

Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica:

ALLERGIOLOGIA, 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

**Qual è la terapia proponibile per la "Restless Legs Syndrome" (RLS)? Una mia paziente di 5 anni ne è molto disturbata e il sonno ostacolato.**

Pediatra di base, Vicenza

La RLS isolata è classificata nella "famiglia" delle parasonnie (come il bruxismo, la jactatio capitis ecc.), ovvero è descritta in comorbilità con l'ADHD.

Se isolata, la terapia consigliata è a base di benzodiazepine (diazepam o clonazepam che pare essere più efficace), carbamazepina e L-dopa (solo nell'adulto però). Se è associata ad altre situazioni patologiche, la terapia dovrebbe essere quella della malattia di base.

**Un fenomeno molto frequente è la stipsi del lattante con allattamento formulato. Qual è l'approccio migliore? I nuovi latenti anti-stitichezza, quelli con pre o probiotici, gli HA, il lattuloso? E che dire degli interventi "popolari" quali l'acqua di orzo per diluire la polvere o l'introduzione precoce di succo di pera?**

Pediatra dell'ARP Vicenza

Nella stipsi del lattante alimentato con latte artificiale la soluzione migliore rimane il lattuloso al dosaggio di 0,7-1 g/kg, modulando la dose in base agli effetti terapeutici ottenuti senza timore di far danno; in generale comunque il problema tende a migliorare con lo svezzamento con l'aggiunta all'alimentazione di cibi ricchi di fibre (verdure ecc.).

**Ho in cura un bambino di 6 anni con asma intermittente lieve e rinocongiuntivite allergica a maggio-giugno e polisensibilizzazione (acari, alberi, graminacee). Il consiglio di un allergologo (non pediatra) consultato spontaneamente dai genitori è di intraprendere terapia iposensibilizzante sub-linguale per graminacee (40%), erba canina (10%), betulla (20%), ontano (10%) e**

**infine nocciolo (20%). Voi cosa ne pensate?**

Pediatra di base; Valdagno (VI)

Il mescolare nello stesso vaccino più allergeni è abitudine da censurare perché porta a un frazionamento delle dosi di ogni singolo allergene con la conseguente perdita di attività del vaccino. Se poi consideriamo che l'immunoterapia specifica per via sublinguale è di norma meno efficace (anche quando fossero impiegate dosi elevatissime di allergene), penso proprio che quei poveri genitori butteranno al vento soldi e fatica. Ma, a parte questo, l'indicazione all'immunoterapia specifica deve essere sempre attentamente valutata nel rapporto costi/benefici. Mi viene pertanto difficile, sulla base dei pochi elementi clinici forniti, dare un parere sull'indicazione o meno al vaccino (che in ogni caso farei iniettivo).

**Un mio piccolo paziente deve eseguire un intervento ortodontico. Necessita di una sedazione ambulatoriale. Cosa consigliate? Ho sentito parlare del midazolam. È reperibile in Italia? Ci sono delle alternative?**

dott. Giulio Ferrari, Arzignano (VI)

Il midazolam è in commercio in Italia, *Ipnovel* fiale da 1 ml 5 mg e 3 ml 15 mg. È una benzodiazepina con azione sedativa e amnesica, ampiamente utilizzata nel bambino. La dose orale è di 0,5 mg/kg una ventina di minuti prima dell'inizio della procedura, riduce la percezione del disturbo, il ricordo dell'evento, e rende la procedura meglio tollerabile. L'efficacia assoluta (intesa in termini di immobilità e cooperazione complete) è relativa (attorno al 60% circa), ma rende peraltro le cose più facili.

L'intervento ortodontico presenta delle peculiarità in termini di sedazione (l'ortodontista lavora sulla bocca e "competente" con chi si deve occupare della per-

vieta delle vie aeree), che devono anche tenere conto del tipo di procedura (rischio di sanguinamento, grado di immobilità richiesto) e del tipo di paziente (fattori di rischio per perdita di pervietà delle vie aeree). Per queste procedure di una certa complessità vengono eseguite esclusivamente in ambito ospedaliero, con un'anestesia strutturata. Le possibili alternative (ketamina, propofol) devono comunque confrontarsi tutte con le problematiche sopra esposte.

**Bronchiolite obliterante in bambina di 24 mesi. Cosa si conosce in merito a tale patologia?**

**Quali sono il trattamento farmacologico e la prognosi?**

Pediatra di base, Sassari

La bronchiolite obliterante è caratterizzata da un danno ostruttivo secondario alla eccessiva formazione di tessuto di granulazione nei bronchioli e nelle terminazioni bronchiali più piccole, a seguito di lesioni bronchiali di varia natura che, soprattutto nel bambino, rimangono il più delle volte indefinite. In singoli casi la loro natura autoimmune è convincentemente dimostrata e, in linea generale, la si considera una patologia iper-immune.

La gran parte dei casi pediatrici sono stati almeno temporalmente collegati a infezioni (morillo, influenza, adenovirus, micoplasma e pertosse). Nell'adulto molti casi sono da inalazione di sostanze chimiche irritative/corrosive, ma anche da farmaci (penicillamina) o da malattie del collagene. È segnalata, infine, la possibilità di bronchiolite obliterante nei soggetti immunodepressi (HIV o immunodeficienza comune variabile).

Clinicamente si presenta come una qualsiasi patologia bronchitica dispneizante (tosse secca o catarrale, a volte febbre, dispnea senza apparente risposta alla terapia broncodilatante) che viene diagnosticata come "bronchite",

“bronchiolite” o “broncopolmonite”. Dopo un periodo iniziale caratterizzato da alti e bassi, la sintomatologia diventa sempre più persistente, e la dispnea, specie da sforzo, si fa ingravescente. La radiografia del torace può evidenziare un quadro simil-miliare tubercolare, ma può anche risultare “normale”, mentre con la TAC ad alta risoluzione vengono di norma ben definite la sede e la natura del problema. Alla spirometria prevale la componente ostruttiva, ma vi è sempre associato anche un deficit restrittivo.

L'unico intervento che si è dimostrato utile è il cortisone per via sistemica (prednisone 1 mg/kg il primo mese; poi, se la malattia è stabile o in miglioramento, il farmaco andrebbe scalato lentamente e mantenuto per almeno 6 mesi).

Accanto a forme rapidamente evolutive, che possono condurre a morte nel giro di qualche settimana, nella maggior parte dei pazienti si assiste a un buono e stabile miglioramento clinico, in alcuni casi però con un persistente e irreversibile danno ostruttivo.

**Mio figlio di 15 anni, pluripositivo agli inalanti sin dall'età di tre anni, a un recente controllo presenta prik test positivi per parietaria, graminacee, olivo, Dermatophagoides pteronissinus e fari-nae, pelo di gatto e cane, e altro, con i RAST VI classe per parietaria e IV classe per olivo, graminacee e acaro. Il ragazzo ha una rinite quasi tutto l'anno, e presenta qualche crisi asmatica in primavera. A parte una terapia protet-**

**tiva con antistaminici e corticosteroidi locali (che certo non può fare tutto l'anno) vale la pena fare un tentativo di immunoterapia sublinguale per parietaria, considerando che in Sicilia i pollini di parietaria sono presenti da febbraio a giugno e da settembre a novembre? Questa ipotesi io l'ho sempre rifiutata, sin da quando aveva tre anni, ma di fronte a questo peggioramento progressivo sia della sintomatologia sia del RAST, mi chiedo se non ho sbagliato.**

dott.ssa Daniela Indovina (Pediatra di base)  
Palermo

Nell'età adolescenziale si raggiunge il top delle sensibilizzazioni allergiche, ai pollini in particolare, e pertanto non sorprende molto che negli ultimi anni suo figlio abbia avuto una lievitazione della sintomatologia.

Ritengo molto improbabile che possa trovare giovamento dall'immunoterapia sublinguale per parietaria. In primo luogo perché, come polisensibile, ha poche probabilità di avere significativi giovamenti dall'immunoterapia verso un solo allergene, e in secondo luogo perché i risultati che si ottengono con la via sublinguale sono in genere modesti. Se i disturbi asmatici sono insistenti e soltanto primaverili, proverei eventualmente con l'immunoterapia specifica iniettiva (vaccino tradizionale sottocutaneo), facendo due vaccini separati, uno per la parietaria e uno per le graminacee (o per l'olivo, da valutare in rapporto alla concordanza tra sintomi e calendario pollinico).

I farmaci antistaminici di seconda generazione, come anche gli steroidi inalatori, si possono fare anche tutta la vita: non tema per questo.

D'altra parte non conviene nemmeno voler trattare troppo i sintomi minori: qualche starnuto al mattino e qualche soffiatura in più si possono tollerare. Consideri, nel caso non l'avesse già fatto, di migliorare al massimo possibile le misure ambientali di profilassi: coprimerasso e copricuscino antiacaro sono efficaci anche nel migliorare i sintomi da allergia agli altri allergeni perenni maggiori, come gli epiteli.

**Bambina di 8 anni con colangio-epatite autoimmune in trattamento con azatioprina, ben controllata e con normofunzionalità epatica: vaccinare contro l'influenza anche contro il parere dell'epatologo? O vaccinare contro l'epatite A? Quando vaccinare?**

Pediatra

Se dovessimo vaccinare con un vaccino costituito da virus vivi attenuati, sarei anch'io del parere dell'epatologo. Ma con i vaccini inattivati, come quelli contro l'influenza e l'epatite A, non avrei alcun timore. Magari in un soggetto che assume azatioprina è probabile che la risposta non sia delle migliori, ma meglio che nulla...

È molto probabile che, se la bambina prendesse le malattie naturali, avrebbe sulla malattia di base delle conseguenze molto gravi, senz'altro superiori ai piccolissimi e trascurabili effetti collaterali

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto o comunque di prenderlo a modello di massima e indirizzare a:

Giorgio Longo, Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", via dell'Istria, 65/1 - 34137 Trieste; oppure per e-mail (longog@burlo.trieste.it)

**Al Comitato Editoriale di 'Medico e Bambino'**

Vorrei avere una risposta al seguente problema

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Firma .....

Indirizzo .....

.....  
 .....

**Attività o qualifica**

- libero professionista
- medico Saub
- medico consultoriale
- medico generico
- pediatra
- ospedaliero
- universitario

Accetto che il mio nome compaia sulla rivista in calce al quesito (barrare sì o no)

sì

no

delle vaccinazioni.

Voglio aggiungere che le malattie epatiche croniche sono state di recente aggiunte ai gruppi a rischio, per le quali è consigliabile la vaccinazione contro l'epatite A: le ricordo a questo proposito un bellissimo documento d'indirizzo dell'Istituto Superiore di Sanità, il Documento 3, a cura di E. Franco e A. Zanetti.

---

**Bambina di 4 anni in fase di remissione dopo LLA: quando e come vaccinare per morbillo, varicella, influenza, pneumococco, meningococco? Ripetere i vaccini di base o dosare il titolo antitetanico-antidifterico-antiepatite B?**

Pediatra

Molto dipende da quanto tempo la bambina è in remissione, e quindi da quanto tempo ha sospeso il trattamento.

Per quanto riguarda il vaccino contro morbillo, parotite e rosolia e il vaccino contro la varicella, trattandosi di vaccini costituiti da virus vivi attenuati, si ritiene che sia necessario aspettare almeno 3 mesi dalla sospensione della chemioterapia immunosoppressiva; poiché

però l'intervallo da rispettare può variare a seconda dell'intensità e del tipo di trattamento, dell'uso o meno della radioterapia e di altri fattori, può essere utile allungare il tempo di attesa, anche fino a un anno. Il controllo della situazione linfocitaria può essere utile per stabilire la durata dell'attesa.

Per gli altri vaccini che Lei nomina, essendo tutti costituiti da agenti inattivati o da loro componenti, non esiste una controindicazione assoluta, comunque può essere utile aspettare almeno 3 mesi dalla sospensione del trattamento per essere sicuri di avere una risposta valida e duratura; per il vaccino contro l'influenza bastano anche solo 4 settimane.

---

**All'ultimo incontro di Confronti in Pediatria (Trieste, 5 e 6 dicembre 2003) sono state consigliate, in caso di tosse con catarro, bevande calde con miele, e non gli sciroppi da farmacia, in quanto l'uso di questi farmaci si basa più sulla tradizione che non su solide prove scientifiche di efficacia. Però è stato anche detto che le bevande calde con miele non sono consigliabili al di sotto dell'anno di età. Perché? Tornando agli espettoranti e ai mucoli-**

**fici da farmacia, pur essendo di scarsa efficacia, tanti medici (pediatri e non), ospedalieri, universitari e non, li prescrivono ugualmente. Perché? Mi sapreste dare una "logica" spiegazione?**

Pediatra di base, Feltre (BL)

L'eventuale efficacia di bevande calde zuccherate potrebbe essere legata all'effetto "gating" che, occupando i recettori della tosse, potrebbe ostacolare la loro irritazione; si tratta di un'ipotesi non dimostrata, suggerita per analogia con quanto accade per il dolore.

L'uso del miele è stato sconsigliato in quanto possibile veicolo di *Clostridium botulinum*, che nei più piccoli può colonizzare nell'intestino.

L'abitudine di prescrizione dei mucolitici è legata al passato e non ha trovato poi riscontro in nessuno studio controllato.

Il mercato di questi farmaci è crollato dopo il passaggio in fascia C (cioè devono essere completamente pagati).

Forse la loro prescrizione è legata all'età del medico, indipendentemente se universitario o non.

---