

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

ALLERGOLOGIA, 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

A un mio paziente di 14 mesi con una modesta dermatite atopica, ben tollerata da bambino e genitori, è stata rifiutata la vaccinazione MMR perché non aveva ancora "mangiato la gelatina". È pur vero che il Red Book segnala le reazioni anafilattiche alla gelatina, ma il vaccinatore ha sicuramente esagerato, anche perché ha insinuato nei genitori il dubbio di avere un bambino ammalato.

Mi sono però chiesto (e me l'hanno chiesto anche i genitori che non hanno saputo rispondere alla domanda secca del vaccinatore "ha già mangiato la gelatina?") quando un bambino "mangia la gelatina". Un bambino che assume carne fresca non introduce anche collagene? O la gelatina contenuta come eccipiente in alcuni vaccini MMR è diversa dalla gelatina animale? Cosa poteva avere in mente il collega vaccinatore?

Stefano Pirovano

Pediatra libero professionista, Melegnano (MI)

La gelatina viene aggiunta al vaccino come stabilizzante, per proteggerlo da condizioni favorevoli alla sua inattivazione, come il calore e il prosciugamento; l'aggiunta di stabilizzanti è particolarmente indicata nei vaccini liofilizzati, come l'MPR. La gelatina può essere di origine bovina o suina. Sono stati per primi Autori giapponesi che hanno messo in evidenza la relativa frequenza dell'anafilassi da gelatina; ma ormai esiste una vasta letteratura in proposito, anche da parte di Autori statunitensi (Pool V, et al. *Pediatrics* 2002; 110:71). Molti dei casi di anafilassi, attribuiti incautamente alle proteine dell'uovo, sono risultati in effetti dovuti alla gelatina, per la presenza di IgE specifiche. Spesso i soggetti che avevano presentato anafilassi alla gelatina, avevano una storia di allergia alimentare alla gelatina di origine bovina (Kelso JM, et al. *J Allergy Clin Immunol* 1993; 91:867-72).

È chiaro che l'allergia alla gelatina si ac-

quisisce mangiando carne e che quindi la domanda "ha mangiato gelatina?" è culturalmente sbagliata. È di sicuro un "eccesso di zelo" per mettere in evidenza una cultura libresca, non digerita.

Lattante di 2 mesi, ricoverato con diarrea, vomito e febbre; dopo 4 giorni diarrea risolta, feci formate, non più vomito, alimentato con latte materno, ha acquistato circa 60 g di peso in 4 giorni; coprocultura positiva per salmonella di gruppo D. Dimetto il bambino che nei giorni seguenti viene richiamato dal primario, il quale gli prescrive un antibiotico.

Il primario mi scrive una lettera nella quale mi contesta di avere dimesso il bambino al 4° giorno, nelle condizioni su descritte e, conosciuto in quel momento il risultato della coprocultura, di non avergli prescritto l'antibiotico.

Ho risposto per iscritto che il bambino era già guarito e quindi dimissibile; sul momento ero un po' confuso, ma poi sono andato a riguardarmi la letteratura più recente, dalla quale emerge come l'antibiotico non sia consigliato neppure per il lattante senza segni di malattia generalizzata. Mi ha riscritto dicendomi che ho sbagliato, che l'antibiotico va dato per ogni salmonellosi in ogni lattante di due mesi.

Cosa rispondergli? Che abbiamo solo rischiato di creare un portatore cronico?

Pediatra, Ferrara

Le riporto testualmente quanto scritto a proposito sull'ultima edizione italiana del *Red Book* (Committee on Infectious Diseases of American Academy of Pediatrics) e ripreso dal Nelson, *Textbook of Pediatrics*: "La terapia antibiotica di solito non è indicata nei casi di gastroenterite non complicata (non invasiva) causata da *Salmonella* di specie non tifoidea, poiché non accorcia la durata della malattia. Anche se la sua utilità non è dimostrata, la terapia è giustificata nelle gastroente-

riti da *Salmonella* in pazienti con aumentato rischio di malattia invasiva, compresi i bambini al di sotto dei 3 mesi di vita, pazienti con tumori, emoglobinopatie, infezioni da HIV o altre malattie immunosoppressive, quelli con malattie croniche gastrointestinali o con grave colite".

Come vede, considerato come sono andate le cose, non è possibile dare torto o ragione a nessuno dei due, ma se l'infezione fosse andata "male", sarebbe stato difficile giustificare la scelta del non trattare.

Piccola di 5 mesi con trombocitosi (n° piastrine 1.250.000/mmc) verosimilmente reattiva (evidenziata dopo un episodio di broncopneumite): è necessario somministrare aspirina, a che dosi e per quanto tempo, considerando anche la possibilità di contrarre un'infezione da virus dell'influenza in questo periodo dell'anno con i noti rischi di sindrome di Reye da acido acetilsalicilico?

Pediatra ospedaliero

Le infezioni batteriche o virali, come nel caso descritto dal collega, sono la causa più comune di trombocitosi reattiva (dal 40% al 78% a seconda delle casistiche) e si concentrano prevalentemente nel neonato e durante il primo anno di vita per motivi fisiologici legati a un'aumentata concentrazione di trombopoietina circolante, associata a una maggiore sensibilità dei precursori delle piastrine alla stessa trombopoietina.

In relazione alla probabile transitorietà del quadro ematologico e alla non evidenza di efficacia dell'aspirina nel prevenire complicanze tromboemboliche nel bambino asintomatico con trombocitosi reattiva, non avvierei trattamento con aspirina, limitandomi a controllare l'emocromo a distanza di 1 mese.

Ho visto in questi giorni tre miei pazienti che mi hanno fatto molto pensa-

re ma poco concludere (diagnosticare!). L., ragazzo di 16 anni che da molti anni quando gioca in partita (calcio), è affetto quasi sempre da forti dolori crampiformi agli arti inferiori (non riesce mai a completare la partita). Esami completi nella norma, acido lattico? mitocondri? In allenamento sta bene. Cosa posso fare?

A. ha circa 8 anni. Da diverso tempo, circa 1 volta al mese o 2 mesi, di notte è colto (nulla di significativo all'anamnesi) da dolori lancinanti non crampiformi, da piangere per ore e ore, che non scompaiono nemmeno con massaggio, e sono avvertiti dentro la gamba, al polpaccio (all'osso?!).

A., 5 anni, bimba minuta sana, 1 o 2 volte si sveglia di notte con dolori "molto intensi e duraturi" a una oppure a entrambe le gambe; non scompaiono con il massaggio (l'ultimo episodio pochi giorni fa era stato preceduto nel pomeriggio da una lezione di nuoto). Che cosa fare, che cosa pensare, che cosa dire?

dott. Bandioli, Pediatra

I casi che ha avuto la cortesia di farmi conoscere non sono semplici e possono nascondere diverse cose, facili o complicate.

Provo a dire qualcuna delle idee che ho in testa.

Il primo mi sembra quello su cui porre la maggiore attenzione. Non capisco il fatto che i suoi sintomi si verificano in partita e non in allenamento. Capisco bene? Se è così, è incongruente perché lo sforzo (se fatto in modo massimale o quasi anche in allenamento) è tale da provocare, se c'è un problema, in ogni situazione i crampi.

Se è così, le sue idee sono giuste. Può avere un'acidosi lattica che va documentata, eseguendo un emogas e una lattacidemia basali e dopo sforzo (sforzo vero). Se si riscontrasse un'acidosi, bisogna pensare alle cause dell'acidosi lattica, e in primis alle mitocondropatie. Bisogna fare ovviamente anche gli enzimi muscolari (CPK, LDH, aldolasi, transaminasi), ma mi sembra di capire che li ha già fatti. In questo caso (se ha l'acidosi) bisogna ovviamente approfondire. Un'altra ipotesi è quella della glicogenosi muscolare (che può insorgere anche in epoca adolescenziale). Ma è un'idea più remota.

Per A., visto il dolore localizzato, vale la pena di fare in primis una radiografia per escludere un'osteochondrosi o l'o-

steoma osteoide o altro. Anche lui forse merita di fare semplici esami (emocromo, LDH, indici di flogosi).

A. forse ha i dolori di crescita, vista l'assenza di altri segni/sintomi specifici. Queste alcune riflessioni. Se vuole, ci tenga informati.

I vaccini per la varicella in commercio sono due: VARIVAX e VARILRIX. Nella loro composizione ci sono alcune differenze e, leggendo le rispettive schede tecniche, c'è un'asserita controindicazione per il VARIVAX, all'uso nei soggetti a stretto contatto con donne in gravidanza, mentre la stessa controindicazione (e per la verità tante altre contemplate nella prima) non compare per il VARILRIX. Sull'ultimo Red Book è invece spiegato che per il vaccino antivariella (non si fanno distinzioni) non vi è controindicazione per la situazione di cui sopra. Gradirei un parere in merito.

dott. Antonio Guerrieri, Pediatra

Fra i due vaccini non esistono differenze sostanziali. Ambedue oggi sono usabili nei soggetti sani, ambedue possono essere conservati a temperatura di frigorifero (2-8°C), ambedue impiegano il ceppo Oka. Esistono poi delle differenze quantitative di virus, che non hanno, secondo il mio parere, alcuna importanza pratica. Nelle gare delle ASL vengono messi uno contro l'altro e vince quello che viene offerto a un prezzo più basso.

La storia che non si può vaccinare un soggetto che conviva con una donna in stato di gravidanza è una vecchia paura, ormai superata. È ormai accertato in modo sicuro che può essere sottoposto a vaccinazione con uno o l'altro dei vaccini contro la varicella anche un soggetto che sia convivente con una donna in stato di gravidanza.

Poiché queste certezze sono maturate negli anni 2003-2004, è possibile che la scheda tecnica, alla quale lei allude, sia stata redatta in precedenza.

Non sempre le Aziende produttrici di vaccini sono sollecite a modificare le schede tecniche.

Una mamma ha contratto la toxoplasmosi verosimilmente nella seconda parte della gravidanza. Gli ultimi esami della madre (non ho i precedenti) sono: IgG 199, IgM ELISA positivi, IgM ISAGA positivi, test di avidità 12,58. Il bambi-

no, asintomatico, ha IgG 204, IgM ELISA negativi, IgM ISAGA negativi, PCR per DNA negativa. È stata consigliata terapia con pirimetamina e sulfadiazina ed esami settimanali per monitorare la tossicità dei farmaci, mensili per gli anticorpi. Eventuale passaggio alla spiramicina?

Pediatra

Come spesso accade nella toxoplasmosi, i dati della lettera non sono sufficienti per dare una risposta conclusiva. La decisione sul da fare in questi casi deve considerare vari aspetti:

1. **Epoca di infezione:** seconda parte della gravidanza è vago. La trasmissione al feto varia molto: è del 40-45% tra 22 e 26 settimane e del 60-65% tra 27 e 32. Nel terzo trimestre la frequenza può raggiungere il 90-95% e la malattia è praticamente sempre del tutto asintomatica. Di conseguenza la diagnosi è solo laboratoristica.

2. **Sierologia materna:** la madre ha avuto una sierconversione, ma bisognerebbe sapere l'età gestazionale in cui sono stati fatti i prelievi. Un'avidità elevata serve a escludere un'infezione nelle precedenti 16 settimane. Ma non tutti i kit sono uguali né hanno gli stessi valori di riferimento.

3. **PCR:** se si tratta della PCR nel liquido amniotico, la positività rende certa l'infezione, ma la negatività non la esclude completamente. Dipende anche dal momento in cui viene fatta. Ha una sensibilità del 90-95% a 17-22 settimane, ma solo del 62% dopo le 22 settimane. Se invece è stata fatta nel neonato, dove è stata fatta? Nel liquor o nel buffy coat?

4. **Neonato:** immagino che, oltre a essere del tutto asintomatico, abbia fundus ed ecografia cerebrale negativi.

La diagnosi è considerata certa se c'è una positività di: a) Sabin-Feldman (che quasi nessuno fa); b) *Toxoplasma* in placenta, liquor, buffy coat; c) IgM nel liquor; d) Persistenza delle IgG a 12 mesi (ovviamente inutili adesso).

La diagnosi è considerata molto probabile se c'è una positività di IgM ISAGA o ELIFA e/o IgA ELISA o ISAGA (IgM ISAGA + IgA ELIFA: identificano oltre il 90% degli infetti, se aumenta il rapporto tra IgG anti-toxo e IgG totali).

5. **Terapia:** Nel dubbio si fa (e per 12 mesi). Pirimetamina/sulfadiazina hanno dimostrazioni certe di efficacia. Non hanno peraltro una tossicità tale da imporre esami settimanali.

Domande & Risposte

F. di 10 mesi, a 6 mesi ha presentato un episodio di "anafilassi" in seguito all'ingestione della prima pappa (pastina contenente glutine, brodo vegetale e tacchino), vomitata circa 30-40 minuti dopo. Il piccolo ha poi presentato difficoltà respiratoria ingravescente, orticaria ed edema diffuso. Ha eseguito prick test risultati positivi a grano (++) e prick by prick alla "pappa" (++++). Da allora il piccolo esclude grano e glutine dalla dieta. Il dosaggio delle IgE specifiche con metodo uniCAP ha confermato una positività molto alta al grano e una bassa all'albumine. I prick test rivelano la positività all'uovo e al grano. L'allergologo ha escluso la possibilità di esecuzione di un challenge orale per la severità delle reazioni presentate dal piccolo paziente che continua a manifestare disturbi respiratori alla sola inalazione e/o contatto occasionali di farina. I genitori sono stati "abilitati" all'uso dell'adrenalina fast jekt. Solo a questo punto, i genitori allarmati hanno chiesto raggugli sulle prospettive del piccolo.

Abbiamo parlato ai genitori della possibilità di desensibilizzazione che gli stessi sarebbero disposti a fare.

Pediatra

Il bambino ha certamente un'allergia importante IgE mediata al frumento, clinicamente molto chiara e che non necessita di un challenge per confermarla. Probabilmente non serve nemmeno l'adrenalina. A quell'età il bambino è sempre controllato e il frumento, diversamente dal latte, non si intrufola in alimenti diversi senza che lo si possa sapere.

La storia naturale, come sapete, anche per questo allergene, gioca a favore del bambino. Un test di provocazione in ambiente protetto, per vedere se è guarito, andrà considerato tra uno o due anni. In questo ci si può far guidare anche dall'intensità del prick che, anche se grossolanamente, orienta e fa stimare l'entità dell'allergia residua: se superiore a 7-8 mm, è meglio rimandare il challenge ai tre anni. Se a quell'età non fosse ancora guarito (ma può succedere anche dopo), una desensibilizzazione per frumento l'abbiamo fatta solo raramente, ma si può fare, comunque non prima dei 3-4 anni.

Associazione Culturale Pediatri XVIII CONGRESSO NAZIONALE UN MONDO PER I BAMBINI

Asolo (Treviso), 19-20-21 ottobre 2006

Giovedì 19 ottobre - pomeriggio

Registrazione dei partecipanti e salute delle autorità

RISCHIO AMBIENTALE E SALUTE DEI BAMBINI
moderatore: M. Gangemi, Verona

Infanzia e ambiente: una sfida vitale
(C. Baker, UNICEF Italia)

Perché il bambino è più vulnerabile dell'adulto alla esposizione ai rischi ambientali
(G. Tamburlini, Trieste)

Rischi ambientali e difficoltà della prevenzione primaria (L. Tomatis, Trieste)

CHE ARIA TIRA?

moderatore: G. Mastella, Verona

Inquinamento dell'aria e aspetti tossicologici
(C. Minoia, Pavia)

Effetti dell'inquinamento atmosferico: meccanismi biologici e suscettibilità individuale
(F. Forastiere, Roma)

Inquinamento da traffico e disturbi respiratori: i dati dello studio Sidria II (C. Galassi, Torino)

Il peso dell'inquinamento sulla patologia respiratoria (A. Battistini, Parma)

Discussione

PILLOLE DI SELF-HELP AMBULATORIALE

moderatore: L. Reali, Roma

È utile la spirometria in ambulatorio?

(E. Lombardi, Firenze)

Impedenzometria e otoscopia pneumatica a confronto: pro e contro (P. Marchisio, Milano)

Discussione

Venerdì 20 ottobre

CHE C'È NEL PIATTO?

moderatore: F. Panizon, Trieste

Cibo tramite di relazione (G. Fava Vizziello, Padova)

Le basi biologiche del danno da inquinamento alimentare: l'esempio degli interferenti endocrini (A. Mantovani, Roma)

Organismi Geneticamente Modificati. Necessità e rischi (L. Disegna, Veneto Agricoltura)

Discussione

Un approccio pratico alla prevenzione dell'obesità (A.M. Solis, Modena)

Relazione tra accrescimento e metabolismo osseo e stili di vita (S. Saraifoger, Cesano Boscone; M.L. Bianchi, Milano)

Discussione

PILLOLE DI SELF-HELP AMBULATORIALE

moderatore: L. Reali, Roma

Quando aiutano i prick test? (I. Berti, Trieste)

Discussione

Assemblea sociale

Elezione del Presidente e di 4 componenti il Consiglio Direttivo dell'ACP

Incontro dei referenti regionali

Sabato 21 ottobre

CON CHI SI CRESCE?

moderatore: M. Bonati, Milano

Flussi migratori in Italia: scenari socio-sanitari (S. Geraci, Roma)

La crescita psicologica dei bambini stranieri (M. Mazzetti, Roma)

Problematiche cliniche nel bambino immigrato e adottato (Z. Bisoffi, S. Marocco, Verona)

Interventi sociali per migliorare la salute (E. Ziglio, Venezia)

Il pediatra e i bambini immigrati, un ambulatorio di tutti i colori (S. Cozzani, Venezia)

I miei compagni di classe si chiamano Mohamed, Fatima, JunJe, Emir...
(E. Boev, Padova)

Discussione

PILLOLE DI SELF-HELP AMBULATORIALE

moderatore: L. Reali, Roma

La collaborazione del mediatore culturale con il pediatra (M. Michelotto, Camposampiero, PD)

Discussione

DALLA RICERCA ALLA PRATICA

Il percorso del trasferimento delle conoscenze è sempre lineare?

A cura della redazione di Quaderni acp
moderatore: G.C. Biasini, Cesena

Le basi biologiche e la plausibilità biologica (C. Agostoni, E. Verduci, Milano)

Le evidenze scientifiche delle formule adattate per i neonati fisiologici (MF. Siracusano, Messina)

Ricerca traslazionale ed endpoints surrogate (M. Bonati, Milano)

NATI PER LEGGERE, NATI PER LA MUSICA

moderatore: F. Zanetto, Vimercate (MI)

Bookstart in Gran Bretagna (K. Devine, Londra)

Musical...mente (S. Gorini, Rimini)

LA RICERCA IN ACP

moderatore: G. Toffol, Pederobba (TV)

Unire le forze? Gli studi italiani sulla celiachia (R. Buzzetti, Bergamo)

Le ultime ricerche dei gruppi locali: contributi di Acp Asolo, Acp Milano, Acp Trinacria, Acp Puglia e Basilicata

CONCLUSIONI

Cosa abbiamo imparato (L. Piermarini, Terni; G.C. Biasini, Cesena)

Per informazioni: G. Toffol (giacomo@giacomotoffol.191.it)

Per informazioni e iscrizioni: www.acp.it/congressonazionale2006