

Ogni lettore può utilizzare la rubrica "Domande e risposte" per porre i quesiti che riterrà utili. Si raccomanda che il problema sia esposto in forma sintetica, possibilmente contenuto in non più di 10 righe, a mano o dattiloscritto. Verranno pubblicati i quesiti e le risposte che saranno di interesse generale, ma risponderemo personalmente, comunque, a tutti i quesiti inviati. Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale, che potrà contare sulle seguenti consulenze:

ALLERGOLOGIA: Cavagni, Vierucci; CARDIOLOGIA: Fonda, Visconti; CHIRURGIA: Alessandrini, Guglielmi, Verga; DERMATOLOGIA: Arcangeli, Longo F.; DIABETOLOGIA: Pocecco, Tonini; EMATOLOGIA: Sansone, Schettini; ENDOCRINOLOGIA: Cacciari, De Santis; EPATOLOGIA: Bali, Zancan; FARMACOLOGIA: Assael, Bradaschia, Marchetti, Tognoni; GASTROENTEROLOGIA: Guandalini, Torre; GENETICA E MALFORMAZIONI: Cao, Mastroiacovo; GINECOLOGIA PEDIATRICA: Bacci, Ricci; IMMUNOLOGIA: Andolina, Ugazio; NEFROLOGIA: Peratoner, Rizzoni; NEONATOLOGIA: Marini, de Vonderweid; NEUROLOGIA: Bouquet, Cavazzuti; NUTRIZIONE: Auricchio, Nordio; OCULISTICA: Auricchio, Perissutti; ODONTOSTOMATOLOGIA: Celato, Furlani; ORTOPEDIA: Maranzana, Vigliani; OTORINOLARINGOIATRIA: Polazzon, Zocconi; PATOLOGIA INFETTIVA: Principi, Roscioli; PNEUMOLOGIA: Faraguna; PSICHIATRIA: Del Carlo-Giannini, Paci; PSICOLOGIA: Canestraro, Mammano; RADIOLOGIA: Dalla Palma, Perale; VACCINAZIONI: Bartolozzi

Si suggerisce di utilizzare il tagliando a fine rubrica o comunque di prenderlo a modello di massima e indirizzare a: Giorgio Longo, Clinica Pediatrica, Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo", Via dell'Istria, 65/1 - 34100 Trieste

Bambina di 13 mesi con esame obiettivo nella norma, che da 4 mesi presenta ipertransaminasemia isolata (valori 6-8 volte superiori alla norma). Gli altri esami (indici di colestasi, sierologia virale, protidogramma, tempo di Quick, CPK, ceruloplasmina, a-1-antitripsina, gasanalisi, AGA, autoanticorpi SMA e LKM, ecografia epatica, test sudore) sono nella norma. È necessario eseguire la biopsia epatica? In caso di normalità del reperto biotico, quale potrebbe essere la spiegazione eziopatogenetica di queste ipertransaminasemie isolate, "orfane"?

dott. Battista Guidi (pediatra ospedaliero)
Pavullo nel Frignano (MO)

Problema difficile. Immagino che il riscontro di ipertransaminasemia sia assolutamente occasionale. L'ipertransaminasemia si definisce "orfana" (di diagnosi) se è:

1. isolata: nessuna alterazione degli altri parametri biochimici che esplorano la funzione epatobiliare, in particolare, normale attività sierica delle gamma-glutamyl-transpeptidasi;
2. non è associata né ad epato e/o splenomegalia né ad alcun altro segno clinico di malattia epatica cronica;
3. resiste a ogni ragionevole tentativo di diagnosi eziologica.

Quest'ultimo elemento è il più difficile da giudicare in quanto è sempre difficile, sulla base di un'informazione neces-

sariamente telegrafica, giudicare se tutte le possibili ipotesi diagnostiche siano state escluse.

Nel caso del dott. Guidi, la normalità delle CPK esclude un'origine muscolare dell'ipertransaminasemia. L'età e la normalità (sempre che normale voglia dire >30 mg/dl) della ceruloplasmina rendono improbabile (senza escluderla rigorosamente) la diagnosi di malattia di Wilson. L'assenza di evidenza sierologica di infezione da virus epatotropi esclude ragionevolmente una diagnosi di epatite cronica virale, sempre che siano state veramente eseguite tutte le sierologie virali e tenuto presente che alcune infezioni da HCV con sierologia anti-HCV negativa si diagnosticano solo con la ricerca della viremia (HCV-RNA). L'assenza di autoanticorpi SMA e LKM esclude ragionevolmente un'epatite autoimmune, anche se esistono epatiti autoimmuni con ANA isolati con anticorpi anti-citosol epatico e senza autoanticorpi circolanti. Una ipertransaminasemia "celiaca" non può però essere esclusa dalla sola negatività degli AGA. Tra le cause di ipertransaminasemia isolata con esame clinico negativo va tenuta presente l'obesità, che però il dott. Guidi ci avrebbe segnalato, e tra le malattie "metaboliche" le malattie mitocondriali, anche se in questo caso sono abitualmente presenti segni clinici e biochimici di coinvolgimento di altri organi. Un'altra causa di ipertransaminasemia "orfana" è data dalla macrotransaminasemia (rara e innocente anomalia molecolare).

In ogni caso, l'eventuale decisione di

eseguire una biopsia epatica deve essere presa da un medico che ha una specifica competenza del problema e che valuterà (per il singolo caso) il potenziale vantaggio che indubbiamente potrà essere tratto da una valutazione bioptica rispetto al rischio connesso con la procedura bioptica stessa, in una paziente asintomatica e con un esame clinico strettamente normale. Va in particolare ricordato che, anche in mano di esperti patologi, la biopsia epatica in età pediatrica offre spesso notevoli difficoltà interpretative e che quindi non si tratta di un esame "sempre" risolutivo e "sempre" diagnostico, in particolare quando non viene eseguita sulla base di un preciso sospetto clinico.

Cosa ne pensate della somministrazione dell'amoxicillina in 2 dosi/die, come segnalato in lavoro apparso su Medico e Bambino di aprile '96?

Pediatra di base

Penso che sia sbagliata sia sotto il profilo farmacocinetico (l'emivita dell'amoxicillina richiede le 3 somministrazioni) che culturale. Non ci sono infatti studi controllati che autorizzino questo schema terapeutico (anche se, per le tonsilliti streptococciche, le due dosi di amoxicillina vanno probabilmente bene, analogamente a quanto collaudato con la penicillina V e l'eritromicina). Nell'otite media acuta l'ipotesi di valuta-

re se l'amoxicillina in 2 somministrazioni sia egualmente efficace quanto l'amoxicillina in 3 somministrazioni è in qualche modo mal posta: infatti, dopo i 2 anni, anche il placebo fa guarire clinicamente più del 90% delle otiti. È dunque molto probabile (ma non scientificamente, o rigorosamente dimostrabile su poche decine di casi) che le 2 somministrazioni giornaliere (e forse anche la monosomministrazione) risultino di fatto efficaci.

Al di fuori della classica profilassi del lattante nel primo anno di vita con vitamina D e ferro e ancora dopo con fluoro, esiste realmente la necessità di somministrare supplementazioni vitaminiche nei vari periodi di crescita del bambino?

Pediatra di base

No, in linea di massima, nella nostra popolazione. Tuttavia situazioni di subca-

renza (specialmente per A e C) esistono. Anche se l'idea della vitamina come ricostituente è tramontata, l'idea complementare che un po' di vitamina non fa male, può essere considerata semplice, ma non pericolosa. Per l'adolescente, la vitamina D è tornata di moda.

È consigliabile, in corso di infezione da virus di morbillo, somministrare antibiotici a scopo profilattico nei confronti di eventuali e frequenti sovrainfezioni batteriche?

Pediatra di base

Nei paesi in via di sviluppo il morbillo comporta ancora un'altissima percentuale di mortalità principalmente per le complicanze respiratorie (prevalentemente batteriche) della malattia. Un'esperienza condotta in un'area rurale del Senegal avrebbe dimostrato che l'utilizzo del trimetoprim per 7 giorni entro le prime due settimane di malattia riduce

di 2 volte la mortalità. L'efficacia è limitata ai bambini nei primi tre anni di vita che sono peraltro quelli a più elevato indice di mortalità (nell'esperienza del Senegal, superiore al 10%). Non c'è nessuna evidenza che la profilassi antibiotica sia utile anche nei paesi ad alto livello socio-economico, dove la probabilità di complicanze batteriche importanti è molto bassa e il tasso di mortalità per queste praticamente zero. Al contrario, esiste il rischio documentato di indurre resistenze batteriche e/o infezioni da germi "difficili".

C'è da preoccuparsi e da fare qualcosa in presenza di un cordone ombelicale che, a distanza di due mesi dalla nascita, non vuole saperne di staccarsi, pur in assenza di apparenti complicazioni (infezioni, secrezioni di qualsiasi genere, protuberanze ecc.)?

C'è da temere che questo ritardo significhi predisposizione alle

infezioni per più o meno grave e insidiosa immunodeficienza?

dott. Francesco De Benedetto (pediatra)
Taranto

La persistenza del cordone ombelicale a due mesi di vita è certamente un fatto inusuale e può essere uno dei segni precoci di immunodeficienza, in particolare di una patologia dei granulociti.

ridurne il numero (anziché tre screening, uno solo all'uscita dalla scuola dell'obbligo).

3. Il Tine-test è poco specifico, ma sufficientemente sensibile. È un buon test screening di massa, e non è affatto considerato obsoleto dalla letteratura internazionale, ancorché da considerare con intelligenza critica: è più sensibile che specifico; va dunque confermato in casi di positività con l'intradermoreazione alla Mantoux.

La recrudescenza della TBC nel nostro paese sta innescando di nuovo un sistema di sorveglianza che, almeno nella mia città, significa screening con Tine-test. Da quello che ho sentito e da quello che ho letto sul Red Book, questo test dovrebbe essere assolutamente evitato quale test di screening, perché poco sensibile e specifico. Che cosa ne pensate?

Pediatra di base

Non concordo con niente.

1. Nel nostro paese non c'è una recrudescenza della TBC, solo un arresto della curva discendente: continuano a ridursi i casi pediatrici malgrado un lieve aumento dei casi negli anziani, almeno per ora.

2. L'atteggiamento verso lo screening è diverso in funzione delle abitudini pregresse. Negli Stati Uniti, dove non si è mai fatto (perché mai si è fatta della medicina sociale), si continua a non farlo. In Italia, dove si dovrebbe farlo per legge nelle scuole di tutta la penisola, si tende semplicemente a posticiparlo e a

Può una madre, in trattamento intradermico desensibilizzante per una grave forma di asma bronchiale, allattare al seno il proprio bambino?

dott. Francesco De Benedetto (pediatra)
Taranto

Certamente sì: 1) non c'è nessuna evidenza che l'allergene arrivi nel latte; 2) anche se ciò succedesse, non ci sarebbero motivi di preoccupazione: sono allergeni naturali, con i quali il bambino viene comunque a contatto e che in modo più o meno indiretto prima o dopo finirà per "ingerire".

È consigliabile trattare un tampone faringeo positivo per streptococco beta-emolitico ed esami ematochimici assolutamente normali?

Pediatra

Domanda questa alla quale abbiamo da

to già più volte risposta sulle pagine di questa rubrica.

Non solo non è consigliabile il trattamento, ma in assenza di clinica non va nemmeno fatto il tampone faringeo. Quest'ultimo infatti è utile nella diagnosi di faringotonsillite in fase acuta o nella definizione eziologica di un reumatismo articolare acuto o di una glomerulonefrite. Non va invece mai fatto nel bambino sano.

La presenza di streptococco beta-emolitico nel faringe è infatti un evento tutt'altro che raro. Nei bambini sani il germe si ritrova come saprofita in almeno il 20% delle colture. La terapia antibiotica, oltre che inutile, non riesce quasi mai a eradicare il germe nel portatore sano.

Gradirei avere maggiori informazioni riguardo a un "rumore" cardiaco, definito dal cardiologo consultato "a grido di gabbiano" senza significato patologico, riscontrato in una bambina sana di 18 mesi e presente fin dai primi mesi di vita.

dott.ssa Donatella Franch (pediatra di base)
Civezzano (TN)

Potrebbe trattarsi o di un falso tendine in ventricolo sinistro, oppure di un piccolo problema organico (minimo DIV muscolare, o raramente insufficienza mitralica lieve).

Nella prima ipotesi il reperto è privo di significato patologico.

Per togliersi la "curiosità", bisognerebbe fare l'ecocardiografia.



Al Comitato Editoriale di 'Medico e Bambino'

Vorrei avere una risposta al seguente problema

.....
.....
.....
.....

Firma

Indirizzo

.....

Attività o qualifica

- libero professionista
- medico Saub
- medico consultoriale
- medico generico
- pediatra
- ospedaliero
- universitario

Accetto che il mio nome compaia sulla rivista in calce al quesito (barrare sì o no) sì no