

MeB – Pagine Elettroniche

Volume VI

Aprile 2003

numero 4

AVANZI

Novità, riflessioni, contributi e proposte

a cura di Giorgio Bartolozzi

LA DIETA MEDITERRANEA NON È LA PIÙ ADATTA PER TRATTARE L'OBESITÀ?

Ormai, anche nel nostro Paese, il sovrappeso e l'obesità sono sempre più frequenti; negli Stati Uniti, dove il fenomeno viene attentamente studiato, dal 1999 a oggi il numero è quasi raddoppiato, passando dal 12 al 22% dei bambini e degli adolescenti. Poiché all'inizio l'aumentato consumo di grassi nella dieta venne considerato come la causa dell'obesità, durante l'ultima decade grande attenzione è stata posta da pediatri e dietologi nel ridurre l'apporto di grassi nella dieta. Ma questo provvedimento non ha sortito alcun effetto, perché la prevalenza dell'obesità è continuata ad aumentare. La riduzione dei grassi nella dieta è stata accompagnata da un concomitante aumento nel consumo dei carboidrati, che ha richiamato l'attenzione sul ruolo dei carboidrati nella dieta e sull'indice glicemico (IG) dei cibi.

I cibi che hanno un rapido aumento della glicemia sono classificati ad alto IG e quelli che determinano una minima fluttuazione della glicemia sono indicati come a basso IG. Le diete con basso IG hanno non solo una riduzione postprandiale della glicemia, ma anche una minor risposta insulinica, migliori profili lipidici, aumentata sensibilità all'insulina e ridotta lipogenesi, in confronto alle diete ad elevato indice glicemico. L'IG delle diete ricche in carboidrati sembra giocare un ruolo importante nelle risposte metaboliche ed endocrine e di conseguenza può avere un effetto significativo sul rischio di malattie cardio-vascolari, sul diabete di tipo 2 e sull'obesità. Le diete basse in IG possono essere specialmente utili nei bambini e negli adolescenti obesi.

Per ricercare se le diete a basso IG determinano risposte metaboliche, ormonali e di sazietà, diverse da quelle che si osservano con diete ad alto IG, sono stati studiati 16 adolescenti (8 maschi e 8 femmine) obesi (IMC rispettivamente di 33,65 e 35,24) (Ball S.D. et al., *Pediatrics* 2003, 111:488-94), sottoposti alternativamente a diete diverse. Dallo studio si ricava che si ha una differente risposta insulinica a seconda della dieta e che si manifesta un prolungamento del senso di sazietà quando siano stati somministrati cibi con basso IG (latte, cioccolato, uova, formaggi, prosciutto). Gli autori ritengono che la prolungata sazietà associata con i cibi a basso IG può rappresentare un metodo efficace per ridurre l'introito calorico e per ottenere un controllo del peso per lunghi periodi di tempo.

L'USO DEL SUCCHIOTTO CONTRASTA CON L'ALLATTAMENTO AL SENO NEL PERIODO NEONATALE

La sensazione che l'uso precoce del succhiotto riduca il ricorso all'allattamento al seno esclusivo nel periodo neonatale e anche successivamente è comune a molti pediatri. Una prova di questo cattiva influenza la si ricava da una pubblicazione (Howard C.R. et al., *Pediatrics* 2003, 111:511-8) che riguarda 700 neonati a termine, allattati al seno. E' risultato che l'uso del succhiotto nel periodo neonatale esercita un effetto negativo sull'allattamento esclusivo al seno e in generale sull'allattamento al seno, sia immediato che a distanza. Al di là del periodo neonatale (28 giorni di vita) l'influsso del succhiotto è meno evidente.

LA PULSOSSIMETRIA COME SCREENING DELLA MALATTIA CONGENITA DI CUORE NEL NEONATO ASINTOMATICO

In un neonato sintomatico il sospetto di malattia congenita cardio-vascolare (MCCV) è relativamente facile. Netamente più difficile il sospetto in neonati asintomatici. L'uso routinario della pulsossimetria permette in modo semplice, non invasivo e non costoso, di giungere ad un sospetto diagnostico di MCCV (Koppel R.I. et al., *Pediatrics* 2003, 111:451-5). Su 11.281 neonati asintomatici sono stati trovati 3 casi di MCCV (2 con ritorno venoso anomalo e 1 con tronco arterioso): la sensibilità della pulsossimetria è stata del 60%, con una specificità del 99,95%, un valore predittivo positivo del 75%, un valore predittivo negativo del 99,98% e un'accuratezza del 99,97%. Gli autori ritengono che la pulsossimetria possa essere usata come metodo di screening di MCCV in neonati asintomatici.

BECLOMETAZONE PER VIA NASALE E IPERTROFIA ADENOTONSILLARE

L'ipertrofia adenotonsillare, tale da condizionare un'apnea ostruttiva nel sonno (AOS), una otite media ricorrente ed una sinusite cronica, è una delle più frequenti indicazioni per l'adenotonsillectomia. Pediatri e otorini dell'Università di Napoli (Criscuoli G. et al., *Pediatrics* 2003, 111:e236-8) hanno studiato l'effetto di un trattamento per 4 settimane, in cieco, di beclometazone in soluzione acquosa (400 g/die) e di soluzione fisiologica; successivamente è stato condotto uno studio per 24 settimane con beclometazone alla dose di 200 g/die in tutti i bambini. Essi sono stati seguiti poi per 100 settimane per valutare il grado di ostruzione nasale e la frequenza dell'adenotonsillectomia. Nei 53 bambini trattati per 4 settimane, l'ostruzione nasale si è ridotta del 45% entro due settimane, mentre nessun miglioramento è stato notato nei soggetti trattati con soluzione fisiologica. Il trattamento prolungato a dose più bassa ha ugualmente portato a un netto miglioramento

clinico dopo 52 e 100 settimane e ad una riduzione dell'adenotonsillectomia. Se questi dati saranno confermati, il trattamento con steroidi per via nasale rappresenterà per alcuni bambini un mezzo efficace per evitare l'adenotonsillectomia.

DOSAGGI ELEVATI DI ANTIBIOTICI, PER BREVI PERIODI RIDUCONO LA RESISTENZA DELLO PNEUMOCOCCO

I bambini spesso albergano nel loro naso-faringe lo *Streptococcus pneumoniae* in modo assolutamente asintomatico. Lo stato di portatore può passare a malattia pneumococcica: dall'otite media acuta alla polmonite, fino alla batteriemia e alla meningite. Molti studi hanno identificato nel sempre più largo uso di antibiotici un fattore di rischio nell'indurre resistenza degli pneumococchi e nel determinare infezioni invasive da pneumococchi resistenti. L'uso di dosi elevate e per brevi periodi di tempo di antibiotici è stato di recente proposto come un mezzo per ridurre la diffusione di pneumococchi resistenti nei casi in cui si ritenga necessario il trattamento. Per determinare la validità di questa impostazione, è stato condotto uno studio in bambini da 6 a 59 mesi, che erano stati trattati con antibiotici per malattie delle vie aeree (**Schrag S.J. et al., JAMA 2001; 286:49-56**). Questi sono stati suddivisi in due gruppi: uno che aveva ricevuto amoxicillina 90 mg/kg/die, in due dosi per 5 giorni e l'altro 40 mg/kg/die per 10 giorni. A distanza di 28 giorni la presenza di pneumococchi non sensibili nel naso fu significativamente più bassa nei bambini che avevano ricevuto un trattamento di breve durata a dosi alte (rischio relativo 0,77; $P=0,03$). Dosi alte per brevi periodi rappresentano quindi una modalità di trattamento per ridurre i rischi di pneumococchi antibiotico-resistenti.