

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 il momento della cisapride di entrare o di essere già nell'occhio del ciclone. In alcune farmacie viene consigliato di non acquistare il farmaco e, contemporaneamente, viene consegnata una fotocopia in cui si evidenzia che, secondo il Washington Post, il FDA americano ricorda ai medici che il Prepulsid "può causare" gravi aritmie cardiache (70 decessi negli Stati Uniti, 270 reazioni avverse, ...).

La mia domanda è duplice:

1. Ci sono novità oltre a quelle già conosciute?

2. Una mia figlia di 20 anni assume cisapride per un reflusso gastroesofageo (non ne abusa e si gestisce al bisogno soprattutto nei periodi di stress nello studio).

Qual è il consiglio al riguardo?

dott. Luciano Focilli
via e-mail

L'uso della cisapride è stato correlato con l'insorgenza di gravi disturbi del ritmo cardiaco (tachicardia e fibrillazione ventricolare, torsioni di punta e allungamento del tratto QT) e decessi.

La maggior parte dei pazienti che ha presentato aritmie da cisapride era già portatrice di disturbi predisponenti, come ad esempio storia di prolungamento del tratto QT o di aritmie ventricolari, insufficienza renale, cardiopatia ischemica, insufficienza cardiaca congestizia, squilibri elettrolitici non corretti e insufficienza respiratoria.

Il rischio inoltre aumenta in caso di uso concomitante di farmaci in grado di prolungare il tratto QT, di inibire il citocromo P-450 o di determinare la deplezione di elettroliti sierici.

Inoltre in molti casi in cui si sono verificati gli effetti collaterali, erano stati utilizzati dosaggi elevati.

Per questi motivi la casa produttrice Janssen ha ritirato volontariamente negli Stati Uniti le specialità a base di cisapride.

La Società Europea di Gastroenterologia pediatrica, nel 1999, aveva stilato un documento in cui si davano le raccomanda-

zioni per l'utilizzo in età pediatrica, che consistevano nell'escludere dalla terapia i soggetti a rischio (tra cui i prematuri) e tutte le categorie sopra elencate, di fare attenzione alle associazioni con altri farmaci (i macrolidi tra i più frequenti) e di non superare il dosaggio di 0,8 mg/kg/die.

Il 14 giugno 2000 il Committee for Proprietary Medicinal Products ha raccomandato la restrizione delle indicazioni delle specialità contenenti cisapride. Attualmente la commercializzazione è stata sospesa in Germania e in Gran Bretagna, mentre in Italia, dal gennaio 2001, le specialità a base di cisapride possono essere dispensate solo dopo presentazione di ricetta medica, da rinnovarsi volta per volta, rilasciata da centri ospedalieri; e il Ministero della Sanità, visto il parere del CUF, ha decretato che le uniche indicazioni per la cisapride sono la gastroparesi nell'adulto e la malattia da reflusso gastroesofageo nel bambino.

Questa è la legislazione: in pratica la cisapride non è il farmaco "essenziale" nella malattia da reflusso gastroesofageo che va trattato innanzitutto con l'antisecretivo (ranitidina) anche senza prokinetico; il suo uso nel rigurgito semplice è scorretto e, nel caso si voglia utilizzare un sintomatico, il domperidone funziona molto bene (efficacia sullo svuotamento gastrico); le indicazioni utili in pediatria rimangono quindi poche e di tipo ospedaliero (displasie neuronali, gastroparesi diabetica rarissima in pediatria).

Nel suo caso personale, se sua figlia è affetta da malattia da reflusso con esofagite o ernia, deve essere trattata anche con ranitidina (ha fatto un'endoscopia? un pasto baritato?); nel caso di uso sintomatico per rigurgito innocente legato allo stress utilizzerai il domperidone.

Bernardo ha tre anni. Suo fratello, di sei anni, ha una collagenopatia con interessamento articolare, oculare (iridoclitite) e, solo marginalmente, intestinale. Da circa un anno Bernardo presenta

una evacuazione del tutto normale al mattino o al primo pomeriggio, ma durante il resto della giornata il bambino ha notevole meteorismo con eliminazione continua di gas e liquido trasparente (talora mucoso), saltuariamente associato a diarrea, per cui il bambino ha le mutandine costantemente sporche.

Coprocoltura, esame parassitologico, ricerca del sangue occulto: negativi.

Esami ematochimici, compresi ANA, anticorpi antiendomisio e antitransglutaminasi: normali.

L'addome è teso, meteorico, non dolente, crescita normale. Condizioni generali buone. Che significato e che origine può avere questo liquido trasparente eliminato dal sedere? (L'ho strisciato su un vetrino e l'ho colorato con May-Grunwald ed è risultato praticamente acellulato).

dott.ssa Costanza Bottai (pediatra)
San Rocco a Pilli (SI)

L'eliminazione di muco dal retto è segno indiretto - anche se aspecifico - di sofferenza della mucosa colica (anche se in questa ipotesi è atipico che il muco sia del tutto acellulato). In genere la sofferenza è di tipo infettivo o infiammatorio. Nel caso in oggetto, la negatività degli accertamenti svolti e il benessere generale deporrebbero contro un problema organico e potrebbero essere l'espressione di un problema funzionale intestinale (a tipo intestino irritabile, nel quale è frequente una prima scarica normale, seguita da altre meno formate e talora anche con muco). Considerata la familiarità per collagenopatia e la non chiara interpretazione, credo che le indagini dovrebbero essere ripetute nel tempo (ogni 6 mesi-1 anno), comprendendo: indici di flogosi, ecografia e permeabilità intestinale. Nel caso di peggioramento del sintomo, l'indagine da eseguire è una colonscopia con biopsie.

La mela omogenizzata ha annullato o quasi il suo potere antigenico, per cui si

può consigliare nei soggetti con familiarità allergica?

Nel processo di omogenizzazione praticamente viene diminuita o annullata la carica antigenica della mela? Oppure è meglio dare la mela cotta che per il calore ha perso il suo potere antigenico?

Per la prevenzione è meglio consigliare il vasetto di omogeneizzato al posto della mela grattugiata nel soggetto con familiarità atipica o con eczema atopico?

Pediatra di base

La mela perde la sua antigenicità sia cotta che "omogenizzata". Ma non vi è nessuna controindicazione a dare la mela anche fresca al soggetto allergico. È noto che molti soggetti allergici al polline della betulla (ontano, nocciolo) lamentano al contatto con la mela, ma anche con pera, carota e sedano, nocciola, arachide e kiwi, disturbi al cavo orale quali prurito e bruciore, ma anche edema alle labbra (sindrome orale allergica). Questi disturbi sono in genere modesti e quasi inavvertiti, ma eccezionalmente possono essere tanto rilevanti da assumere caratteri anafilattici con disturbi della respirazione e deglutizione e/o intestinali (dolori, vomito, diarrea) e/o cutanei (orticaria). La patogenesi di questa sindrome è legata alla risposta di tipo IgE rivolta verso epitopi antigenici cross-reattivi comuni tra il polline delle "betulle" e alimenti vegetali, in particolare della famiglia delle Rosacee.

Non mi risulta che sia mai stato dimostrato (e mi sembrerebbe oggettivamente difficile) che evitare la mela da bambini risulti utile nel prevenire questa pollinosi nell'età adulta.

Bambino di 4 anni con tumefazione sospetta per eritema nodoso del malleolo tibiale, sospetto confermato dall'istologia. Quali esami programmare?

dott.ssa Mariapia Principe
via e-mail

Cause più comuni in passato, che vanno comunque escluse, sono l'infezione streptococcica e quella tubercolare (TAS, tampone per SBA, Mantoux).

Attualmente la maggior parte dei casi pediatrici sembrano essere correlati a infezioni virali respiratorie.

Altre cause note sono l'infezione da *Yersinia* (ricerca di *Yersinia* nelle feci e/o sierologia) e l'epatite B (fare assetto antigenico per HBV).

Cause molto rare sono la sarcoidosi o i farmaci.

Una donna HbsAg positiva mette alla luce un bambino. È ovvio che bisogna immediatamente sottoporre il neonato a specifica profilassi, senza attendere il terzo mese.

Ma, a prescindere dalla vaccinazione, venga o no questa effettuata, può la madre allattarlo al seno?

dott. Francesco De Benedetto
Taranto

Il virus dell'epatite B si ritrova nel latte materno, ma che questa presenza corrisponda a un rilevante rischio di trasmissione materno-infantile dell'HBV era stato messo in dubbio da Beasley e colleghi fin dagli anni Settanta, quando documentarono una sierconversione simile tra gli allattati al seno e non in una

coorte di 147 figli di donne HbsAg positive (*Lancet* 1975;2:740-1). Secondo il Committee on Infectious Diseases dell'Accademia Americana di Pediatria «l'allattamento al seno non aumenta significativamente il rischio» (1997). Il problema della liceità dell'allattamento al seno nel figlio di donna HbsAg+ viene comunque anche superato dalla prassi ormai consolidata dell'immunoprofilassi attiva e passiva al neonato.

Mio figlio di anni 8 presenta da un mese tumefazione al malleolo tibiale destro con segni locali di flogosi (rubor modesto e calor) e dolore alla pressione. Gli accertamenti eseguiti (indici di infiammazione, emocromo) sono negativi. La radiografia interpretata dall'ortopedico ha evidenziato una "osteochondrite".

La terapia suggerita è stata il riposo. Dopo una settimana di relativo riposo la tumefazione sembrava migliorare, ma alla ripresa di attività fisica la situazione è ritornata come all'esordio.

Vi sarei grato se poteste darmi indicazioni o aiuto per comprendere e curare questa situazione.

dott. Paolo Carlier (medico chirurgo ospedaliero,
specialista in ematologia)
Rapallo (Genova)

L'osteochondrite del malleolo interno è rarissima. Per darLe una risposta più significativa dovrei vedere le radiografie. Qualche volta esiste l'osteochondrite dell'astragalo, molto più frequente di quella del malleolo e che può provocare una sintomatologia di questo genere.

CONCORSO

CASI INDIMENTICABILI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Vicenza, venerdì 8 febbraio 2002

Tutti i lettori di *Medico e Bambino* sono fortemente invitati a inviare il loro caso per partecipare a questa giornata che vuole essere un momento di discussione e di riflessione sui differenti aspetti del lavoro quotidiano del pediatra. Attendiamo il vostro caso!

Inviare il dattiloscritto assieme al dischetto a Giorgio Longo o Alessandro Ventura oppure direttamente per posta elettronica a: ventura@burlo.trieste.it - longog@burlo.trieste.it

