

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

Accrescimento ponderale scarso nel piccolo lattante: ho tre neonati (2-3 mesi) allattati dalla madre, che aumentano di 100-110 g a settimana, che dopo la poppata si addormentano soddisfatti e che richiedono il latte dopo 4 ore, soddisfatti, pare, del latte che ricevono. Che fare? Dare un'aggiunta di latte adattato? E se le mamme non vogliono (visto che il piccolo non piange), per paura di perdere il loro? Bisogna divedzarli prima, verso il quarto mese, come mi è stato consigliato?

Pediatra

Se il bambino è soddisfatto dopo la poppata, è difficile che si tratti di ipogalattia. Comunque non va consigliata l'aggiunta di latte formulato, che è effettivamente causa di ipogalattia secondaria e di precoce sospensione dell'allattamento al seno. La madre va rinforzata nel convincimento che il suo latte è il migliore, e che potrà protrarre ancora per qualche mese l'allattamento, magari aiutandosi (se c'è effettivamente il dubbio di un'ipogalattia) con qualche giorno di metoclopramide per os.

Vorrei conoscere l'indicazione all'uso del clofoctolo e, se possibile, un vostro parere.

dott. Giorgio Collo (pediatra ospedaliero)
Milano

Il clofoctolo è il principio attivo di un farmaco che non è presente nella farmacopea statunitense. Nel "Maritindale", uno dei più importanti testi di Farmacologia clinica, il farmaco viene riportato con generiche informazioni, senza alcun riferimento a studi clinici, con il presente prospetto informativo: «Il clofoctolo è un composto antimicrobico con attività batteriostatica o battericida nei confronti di microrganismi Gram-positivi quali lo stafilococco e lo streptococco. La dose consigliata è di 20-40 mg/kg da somministrare per via rettale nel tratta-

mento delle infezioni respiratorie». Una revisione degli studi pubblicati in lingua inglese sul principio attivo (realizzata utilizzando la banca dati "PubMed Query") ha evidenziato solo nove lavori, di cui ben sette di autori italiani. Dei nove articoli sette erano relativi a lavori di farmacocinetica o di attività antimicrobica in vitro, e solo due studi, relativi a pazienti adulti, facevano riferimento all'efficacia clinica del clofoctolo nelle infezioni delle alte vie respiratorie (rinfaringite, sinusite, tonsillite, otite)¹, o delle basse vie respiratorie (polmonite, bronchite, bronchite cronica...)². Entrambi gli studi non sono randomizzati, e solo nel lavoro relativo ai 52 pazienti con infezioni otorinolaringoiatriche è previsto un gruppo di controllo, non trattato con antibiotici. Come atteso, l'efficacia clinica è riportata in entrambi i lavori. Nell'insieme ci sembra che la documentazione portata sia debole, sia per la mancanza di studi clinici controllati sia per i limiti metodologici dei lavori pubblicati di cui siamo a conoscenza.

1. Ghilardi PL, Casani A: Treatment of ear, nose and throat infections with clofoctol. *Drugs Exp Clin Res* 11 (11), 815-18, 1985.
2. Danesi R, Del Tacca M: Clinical study on the efficacy of clofoctol in the treatment of infectious respiratory diseases. *Int J Clin Pharmacol Res* 5(3), 175-9, 1985.

Vorrei sapere quando compaiono, quanto tempo durano e qual è il dosaggio quantitativo significativo delle immunoglobuline M contro parotite epidemica, citomegalovirus e toxoplasmosi, al fine di porre diagnosi di infezione in atto e molto recente.

Pediatra di base

Nel corso dell'infezione da virus della parotite epidemica gli anticorpi di classe IgM vengono prodotti precocemente, ancor prima della comparsa della sintomatologia e, a distanza di 8-16 settimane dall'infezione, questa classe di immuno-

globuline non è più dosabile nella maggior parte dei casi. Le IgM anti-virus della parotite, contrariamente alle IgG, non cross-reagiscono con antigeni di altri *Paramyxovirus*, per cui è improbabile il reperto di falsi positivi.

Nell'infezione da citomegalovirus le IgM raggiungono la massima concentrazione già nella fase precoce dell'infezione, e tendono a scomparire a distanza di 12-16 settimane dall'esordio nelle forme subcliniche, mentre possono persistere per periodi più lunghi nelle infezioni sintomatiche. Va ricordato che, sebbene raramente, le IgM possono essere prodotte anche in corso di altre infezioni; ad esempio, nell'infezione da virus di Epstein-Barr, può esserci attivazione policlonale con produzione di IgM anti-citomegalovirus.

Nell'infezione da *Toxoplasma gondii* le IgM vengono in genere prodotte già dopo 7-10 giorni, e raggiungono la massima concentrazione nell'arco di 1-2 settimane, rimanendo dosabili in genere per 4-6 mesi. Raramente possono scomparire più precocemente, mentre non è raro che vengano riscontrate anche a 2 mesi dall'infezione.

La produzione di IgG segue generalmente di 1-2 settimane quella delle IgM, e la massima concentrazione viene raggiunta nell'arco di 2-3 mesi.

Nella maggior parte dei laboratori la ricerca di IgM specifiche viene condotta con tecnica immunoenzimatica (EIA o ELISA), i cui risultati vengono per lo più espressi in termini qualitativi: negativo; zona grigia o dubbio; positivo. A livello laboratoristico l'approccio diagnostico è più semplice se il campione di sangue da testare viene prelevato a distanza di 2-4 settimane dall'esordio delle infezioni sopra citate (ma vale la pena per tutte le infezioni), quando la concentrazione di IgM eccede quella di IgG. Nel caso in cui il campionamento venga fatto in fase più tardiva, cioè a 2-3 mesi dall'esordio clinico, un'assorbanza "media" o un valore "medio" di IgM in presenza di valori elevati di IgG è suggestivo di infezione recente.

Vorrei conoscere l'utilità e le indicazioni per il dosaggio dell'a-1-antitripsina fecale.

Pediatra ospedaliero

L'escrezione fecale dell'a-1-antitripsina (AAT) è aumentata nelle cosiddette enteropatie proteino-disperdenti. Le prime osservazioni si riferiscono a pazienti affetti da celiachia, ma un'aumentata escrezione di AAT è stata trovata anche in altre condizioni, quali ad esempio la malattia infiammatoria cronica intestinale, la linfangectasia primitiva, l'enterocolite necrotizzante, la diarrea acuta, l'enteropatia in corso di graft-versus-host e così via.

Molte sono le proteine abitualmente escrete nel tubo gastroenterico, ma la maggior parte, come ad esempio l'albumina, sono rapidamente degradate dalle proteasi gastriche e/o pancreatiche; l'AAT appare al contrario resistere all'azione proteolitica e si può ritrovare pressoché intatta nelle feci. L'indicazione alla ricerca dell'AAT è dunque lo studio di qualsiasi forma di enteropatia cronica proteino-disperdente, altrimenti valutabile solo con proteine marcate fornite per via venosa, seguendo poi l'eliminazione fecale del tracciante. Rispetto a queste ultime metodiche, lo studio fecale dell'AAT offre ovvi vantaggi di semplicità e praticabilità, ma a lungo la letteratura ha discusso se il dosaggio andasse effettuato su semplice campione fecale o su raccolta di 24 ore, e anche sulle modalità più corrette per esprimere la concentrazione fecale della glicoproteina (per grammo di feci essiccate per ml, o percentuale di escrezione/die). I laboratori in grado poi di processare le feci per eseguire l'analisi non sono molti, ed è forse questo il limite principale all'impiego di questo test, altrimenti semplice, sensibile, anche se forse troppo poco specifico.

Nel neonato, a causa dell'alta percentuale di proteine plasmatiche nel meconio, la ricerca dell'AAT non è utile.

Ho letto già qualche volta sulla vostra rivista della dieta di Rezza-Cardi per il trattamento della diarrea intrattabile. Vi sarei grato se me ne elencaste il contenuto.

Medico generico

La dieta di Rezza-Cardi è costituita da

carne non vaccina, pollo o agnello, un solo cereale, generalmente crema di riso o anche farina di mais e tapioca, olio di mais in brodo vegetale e acqua arricchita di calcio e vitamine. È risultata utile e molto gradita in lattanti con polintolleranza alimentare (latte vaccino e soia), ed è una valida alternativa alla formula elementare nei lattanti di età superiore ai 3 mesi. Ha anche il pregio di essere economica, e di regola gradita al bambino. In pratica, per un bambino di cinque kg, con fabbisogno calorico di 500 cal/die, si possono preparare quattro pasti con: 200 cc di brodo vegetale (patata, carota, bieta), più 20-25 g di crema di riso (80 cal), più 5 g di olio di oliva (45 cal), più 10-15 g di liofilizzato di agnello o pollo. È obbligatorio l'arricchimento con calcio (500 mg/die).

Nella scheda tecnica sul Gaviscon sospensione è segnalata la controindicazione per bambini sotto i 3 anni. Quali sono i motivi?

dott. Nunzio Lardaro (pediatra)
San felice a Canello (CE)

La controindicazione razionale dell'acido alginico nei primi mesi di vita è che essendo un tensioattivo può provocare, a contatto con la saliva e/o il contenuto gastrico, bolle che possono provocare ostruzione delle vie respiratorie (come faceva il vecchio Mylicon). La controindicazione "ufficiale" del foglietto illustrativo è che non esistono sperimentazioni nei primi anni di vita. Non è comunque farmaco contemplato tra quelli considerati utili per il reflusso dalla "Consensus Conference" dell'ESPGAN.

Un lattante di 4 mesi ha crisi di pianto (è stato sempre bene). Non ha febbre. Sul pannolino per 3 volte in un giorno appaiono macchie rosse. L'esame urine non evidenzia sangue. Dopo un giorno non compaiono più le macchie né i pianti a crisi. Quali sono le possibili cause?

dott. Nunzio Lardaro (pediatra)
San felice a Canello (CE)

L'associazione di pianti a crisi (improvvisi, in completo benessere, con intervalli liberi) e sangue nelle feci (caratte-

risticamente sangue e muco, feci a "gelatina di ribes") in lattanti dopo i 3 mesi deve far sospettare un'invaginazione intestinale. Nel suo piccolo paziente potrebbe essersi trattato di una invaginazione che si è risolta spontaneamente: in questo caso è ad alto rischio di un altro episodio.

Uso del latte di capra nell'intolleranza alle proteine del latte vaccino (IPLV): suoi limiti, età in cui può essere somministrato, eventuali integrazioni (calcio, acido folico).

Medico consultoriale

A proposito di allergia alle proteine del latte vaccino: è possibile sostituirlo con altro latte animale, di capra ad esempio?

Pediatra di base

Vorrei avere il vostro parere sul confronto di efficacia tra latte di asina o capra e idrolisato proteico nella terapia dell'IPLV e allergia alla soia.

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

Il latte di capra non va considerato come alternativa al latte vaccino nelle allergie IgE mediate con sintomi anafilattici, in quanto è molto probabile un'allergia crociata.

Può rappresentare invece un valido sostituto del latte vaccino nelle intolleranze intestinali e nell'eczema atopico. Anche in questi casi, però, è conveniente effettuare una prolungata bollitura (20') per ridurne significativamente l'antigenicità. Per la sua possibile cross-reattività con il latte vaccino non va chiaramente proposto come alimento iniziale, quando la dieta ha anche un significato diagnostico e non deve lasciare dubbi. Il latte di capra è carente di acido folico, che va quindi aggiunto. Per il latte di asina ci sono segnalazioni di una buona efficacia nelle IPLV, ma la difficile reperibilità ha reso limitata la sperimentazione sul campo.

Gli idrolisati proteici, se non di sintesi, cioè quando derivati dalle proteine del latte vaccino (beta-lattoglobuline o caseina), hanno le stesse controindicazioni del latte di capra nel bambino con sintomatologia anafilattica, in quanto contengono comunque polipeptidi con

attività antigenica sufficiente a dare reazioni anche gravi in alcuni di questi soggetti. Vanno invece generalmente bene nelle altre intolleranze.

Ragazzo di 14 anni con diabete insulino-dipendente dall'età di 9 anni in buon compenso metabolico e con regolare incremento staturale-ponderale secondo il 75° percentile.

Richiesti per la prima volta in occasione dei controlli periodici annuali, gli anticorpi antiendomio (EMA) sono risultati positivi (4+).

L'esame istologico della biopsia digiunale in (gastro)duodenoscopia documenta: «Mucosa enterica con villi occasionalmente tozzi e allargati per edema; talora si osserva branching ghiandolare; tonaca propria sede di discreto infiltrato flogistico linfo-plasmacellulare. Reperto compatibile con atrofia di grado 1».

Come procedere oltre?

Pediatra ospedaliero

L'associazione tra celiachia e diabete è ben nota. Il ragazzo in questione presenta tutti i requisiti richiesti per la diagnosi di celiachia (EMA+, biopsia intestinale). La dieta senza glutine va quindi iniziata subito e raccomandata per tutta la vita.

Bambino di 10 anni con piede cavo bi-

laterale. Un anno fa lamentò dolore importante al calcagno destro e al tendine di Achille. Il bambino non si lasciava toccare e non riusciva a camminare. Rx retropiede negativa.

Pensando che si trattasse di un'apofisite calcaneare, ho consigliato l'uso di un plantare di scarico calcaneare e l'esecuzione di esercizi di stretching del tricipite surale, senza risoluzione della sintomatologia. Ancora oggi infatti il bambino lamenta dolore e non riesce a camminare senza il plantare (quando è scalzo cammina solo in punta di piedi). Che fare?

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

Quando il piede cavo è bilaterale, all'età di 10 anni circa (verso la fine dell'accrescimento del piede) è consigliabile applicare un rialzo al tallone di circa 1,5 centimetri in materiale morbido.

Spesso la diminuzione dello stress sul tendine fa regredire la sintomatologia dolorosa.

Se il piede si presenta fortemente valgo, potrà essere indicato l'intervento chirurgico.

Mio figlio, che avrà presto 9 anni, presenta delle aderenze del prepuzio che non permettono di liberare completamente il glande. Ha anche una modesta fimosi e una brevità del frenulo.

Ho letto spesso nei vostri articoli che siete contrari a ogni intervento per libe-

rare in modo cruento il glande da tali aderenze.

Vorrei tuttavia sapere da voi fino a che età è opportuno non intervenire e se anche la brevità del frenulo può risolversi con la crescita.

dott.ssa Giuliana Gola (pediatra ospedaliero)
Milano

La presenza di residue aderenze balanoprepuziali in un bambino di 9 anni rimane una condizione para-fisiologica su cui non si deve fare assolutamente nulla.

Lo stesso dicasi per la "lieve fimosi" che, se comprendo bene il termine, si riferisce a qualcosa di molto modesto. Nel caso ci trovassimo di fronte a una vera e propria fimosi, si può provare a rendere più "morbido" l'anello prepuziale utilizzando una pomata cortisonica (betametasone allo 0,05%) una volta al giorno per 4-6 settimane.

I risultati riportati in letteratura con questo trattamento sono incoraggianti. Per quanto riguarda infine la brevità del frenulo, bisogna vedere di cosa stiamo parlando. Se siamo in presenza di un frenulo veramente corto, che incurva il pene e impedisce lo scorrimento del prepuzio sul glande, questo va trattato con la frenulectomia già a 9 anni. Il vero frenulo corto è comunque una condizione molto rara. Sospetto che nel caso di suo figlio si tratti di frenulo "un po' cortino", che non necessita di terapia alcuna e che sarà da rivalutare dopo la pubertà.

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