

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

Bambina di 6 anni che tre anni prima ha presentato una formazione nodulare di consistenza duro-ligneo indolente o scarsamente dolente sull'avambraccio, con cute sovrastante normale, che venne asportata solo per ragioni estetiche. Dopo circa un anno la tumefazione è ricomparsa (ora non ricordo se nel medesimo braccio); la paziente ha praticato ecografia col seguente esito: al 3° medio del braccio sn. in corrispondenza del tessuto sottocutaneo è presente formazione rotondeggiante a ecostruttura solida disomogenea (ecogena) con piccole microcalcificazioni al suo interno da verosimile fibrolipoma. Attualmente ne stanno comparando anche al volto. Vorrei sapere: 1. Vi è una qualche sindrome in cui sono peculiari? 2. È possibile prevenirli? 3. Si eliminano solo chirurgicamente?

dott. Giorgio Sanna (pediatra)
via e-mail

I dati riferiti riguardanti la bambina non fanno in prima battuta pensare a un lipoma, sia per la consistenza (il lipoma ha una consistenza "gommosa") che per l'età (in genere è tipico degli adulti). L'esame istologico o anche un esame con agoaspirato è necessario per la diagnosi. L'ecografia può dare indicazioni generiche. In questo caso, vista la consistenza dura riferita e i segni di calcificazione, si può pensare a una forma nodulare di granuloma anulare o a un pilomatricoma (o epiteloma calcifico di Malherbe) che non è così raro nei bambini.

Ritorno su una questione (noiosa?) che non è mai stata del tutto chiarita: l'età più corretta per introdurre il glutine. Nell'ambulatorio pediatrico della nostra azienda ospedaliera consegniamo una ricetta della prima pappa con l'indicazione all'uso generico di "cereali" (non poniamo più l'accento sull'esclusione del glutine fino al 6° mese). Rimango convinto che un bambino ben seguito

vada "caricato" con glutine per rendere manifesta una sintomatologia che sappiamo essere spesso sfumata. La lettura però dell'abstract dell'articolo "Epidemic of coeliac in Sweedem children" di Ivarsson A. Personn LA. Nyström L: et al. Acta Paediatr 2000; 89:165-71, pubblicato su Celiachia News n°1 e ancor di più il commento del dott. Catassi, mi lasciano un po' meno sicuro del mio operato.

dott. A. Rizzi (pediatra ospedaliero)
Ospedale di Treviglio (Bergamo)

È molto probabile che le modalità di introduzione del glutine nella dieta (precoce, quantità) influenzino il tipo di presentazione clinica della malattia (e quindi la sua riconoscibilità), ma non influenzino invece la prevalenza (numero totale di casi) nella popolazione generale. Questo è stato ben dimostrato in uno studio collaborativo finnico-svedese (Asher, et al. *Scand J Gastroent* 1993; 28: 595-8): alta incidenza di celiachia con sintomi gastrointestinali ad esordio nei primi due anni di vita in Svezia, dove l'introduzione del glutine era precoce; al contrario, in Finlandia, dove l'introduzione del glutine era più cauta, l'incidenza della celiachia diagnosticata (precozemente) su base clinica è sensibilmente inferiore e l'età alla diagnosi più tardiva. Peraltro la prevalenza reale della malattia (ricercata e diagnosticata con programmi di screening test in vitro) risulta alla fine la stessa nei due Paesi. Il diverso atteggiamento svedese nell'età di introduzione del glutine è nato sulla scia emotiva di una morte per crisi celiaca in Svezia di un bambino piccolo. Nella nostra realtà italiana le cose sono molto diverse e fino a non molto tempo fa si consigliava di ritardare l'introduzione del glutine fino all'ottavo-nono mese per la convinzione che il ritardo nell'introduzione potesse in qualche modo prevenire la celiachia (come purtroppo credono ancora taluni "ricercatori") (vedi *Arch Dis Child* 1997;77). In sintesi l'atteggiamento più ragionevole appare oggi nella nostra realtà quello

di NON ritardare l'introduzione del glutine nella dieta, ma di introdurlo alla stregua degli altri cereali al momento dello svezzamento, che peraltro non è utile che venga anticipato (ricordiamoci anche delle indicazioni OMS sul beneficio dell'allattamento al seno esclusivo fino al sesto mese). Non dimentichiamo che larga parte della morbilità glutine-associata (osteoporosi, anemia sideropenica, manifestazioni autoimmuni) non è necessariamente correlata al grado di enteropatia, ma piuttosto al protrarsi dell'assunzione di glutine. L'atteggiamento da lei adottato mi pare quindi più che corretto.

Chiedo quale sia il comportamento diagnostico migliore di fronte a un bambino di 10 anni che da qualche mese presenta dolori addominali ricorrenti (DAR) epigastrici con ricerca di sangue occulto positiva. (La sintomatologia è sporadica, prevalentemente notturna e l'anamnesi familiare per patologia peptica è negativa).

dott. Antonio Dadamo
via e-mail

La situazione descritta rientra nel criterio dei DAR che presentano criteri di rischio aggiuntivo (il momento della manifestazione prevalentemente notturna e la presenza di sangue occulto fecale). A meno di una risoluzione spontanea del sintomo (e di una negativizzazione del sangue occulto fecale), questo è uno dei (pochi) bambini per i quali va presa in considerazione un'indagine endoscopica in prima battuta.

Lattante di 5 mesi, alla seconda dose delle vaccinazioni del primo anno di vita, manifesta pianto inconsolabile della durata di più di due ore; la gamba interessata è ipomobile e più calda rispetto alla controlaterale. Considerato che nel nostro distretto vengono praticate per le

prime due dosi (su richiesta del pediatra di famiglia) due iniezioni (vaccino pentavalente e anti-pertosse B) e che alla prima vaccinazione il lattante in questione aveva manifestato un modesto rialzo febbrile, ho suggerito alla collega del consultorio di limitarsi per la terza dose ai soli vaccini obbligatori, quindi escludendo l'anti-Hib e l'anti-pertosse (ricordiamo che nelle vecchie preparazioni cellulari di anti-pertosse queste reazioni erano all'ordine del giorno). È un comportamento condivisibile?

dott. Donato Lombardo (pediatra)
Trepuzzi (Lecce)

Il pianto inconsolabile della durata di più di 3 ore era proprio considerato, quando usavamo il vaccino anti-pertosse cellulare (intero), come una controindicazione alla prosecuzione della vaccinazione con questo vaccino.

Ma oggi molte cose sono cambiate e molte conoscenze sono state acquisite. Per prima cosa il vaccino acellulare non è più gravato da quei così frequenti effetti collaterali, come il vecchio vaccino intero contro la pertosse. Poi oggi sappiamo che il pianto inconsolabile in generale, anche quello di lunga durata, può insorgere dopo una qualsiasi vaccinazione e sappiamo anche che è molto probabile che questo fenomeno non si ripresenterà più alle successive vaccinazioni. La prego di leggere a questo proposito una recente pubblicazione australiana (*Arch Dis Child* 2000;83:128-31) nella quale viene riportata l'esperienza di una seconda vaccinazione in 421 soggetti che avevano una storia di reazioni, anche di tipo neurologico, a uno o all'altro vaccino: ebbene in tutti, fuorché in 70 (17%) che ebbero reazioni lievi, non si manifestò alcun tipo di effetto collaterale. In un solo bambino si manifestò un quadro di pallore-ipotonia, che si risolse spontaneamente e che non richiese il ricovero in ospedale.

Non penso quindi che sia condivisibile la sua proposta di limitarsi nel futuro, per questo bambino, alle sole vaccinazioni obbligatorie. Due sole dosi di vaccino contro la pertosse e due sole dosi di vaccino contro l'Hib non conferiscono un'immunità sufficiente a coprire il soggetto dalle malattie: penso che sarebbe giusto che lei ne discutesse direttamente con i genitori, prospettando loro i vantaggi e gli svantaggi, da considerarsi minimi, della vaccinazione. Nella discussione apra anche il discorso alla copertura vaccinale nell'area in cui il bambino

vive e all'epidemiologia delle due malattie. Quello che in tutta coscienza deciderete sarà probabilmente quello che al bambino gioverà di più.

In relazione alle vaccinazioni obbligatorie, come comportarsi con i bambini immigrati di cui non si conosce quali e quante dosi di vaccino hanno fatto? Si può ricominciare tutto daccapo?

dott. Donato Lombardo (pediatra)
Trepuzzi (LE)

In una vecchia circolare ministeriale (Circolare n.8 del 23 marzo 1993) per controllare l'esecuzione della vaccinazione anti-difterico-tetanica viene consigliata la determinazione dello stato immunitario contro il tetano, come indice dell'avvenuta immunizzazione anche contro la difterite. Poiché viene considerato protettivo un titolo uguale o superiore a 0,1 UI/ml, consideriamo le diverse possibilità che possiamo incontrare: a) se il valore è uguale o superiore a 0,1 UI/ml, il bambino può considerarsi vaccinato e, a seconda dell'età, stabiliremo quando eseguire un richiamo; b) se il valore è fra 0,01 e 0,1 UI/ml, viene consigliato un richiamo; faremo DT se il bambino ha meno di 7 anni e faremo dT (cioè il vaccino tipo adulto) se il bambino ha più di 7 anni; c) se il valore è inferiore a 0,01 UI/ml, vuole dire che il bambino non ha mai ricevuto una dose di vaccino DT e si procede alla vaccinazione primaria.

Gradirei sapere se è vero quanto ho letto, e cioè che le chiusure adesive dei pannolini contengono TBT (Tributil tin), una sostanza estremamente tossica e molto pericolosa in grado di essere assorbita attraverso la pelle. Questa sostanza viene impiegata nelle vernici per imbarcazioni per proteggerle dalle incrostazioni. Le case produttrici di pannolini ammettono l'esistenza del TBT, ma a basse concentrazioni.

Vi chiedo se il TBT è letale per alghe, muffe, molluschi e piccole conchiglie, avrà o no qualche effetto, sia pur soltanto irritante, sulla pelle del piccolo bambino?

dott. Francesco Alibrandi (pediatra di base)
Feltre (BL)

Non ho trovato nessun esperto che ab-

bia saputo rispondere al suo quesito. Credo che le sue osservazioni siano ragionevoli. Credo però anche che non vi sia contatto diretto tra pelle e adesivo e che, se vi fossero reali problemi, anche soltanto di irritazione locale, li avremmo pur visti. Speriamo bene.

Vorrei sapere se è opportuno iniziare subito la profilassi con INI (oltre alle prove tubercoliniche e agli esami) in un bambino di 2 anni che nell'ultimo mese è stato in contatto con il nonno affetto da lesioni tubercolari aperte.

dott. Antonio Dadamo
via e-mail

Certamente sì. Tutti i contatti familiari almeno fino ai 4 anni di età, esposti a casi adulti attivi, devono essere sottoposti a un esame radiografico del torace e messi in terapia preventiva con isoniazide, anche se Mantoux negativi.

Poiché la cutireazione può essere negativa, pur essendoci stato il contagio in quanto non ancora sviluppata e matura la risposta immunitaria ritardata, la Mantoux va ripetuta dopo 3 mesi di terapia e, se rimane sempre negativa, la terapia può essere sospesa; in caso contrario, va mantenuta per altri 9 mesi.

Perché è stato abbandonato l'uso del fenobarbital per il valproato nei rari casi in cui è indicata la profilassi delle convulsioni febbrili? È vera o presunta la tossicità del valproato?

Pediatra

La scelta del valproato di sodio come primo farmaco nelle situazioni (giustamente definite rare) in cui è necessario un trattamento preventivo è dettata dal fatto che esso è gravato da minori effetti negativi sulle funzioni cognitive, salvo i gravi - ma rari - casi in cui, per un deficit di enzimi nel ciclo dell'urea e in particolare dell'ornitina-trans-carbamilasi, può provocare un quadro Reye-like.

Perché nei tamponi faringei non vengono ricercati di routine il pneumococco e l'Haemophilus?

Pediatra

Perché pneumococco e *Haemophilus* non sono patogeni per il faringe dove si possono trovare tra l'altro come saprofiti in più del 50% dei bambini sani.

È scarsa inoltre la correlazione tra presenza di uno di questi patogeni nel faringe e concomitante patologia suppurativa rinosinusale o in orecchio medio. L'unico patogeno da ricercare con tampone faringeo rimane quindi e sempre lo streptococco beta-emolitico di gruppo A.

Nella bassa statura da deficit idiopatico isolato di GH, fino a quando va fatta la terapia sostitutiva con somatropina? Se la diagnosi è di deficit parziale isolato di GH, cambia qualcosa nella terapia sostitutiva con somatropina?

dot. Angelo Adorni (pediatra)
Collecchio (PR)

La terapia non cambia e dura fino a maturazione scheletrica completata, in pratica fino a una velocità di crescita annua ridotta, inferiore a 0,5-1 cm al trimestre.

C'è un ulteriore allungamento riferibile alla crescita del rachide; in seguito la crescita si arresta definitivamente.

È difficile oggi parlare ancora di deficit parziale e deficit totale, dal momento che esistono periodi in cui la secrezione può essere insufficiente, o ci sono condizioni in cui è alterata l'attività biologica dell'ormone. Comunque i termini del trattamento non cambiano.

Durante la gravidanza e dopo, durante l'allattamento, quali alimenti dovrebbero essere consumati con moderazione (carne, uova, pesce, latte ecc.) al fine di evitare al bambino eventuali predisposizioni verso allergie o malattie di natura allergica?

Pediatra di base

Oramai è ben dimostrato che la dieta anallergica alla madre in gravidanza e durante l'allattamento non riduce la prevalenza di malattie allergiche né respiratorie né cutanee a 7 anni. Soltanto nel primo anno è misurabile un minor numero di allergie alimentari e sensibilità al latte vaccino (è evidente che, finché non ha avuto un contatto con il latte o con altri allergeni alimentari, il bambino non può sensibilizzarsi a questi).
