

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

ALLERGIOLOGIA, 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 tempo che desideravo fare una domanda da "cento punti", nel senso che chiaramente non potrà avere una risposta del genere "bianco o nero". Premessa: il dottor M. Cutrone ci ha detto che nelle orticarie acute è inutile una dieta o una ricerca spasmodica di un alimento scatenante, essendo nella grandissima maggioranza di origine virale, così pure in quelle croniche di origine immunitaria. Il dottor G. Longo ha scritto che nell'eczema dopo i due anni il fattore alimentare raramente ha importanza... ci restano tutti quei lattanti con la dermatite atopica spesso limitata, con poco prurito, che rispondono alla terapia locale e quasi sempre vanno bene dopo l'anno.

Ecco la domanda: il lattante di due-tre mesi che comincia a manifestare una dermatite atopica, a volte anche al seno, deve essere ancora messo a latte di soia? Deve fare le prove cutanee allergiche? Deve ancora mantenere una dieta priva di latticini e uovo (si dice che si è allergizzato durante la gravidanza)? C'è un protocollo "moderno"? O è più ragionevole trattarlo con i sintomatici e fare una dieta libera.

dott. Paolo Pellegrini
via e-mail

Le affermazioni del dottor Cutrone sono ovviamente giuste, ma non vedo come questo si colleghi alla domanda successiva, se non per il fatto che sottolinea indirettamente come alle diete ci dobbiamo pensare, e affidare, raramente.

Non mi risulta che ci siano algoritmi di comportamento raccomandati nel bambino dei primi mesi con dermatite atopica, né per quel che riguarda l'iter diagnostico né per quello terapeutico. Alle domande che mi pone darei queste risposte:

1. Il prick al latte vaccino e uovo credo vada fatto in tutti i casi. È semplice, si fa in un attimo, può farlo anche il pediatra di famiglia, e anche con una semplice goccia dell'alimento fresco (e quindi a basso costo). Quasi un bambino su due con dermatite atopica risulta positivo,

anche quando alimentato con latte materno esclusivo. Una positività non deve però automaticamente imporre la dieta alla nutrice o al bambino (vedi punto 2), ma è un indicatore sensibile di prognosi: serve a identificare i soggetti più atopici e più predisposti a sviluppare allergie respiratorie, e quindi quelli per i quali le misure ambientali di profilassi antiacaro sono irrinunciabili.

2. Indipendentemente dalla positività o meno del prick, l'esclusione del latte (dieta alla mamma o cambio di latte al bambino) va fatta solamente se la dermatite è troppo importante e non controllata dalla terapia topica (breve ciclo di steroidi topici, seguiti da attento e regolare trattamento idratante ed emolliente).

3. Una prick positività al latte in bambino allattato al seno può far prevedere, per ben che vada, un'accentuazione della dermatite all'introduzione del latte vaccino, e pertanto in questi casi sono solito consigliare il latte di soia e provare il latte vaccino più avanti, con un test di provocazione orale. La più o meno precocità di questo la decido anche basandomi sulla intensità della reazione cutanea, che ottengo con il prick al latte.

4. Nei bambini con dermatite atopica, l'uovo, le arachidi, le noci e nocciole, forse anche il pesce, vengono di norma ritardati a dopo l'anno e mezzo - due anni di età. Questa abitudine, pur comune in tutti i Paesi, non è basata su evidenze della letteratura, e non è nemmeno dettata dalla paura di nuove sensibilizzazioni, che oltre tutto sono molto improbabili dopo i sei mesi di vita (*Allergy* 1996;51:192), mentre probabilmente discende dal più schietto e ancestrale empirismo. Anche per le nostre nonne non era difficile infatti accorgersi che nei bambini con dermatite atopica le reazioni allergiche erano molto più frequenti quando questi alimenti venivano somministrati nei primi due anni di vita. Ma oggi, che facciamo il prick per alimenti, potremmo anche evitare queste restrizioni per gli alimenti ai quali il bambino risultasse prick negativo.

Desidererei conoscere i valori normali, i falsi positivi e negativi di transglutaminasi per quanto concerne la celiachia.

dott. Gianluigi Bertoli
via e-mail

Sono tutti parametri che dipendono dal kit che si usa. Sensibilità e specificità possono variare tra un kit e l'altro. Inoltre il riferimento dei falsi negativi può risentire della variabilità delle casistiche di celiaci di riferimento utilizzate. In generale, la sensibilità migliora più o meno leggermente quella degli EMA, soprattutto nei primi anni di vita, mentre la specificità è leggermente inferiore, ma ha il vantaggio di non dipendere dall'operatore come gli EMA. I kit che dosano anche gli anti-tTG IgG permettono di identificare anche celiaci con difetto di IgA.

A proposito di faringiti con essudato (le famose "placche"), a quanto io sappia non sono dovute solo allo Streptococcus pyogenes, ma anche a qualche altro batterio (ad esempio pseudomembrane da difterite, ormai scomparsa dal nostro Paese) e ad altri diversi virus (mononucleosi, tonsillite erpetica, citomegalovirus ecc.).

Visitando i nostri pazienti, si nota nelle mamme una paura esagerata: «Dottore, ha le placche!».

Vi chiedo, da dove parte questa paura? E, in caso di essudato, perché viene prescritto subito l'antibiotico, quando non sono già i familiari che, avendolo in casa, lo somministrano?

Quando non si ha la certezza clinica circa la natura streptococcica della flogosi, non sarebbe più corretto da parte nostra eseguire il test rapido? Se positivo, bene, se negativo eseguire l'esame culturale?

Cosa comporta ai fini della salute di un bambino la cura col solo antifebbrile per 2-3 giorni in attesa del risultato? È giustificata tanta fretta?

Pediatra di base, Feltre (BL)

Da cosa dipenda la paura delle placche non lo so, come non so perché viene somministrato immediatamente l'antibiotico, ma mi sembra difficile che direttamente o indirettamente tutto questo non derivi dai dottori. Certamente l'essudato da solo non è diagnostico di tonsillite da streptococco beta-emolitico (unico patogeno, differite a parte, per il quale va considerata la terapia antibiotica). Nell'età prescolare l'adenovirus è l'agente patogeno più comune, nell'età preadolescenziale/adolescenziale l'EBV (mononucleosi). L'esame colturale, preferibilmente test rapido (al letto del malato), dovrebbe guidare idealmente la diagnosi e la conseguente terapia. Fare l'esame colturale nei casi di test rapido negativo non mi trova invece d'accordo, perché vorrebbe dire farlo troppo spesso con inutile perdita di tempo e denaro. È oltre tutto molto difficile che una tonsillite streptococcica clamorosamente evidente, come per esempio quella con essudato, possa risultare negativa al test rapido. Attendere due-tre giorni non comporta certamente nulla di grave (per evitare il reumatismo basta arrivare prima dello scadere dei 10 giorni), ma se puoi sfebbrare subito, dopo 12 ore dall'inizio del trattamento antibiotico, è meglio. E poi anche una tonsillite streptococcica può sfebbrare spontaneamente in tre giorni, e magari dare successivamente il reumatismo, perché non trattata. Ricordo che

oggi il rischio di reumatismo è molto raro (uno su 20-100.000), ma anche che oggi un reumatismo su tre non ha precedenti febbrili.

In conclusione ritengo: a) che il tampone vada fatto tutte le volte che è ragionevole (cioè in caso di tonsillofaringite isolata, con o senza placche o placchette); b) che, fatto il test, la scelta antibiotico /non antibiotico è immediata; c) che i 3 giorni d'attesa non hanno, mai, in nessun caso, nessun significato (non vanno trasferite alla tonsillite le regole per l'otite!); d) che non si devono complicare le cose semplici.

Bambina di 8 anni con ematemesi: efficacia e dosaggio ottimale della ranitidina ev. Eventuale leucopenia e piastrinopenia sono dose-dipendenti? Dopo quanto tempo dalla sospensione del farmaco l'eventuale piastrinopenia o leucopenia è da imputare al farmaco?

Pediatra ospedaliero, Racalmuto (AG)

In una bambina con ematemesi la dose di ranitidina in vena è di 3-5 mg/kg da infondere in un paio d'ore; la dose poi può essere ripetuta a intervalli di 6-8 ore; in alternativa utilizzare l'omeprazolo per via endovenosa al dosaggio di 1 mg/kg da infondere in 30' (la dose può essere

ripetuta dopo 12 ore). Naturalmente è ovvio che, in caso di ematemesi, vanno effettuate altre procedure d'urgenza e, per quanto riguarda i farmaci da utilizzare, si deve pensare anche alla somatostatina in associazione all'inibitore dell'acidità gastrica.

Possibili effetti ematologici della ranitidina sono riportati tra le complicanze del farmaco; peraltro vi sono sporadiche segnalazioni in letteratura, non recenti. Nella nostra esperienza, piuttosto ampia e articolata, finora non c'è mai stata documentazione di un caso di piastrinopenia o leucopenia dipendente dalla ranitidina (anche in pazienti con nutrizione parenterale che assumono quotidianamente la ranitidina per via endovenosa da molti anni).

L'effetto, comunque piuttosto raro e più tipico, dei "vecchi" anti-H2 come la cimetidina, non sembra essere dose-dipendente, essendo un evento immunomediato che determina soppressione dei progenitori midollari, soprattutto quelli delle piastrine e della serie bianca. Dai dati della letteratura sembra comunque che l'evento sia reversibile, e che già dopo pochi giorni dalla sospensione del farmaco vi sia una ripresa midollare. Se in un paziente vi sono dei possibili fattori di rischio, segnaliamo come per l'omeprazolo tali effetti non siano ancora ben documentati.

CONFRONTI IN PEDIATRIA 2004

Tre domande allo specialista e... una tavola rotonda

Trieste 3-4 dicembre 2004

Dal pediatra all'esperto le tre domande essenziali, quelle di maggiore attualità, quelle che non hanno mai ricevuto adeguata risposta, quelle che accendono la controversia. Tre domande scelte con l'aiuto di tutti voi attraverso un sondaggio di Medico e Bambino.

Programma

Broncopneumologia: non solo asma • Dermatologia: gli inestetismi (angiomi, macchie, acne ecc.) • Epatologia: le epatiti
Ortopedia pediatrica: i problemi neonatali • Chirurgia pediatrica: i dubbi del pediatra • Medicina legale: doveri ed eccessi
Cardiologia pediatrica: ipertensione e altro • Neuropsichiatria infantile: epilessia 2004 • Genetica: quando, come e perché
Ginecologia pediatrica: i dubbi del pediatra • Il dolore: saper capire, saper prevenire, saper curare
Nutrizione: integratori, vitamine e probiotici: quando, come e perché • Pediatria d'urgenza: ustioni, ferite, avvelenamenti e altro
Il difetto di immunità: quando pensarci, come non sbagliare • Odontostomatologia pediatrica: non solo un problema di denti

Tavola rotonda

ECM: i crediti del diavolo?

Attenzione! Aiutateci a scegliere le tre domande di avvio di ogni confronto, spedendoci quelle che voi sentite come più importanti relativamente ai temi del convegno. Inviare per posta a Giorgio Longo o Alessandro Ventura (IRCCS "Burlo Garofolo", Via dell'Istria 65/1, 34137 Trieste) o meglio ancora per e-mail: longog@burlo.trieste.it, ventura@burlo.trieste.it

Questo convegno si fregia di non richiedere crediti ECM