

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

ALLERGLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETE-ENDOCRINOLOGIA, EMATOLOGIA-ONCOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFRO-UROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, REUMATOLOGIA, VACCINAZIONI

Che significato dare a un TSH e a un FT3 alti, di riscontro non raro in esami di routine, eseguiti in pazienti obesi o sovrappeso?

dott. Nunzio Lardaro
San Felice a Cancellò (Caserta)

Esiste nell'obeso una ipertireotropinemia correlata ai livelli di leptina; non è quindi una forma di ipotiroidismo determinante l'obesità, ma secondaria a essa. Il riscontro di un valore elevato di FT3 non è né raro, vista anche la frequenza con cui lo si riscontra, né patologico; si tratta verosimilmente di conversione periferica da FT4. In conclusione, l'obeso non è un paziente con alla base una patologia tiroidea.

È possibile fare la diagnosi di rosolia dopo un contatto con un paziente, prima della comparsa dei sintomi? Dopo quanto tempo dal contatto è possibile ricercare gli antigeni nel siero?

dott.ssa Franca Teddei

È possibile isolare il virus dal sangue e dal secreto faringeo a 8-10 giorni dal contagio.

La ricerca del virus della rosolia su sangue e secreto faringeo può essere condotta con tecniche molecolari (RT-PCR) o mediante isolamento in colture cellulari (cellule VERO e LLCMK2).

Neonato, nato a 36 settimane di gestazione, peso alla nascita 3,4 kg. Alla dimissione in terza giornata pesa 3,11 kg. A 5 giorni di vita rientra al nido per ittero, bilirubina totale 20,7 mg/dl (diretta 0,59), emocromo nella norma per l'età, AST 64 U/l, ALT 20 U/l, obiettività nella norma. Fa 26 ore di fototerapia con bilirubina totale che scende a 14,6 mg/dl alla sospensione e 15,2 mg/dl dopo 3 ore dalla sospensione.

Chiedo:

a) si tratta di un neonato che necessita

sicuramente di fototerapia? (l'indicazione a 20,7 mg/dl con questo peso e a questa età gestazionale è assoluta?); b) la fototerapia è stata fatta per 24 ore, con bilirubina totale scesa a 15,2 mg/dl; è ragionevole ricontrrollare la bilirubina a 48 ore dall'ultimo controllo o è necessario controllarla più precocemente?

c) l'AST a 65 U/l è un dato significativo per patologia in un neonato? Il range di normalità per l'AST nel neonato è 0-40 U/l?

dott. Alberto Neri
Pontegradella (Ferrara)

a) Le attuali indicazioni alla fototerapia non lasciano molto spazio alla discrezionalità. Per un neonato di 5 giorni, nato a 36 settimane, la fototerapia è indicata per una bilirubina > 18 mg/dl. Essendo il valore 20,7 mg/dl, non ci può essere discussione al riguardo.

b) Il rebound dopo fototerapia esiste, ma è raramente significativo. Non è obbligatorio eseguire un controllo in tutti i neonati sottoposti a fototerapia. Una delle possibili eccezioni peraltro è proprio il neonato dimesso e riaccolto per ittero. In tale caso è consigliato o un controllo clinico, o una bilirubina di controllo entro 24 ore.

c) Un minimo e transitorio rialzo della AST nei primissimi giorni di vita è molto comune e, abitualmente, privo di significato.

Ad alcuni neonati della mia zona (Firenze) che non erano in allattamento materno è stato consigliato già in ospedale, come integratore alimentare, Lutein-ofta gocce orali (luteina e zeaxantina) da assumere giornalmente per i primi sei mesi. Dovrebbe aiutare la maturazione dell'acuità visiva e dell'acuità al contrasto. Vorrei saperne di più.

Pediatra di famiglia

Luteina e zeaxantina sono carotenoidi presenti nell'epitelio pigmentato della retina, donde il suo colore giallastro. È presumibile che proteggano l'epitelio dal danno da luce e ossidazione. Per quanto riguarda i neonati, la fonte di carotenoidi è ovviamente il latte materno (come per noi adulti sono le verdure). Nei lattici artificiali in commercio il contenuto di carotenoidi è noto (almeno a me) solo per alcune formule. Vi sono formule per prematuri che ne hanno una quantità paragonabile a quella del latte materno. Altre formule ne sono prive. Quanto all'impiego clinico in neonatologia, in generale, l'uso degli anti-ossidanti ha ottimi presupposti fisiopatologici, ma scarse dimostrazioni cliniche di efficacia. In particolare, per quanto riguarda la luteina, posso solo dire che al momento non vi sono studi randomizzati al riguardo.

Vorrei un suo autorevole parere sull'uso degli anti-leucotrieni in pediatria, perché ultimamente mi stanno arrivando prescrizioni da specialisti con questa indicazione.

dott.ssa Stella Arcuri

Il montelukast, che è l'unica molecola di fatto utilizzata in età pediatrica, viene prescritta con una variabilità sconcertante sul territorio nazionale, e ciò denuncia la poca chiarezza delle linee guida e la variabile interpretazione delle stesse da parte degli "opinion leader", che così numerosi affollano i tanti corsi e congressi di aggiornamento.

Il montelukast si è dimostrato efficace come alternativa agli steroidi inalatori (SI) nell'asma lieve persistente, ma non è la scelta da preferire perché gli SI rimangono i farmaci più efficaci, specie nelle forme con maggiore componente infiammatoria. Può essere però una opzione da considerare nei bambini incapaci di inalare lo steroide spray con distanziatore; ma io ritengo che, se un bambino ha veramente bisogno della terapia steroidea, deve farla e personal-

mente mai ho avuto problemi nemmeno con i bambini più "difficili" (o con i genitori più "cortisonofobici"). Basta volerlo, essere convincenti e fornire le informazioni e le indicazioni necessarie al buon utilizzo del distanziatore.

Ancora, il montelukast può essere considerato come farmaco aggiuntivo nell'asma che non fosse ben controllato dal solo SI e prima di provare un aumento della dose di quest'ultimo. Ma anche con questa indicazione l'efficacia è dimostratamente inferiore ai beta-2 long acting, che rimangono pertanto i farmaci di associazione da preferire, almeno nel bambino più grandicello.

Infine, il montelukast viene molto utilizzato nel bambino dell'età prescolare con

bronchiti asmatiformi ricorrenti (*viral wheezing*). Con questa indicazione avrebbe una efficacia dimostrata nelle forme "non atopiche", quando per la mancanza di una flogosi allergica bronchiale gli SI non risultano efficaci. Si tratta però di una indicazione minore, non per numerosità della casistica, ma per la reale ricaduta clinica attesa: nello studio PREVIA meno di un episodio all'anno risparmiato in bambini che già, come non allergici, ne facevano pochi, o pochissimi e di modesta intensità.

Sto iniziando lo svezzamento di mio figlio, operato di megacolon congenito. Il pediatra mi propone di introdurre la

carne con liofilizzato di agnello e di coniglio. Vorrei sapere il vostro parere circa la scelta del liofilizzato rispetto a eventuali difficoltà di evacuazione e anche rispetto alla bontà dell'alimento. Generalmente scelgo prodotti biologici e il più possibile naturali.

G.D.

In un bambino operato di megacolon, e soprattutto in una forma cosiddetta "corta" (non è specificato, ma così si presume), non ci sono particolari accorgimenti da osservare nello svezzamento; nulla di diverso rispetto all'alimentazione di qualsiasi altro bimbo di quell'età.

VACCINI

a cura di Giorgio Bartolozzi

Le domande, sempre numerose, in tema di vaccinazioni sono aggregate in una sotto-rubrica di Domande e Risposte curata dal prof. Giorgio Bartolozzi, che è da sempre il consulente ufficiale di *Medico e Bambino* per questo argomento.

Bambina di 6 anni. Impianto cocleare a 5 anni. Eseguita dose di Prevenar dopo i 5 anni compiuti. È sufficiente?

dott.ssa Marinella Mao
Botticino Sera (Brescia)

Sì, è sufficiente.

Bambina nata in maggio 2001, con anemia falciforme: profilassi antibiotica mensile. Eseguiti, presso il pediatra di famiglia e centri vaccinali ASL, in giugno 2002 Menjugate e dopo due anni Menvevax. Per quanto riguarda la vaccinazione antipneumococcica, ha eseguito due dosi di Prevenar nel 2002 e un richiamo con Pneumo 23 due anni dopo. Sono utili altre dosi e con quali vaccini e con quale intervallo di tempo?

dott.ssa Marinella Mao
Botticino Sera (Brescia)

Mi sembra che, *ante litteram*, la bambina di cui lei parla abbia seguito le raccomandazioni più recenti. Ha eseguito un richiamo perché si trovava in una situazione di alto rischio e, cosa più importante, ha eseguito prima la dose di vaccino coniugato e poi la dose di vaccino polisaccaridico, sia per il meningococco che per lo pneumococco. Non sono utili altre dosi.

Rimangono da coprire le difese per *Haemophilus influenzae* tipo b, ma molto pro-

tabilmente la bambina ha eseguito le 3 dosi della vaccinazione primaria, per cui non deve fare un'altra dose di vaccino. Penso che abbia già eseguito la prevenzione farmacologica (benzatina) per almeno 5 anni.

Ragazzo di 22 anni affetto da beta-talassemia. Splenectomizzato all'età di 7 anni, trasfusioni mensili. Eseguito a febbraio Pneumo 23 (purtroppo erroneamente!) e presso il nostro centro vaccinale, a marzo, è stato sottoposto a vaccinazione antimeningococcica con Menjugate. Quanto bisogna attendere per la somministrazione di Prevenar e con quali dosi?

dott.ssa Marinella Mao
Botticino Sera (Brescia)

Ormai è chiaro che conviene sempre cominciare la vaccinazione contro lo pneumococco iniziando con la somministrazione di *Prevenar* che "impronta" le cellule della memoria, per cui come richiamo è sufficiente usare il 23-valente (de Roux A, Schmöele-Thoma, Siber GR, et al. Comparison of pneumococcal conjugate polysaccharide and free polysaccharide vaccine in elderly adults. *Clin Infect Dis* 2008;46:1015-23). Se iniziamo con il vaccino 23-valente, non avviene per niente la stimolazione delle cellule della memoria e quando faremo successivamente il vaccino *Prevenar*, questo

presenterà una risposta immunologica molto bassa, senz'altro inferiore (di circa due terzi) a quella che avremmo osservato se lo avessimo usato per primo. È stato ipotizzato che una dose iniziale di 23-valente riduce, mentre una dose di *Prevenar* aumenta, le cellule B della memoria, specifiche dei polisaccaridi dello pneumococco, impedendo la risposta al successivo vaccino. Qualcosa di simile è stato visto anche con i vaccini contro il meningococco.

Mi scuso di ricordare questi recentissimi dati, ma non lo faccio per Lei, che ha già compreso l'importanza di usare per primo *Prevenar*, ma per quanti potrebbero essere indotti nell'errore da quanto scritto nel foglietto illustrativo, nel quale si limita l'uso di *Prevenar* ai soggetti in età superiore ai 5 anni, a favore del vaccino 23-valente.

E allora, in un caso come quello che Lei riporta, cosa fare?

Eeguire a distanza di uno-due anni una dose di *Prevenar*, che, come abbiamo visto, comporta una risposta scarsa, seguita dopo altri uno-due anni da una nuova dose di *Prevenar*, nella speranza che essa possa stimolare le poco numerose cellule B della memoria, "imprantate" dalla dose precedente. Per ora in letteratura non ho trovato la dimostrazione di quanto detto, ma sono convinto che questa sia l'unica strada per recuperare l'"errore" al quale il giovane uomo è stato sottoposto.