

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

**Vorrei sapere qualcosa sull'allattamento, e sulla possibile trasmissione al latitante dei virus dell'epatite B, C e HIV.**

Medico generico

Il rischio di trasmissione delle infezioni virali mediante il latte materno è sinteticamente così definibile:

**1.** L'HBV è presente nel latte delle donne portatrici sane; queste non trasmettono il virus ai figli se sottoposti a immunoprofilassi attiva e passiva al momento della nascita. In caso di epatite B in atto (con transaminasi elevate) il rischio di trasmissione perinatale è complessivamente del 50%, ma non è noto il peso relativo dell'allattamento al seno, perché alle donne studiate è sempre stato consigliato di non allattare. L'epatite in atto da HBV resta quindi ancora una controindicazione (forse non vera, ma prudente) ad allattare, nonostante l'immunoprofilassi.

**2.** L'infezione da HCV materna, anche in caso di RNA positività, non è da ritenere una controindicazione ad allattare (si veda l'articolo di Resti, pubblicato nel N.8 del 1998 di *Medico e Bambino*). La trasmissione perinatale (in utero e intra partum) dell'HCV esiste, (circa il 10% dei nati da madre RNA positiva e 0% in caso di madre RNA negativa!) ma la totalità dei neonati RNA positivi lo sono già dal primo giorno.

**3.** L'infezione da HIV è una delle poche vere controindicazioni ad allattare (Danzon, *Medico e Bambino* 7, 1994). In madri HIV+, l'allattamento al seno incrementa il rischio di trasmettere l'infezione al bambino dell'11-14%. Il Committee of Pediatric AIDS dell'Accademia Americana di Pediatria stabilisce che le «donne con infezione nota da HIV devono essere dissuase dall'allattare al seno» (*Pediatrics* 1996). In caso di acquisizione dell'infezione da HIV durante il puerperio in donna in precedenza sieronegativa, il rischio per il bambino allattato è, per effetto dell'elevata carica virale dovuta alla recente infezione, di ben il 29% (Dunn, *Lancet* 340, 858, 1994). Questo aumentato ri-

schio va tenuto presente e illustrato, per esempio, alla puerpera tossicodipendente o con rapporti sessuali a rischio.

*Seguo una bambina di tre anni che gode di buona salute e ha regolari dati auxometrici, che presenta elevatissimi livelli di IgE: già a 4 mesi erano riscontrabili 450 kU/l e oggi esse sono arrivate a circa 6000 kU/l.*

*Non presenta eosinofilia; le altre immunoglobuline e gli esami di routine sono nella norma. Di un ampio pannello RAST per alimenti, risultano debolmente positive (classe II=1,5 kU/l) quelle specifiche per il latte, beta e alfa-lattoglobulina (la piccola è a dieta libera).*

*Nonostante numerosi esami parassitologici delle feci siano sempre risultati negativi, ho sottoposto comunque la piccola a bonifica intestinale con paromomicina+mebendazolo e, a distanza di vari mesi, le IgE persistevano sempre altissime.*

*La piccola non presenta sepsi cutanee e/o sistemiche o comunque disturbi d'organo e mostra un regolare sviluppo.*

*Mi chiedo quale causa può essere alla base di un valore così elevato di IgE. Va attuata una dieta ipoallergenica? Si può individuare in qualche inalante (inusuale) un possibile determinante allergenico?*

*Si può lasciare la piccola così, senza ulteriori indagini?*

Pediatra ospedaliero

La mancanza di eosinofilia esclude una infestazione parassitaria, che comunque avrebbe dovuto essere da parassita "invasivo" (filariasi, schistosomiasi, echinococco, larva migrans viscerale ecc.); la mancanza di eosinofili e di infezioni (accessi sottocutanei, polmoniti, osteomieliti ecc.) esclude una sindrome di Giobbe (sindrome da immunoglobulinemia E), come altre sindromi da immunodepressione (per esempio, sindro-

me di Nezelof, Di George ecc.) occasionalmente associate a iper-IgE.

Il mieloma IgE è patologia solo dell'adulto e i valori delle IgE sono ben più elevati. Escluderei un'atopia (valori impropri per qualsiasi atopico), come pure che ci sia un allergene "ignoto" verso il quale siano rivolte tutte le 6000 IgE!

Rimane la domanda che mi sono fatto immediatamente leggendo la sua lettera: "Ma perché ha cominciato a ricercare il valore delle IgE in una bambina bella, sana e asintomatica?"

*Bambina di 11 mesi con accrescimento staturponderale regolare (75° centile), sviluppo psichico normale, presenta un lieve ritardo motorio: controllo completo del capo a 4 mesi, seduta a 8 mesi, da pochi giorni accenna a gattonare e riesce con appoggio a sollevarsi in piedi; se sostenuta con le mani, accenna qualche passo.*

*Inoltre la bambina presenta fontanella anteriore ancora aperta (1,5 x 1) e non ha ancora i dentini. Gradirei sapere il vostro parere.*

Pediatra

Potrebbe essere anche un'ipotonìa benigna. Mancano i criteri per valutare i parametri di verbalizzazione e socializzazione.

Sembra, da una valutazione approssimativa, che ci sia un certo recupero. Forse è ragionevole aspettare ancora, prima di decidere per accertamenti che rischiano di essere molto poco contributivi.

*Qual è la validità del beta-lattotest nel primo anno di vita nella diagnosi di intolleranza alle proteine del latte vaccino? È razionale fare la dieta senza latte nel bambino che non cresce bene, ma con beta-lattotest normale?*

dott. Leonardo De Luca (pediatra di base)  
San Giovanni Rotondo (FG)

La sensibilità e la specificità del beta-lattotest sono imperfette, il che vuol dire che un lattante può essere intollerante al latte vaccino con test negativo, o che, viceversa, può risultare positivo al test anche in assenza di intolleranza alle latto-proteine (tipico esempio è la celiachia o l'enterite infettiva).

Sarà la storia clinica, quindi, a indirizzare la diagnosi e a giustificare una dieta di esclusione (di prova) a prescindere dai risultati del test.

**Qual è la reale incidenza della malattia da *Haemophilus influenzae* in relazione all'età, considerando che i vari testi danno diversi periodi di inizio dell'incidenza della suddetta malattia (3° mese, 6° mese, 1° anno)?**

dott. Leonardo De Luca (pediatra di base)  
San Giovanni Rotondo (FG)

L'incidenza dell'infezione da *Haemophilus influenzae* di tipo B (cioè quello capsulato, invasivo, "cattivo", verso il quale esiste oggi il vaccino specifico) varia nei diversi paesi e popolazioni: in Italia è stimata attorno ai 15-20 casi/100.000 bambini di età inferiore ai 5 anni/anno, negli Stati Uniti è quasi 4 volte più frequente e negli Esquimesi arriva a superare i 500 casi/100.000 bambini/anno. In Italia è più frequente al Nord che al Sud (diversità, almeno in parte, legate forse a difetto di denuncia). Nel primo anno di vita siamo su una incidenza di poco superiore ai 30 casi/100.000 bambini/anno; tra l'anno e i due anni il numero è di poco inferiore (25/100.000 b./anno); mentre si abbassa decisamente a partire dai due anni (<10/100.000 b./anno) per assestarsi dai tre ai cinque anni attorno ai 4/100.000 b./anno). Rara la malattia prima dei tre mesi.

**Cosa ne pensa il Comitato Editoriale della profilassi con amoxicillina+acido clavulanico a metà dose per un mese nell'ipertrofia adenoidea (Pediatrics, 10, 172, 1998)?**

dott. Leonardo De Luca (pediatra di base)  
San Giovanni Rotondo (FG)

Visto che l'efficacia di questo trattamento nel diminuire l'ipertrofia adenoidea è stata dimostrata nel lavoro da lei citato, ritengo che sia probabilmente così, ma

non mi sembra proprio che ne valga la pena e tanto più oggi che l'aumento delle resistenze batteriche ci impone di razionalizzare al massimo la "risorsa antibiotica".

**Completato il ciclo primario di vaccinazione antiepatite B, è necessario procedere a richiamo ogni 6-8 anni? Basta eseguire il tasso anticorpale?**

dott. Mario Narducci (pediatra)  
Cavenago Brianza (MI)

No, per i soggetti non a rischio, cioè per quelli che appartengono alla popolazione generale, non è assolutamente necessario eseguire una dose di richiamo, né dopo 6 né dopo 8 e nemmeno dopo 12 anni dal completamento della vaccinazione (e probabilmente mai). Nei soggetti non a rischio non si deve nemmeno controllare il tasso anticorpale.

**Un ragazzino di 13 anni, vaccinato a 15 mesi per il morbillo, ha sviluppato a 4 anni porpora trombocitopenica (PTI) in corso di rosolia. Ha un rischio aumentato di ricorrenza di PTI qualora venga rivaccinato per il morbillo? E in caso di vaccinazione anti-parotite non ancora contratta?**

dott. Mario Narducci (pediatra)  
Cavenago Brianza (MI)

Come Lei sa, la porpora trombocitopenica "idiopatica" (PTI), che oggi non è più idiopatica, è dovuta alla produzione di complessi immuni, contenenti antigeni virali (rosolia, morbillo, influenza e altri) che si legano ai recettori Fc delle piastrine, o ad anticorpi diretti verso antigeni virali che cross-reagiscono con le piastrine. Qualche caso di PTI è stato descritto entro due mesi dalla vaccinazione, con un'incidenza di un caso su 30-100.000 vaccinazioni (anche se non esistono prove sicure per rigettare o accettare una relazione causale). Analoga la situazione per la rosolia. Non sono stati rilevati rapporti di alcun genere fra PTI e vaccinazione contro la parotite. Il rischio di trombocitopenia vaccino-associata è maggiore in soggetti che hanno già presentato la trombocitopenia, specialmente se la trombocitopenia si è presentata come conseguenza di una precedente vaccinazione trivalente MPR.

D'altra parte bisogna sempre considerare che il morbillo naturale, rispetto alla sua vaccinazione, ha molte più probabilità di indurre PTI.

Le consiglio quindi di discutere quanto sopra riportato con i genitori del bambino, ovviamente propendendo per le vaccinazioni.

**Nei vari convegni ci sentiamo dire che certi farmaci (sciroppi per la tosse, fermenti lattici ecc.) sono palliativi.**

**Sono da tanti anni d'accordo, ma sono convinto che a tutti i livelli (università, ospedali, pediatri di base, liberi professionisti) tanti medici li prescrivano. Allora vi chiedo:**

**-Perché vengono prescritti? Perché un farmaco placebo può qualche volta risolvere il problema (e non credo), o per paura di perdere il paziente?**

**-Perché è difficile trovare il sistema di smettere di prescriverli?**

**-Siamo sicuri che chi denuncia certi abusi non sia il primo a prescriverli?**

Pediatra di base

L'effetto placebo esiste, è misurabile e non va sottovalutato.

Ma al di là di questo, fare una ricetta risulta molto più facile, ma specialmente sbrigativo, che il non farla. Nella testa del paziente (o del genitore) vuol dire che hai capito il problema, hai fatto la diagnosi, sai come curare. Se non vuoi fare alcuna prescrizione, devi al contrario dimostrare di avere capito (l'anamnesi deve essere obbligatoriamente completa), devi far vedere che la tua diagnosi è sicura (non è accettabile una visita frettolosa), devi infine far capire perché i farmaci non servono (la spiegazione del problema deve essere chiara e convincente).

Con questo non voglio dire che è giusto cavarsela con "lo sciroppino per la tosse", ma soltanto che è comprensibile perché venga fatto.

**Devo preoccuparmi, e se sì, è giusto trattare con netilmicina per aerosol uno *Pseudomonas aeruginosa* isolato da un tampone faringeo di una bambina di 21 mesi che da 2 mesi presenta un esudato tonsillare follicolare?**

**In questi due mesi la piccola ha avuto due episodi febbrili, il primo dei quali (coinciso con la comparsa dell'esudato**

*ed accompagnato da un'adenopatia satellite angolo-mandibolare) è stato trattato con amoxicillina più acido clavulanic, nel dubbio si trattasse di una forma batterica. La piccola è stata sempre bene, ha preso solo a gennaio scorso per una faringotracheite la claritromicina per 6 giorni.*

Pediatra

Certamente deve trascurare il dato. Lo *Pseudomonas aeruginosa* non può essere patogeno in quella sede (e non andava ricercato).

Per inciso, le segnalo che l'antibiotico per via aerosolica non è mai indicato nel trattamento delle infezioni delle vie respiratorie (ad eccezione che nella fibrosi cistica, ma per motivi completamente diversi).

Probabilmente si tratta di un'infezione da adenovirus che può essere persistente. Per il momento non faccia alcuna terapia. Stia a vedere.

*Bambino di 10 anni, all'età di 6 anni ha effettuato la prima e seconda dose del vaccino anti epatite con Engerix B f. 0,5 ml pediatrico. Poi, per diversi motivi, non è stato completato il ciclo di vaccinazioni.*

**Consigliate di:**

*-ripetere il ciclo con le dosi per adulti;  
-fare la terza dose con tipo per adulti ed eventualmente ripetere un'ulteriore dose.*

Pediatra di base

Come lei sa, per il vaccino contro l'epatite B, come per la polio, non esiste, nel caso sia stato superato l'intervallo prescritto tra la prima e la seconda dose o tra la seconda e la terza, la necessità di ricominciare da capo. Di recente è stato anche chiarito che le dosi pediatriche sono utilizzabili anche fino a 14-16 anni. Sul "Red Book" è riportata addirittura l'età di 19 anni, oltre la quale passare alle dosi per adulti.

*Vorrei sapere se è vero che i corticosteroidi inalatori per aerosol preparati in soluzione (tipo Lunibron A) sono migliori di quelli preparati in sospensione (tipo Clenil A) e, in caso di risposta affermativa, perché.*

Pediatra di base

Le soluzioni sono migliori delle sospensioni soltanto se utilizziamo un apparecchio di aerosol-terapia a ultrasuoni. In questo caso, infatti, le sospensioni sono scarsamente nebulizzate.

La spiegazione sta nel fatto che le particelle del farmaco in sospensione siano sospinte dalle vibrazioni fuori dall'area dove si genera la nebbia aerosolica.

*In una scuola materna si verificano alcuni casi di scarlattina. Viene eseguito il tampone faringeo a tutti i bambini, alcuni dei quali, privi di sintomi, risultano positivi. A questi bambini alcuni pediatri danno l'antibiotico, altri non lo danno.*

*In questi casi, quale sarebbe il giusto comportamento del pediatra?*

*Inoltre, il tampone faringeo è stato ripetuto a distanza di 3-4 settimane perché qualche bambino avrebbe fatto (?) la scarlattina 3-4 volte nello spazio di 2-3 mesi.*

*È frequente una tale evenienza? È rara? È impossibile?*

Pediatra di base

Il comportamento giusto sarebbe stato quello di non fare il tampone faringeo a "tutti i bambini" della scuola, che in una condizione di epidemia può trovarsi positivo nel 30% dei soggetti.

La tossina eritrogenica (o pirogenica) responsabile del caratteristico esantema a carta vetrata è dotata di forte potere immunizzante, ma ci sono almeno tre diverse tossine e pertanto uno stesso soggetto può ripresentare la scarlattina più di una volta.

*A proposito di aerosol-terapia nei bambini, è opinione di alcuni otolatri che l'aerosol faciliti l'insorgenza delle otiti.*

*Gradirei avere il vostro parere e che cosa eventualmente è opportuno fare in sua sostituzione.*

Pediatra di base

Mai sentito nulla di simile e, in base alla mia lunga esperienza con l'aerosol-terapia, Le posso anche assicurare che non è certamente vero.

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