

## MeB – Pagine Elettroniche

Volume VI

Settembre 2003

numero 7

## AVANZI

## Novità, riflessioni, contributi e proposte

a cura di Giorgio Bartolozzi

La pubblicazione (*Cheng Y. et al., N Engl J Med 2003, 349:831-6*) riguarda la porpora trombocitopenica immune (PTI) dell'adulto, che pur essendo diversa sotto molti aspetti prognostici da quella del bambino ha molti punti patogenetici e clinici in comune. Vengono trattati 125 pazienti affetti da PTI (numero medio delle piastrine  $12.200 \pm 11.300$ ), con 40 mg al giorno di desametasone per bocca, per 4 giorni consecutivi: 106 (85%) di questi pazienti rispondono bene al trattamento con un numero di piastrine, dopo 7 giorni, di  $101.400 \pm 53.200$ . 53 di questi 106 soggetti (50%) mantengono una buona risposta, mentre gli altri 53 hanno una ricaduta entro 6 mesi dal trattamento, di cui la maggior parte (94%) nei primi 3 mesi. Una conta delle piastrine inferiore alle  $90.000/\text{mm}^3$  al 10° giorno si associa a un alto rischio di ricaduta. Il trattamento è stato sempre ben tollerato. Nell'editoriale (*George J.N., Vesely S.K., N Engl J Med 2003, 349:903-4*) vengono espresse molte perplessità per un trattamento del genere e viene suggerito di allargare la casistica e di seguire i pazienti più a lungo. Gli ematologi pediatri, d'altra parte, raccomandano di non trattare i bambini con forme non gravi di PTI e di utilizzare le immunoglobuline standard per via venosa nelle forme gravi, poichè la risposta è in generale soddisfacente.

Nel luglio 1997 la Food and Drug Administration ha approvato l'uso della stimolazione intermittente del nervo vagale sinistro come terapia aggiuntiva per ridurre la frequenza delle convulsioni in adulti e in bambini di età superiore ai 12 anni, con convulsioni parziali refrattarie ai farmaci antiepilettici. Per vedere l'effetto pratico di questo nuovo tipo di trattamento anche in soggetti più giovani sono stati studiati 100 pazienti, con un'età media di 10,4 anni, con 8,5 anni di epilessia e con un numero totale di terapie antiepilettiche di 8,4 (*Murphy J.V. et al., Arch Pediatr Adolesc Med 2003, 157:560-4*). Questi soggetti avevano in media un attacco epilettico al mese. Il 45% di loro ebbe una riduzione delle crisi di oltre il 50% e il 18% non ebbe convulsioni per almeno 6 mesi. Gli effetti collaterali del trattamento furono pochi, specialmente nei soggetti di età inferiore ai 12 anni. Si conclude che la stimolazione del vago rappresenta un trattamento relativamente sicuro e potenzialmente efficace per il trattamento dell'epilessia grave intrattabile.

Tenendo conto dell'aumentata prevalenza dell'obesità nel bambino e nell'adolescente e delle sequele che questa situazione comporta, sono state tentate nuove strade per modificare l'alimentazione. Una dieta molto povera di carboidrati (altrimenti detta chetogenica), come una dieta semplicemente povera di carboidrati o una dieta povera di grassi si sono

dimostrate ben tollerate ed efficaci nel promuovere una perdita di peso sia nei bambini, che negli adolescenti e negli adulti. E' stato condotto uno studio per confrontare una dieta povera di carboidrati con una dieta povera di grassi: in ambedue i gruppi la dieta non era ristretta ed era stata continuata per 12 settimane (*Sondike S.B. et al., J Pediatr 2003, 142:253-8*). Con la dieta povera di carboidrati è stata notata una maggiore perdita di peso ( $p > 0,05$ ) e un miglioramento dei livelli di colesterolo non HDL ( $p < 0,05$ ). Si conclude che una dieta povera di carboidrati è un metodo efficace per la perdita di peso a breve termine negli adolescenti obesi e che non è pericolosa per quanto riguarda il profilo lipidico.

Alcuni pediatri non consigliano il supplemento di vitamina D negli allattati al seno, soprattutto nei mesi estivi. Questo comportamento non sembra corretto alla luce di recenti ricerche eseguite negli Emirati Arabi (*Dawodu A. et al. J Pediatr 2003, 142:169-73*). Lo studio è stato condotto in 78 lattanti sani, allattati esclusivamente al seno, alla 6° settimana di vita e appartenenti a una comunità nella quale era bassa l'esposizione al sole delle madri. Il 61% delle madri e l'82% dei lattanti aveva i segni umorali di ipovitaminosi D (bassa concentrazione di 25OH-D3, elevati livelli di fosfatasi alcalina e tendenza ad avere alti livelli di paratormone). Si conclude che l'ipovitaminosi D è comune anche in estate negli allattati al seno e nelle loro madri. Questi dati forniscono una giustificazione alla supplementazione con vitamina D sia nei bambini allattati esclusivamente al seno che nelle loro madri.