

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

ALLERGOLOGIA, 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

È veramente indispensabile somministrare ferro a un bambino allattato al seno a partire dal sesto mese di vita? Il miglior assorbimento (50%) del ferro presente nel latte materno e lo svezzamento completo non sono sufficienti a coprire i suoi bisogni? In caso di risposta affermativa, come si giustifica questa necessità "innaturale"?

Nel caso di un bambino allattato artificialmente quando iniziare l'integrazione, con quali modalità e per quanto tempo?

Medico consultoriale

Non vi è alcuna necessità di supplementare con ferro un bambino allattato al seno, dal momento che la sideropenia in questo bambino è rara, come risulta dall'azione combinata di tre fattori: 1) l'ottimo assorbimento intestinale del ferro, anche superiore al 50%; 2) l'assenza di microperdite intestinali ematiche, proprie del bambino allattato artificialmente; 3) la presenza nel latte materno di altri fattori antianemici (ad esempio di vitamica C).

L'aggiunta, in maniera complementare al latte materno, di alimenti ricchi di ferro nel secondo semestre di vita (cereali fortificati con ferro, carne, pesce, legumi) aiuterà a prevenire l'esaurimento delle riserve marziali.

Il Committee on Nutrition dell'American Academy of Pediatrics (*Pediatrics* 104, 2 luglio 1999) suggerisce l'impiego per tutto il primo anno di vita, nei bambini allattati artificialmente o in maniera mista, di formule fortificate con ferro in misura di 1-1,2 mg ogni 100 ml (pari a circa 0,8 mg ogni 100 kcal). La concentrazione di ferro prevista dal Decreto Legge 500 del 1994 per le formule latte dei primi mesi (0,5-1,5 mg/100 kcal), e a maggior ragione per quelle di proseguimento (1-2 mg/100 kcal), è 10-30 volte superiore a quella del latte materno (0,06 mg/100 kcal), ed è finalizzata a compensare efficacemente (in quanto formula fortificata con ferro) le caratteristiche "intrinsecamente anemizzanti" del latte artificiale.

Neanche in un bambino allattato artificialmente e svezzato a partire dal sesto mese di vita è quindi indicata la supplementazione routinaria di ferro, che viceversa può avere effetti collaterali negativi (scarsa tolleranza, aumentato rischio di infezioni gastrointestinali).

Ragazzina di 12 anni con rash a farfalla sul viso. Nessun altro sintomo è presente. Gli esami di laboratorio sono tutti nella norma (emocromo, VES, anti-DNA, ANA, es. urine ecc.).

È giustificato un trattamento farmacologico? In caso affermativo, con quale farmaco e per quanto tempo?

dott. Angelo Adorni (pediatra)
Collecchio (PR)

Il rash a farfalla è uno dei possibili segni di esordio del LES. La negatività degli anti-DNA e ANA esclude per il momento questa diagnosi. La bambina va protetta dall'esposizione solare e ricontrollata nel tempo.

Gradirei conoscere la vostra opinione a proposito della ricerca dello streptococco beta-emolitico di gruppo A (tampone faringeo), poiché sulla sua validità ci sono pareri contrastanti.

C'è un test che consigliereste nella pratica ambulatoriale? Quale?

Pediatra di base

Non mi risulta che ci siano, o che ci siano mai stati pareri contrastanti sulla validità della coltura faringea nella diagnosi di faringite streptococcica.

Nella pratica ambulatoriale possono essere usati i kit di diagnosi rapida, che si sono mostrati anch'essi molto validi, anche se con una sensibilità leggermente inferiore alla coltura tradizionale.

Ci possono essere eventualmente pareri contrastanti sull'opportunità di utilizzare la coltura routinariamente in ogni

bambino febbrile con gola rossa. Anche in considerazione dell'attuale bassissima incidenza del reumatismo articolare acuto (da 1 a 5 ogni 30.000 faringiti!), molti pediatri considerano sufficiente il solo giudizio clinico: febbre elevata in bambino dell'età della scuola con faringe "beefy red" e senza sintomi da raffreddamento (rinite, tosse, raucedine). Altri, e chi scrive è uno di questi, usano il criterio ex adjuvantibus per confermare la diagnosi: sfebbramento dopo una, o al massimo due dosi di penicillina.

A proposito di terapia in caso di scarlattina, la recente edizione di "5 Minuti Clinical Consult Pediatria" di M.W. Schwartz riporta che il farmaco di scelta è la penicillina V per os.

Non sono riuscito a trovare a quale prodotto commerciale corrisponde in Italia. Voi sapreste dirmi se esiste e qual è?

Pediatra di base

La penicillina V o fenossimetilpenicillina è commercializzata con il nome di Fenospin dalla Pharmacia & Upjohn. È disponibile in compresse da 1.000.000 di unità.

A una bambina che oggi ha 16 mesi, all'età di 10 mesi, durante due ricoveri per gastroenterite (la mamma ha "firmato" in un ospedale e subito dopo ha ricoverato la figlia in un altro), sono stati riscontrati in numerosi prelievi valori elevati di CPK (fino a 688) e di LDH (fino a 831).

Aggiungo che la bambina ha iniziato la deambulazione autonoma a 15 mesi e che, quando ho iniziato a seguirla a un anno, aveva un peso appena inferiore al 3° percentile e altezza al 10° (io non ho fatto nulla, se non incoraggiare la mamma a far proseguire alla figlia una dieta libera).

Mi continuano però a tornare in mente

quei valori di CPK e di LDH... o possono essere normali durante una gastroenterite?

dott. Antonio Serena (pediatra di base)
Sezze R. (CT)

Elevazioni degli enzimi muscolari possono riscontrarsi in alcune malattie virali, ma difficilmente in due successive occasioni. Ritengo pertanto molto probabile una malattia muscolare di tipo strutturale (non una distrofia vera e propria per intenderci).

L'atteggiamento della mamma (che cambia ospedale) rende infine non escludibile a priori una sindrome del "bambino battuto".

Mi potete dire il nome commerciale della pomata alla trinitroglicerina allo 0,2% di cui avete scritto nella "Pagina gialla" di dicembre?

dott. Antonio Serena (pediatra di base)
Sezze R. (CT)

La pomata allo 0,2% alla nitroglicerina è una preparazione magistrale allestita dalla Farmacia del nostro Istituto. Non si tratta cioè di un farmaco prodotto da una ditta farmaceutica e messo in vendita con nome commerciale. La si può soltanto prescrivere come officinale, rivolgendosi a una farmacia in grado di procurarsi il principio attivo. È stata invece decisa la concentrazione dello 0,2% in quanto, con concentrazioni superiorin è segnalata frequente cefa-

lea. Tra le pubblicazioni al riguardo, vedi quella del *New England Journal of Medicine* (26, 1156, 1995), dove si parlava di una preparazione allo 0,3%.

In bambina di nove anni compiuti è presente ptosi palpebrale congenita a destra.

È indicato o no il trattamento chirurgico? A che età?

Pediatra

Dal punto di vista estetico (solo su richiesta dell'interessato) l'intervento è sempre da attuare a qualsiasi età.

Dal punto di vista funzionale bisogna valutare l'impedimento presente (e in quale percentuale) della via ottica: se vi è ostacolo importante (> 50%), l'intervento è urgente.

La prognosi è sempre da valutare caso per caso.

In area geografica priva di acque fluorate è preferibile fluoroprofilassi come da scheda tecnica (0,2 mg da 2 sett. a 2 anni; 0,5 mg da 2 a 4 anni; 1 mg da 4 a 16 anni) o quella proposta dall'AAP nel '95 che suggerisce il seguente schema (con un contenuto di fluoruro nell'acqua < 0,3 ppm): nascita-6 mesi nessuna supplementazione; 6 mesi-3 anni 0,25 mg; 3-6 anni 0,5 mg; 6-16 anni 1 mg/die.

dott. Federico Carlone (pediatra di base)

Il fatto che le acque non siano fluorurate non vuol dire che siano prive di fluoro. Dovrebbe informarsi presso l'Azienda competente sul contenuto di fluoro dell'acqua della sua zona e seguire successivamente le indicazioni dell'American Academy of Pediatrics.

Mia figlia di 7 anni soffre di cefalea dall'età di 2 anni circa. Il primo episodio è stato piuttosto violento ed è durato due giorni: la bambina urlava che le faceva male la testa e piangeva. Con la Tachipirina ha mostrato un certo sollievo. Da allora ha avuto episodi meno intensi, ma della durata di 5-10 giorni e non più rispondenti né alla Tachipirina, né all'Aspirina.

I miei pediatri di riferimento "non sanno che pesci pigliare" e mi liquidano da mamma apprensiva.

La bambina per il resto sta bene: è alta 125 cm e pesa 25 kg. Ha sofferto dai 5 ai 6 anni di dolori addominali ricorrenti. È sempre stata stiptica (fin da neonata, pur essendo allattata esclusivamente al seno). Vi sarò grata se saprete indirizzarmi e consigliarmi.

Medico chirurgo

Mi sembra che la storia clinica di sua figlia non lasci dubbi sulla natura emicranica degli episodi.

Nell'emicrania risulta utile all'inizio della crisi l'associazione aspirina+metoclopramide. Il paracetamolo sembra invece meno incisivo.

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto 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 - 34137 Trieste

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