

MeB – Pagine Elettroniche

Volume VI

Maggio 2003

numero 5

AVANZI

Novità, riflessioni, contributi e proposte

a cura di Giorgio Bartolozzi

L'Accademia Americana di Pediatria (**Gartner L.M. et al., *Pediatrics* 2003, 111:908-10**) ha emanato nuove raccomandazioni per l'apporto di vitamina D per la prevenzione del rachitismo. Al posto delle 400 UI/die, raccomandate nel passato, le nuove linee guida per i lattanti prevedono la somministrazione di almeno 200 UI/die di vitamina D, necessarie per prevenire i segni clinici del rachitismo e per mantenere il livello sierico di 25-idrossi-vitamina D a 27,5 nmol/L (11 ng/L) o più. Anche per i bambini di età superiore all'anno e per gli adolescenti l'Accademia Nazionale delle Scienze degli USA ha stabilito lo stesso dosaggio. Ovviamente l'esposizione alla luce del sole fornisce nei bambini e negli adolescenti un ulteriore apporto di vitamina D, anche se dermatologi ed esperti del cancro consigliano cautela nell'esposizione alla luce del sole, specialmente nell'infanzia: ovviamente le creme protettive riducono di molte volte la produzione di vitamina D da parte della cute. Gli allattati al seno che non ricevono i supplementi di vitamina D o che non sono adeguatamente esposti alla luce del sole sono ad aumentato rischio di sviluppare rachitismo da deficienza di vitamina D. Il latte materno contiene solo 25 UI/L di questa vitamina, o anche meno, per cui non si può pensare che esso ne rappresenti l'unica fonte per il lattante dei primi mesi. Poiché non v'è alcuna certezza sull'esposizione al sole, sembra prudente raccomandare che tutti gli allattati al seno ricevano un supplemento di vitamina D, iniziando dai primi mesi di vita. La gran parte dei latti in polvere contiene una concentrazione minima di 400 UI/litro e si può evincere che, se un bambino prende almeno 500 mL di latte formulato al giorno, viene a ricevere la dose di 200 UI di vitamina D, più sopra raccomandata. Se il bambino riceve meno di 500 mL di latte formulato, deve essere aggiunto un supplemento di vitamina D, come preparato multivitaminico.

Da tutto questo ne consegue, da un punto di vista pratico, che la prescrizione di gocce di un preparato multivitaminico (con 1.000 UI/vitamina D -colecalciferolo- ogni 24 gocce), se aderiamo alle linee guida della Accademia Americana di Pediatria, deve essere di 5 gocce, invece delle 10, come abbiamo fatto fino ad oggi.

Le linee guida di altri Paesi (Cina, Norvegia) sono pure in accordo con questo studio.

Il trattamento dell'ipercalcemia da intossicazione da vitamina D prevede la somministrazione di liquidi per EV, diuretici, glicocorticoidi e calcitonina. Per l'esperienza accumulata nel trattamento dell'ipercalcemia dell'adulto con bifosfonati, è stato usato questo farmaco per il trattamento in un bambino di 3 mesi che aveva ricevuto 300.000 UI di vitamina D

al giorno per 4 giorni, fino alla comparsa della sintomatologia caratteristica (perdita dell'appetito, sete intensa, letargia, stipsi marcata). L'impiego di 10 mg inizialmente e poi di 5 mg di alendronato al giorno (per 18 giorni) ha ridotto gradualmente la calcemia fino a ricondurla ai livelli normali. A distanza di sei mesi il bambino era in buone condizioni con un livello calcico normale.

Per valutare le conseguenze del vaccino eptavalente coniugato contro lo pneumococco (approvato negli USA nel febbraio 2000) è stata fatta condotta un'indagine epidemiologica fra i bambini con malattia invasiva da pneumococco, ricoverati nell'ospedale di Pittsburg (**Lin P.L. et al., *Pediatrics* 2003, 111:896-9**). I casi di malattia invasiva in bambini da 3 a 36 mesi scesero da 57 nel 1997-8 (anni prima della vaccinazione) a 9 nel 2001-2; i batteri che dettero le forme invasive nel 2002 non erano del tipo presente nel vaccino e quindi non potevano essere prevenuti con uso del vaccino eptavalente. All'uso del vaccino si è associata una significativa riduzione dello stato di portatore naso-faringeo per i tipi presenti nel vaccino. Alla diminuzione delle forme invasive si è associata una riduzione nell'incidenza delle infezioni da pneumococchi antibiotico-resistenti. Gli autori sottolineano la necessità di una continua sorveglianza, per identificare tempestivamente un'eventuale prevalenza di tipi diversi da quelli contenuti nel vaccino, responsabili di malattie invasive del bambino.

E' stato rilevato che fra gli anni 1963-70 e gli anni 1988-94 si è avuta un'anticipazione del menarca di due mesi e mezzo. Poiché nello stesso intervallo di tempo l'indice di massa corporea nelle ragazze da 10 a 15 anni, è passato dal 16% al 27%, alcuni ricercatori (Anderson S.E. et al., *Pediatrics* 2003, 111:844-50) ritengono che il fenomeno dell'anticipazione del menarca possa essere collegato all'aumento nell'incidenza del sovrappeso e dell'obesità fra le ragazze degli Stati Uniti.

L'età alla quale è consigliabile iniziare l'uso del vasino è incerta: alcuni consigliano di iniziare già al compimento del secondo anno di età, altri preferiscono aspettare i 3 anni. In un vasto studio prospettico è stato visto che è vero che l'inizio più precoce della abitudine al vasino si accompagna spesso all'acquisizione dell'uso costante del vasino, ma è stato anche visto che tentativi iniziati intorno ai due anni di età richiedono un periodo più lungo di istruzione (Blum N.J. et al., *Pediatrics* 2003, 111:810-4). Gli autori concludono che l'età di 27 mesi (cioè due anni e 3 mesi) è la migliore per iniziare l'esercitazione all'uso del vasino e quella che richiede un tempo più breve per raggiungere una completa educazione.

Autori italiani (**Ardissimo G. et al., *Pediatrics* 2002, 111:e382-7**), sulla base di un registro riguardante una popolazione totale di 16,8 milioni di bambini, hanno rilevato che l'incidenza media dell'insufficienza renale cronica (<75 mL/min/1,73m² in predialisi), in soggetti al di sotto dei 20 anni, è di 12,1 casi per milione (da 8,8 a 13,9). L'e-

tà media al momento della registrazione è di $6,9 \pm 5,4$ anni, mentre la media della creatinina clearance è di $41,7 \pm 20,5$ mL/min/1,73m². Le cause principali che hanno condotto all'insufficienza renale cronica sono state le malformazioni delle vie urinarie (53,6%) e l'isodisplasia isolata (13,9%), mentre le malattie glomerulari sono solo il 6,8%. Il 23,6% dei pazienti registrati aveva almeno una malattia grave associata alle alterazioni urologiche. Una caduta della funzionalità renale avviene alla pubertà o nell'immediata postpubertà, per cui il 70% dei soggetti presenta un'insufficienza renale terminale entro l'età dei 20 anni.