un test rapido su vetrino che rileva la presenza di diversi anticorpi, non soltanto verso la streptolisina ma anche verso la streptochinasi, la ialuronidasi, la NADasi e la DNAasi. Questi ultimi sono esoenzimi streptococcici più facilmente positivi nelle infezioni streptococciche cutanee dove invece il TAS

può risultare negativo o solo debolmente positivo.

È un test che finisce per fare più confusione che altro, come mi sembra di capire sia successo anche nel suo caso: quel bambino non ha nulla che abbia a che vedere con lo streptococco se non uno Streptozyyme test chiesto dal suo medico.

Un mio piccolo paziente di circa un mese di vita è stato ricoverato presso un Ospedale pediatrico del capoluogo e dimesso con la diagnosi di pertosse.

Però (ecco perché chiedo il vostro parere) ci sono alcune cose che non mi convincono riguardo alla diagnosi:

- 1. attualmente non c'è in corso nessuna epidemia di pertosse;*
- 2. nessun adulto con tosse "strana" è stato in contatto con il piccolo (anche se all'Ospedale è stato detto al padre che gli adulti non possono contrarre la pertosse);*
- 3. la tosse non è di tipo parossistico; si presenta con un massimo di 4-5 colpi separati gli uni dagli altri da una breve pausa e seguiti, non sempre, da apnea, e qualche volta da stridore;*
- 4. il numero degli accessi di tosse non è stato mai superiore ai 3-4 durante la notte e 2-3 durante il giorno;*
- 5. non c'è mai stato vomito dopo la tosse;*
- 6. il padre riferisce di aver notato spesso la presenza di abbondante escreato schiumoso all'interno del cavo orale, e movimenti di deglutizione da parte del proprio bambino (RGE?);*
- 7. gli esami ematochimici eseguiti in se-*

conda settimana di malattia hanno dato responso negativo per quanto riguarda gli anticorpi specifici e una conta di GB di circa 11.000 con lieve linfocitosi (48%).

Chiedo un vostro parere.

dott. Giacomo Tinervia (pediatra di base)
Corleone (PA)

Pediatra di base

Certamente, se le cose stanno come da Lei descritte, non vi sono elementi clinici o di laboratorio per formalizzare una diagnosi di pertosse, o perlomeno una diagnosi di certezza. Un dosaggio anticorpale successivo, tra qualche settimana, potrebbe risultare diagnostico, ma comunque la cosa più importante è che il bambino ora stia bene.

A un bambino che non cresce bene, capita di frequente di trovare gli AGA IgG positivi, gli AGA IgA negativi e gli EMA negativi; qualche volta le IgA totali risultano essere più o meno basse. È lecito in questi casi effettuare la biopsia intestinale? Che valore dare a questi esami?

Pediatra di base

Se il bambino non ha un difetto totale di IgA, la negatività degli AGA IgA e degli EMA sono sufficientemente attendibili per escludere una celiachia. Ma se il difetto di crescita è rilevante e ci sono altri elementi di malassorbimento, la biopsia intestinale mantiene comunque la sua indicazione.

Poiché non conosco la Circolare del Ministero della Sanità del 13/03/98 in relazione all'applicazione delle misure di restrizione della frequenza scolastica per i contatti suscettibili dopo un caso di parotite, vorrei, se possibile, sapere bene di che si tratta.

La Circolare Ministeriale è stata inviata a tutti gli Assessorati alla Sanità in data 13 marzo 1998, con l'obiettivo di fornire un documento guida per tutti gli interventi da attuare in caso di malattie trasmissibili, aggiornato rispetto alla precedente comunicazione (18 agosto 1983).

Per quanto riguarda la scheda ministeriale scrive testualmente:

«Periodo di incubazione: da 12 a 15 giorni, mediamente 18 giorni. Periodo di contagiosità: da 6 a 7 giorni prima e fino a 9 giorni dopo la comparsa della tumefazione delle ghiandole salivari. L'infettività è massima nelle 48 ore precedenti la comparsa dei segni clinici di malattia.

Provvedimenti nei confronti del malato: isolamento domiciliare e, in caso di ricovero ospedaliero, solamento respiratorio per 9 giorni dalla comparsa della tumefazione delle ghiandole salivari.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti: ricerca di soggetti suscettibili in ambito familiare e della collettività scolastica, con restrizione della frequenza di collettività dal 12° al 25° giorno successivo all'esposizione. La vaccinazione anti-parotitica è utile, anche se non in grado di prevenire la comparsa della malattia in tutti i vaccinati.»

Come può vedere, i provvedimenti di profilassi consigliati sono estremamente

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

restrittivi e se fossero realmente adottati porterebbero a ricadute macroscopiche sulla collettività (classi vuote, assenze lunghissime dei genitori suscettibili, o sospetti tali, dal posto di lavoro ecc.). Sorprendente anche il fatto che l'isolamento finisce per essere più lungo per il contagiato che per l'infetto.

Singolare anche la definizione del tempo di incubazione che, se di norma va da 12 a 15 giorni, non può essere "mediamente 18".

La realtà è che queste misure, come riportate sulla circolare, sono il riassunto spinto e per questo a volte un po' distorto, delle indicazioni contenute sul *Red Book* che è il documento ufficiale sulle malattie infettive dell'American Academy of Pediatrics. In quel testo si legge che il periodo di incubazione della parotite dura di solito dai 16 ai 18 giorni, ma si possono avere casi da 12 a 25 giorni dopo l'esposizione (ecco svelato il perché del provvedimento per i contatti suscettibili).

L'allontanamento per un periodo così lungo dalla scuola degli studenti suscettibili in corso di epidemie verrebbe richiesto con l'obiettivo di far aumentare il tasso di vaccinazione in quanto questi studenti (almeno da quanto si legge sul *Red Book*) possono essere riammessi immediatamente a scuola dopo essere stati vaccinati (e questo malgrado non sia stata dimostrata l'efficacia del vaccino per la parotite nella profilassi post-esposizione!).

Nella tabella riassuntiva Ministeriale tutto questo non traspare e quindi rimane soltanto una norma troppo severa e difficilmente attuabile (prevalga il buon senso!).

Lattante in apparente buona salute che impegna anche un'ora per mangiare, senza peraltro raggiungere la giusta quantità giornaliera di latte, e quindi con crescita insufficiente: che approccio avere?

dott. Nunzio Lardaro (pediatra di base)
San Felice a Cancellò (CE)

Valutare che la mamma abbia una produzione di latte sufficiente e, nel caso, aiutarla con consigli di gestione o qualche compressa di metoclopramide.

Se il problema non si risolve, va esclusa una patologia a carico del SNC, cardiaco o del metabolismo.

Dopo aver somministrato terapia cortisonica per un attacco asmatico acuto, quanto tempo devo aspettare per poter eseguire il PRIST e i RAST?

Io ero convinta che, dopo terapia im, o orale con cortisonici o antistaminici, si poteva (anche durante la terapia) eseguire PRIST e RAST perché non ne alterava la risposta (a differenza dei test cutanei in cui si deve aspettare), ma l'allergologo interpellato ha detto che, mentre la terapia antistaminica non altera la risposta, i cortisonici invece agiscono sul PRIST, quindi è consigliabile aspettare almeno 15 giorni dalla fine della terapia. Ma allora qual è il comportamento giusto: è necessario o no aspettare questi giorni?

È vero che i cortisonici possono alterare il valore delle IgE totali? Io, prima del colloquio con l'allergologo, ero convinta che la terapia cortisonica non alterasse il risultato del PRIST e i RAST così come quella antistaminica.

Pediatra di base

Gli antistaminici non alterano il livello delle IgE né totali né specifiche ma soltanto i test cutanei. Il cortisone, al contrario, produce un innalzamento transitorio delle IgE totali (PRIST) che è di tipo policlonale: interessa in altre parole tutte le IgE specifiche rivolte verso i diversi allergeni.

Questo aumento è dovuto all'azione inibente del cortisone sulla produzione di interferon-gamma che, come noto, frena la sintesi di IgE.

George Zeig e collaboratori hanno somministrato a 10 pazienti adulti con asma una dose elevata di prednisona (20 mg due volte al giorno per 7 giorni) e hanno potuto misurare un incremento delle IgE totali del 46% (da un valore medio iniziale di 242.5 UI/ml a uno post-trattamento di 384.5 UI/ml).

Quindi l'allergologo da Lei interpellato ha ragione. Devo però anche dire che, al di là del dato culturale, a chi può interessare se un soggetto ha 200 o 300 di IgE? La misura delle IgE totali non è un parametro utile né alla diagnosi né alla terapia dell'asma bronchiale.

Anche il dosaggio delle IgE specifiche dovrebbe essere considerato solo eccezionalmente, visto che con il prick test possiamo avere più semplicemente, in tempo reale, con maggiore sensibilità, minori costi, minor trauma per il bambino piccolo, le stesse informazioni.

Un bambino di tre anni a cui, in seguito a manifestazioni di strofulo e di orticaria importanti, sono state ripetutamente trovate altissime le IgE totali (9540), mentre sempre basse le specifiche. In un recente ricovero in una Clinica pediatrica universitaria, il bambino ha fatto altri accertamenti, tutti con esito negativo (studio delle sottopopolazioni linfocitarie; esame delle feci per virus, batteri e parassiti; ricerca degli autoanticorpi non organo-specifici; sierologia per Toxocara canis).

La diagnosi di dimissione è stata «iper-gammaglobulinemia IgE, prurito-strofulo e orticaria papulosa». È inquadrabile questa patologia in una sindrome più definita? Quale potrà essere la storia futura di questo bambino? Ci sono principi di trattamento o profilassi?

Pediatra di base

La diagnosi di sindrome IgE è prima clinica che laboratoristica. Questo caso potrebbe (forse) essere una sindrome di iper-IgE se le lesioni cutanee non fossero quelle che appaiono (strofulo-orticaria), ma qualcosa di più serio e francamente infettivo. Potrebbero diventarli. Le positività modeste segnalate verso gli alimenti sono certamente aspecifiche, come è tipico trovare nei pazienti con iper-IgE.

Le sottopopolazioni linfocitarie non mostrano evidenti alterazioni, anche se spesso si osserva una diminuzione delle cellule T "memoria" a vantaggio di quelle cosiddette "vergini" o "native".

L'aspetto più importante della terapia è il trattamento antibiotico delle infezioni batteriche.

Visto che vi è un range abbastanza ampio per quanto riguarda i valori dell'LH, FSH, 17-beta-estradiolo e progesterone, come variano questi ormoni nel passaggio da una fase prepuberale a una puberale?

In altre parole, quando possiamo dire con certezza che la bambina si trova in fase prepuberale (come risultano questi valori)?

Pediatra di base

Il primo punto da prendere in considerazione è che cosa voglio sapere.

Il passaggio dallo stadio prepubere a quello puberale è identificato dalla comparsa del telarca, attraverso i 5 stadi di

Tanner, cui segue, con uno sfasamento di 6 mesi circa, la comparsa del pubarca.

Quindi l'avvio dello sviluppo puberale si rivela attraverso modificazioni cliniche facilmente obiettivabili. Non sono né utili né necessari dosaggi ormonali per una valutazione che va fatta "a occhio".

Se la domanda è come valutare la comparsa precoce di un telarca, allora il discorso della valutazione ormonale può entrare in discussione in quanto può essere necessaria una diagnosi differenziale tra telarca prematuro isolato, telarca variant e pubertà precoce centrale.

Più che i valori basali (di solito si considerano aumentati se > 10 mU/ml sia per FSH sia per LH, ma molto dipende dal laboratorio o dal kit utilizzato), sono utili i risultati del test di stimolazione con GnRH.

Se la risposta è solo FSH, siamo nell'ambito di un telarca variant o di una pubertà allo stadio di Tanner 2; se i valori di LH aumentano e superano quelli di FSH, siamo più probabilmente di fronte a una pubertà precoce centrale (stadio 2-3 di Tanner).

Se la risposta di FSH e LH è piatta, siamo di fronte a una condizione di pseudopubertà precoce di origine periferica: cisti ovarica, pomate estrogeniche applicate in quantità esagerata per sinechie delle piccole labbra, o accidentalmente per errore. Il dosaggio del 17-beta-estradiolo è poco utile, difficile il dosaggio di per sé, se particolarmente elevato è più indice di pubertà periferica (cisti ovarica, magari nell'ambito di una sindrome di McCune-Albright, se ci sono anche altri segni clinici).

Il progesterone non serve a nulla, non aumenta, spesso nemmeno alla fine della pubertà o anche dopo, in quanto i cicli nei primi anni ginecologici sono anovulatori e quindi con scarso contributo del progesterone.

Altre indicazioni al dosaggio di questi ormoni non ne vedo (in rapporto alla domanda fatta).

Spero che la risposta sia stata chiarificatrice; ribadisco comunque che prima di tutto dobbiamo valorizzare i segni clinici di pubertà, compresi i parametri auxologici di crescita, la velocità di crescita e, se necessario, la valutazione di una maturazione scheletrica e, solo se ci sono indizi fondati di una pubertà patologica, vanno effettuate indagini ormonali che però, proprio per la loro variabilità, possono risultare confondenti.