

Le domande vanno inviate alla redazione preferibilmente via mail (e-mail: domanderisposte@medicoebambino.com) oppure per posta (via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste). Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale di *Medico e Bambino*, che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica.

Le domande di maggior interesse generale potranno essere pubblicate nella rubrica "Domande e Risposte". Per questo, è opportuno che il mittente segnali anche la città in cui lavora e la qualifica e/o il tipo di attività svolta.

Se, al contrario, non si desidera che il proprio nome venga indicato in calce al quesito posto, è sufficiente specificarlo.

Screening ecografico postnatale delle uropatie. *Relativamente al problema dell'ecografia alle vie urinarie come screening neonatale, chiedo se è veramente necessario farla quando l'eco fetale risulta nella norma e il bambino nei suoi primi tre mesi è stato sempre bene. Questo perché non di rado vengono riportate dilatazioni peliche, non significative, che incutono apprensione ai genitori e impongono (!?) ulteriori controlli, nonché esami urine e urinocolture (anch'esse gravate di non poche false positività), in occasione delle prime febbri.*

dott. Nunzio Lardaro

Pediatra di famiglia, San Felice a Cancelli (CE)

Lo screening ecografico postnatale delle uropatie, pur ancora eseguito in alcune realtà, spesso in associazione allo screening per la displasia dell'anca, non ha mai trovato giustificazione in letteratura visto lo sfavorevole rapporto costi/benefici. Questo è ancora più vero in questi ultimi anni con l'affinamento della diagnostica prenatale che è in grado di rilevare con ottima sensibilità la presenza di problemi nefrologici meritevoli di un follow-up dopo la nascita. Quindi, se le ecografie in gravidanza sono risultate nella norma, non c'è, a mio parere, alcuna indicazione ad eseguire uno screening ecografico dopo la nascita. L'esecuzione di un esame urine con stick urinario (e non l'urinocoltura) in caso di febbre è invece indicato per tutti i bambini dei primi due anni, soprattutto se non ci sono chiari segni di localizzazione, e che credo debba far parte integrante dell'esame clinico del bambino febbrile di quell'età.

Controllo sfinterico. *Una bambina di 3 anni, che ha sempre goduto di buona salute, da 2 mesi frequenta la scuola materna apparentemente senza alcun problema. In precedenza, dall'età di 10 mesi, ha frequentato l'asilo nido con piacere e interesse. Dall'estate scorsa, lasciata senza pannolino nell'intento di abituarla a comunicare il biso-*

gno di urinare e ad usare il vasino, la bimba trattiene le urine anche per 12 ore o più senza manifestare il bisogno di urinare. Invitata a urinare, si siede sul vasino dal quale si allontana dopo pochi minuti dicendo di avere urinato, ma in realtà senza aver emesso una sola goccia. Solo dopo che le viene messo un pannolino emette urina tanto abbondante da non essere contenuta nel pannolino stesso.

Di notte dorme indossando il pannolino e al risveglio il pannolino si presenta regolarmente intriso di urina. Ultimamente è successo che la piccola, all'asilo, "si sia bagnata" stando in piedi (perché "anche i maschi fanno pipì in piedi!").

Non so come poter affrontare la situazione che sta diventando sempre più ansiogena per i genitori.

Non mi sono mai trovato di fronte a un caso simile nella mia lunga esperienza professionale; per questo spero di avere qualche suggerimento su come affrontare il problema: "renitente alla minzione volontaria".

dott. Ferdinando Colombo

Pediatra ospedaliero in pensione

Il controllo sfinterico viene acquisito grazie al convergere di più fattori, come la maturazione neurofisiologica, il contesto culturale e quello relazionale.

Più nello specifico il tenersi puliti è di solito articolato sull'asse delle interrelazioni familiari e su quello dello sviluppo psico-affettivo del bambino.

Queste le premesse teoriche, ma per una risposta completa manca l'aspetto più importante e cioè la conoscenza della bambina e del suo contesto relazionale e familiare.

Premesso che il comportamento descritto non è poi così inusuale (almeno fra i bambini che afferiscono al nostro ambulatorio) in quanto espressione di una fase evolutiva, soprattutto in bambini in questa fascia di età, che iniziano a frequentare la scuola materna (che spesso è comunque, dal punto di vista emotivo, una fase di passaggio impor-

tante), credo (meglio ipotizzo) che questo atteggiamento della bambina, che pare più che altro oppositivo, possa essere sia in relazione alla risonanza emotiva che genera nel contesto familiare (la situazione che sta diventando sempre più ansiogena per i genitori) che allo stato emotivo della bambina generato dai necessari accomodamenti emotivi richiesti da questa fase di crescita (l'inserimento nella scuola materna; il confronto con i coetanei; il dover adattarsi a un contesto con regole diverse da quelle della famiglia; l'allontanamento, ancorché temporaneo, dalla famiglia ecc.).

Alla luce di quanto esposto, soprattutto per la non conoscenza di tutti gli elementi (per esempio un altro dato mancante è se la bambina ha qualche fratello/sorella), mi è difficile fornire consigli sensati, se non quello di parlare con la bambina, con un linguaggio ovviamente a lei comprensibile, dei cambiamenti in corso (un obiettivo potrebbe essere quello di rassicurarla, se ce ne fosse bisogno) e di non insistere troppo sulla necessità di dover far sempre la pipì nel vasino (per cercare di non generare situazioni di simmetria che di solito creano preoccupazioni, tensioni e aspettative che poi agiscono come un circuito chiuso) e assecondare i suoi tempi di acquisizione del controllo sfinterico.

Se, viceversa, sono presenti elementi di allarme sul versante comportamentale (difficoltà di relazione con i coetanei, disturbi del sonno, difficoltà di regolazione emotiva, difficoltà linguistiche?), allora potrebbe essere opportuno un controllo da un neuropsichiatra infantile.

Proctite benigna del lattante. *Sono la mamma di un bambino di tre mesi che all'età di 40 giorni ha iniziato a presentare ematochezia. Gli episodi all'inizio si presentavano circa 1-2 volte a settimana, poi la frequenza è aumentata fino ad avere 1-2 pannolini/die con piccole striature di sangue. Al primo episodio la mia pediatra ha prescritto a me dieta priva di latte e uova e per lui, al bisogno, le aggiunte di latte Nutra-*

migen 1. Dopo un mese di terapia, non avendo ottenuto nessun risultato, si sono eseguiti esami colturali: Giardia, Salmonella, Yersinia, Shigella e Campylobacter, risultati tutti negativi, come pure l'eco addome. Dopo un mese di Nutramigen, vista anche la riluttanza del bimbo a bere l'idrolisato, abbiamo ripreso la dieta libera, ma con basso carico di proteine del latte per me e per lui: latte Humana 1, senza peggioramento della sintomatologia. Capita ancora di trovare pannolini con striature di sangue, ma con frequenza minore. Clinicamente il bimbo cresce bene; non manifesta dolore o coliche, ma spesso presenta una grave dermatite da pannolino, a volte complicata da Candida.

Una mamma

I sintomi del suo bambino sono quelli di una "proctite benigna del lattante" che rappresenta un problema relativamente comune nei primi mesi di vita, specialmente nei bambini allattati al seno o con allattamento misto. È una condizione che è stata variamente etichettata con i sinonimi di "colite allergica", "proctite benigna", "proctite eosinofila" o, ancora, "proctocolite indotta dal latte materno". Certamente è un problema che, malgrado la sua benignità, preoccupa molto i genitori e talvolta anche il medico curante, nonostante la diagnosi differenziale con quadri clinici più impegnativi, oltre che molto più rari (una malattia infiammatoria cronica dell'intestino), sia facile in quanto il bambino con proctite allergica, a differenza degli altri casi, è sempre in buone condizioni generali. Il fatto che il suo bambino stia crescendo bene è pertanto la cosa più importante.

La natura strettamente allergica del problema e con questa l'utilità della dieta senza latte vaccino alla nutrice, o al bambino, rimane ancora controversa; tuttavia un tentativo empirico, come già suggerito dalla sua pediatra, sembra ragionevole specie nei casi con sanguinamento più insistente. Come unico accertamento potrebbe fare un emocromo per verificare che non si stia anemizzando. Il consiglio è comunque quello di non preoccuparsi e attendere la naturale evoluzione verso la spontanea risoluzione.

La desensibilizzazione dopo il TPO. Mio figlio, che ora ha due anni, con lo svezzamento ha mangiato una crema multicereali (ingredienti: frumento, mais, riso, orzo, avena) e, dopo pochi minuti, ha presentato uno shock anafilattico con ricovero in Ospedale e necessità di cortisone e adrenalina. Così sono state descritte le sue condizioni all'arrivo al Pronto Soccorso: "Aspetto sofferente, respiro dispnoico con tosse insistente; pallore cutaneo spiccato; congiuntivite eritematosa ed edema periorale e periorbitario; broncospasmo diffuso; toni cardiaci validi e ritmici con FC di 70 b/min". Ha eseguito in periodi successivi indagini allergologiche che hanno confermato una sensibilità allergica al solo frumento (RAST per glutine 5,29 kU/l e RAST per frumento 3,95 kU/l). Da allora pratica una dieta priva di glutine. All'Ospedale di riferimento non sono stati chiari sul da farsi e pertanto, considerato il peso di questa dieta, mi rivolgo a voi per un parere su come posso meglio affrontare e risolvere il problema di mio figlio.

Una mamma

Suo figlio è allergico al frumento (il glutine è la proteina principale del frumento). La reazione anafilattica l'ha avuta a 7 mesi; pertanto, oggi che ha due anni, potrebbe/dovrebbe fare un test di scatenamento per verificare la persistenza e il grado della sua allergia. Ricordo infatti che di norma l'allergia alimentare, che si manifesta nel primo anno di vita, tende progressivamente a regredire, per storia naturale. A volte lo fa lentamente, a volte più velocemente, e senza riprovare a dare l'alimento non lo si può sapere anche perché il test cutaneo, o il RAST, possono rimanere positivi anche anni dopo che il bambino ha superato la sua allergia. Il test di scatenamento, o test di provocazione orale (TPO), che inizia con la somministrazione di dosi molto basse di alimento per aumentare in raddoppio ogni 20 minuti circa, si fa in ambiente protetto, con un day hospital, perché, pur rara, vi è la possibilità di incorrere in una reazione allergica anche grave (suo figlio, a giudicare dal RAST, non sembra però particolarmente allergico e ritengo improbabile che possa presentare gravi reazioni). A Trieste, nel caso il

TPO risulti positivo, ma a dosi non troppo basse, manteniamo l'alimento nella dieta di ogni giorno partendo dalle dosi tollerate, così da avviare un percorso di desensibilizzazione orale che porta, di norma, ad acquisire la tolleranza in pochi mesi. Non tutti adottano però questa politica "interventista" e, se il TPO risulta positivo, anche se la dose che determina la reazione è relativamente alta, raccomandano di riprendere la dieta di esclusione, consigliando un nuovo TPO dopo un anno.

Quando introdurre il glutine nella dieta del neonato a rischio di celiachia? Quale è il follow-up che deve seguire il figlio di madre celiaca e a che epoca si può introdurre il glutine?

Vincenza Mastroianni
Pediatra di base, Margherita di Savoia (BT)

Il follow-up può seguire due strade: 1) eseguire indicativamente ogni tre anni (o comunque alla comparsa di sintomi suggestivi per celiachia) la ricerca degli anticorpi anti-transglutaminasi oppure 2) limitare questa ricerca ai soli soggetti risultati positivi all'indagine genetica per HLA di classe seconda DQ2 o DQ8.

Non c'è alcuna indicazione temporale per introdurre il glutine nel corso dello svezzamento. Gli alimenti contenenti glutine possono costituire da subito la dieta dello svezzamento anche in soggetti a rischio di celiachia. Uno studio, coordinato dal prof. Catassi e finanziato dall'Associazione Italiana Celiachia, dimostrerebbe che una ritardata introduzione del glutine (8° - 12° mese di vita) in neonati a rischio di celiachia postpone di alcuni anni la comparsa di sintomi e l'evidenza degli anticorpi specifici rispetto a neonati con lo stesso rischio svezzati entro il sesto mese di vita con alimenti contenenti glutine. Posticipare l'incontro con il glutine a neonati a rischio di celiachia non offre pertanto alcun vantaggio, sposta in avanti nel tempo la diagnosi e nulla più. In altre parole sembra attardare la forza infiammatoria del glutine e il conseguente quadro clinico, ma questo comporta anche il rischio di non riconoscere e diagnosticare in tempo utile questi bambini.