

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

Ho letto che anche l'obesità è associata alla celiachia. Come è possibile, visto che nella celiachia il danno sta proprio nella mucosa intestinale? Da sempre avevo mentalmente escluso da questa ipotesi gli obesi, ditemi che non ho sbagliato.

Pediatra, Trento

Le segnalazioni di celiaci tra gli obesi non sono rare. Essere obesi non vuol dire essere ben nutriti. È possibile che un assorbimento selettivo sia comunque garantito (carboidrati) nel celiaco anche con mucosa atrofica. Ma è ancor più possibile che l'enteropatia del celiaco non sia grave né estesa e permetta a un individuo con abitudini alimentari errate di diventare obeso anche se celiaco.

E del resto, tutto questo non fa altro che sottolineare che solo raramente (un caso su 10) la celiachia si esprime clinicamente con la diarrea e la sindrome conclamata da malassorbimento. Paradossalmente, quindi, quella che era ritenuta un tempo la forma tipica di celiachia va oggi considerata la forma atipica in quanto più rara.

Ho da porvi due quesiti.

1) Quali indagini è necessario eseguire in un lattante di 10 mesi con fontanella anteriore ampia (3x3 cm), con sviluppo psicomotorio nella norma, oltre all'ecografia trans-fontanellare?

2) A quali problemi può andare incontro un lattante di 4 mesi con fontanella anteriore chiusa?

Quali indagini sarebbe, in tal caso, consigliabile effettuare?

dott. Guglielmo Ferraro
via e-mail

Una fontanella anteriore di quelle dimensioni, a 10 mesi, non è assolutamente patologica, ma rientra nella variabilità statistica.

Comunque, in tutti i casi, è sempre la circonferenza cranica più che le dimen-

sioni della fontanella a doverci guidare. Nel secondo caso invece il dubbio di una craniostenosi è obbligatorio.

Anche per la craniostenosi vale naturalmente la misurazione della circonferenza cranica e quella delle distanze occipito-glabbellare e bitragale (che dovrebbero essere uguali nel normale). Una TAC spirale permette oggi una diagnosi di certezza di craniostenosi, condizione che merita un intervento correttivo in centri specializzati.

La posologia del salbutamolo è la stessa sia che si usi il tradizionale apparecchio nebulizzatore (aerosol), sia che si usi lo spray con il distanziatore (spacer)?

dott. Angelo Adorni (Pediatra)
Collecchio (PR)

Una larga metanalisi di tutti i lavori che hanno confrontato nell'accesso acuto d'asma il salbutamolo somministrato con lo spray più distanziatore al salbutamolo somministrato con il nebulizzatore (aerosol) non ha evidenziato alcuna sostanziale differenza tra i due sistemi di erogazione. Nei vari lavori presi in considerazione (16 trial per un totale di 1000 pazienti trattati) il farmaco è stato però utilizzato con grande variabilità nel rapporto tra il dosaggio dello spray e quello dell'aerosol: variabilità da 1 a 1 fino a 1 a 10 (1).

Quanto sopra per dire che la risposta non è così banale o semplice come sembra, anche se in generale il rapporto di dose tra spray e aerosol più comunemente indicato è quello di 1:5. Questa variabilità non deve comunque sorprendere in quanto dipende da un fatto molto banale legato alla estrema variabilità nella efficacia nebulizzante degli apparecchi di aerosol in commercio. Se utilizzo un aerosol di buona qualità che produce goccioline di nebbia con diametro inferiore ai 5 micron e quindi in grado di raggiungere l'albero bronchiale, potrò usare una dose uguale a quella

erogata con lo spray; se, al contrario, il mio nebulizzatore è quello più "economico" che per fare una erogazione ci mette un quarto d'ora, allora la dose necessaria dovrà essere almeno 10 volte superiore.

La risposta al suo quesito è quindi la seguente: se l'aerosol viene fatto con un nebulizzatore di alta qualità, la dose di salbutamolo da utilizzare è la stessa che utilizza con lo spray più distanziatore.

Questa equivalenza è stata infatti ben dimostrata, in modo incontrovertibile, con il salbutamolo radiomarcato (2): sia con lo spray predosato e camera di espansione, sia con il nebulizzatore, la percentuale del farmaco erogato che arriva al polmone è identica: approssimativamente il 10% nei bambini sopra i 5 anni e del 5% in quelli sotto i 5 anni.

1. Cates C, Rowe BH. Holding chambers versus nebulisers for beta-agonist treatment of acute asthma. The Cochrane Library, 2000, 1,1.

2. Wildhager JH, Dore ND, et al. Inhalation therapy in asthma: Nebulizer or pressurized metered-dose inhaler with holding chamber? In vivo comparison of lung deposition in children. J Pediatrics, July 1999.

Ho letto e sentito che le vitamine date durante la fase acuta della malattia infettiva possono aiutare l'agente patogeno, per cui vanno semmai somministrate nel periodo di convalescenza. Ma dove e quali sono i lavori scientifici a tal proposito?

Pediatra di base
Nettuno (Roma)

Le giuro che questa non l'ho mai sentita. Anche quando dovessi usare un antibiotico, non c'è mai l'indicazione ad associare le vitamine, almeno con gli antibiotici comunemente usati per le comuni infezioni dell'età pediatrica e per i tempi usuali. Ma non credo che in nessun caso ci sia il problema di "dar una mano al microbo".

È arrivata in commercio la nuova formulazione di Augmentin sospensione orale e vorrei sapere cosa ne pensate. Rappresenta veramente un reale miglioramento rispetto alla vecchia formulazione da noi tutti ben conosciuta? Perché hanno voluto (dovuto?) cambiare il rapporto tra le due componenti, amoxicillina e acido clavulanico?

Pediatra di base
Vercelli

La nuova formulazione ha un rapporto tra amoxicillina e acido clavulanico più alto (7:1) rispetto alla precedente (4:1). Ma questa non è una novità particolare: basti pensare che nelle confezioni per adulti (comprese e bustine) il rapporto è sempre stato quello di 7:1 e che all'estero, nella maggior parte delle nazioni, la sospensione pediatrica è stata commercializzata da subito nella combinazione 7:1.

Con questo rapporto viene di fatto abbassata di molto la dose di acido clavulanico somministrata: con la vecchia formulazione al dosaggio di amoxicillina consigliato (40 mg/kg) si somministravano 10 mg di acido clavulanico; con la nuova formulazione al dosaggio consigliato di 45 mg/kg di amoxicillina se ne somministrano soltanto 6,5 mg/kg. Questa dose di acido clavulanico è sufficiente a neutralizzare le beta-lattamasi senza provocare i disturbi intestinali e in particolare la diarrea che è un effetto secondario molto frequente quando si arriva e si supera la dose di 10 mg/kg.

Con la nuova formulazione è inoltre possibile aumentare la dose di amoxicillina nelle infezioni più gravi o magari nell'ipotesi di un pneumococco resistente, senza incorrere obbligatoriamente nella diarrea da eccessiva quantità di acido clavulanico. Per aumentare la dose di amoxicillina, e non superare i 10 mg/kg/die di acido clavulanico, io personalmente adotto il sistema di somministrare la dose raccomandata ogni 8 ore invece che ogni 12 (in altre parole 3 al posto delle 2 dosi/die).

Ma un altro grande miglioramento è quello del sapore. Il retrogusto, legato all'acido clavulanico, della vecchia formulazione non era certamente gradevole. Nel nuovo Augmentin la maggiore diluizione e il nuovo aromatizzante alla fragola hanno completamente corretto il problema.

Mi sembra quindi che il nuovo "modello" sia oggettivamente una buona novità.

A due miei pazienti, rispettivamente di 11 e 4 anni, in buone condizioni di salute cugini, di primo grado tra loro, circa due anni fa è stata fatta diagnosi di macrotransaminasemia presso la Clinica Pediatrica "De Marchi" di Milano.

Desidero porLe, alcune domande:

- 1) sono state escluse cause metaboliche e infettive, potrebbero essercene altre?
- 2) gradirei sapere qualcosa in più sulla macrotransaminasemia;
- 3) ha carattere familiare, multifattoriale;
- 4) quale evoluzione può avere (i valori delle SGOT oscillano tra normale e 2 x normale)?
- 5) devo far eseguire controlli periodici?

dott.ssa Annagrazia Abadessa (Pediatra di famiglia)
Laterza (Taranto)

La macrotransaminasemia è una condizione acquisita, caratterizzata da un aumento isolato, moderato e persistente della AST (aspartato-amino-transferasi, ex transaminasi glutammico-ossalacetica), in assenza di elementi clinici suggestivi di una malattia epatica. La condizione di macro-AST appartiene alla problematica più ampia dei macro-enzimi, cioè di enzimi con un peso molecolare più elevato rispetto alla norma, a causa del loro essere complessati con altre molecole (di solito immunoglobuline di classe IgG e IgA). Queste macromolecole, non potendo essere filtrate dal glomerulo renale per l'elevato peso molecolare, rimangono in circolo, con il conseguente aumento della loro attività sierica. La macro-AST è una condizione relativamente poco conosciuta, oggetto spesso di indagini ingiustificate e ripetitive, di ospedalizzazioni e perfino di procedure diagnostiche invasive quali la biopsia epatica. La conferma della diagnosi richiede invece solo degli esami di laboratorio: una elettroforesi o un dosaggio dell'AST prima e dopo incubazione con polietilenglicole (PEG). Il PEG, infatti, precipita le macromolecole e, di conseguenza, l'attività residua dell'AST nel sovrantante risulterà significativamente ridotta.

Qual è il significato clinico di una macro-AST e più in generale di un macro-enzima? La presenza di macro-AST può essere di comune riscontro in bambini e giovani adulti sani e può persistere per mesi o anni senza significative alterazioni dello stato di salute. In alcuni casi la presenza di macro-AST è stata associata a malattie autoimmuni o a neoplasie. Macroenzimi possono essere presenti anche in corso di malattia celiaca.

Vorrei sapere di più sulle "broncopolmoniti di comunità". Poiché capita sempre più spesso di vedere bambini della stessa classe contrarre una broncopolmonite a distanza di poco tempo, quando è il momento di riammettere questi bambini? Quando VES e PCR sono tornati nella norma? Quando l'esame obiettivo si è negativizzato? Quando l'Rx torace è negativo (questo a volte diventa negativo dopo diverse settimane dall'episodio acuto).

Pediatra di base, Nettuno (Roma)

Quando la broncopolmonite è causata dai comuni germi presenti nel rinofaringe di ogni soggetto, come il pneumococco e l'*Haemophilus influenzae*, non è dovuta al contagio tra soggetto e soggetto, ma a fattori favorevoli individuali come può esserlo una infezione respiratoria virale (emblematica la broncopolmonite post-influenzale). Il discorso è diverso per le infezioni da *Mycoplasma* o *Chlamydia pneumoniae* in quanto questi germi possono essere causa di microepidemie con contagi interfamiliari (più tipici per il *Mycoplasma*) o tra coetanei (più facili per la *Chlamydia*). In tutti i casi un adeguato trattamento antibiotico (macrolide per *Chlamydia* e *Mycoplasma*) abbatte la contagiosità in pochi giorni (in altre parole appena il bambino si sfebbra e se la sente, può ritornare a scuola).

Nel caso di ritardo (10-15 giorni) nella consegna del referto della situazione HbsAg materna, è opportuno praticare immunoprofilassi passiva unitamente alla profilassi attiva nel neonato di madre HbsAg+?

dott.ssa Ofelia Limongelli (Pediatra ospedaliero)
via e-mail

Purtroppo quello di cui lei parla è un errore che capita abbastanza di frequente, che andrebbe assolutamente previsto, evitato e strenuamente combattuto. Esso è il frutto della grave, frequente incomunicabilità o scarsa comunicabilità, esistente fra i reparti di ostetricia e quelli di neonatologia. Prima di tutto è necessario iniziare la vaccinazione contro l'HBV il prima possibile ed essere rispettosissimi delle scadenze per le dosi successive, mentre in linea di massima le Ig specifiche non sono più indicate al di là del 7° giorno di vita.