

Ogni lettore può utilizzare la rubrica "Domande e risposte" per porre i quesiti che riterrà utili. Si raccomanda che il problema sia esposto in forma sintetica, possibilmente contenuto in non più di 10 righe, a mano o dattiloscritto. Verranno pubblicati i quesiti e le risposte che saranno di interesse generale, ma risponderemo personalmente, comunque, a tutti i quesiti inviati. Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale, che potrà contare sulle seguenti consulenze:

ALLERGOLOGIA: Cavagni, Vierucci; CARDIOLOGIA: Fonda, Visconti; CHIRURGIA: Alessandrini, Guglielmi, Verga; DERMATOLOGIA: Arcangeli, Longo F.; DIABETOLOGIA: Pocecco, Tonini; EMATOLOGIA: Sansone, Schettini; ENDOCRINOLOGIA: Cacciari, De Santis; EPATOLOGIA: Bali, Zancan; FARMACOLOGIA: Assael, Bradaschia, Marchetti, Tognoni; GASTROENTEROLOGIA: Guandalini, Torre; GENETICA E MALFORMAZIONI: Cao, Mastroiacovo; GINECOLOGIA PEDIATRICA: Bacci, Ricci; IMMUNOLOGIA: Andolina, Ugazio; NEFROLOGIA: Peratoner, Rizzoni; NEONATOLOGIA: Marini, de Vonderweid; NEUROLOGIA: Bouquet, Cavazzuti; NUTRIZIONE: Auricchio, Nordio; OCULISTICA: Auricchio, Perissutti; ODONTOSTOMATOLOGIA: Celato, Furlani; ORTOPEDIA: Maranzana, Vigliani; OTORINOLARINGOIATRIA: Polazzon, Zocconi; PATOLOGIA INFETTIVA: Principi, Roscioli; PNEUMOLOGIA: Faraguna; PSICHIATRIA: Del Carlo-Giannini, Paci; PSICOLOGIA: Canestraro, Mammano; RADIOLOGIA: Dalla Palma, Perale; VACCINAZIONI: Bartolozzi

Si suggerisce di utilizzare il tagliando a fine rubrica o comunque di prenderlo a modello di massima e indirizzare a: Giorgio Longo, Clinica Pediatrica, Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo", Via dell'Istria, 65/1 - 34100 Trieste

Le recenti cefalosporine in monosomministrazione, per quest'ultima caratteristica, hanno minor indicazione rispetto a farmaci in bisomministrazione nelle cure dell'otite media?

Pediatra di base

Sono lo spettro di attività antibatterica e la sua diffusione nelle sedi dell'infezione, non il numero delle somministrazioni (legato all'emivita del farmaco) che determinano le indicazioni di un antibiotico.

Svolgo l'attività di pediatra di libera scelta con oltre 800 assistiti a carico.

Nel primo semestre del '96 si è verificata, nel territorio in cui opero, una epidemia di morbillo durante la quale ho avuto occasione di osservare 166 casi di malattia, tutti bambini non precedentemente immunizzati. Nel contempo nessun caso di malattia si è verificato tra i 210 bambini da me sottoposti a vaccinazione antimorbillo. Di essi 46 erano stati vaccinati col ceppo Schwartz e 164 con il ceppo Edmonston-Zagreb. Di questi ultimi 23 avevano ricevuto la vaccinazione da oltre due anni. Gradirei un vostro commento.

Pediatra di base

Il commento è presto fatto: sia il ceppo Schwartz che il ceppo Edmonston-Zagreb sono vaccini che si accompagnano a un ottimo effetto sul campo. A questi due aggiungerei anche il ceppo Moraten (attenzione, questo è il nome scientifico del ceppo, non è il nome commerciale): è un ceppo altrettanto efficace.

È sul livello di immunogenicità a distanza di anni che una recente pubblicazione dell'Istituto Superiore di Sanità ha dimostrato una differenza a favore del ceppo Schwartz.

Cosa concludere? Che una volta di più fra immunogenicità e risposta sul campo non c'è sempre una stretta corrispondenza.

Quale deve essere il reale intervallo tra la somministrazione di vaccino OPV e l'alimentazione? Che cosa si intende per "alimentazione"? È vero che dopo il vaccino OPV il piccolo non può assumere né acqua né mettere in bocca il ciuccio? E se sì, perché, e per quanto tempo? Perché l'OPV un tempo veniva veicolato con una zolletta di zucchero e oggi non più?

Pediatra di base

Sono d'accordo con lei che nel passato sono state proposte varie regole riguardanti i rapporti temporali tra somministrazione di vaccino antipolio tipo Sabin e uso di alimenti. Ma ormai non esiste

più alcuna limitazione tra somministrazione di polio orale tipo Sabin e uso di alimenti, in tutti i sensi. La limitazione del ciuccio mi giunge nuova. Non so cosa dirle per lo zucchero: forse perché costa troppo.

Tra le false controindicazioni alla somministrazione dei vaccini raccomandati, una mitica credenza popolare, almeno nella mia città, è quella che "con il caldo le vaccinazioni fanno male".

Ho ritenuto sempre infondata e ridicola questa affermazione, finché su un manuale di Libero Zannino -Vaccinare oggi- 1996, Editeam Gruppo Editoriale, alla pagina 34 leggo: Dai dati in possesso dell'OMS risulta che la sieroconversione è migliore quando l'OPV viene somministrato durante la stagione fresca".

Pediatra di base

Probabilmente i dati in possesso dell'OMS si riferiscono ai paesi in zona tropicale, nei quali la stagione calda si accompagna di frequente alla presenza di infezioni intestinali, più spesso di origine virale, che possono in qualche modo contrastare con l'attecchimento del vaccino Sabin contro la polio.

Se tuttavia riportiamo questa affermazione al nostro paese, sono perfettamente

d'accordo con lei che essa è priva di qualsiasi verità.

Se le vere controindicazioni alle vaccinazioni sono solamente, come segnalato nella circolare del Ministero della Sanità del 26-3-91, "malattie acute in atto, con febbre e turbe generali e disordini immunitari", mi domando se, come d'altronde si legge anche sul Red Book alla pag. 586 circa gli standard per l'immunizzazione del bambino, non sia superfluo visitare il piccolo prima della somministrazione del vaccino, sempre ovviamente se l'incontro col medico è finalizzato esclusivamente a questa pratica?

Pediatra di base

Per prima cosa penso sia necessario distinguere fra le diverse figure professionali. Se il medico che esegue la vaccinazione è il pediatra di famiglia, egli conosce il bambino e la sua anamnesi familiare; egli può, se l'ha visitato di recente, procedere alla vaccinazione dopo un breve scambio di notizie con i genitori. Tuttavia, se sono passati mesi dall'ultima visita, è bene che egli pratichi un completo esame obiettivo prima di sottoporlo alla vaccinazione.

Se il medico vaccinatore è il medico di comunità o il medico del Servizio di vaccinazioni che non conoscono il bambino e la sua famiglia, è ancor più necessario che essi raccolgano un'anamnesi accurata e lo sottopongano a visita.

È opportuno sottoporre a consenso informato e quindi far sottoscrivere da parte di un genitore una dichiarazione di assenso quando si pratica una vaccinazione facoltativa?

Pediatra di base

Qualche anno fa a Trieste (Confronti in Pediatria) si è discusso proprio questo argomento e le conclusioni sono state che:

□ l'informazione va passata: essa deve essere la più corretta e completa possibile (meglio se una documentazione in proposito viene data ai genitori alla prima visita, e se essi sono disposti a discu-

terla nella seduta di vaccinazione);

□ una volta ottenuto il consenso, non è sempre facile chiedere loro una firma, che d'altra parte, da un punto di vista legale, non ha valore assoluto: meglio che sia il pediatra a scrivere sulla cartellina del bambino di aver ottenuto il consenso, firmando lui stesso assieme all'infermiera presente.

Questo atto ha giuridicamente una rilevanza fondamentale.

Su questo tema, vedi anche la rubrica "Lettere" di *Medico e Bambino* 10/1996, pag. 13 e seguenti.

Meteorismo addominale: cause e rimedi.

Pediatra di base

L'eccesso di aria a livello addominale e i sintomi associati (distensione addominale e flatulenza) derivano principalmente da un eccesso di aria deglutita e dall'aumento dei processi di fermentazione e putrefazione intestinale per un esubero del "substrato" alimentare indigerito, nell'intestino crasso.

Favoriscono il primo meccanismo l'abuso di bevande gassate, il mangiare troppo rapidamente e il bere a piccoli sorsi bevande molto calde. Una maggiore presenza di alimenti nel colon è invece secondaria ad una dieta troppo ricca di carboidrati; all'uso eccessivo di lassativi (un accelerato transito intestinale porta ad una maggiore quantità di alimenti indigeriti nel colon); a "colon irritabile" (con lo stesso meccanismo) ed infine al deficit di lattasi (condizione che interessa in modo totale o parziale quasi il 50% della popolazione).

I provvedimenti devono essere conseguenti. Nelle forme idiopatiche può essere utile tentare una dieta senza latte, mentre come terapia farmacologica può giovare il "carbone attivo" e il simeticone (Mylicon). A volte il meteorismo addominale con meccanismi vari e non sempre chiari, può essere segno, mai isolato, di una patologia "vera": ulcera peptica, stenosi pilorica (aria nello stomaco, reflusso gastroesofageo, litiasi colecistica).

La celiachia può infine rivelarsi anche come addome globoso isolato. In una bambina della nostra esperienza, questo è stato l'unico motivo di invio allo specialista e non erano presenti né disturbi dell'alvo né turbe della crescita.

Nella nostra comunità abbiamo recentemente avuto un'epidemia di parotite epidemica; molte volte si è avuta una manifestazione atipica della malattia, cioè con interessamento talora iniziale e spesse volte esclusivo delle ghiandole salivari sottomandibolari che di norma rappresentano solo il 10% delle forme cliniche.

Poiché la diagnosi differenziale risulta molto difficile, da una linfadenite sottomandibolare ho spesso richiesto l'amilasemia. Il mio quesito è se clinicamente si può fare una diagnosi differenziale visto che:

a) la tumefazione e l'arrossamento del dotto escretore a livello delle caruncole sottolinguali spesso non sono stati evidenti;

b) la prova con il limone in un bambino (secondo me anche nell'adulto) spesso non è attendibile (se lamenta dolore);

c) non si può chiedere a tutti l'amilasemia e/o ecografia.

E poi nelle forme con esclusivo interessamento sottomandibolare, l'amilasemia risulta costantemente aumentata?

Pediatra di base

Certamente le forme atipiche possono comportare, come quelle poco espresse, qualche dubbio diagnostico. Il trovarsi in periodo epidemico rende la diagnosi molto probabile.

Più difficile pensare ad una "epidemia" di linfadenite sottomandibolare.

Un'elevazione delle amilasi rinforza la diagnosi di parotite, ma una normalità non la esclude.

Se proprio si vuole, può essere ricercata la presenza degli anticorpi specifici (ma sarà una diagnosi che possiamo fare solo a posteriori).

Sostituendoci spesso tra noi pediatri di famiglia, succede che genitori che hanno ricusato un pediatra, il più delle volte per motivi di convenienza, hanno il "coraggio" di chiamare, per consigli o per visita a domicilio, il pediatra ricusato.

Chiedo: Se sono stato ricusato per motivi di "fiducia", è possibile rifiutarmi? O anche in questi

casi il medico è sempre il medico?

Pediatra di base

Quando si sostituisce ufficialmente un collega convenzionato, si assumono gli stessi doveri del medico sostituito, compreso quello di fare le visite domiciliari agli assistiti "antipatici". Soltanto nell'ambito del rapporto privato, è invece suo diritto accettare o non accettare di prendersi cura di un malato, ma soltanto se la chiamata non riveste i caratteri dell'urgenza (perché in questo caso non si può rifiutare l'intervento).

Dovendo valutare il grado di maturità delle anche di un bambino dell'età di 4-5 mesi, conviene affidarsi a un esame ecotografico oppure a una radiografia?

Pediatra di base

A una radiografia. A 5 mesi la radiografia è più economica e altrettanto, o forse più significativa dell'ecografia nei riguardi della displasia dell'anca ed è raccomandata come "screening tardivo". In assenza di fattori di rischio e di segni clinici di sospetto, può essere però considerata superflua, e nella pratica corrente, al di fuori di programmi specifici, non viene eseguita.

Sono possibili recidive di scarlattina?

Pediatra di base

La scarlattina (intesa come esantema in corso di infezione, di solito, ma non obbligatoriamente, faringea da streptococco beta-emolitico gruppo A) può ripresentarsi più volte in quanto ci sono 3 tossine eritrogeniche antigenicamente diverse.

Da considerare inoltre che altri potenziali patogeni faringei (*Arcanobacterium hemolyticum*, ritenuto responsabile di circa il 5% delle faringiti nell'adulto, *Mycoplasma pneumoniae*) e non faringei (*Yersinia enterocolitica*, *Staphylococcus aureus*, ma anche gli enterovirus) possono determinare un esantema scarlattiniforme.

Un bambino di tre anni presenta fin dallo svezzamento reazioni anafilattiche all'ingestione di latte o derivati (quale un biscotto e anche se appena toccato con le labbra). Il RAST è risultato molto positivo verso lattoglobulina e caseina.

Vorrei chiedervi se questa condizione è destinata a persistere tutta la vita o se vi sono possibilità che regredisca. Ho sentito al proposito opinioni molto discordanti.

Pediatra di base

Non credo ci siano dati epidemiologici precisi. Certamente la probabilità di superare l'anafilassi alimentare si riduce con l'età.

La gran parte dei lattanti che presentano reazioni anafilattiche al "primo biberon" possono riprendere il latte vaccino già dopo il 1°, 2° anno di vita. In questo il suo paziente rappresenta una sfortunata eccezione.

Più andiamo avanti con l'età e più diven-

ta bassa la probabilità di guarigione: a tre anni la stimerei attorno al 50%; in un bambino più grandicello o in un adulto è praticamente nulla.

Sono un pediatra con una figlia affetta da diabete insulino-dipendente che ora ha 12 anni (malattia esordita 4 anni fa). Vorrei conoscere eventuali novità dell'ultima ora o sapere se ci saranno nel prossimo futuro. Ho sentito parlare del trapianto di cellule pancreatiche.

Pediatra di base

Il trapianto di beta-cellule pancreatiche è certamente l'obiettivo ultimo della ricerca, ma è ancora lontano dalla sua realizzazione.

Due sono invece le novità in procinto di essere commercializzate: gli analoghi dell'insulina e la determinazione della glicemia per via trans-epidermica.

Gli analoghi dell'insulina sono molecole

manipolate in laboratorio con un assorbimento molto più veloce della tradizionale insulina. Con questi prodotti l'iniezione può essere fatta immediatamente prima del pasto e non mezz'ora prima come attualmente. Non è un miglioramento da poco per rendere più agevole il controllo della malattia. Non occorre invece sottolineare i vantaggi della possibile determinazione della glicemia (trans-epidermica) senza pungere il dito. L'apparecchio dovrebbe essere sul mercato entro un anno.

I nuovi broncodilatatori spray a lunga emivita che sono oggi ammessi anche per uso pediatrico, si possono utilizzare con tranquillità e per quanto tempo?

Medico di base

Le indicazioni forti di questi preparati sono la profilassi dell'asma da sforzo (in particolare nel bambino quando l'attività motoria non è programmabile, poiché la copertura con questi farmaci dura almeno 10 ore) e l'asma notturno. Mai vanno utilizzati come sintomatici per le fasi acute di broncostruzione. Comunque non dovrebbero rappresentare

il solo trattamento dell'asma, ma essere associati ad una terapia steroidea inalatoria: l'asma va trattato curando l'infiammazione e non semplicisticamente correggendo o prevenendo la broncostruzione.

L'uso continuato dei beta-agonisti, se non associato a terapia steroidea, ha mostrato di indurre tachifilassi recettoriale e questo vale anche per quelli a lunga emivita.

A un mio assistito di 10 anni affetto da beta-talassemia è stato proposto il trapianto di midollo osseo.

Di che cosa si tratta? Quali i rischi? Quante le probabilità di una guarigione definitiva?

Vi ringrazio per la splendida rivista e per quanto fate per l'aggiornamento di noi pediatri.

Pediatra di base

Ringraziamo per le buone parole: la rivista è "splendida" anche grazie agli stimoli cui la sottopongono i colleghi di tutta Italia.

Premesso che un trapianto di midollo osseo può essere offerto ai pazienti con

talassemia che abbiano un fratello HLA compatibile (un fratello su quattro è compatibile), tale forma di trattamento va caldamente consigliata ad un paziente di 10 anni. Un trapianto potrebbe essere effettuato anche tra qualche anno, ma i rischi aumentano con l'aggravarsi dell'accumulo di ferro nei parenchimi. Se si decide di rimandare il trapianto, diventa imperativo attuare una chelazione ottimale per i prossimi anni.

In condizioni "standard" Lucarelli a Pesaro offre probabilità di successo dell'80%, con rischio di vita del 10% e rischio di rigetto e ricostituzione midollare autologa (ritorno allo stato di anemia preesistente) del 10%.

Tali percentuali ottimistiche non sono state riprodotte con uguale fortuna presso altri Centri, tuttavia un trapianto di midollo HLA identico va considerato un intervento "ortodosso" che ogni pediatra può (forse deve?) proporre ai genitori di bambini talassemici.

Ho sentito che l'emicrania può presentarsi nel bambino con episodi parossistici di perdita dell'equilibrio. Vorrei saperne di più.

Medico di base

PENULTIMO (XIX) INCONTRO TRA I PEDIATRI DELLE REGIONI MERIDIONALI

2-3-4 Maggio 1997 - Hotel "Villaggio Guglielmo" di Copanello (Catanzaro)

PROGRAMMA

Cos'è la memoria? - *De Renzi*

Quanti raggi prende un bambino? - *Brizzi*

La bronchite - *Panizon*

Tavola rotonda: Il mercato della salute - *Donzelli-Spinanti-Tosolini*, coordinatore: *Panizon*

È vietato - *Vignuda*

I bisogni dell'adolescente, biologici e non - *Vullo*

Riconoscere e prendersi cura del malato con Fibrosi Cistica - *D'Andrea, Varano*

Le dimissioni precoci del neonato e il pediatra di famiglia - *Corchia, Scarpelli*

Novità in dermatologia pediatrica - *Bonifazi*

La filosofia della riabilitazione - *Ferrari*

Tre problemi di confine: il criptorchidismo, la fimosi, il varicocele - *Guglielmi, Vullo*

Asma ed allergia: i trucchi del mestiere - *Giorgio Longo*

Gruppi di lavoro:

Radiologia del torace - *Brizzi*; La valutazione dello stato nutrizionale - *Magazzù, Tedeschi*; Lo scoliometro - *Marinelli*; La convulsività nel 1° anno di vita - *Tortorella*; L'addome acuto - *Guglielmi-Ricciapetroni*; Neonatologia - *Corchia*; Protocollo delle anemie - *Vullo*; I dolori addominali ricorrenti - *Vignuda-Marolla*; Le micosi cutanee - *Bonifazi*; L'orticaria - *Panizon*; I D.R.G.: questi nemici? - *Tosolini*

La quota di iscrizione è di £ 150.000 (se perviene entro il 19 Aprile); di £ 220.000 (se perviene successivamente). La quota per gli accompagnatori è di £ 80.000. La quota di iscrizione dà diritto anche a 3 parche colazioni di lavoro e per gli accompagnatori di fatto solo a queste. Cena sociale: £ 50.000.

Per informazioni rivolgersi a: Teresa Còdamo o Pasquale Alcaro, Ospedale di Soverato (CZ), tel. 0967-539223 o 539237 fax 0967-21525

L'entità si chiama "vertigine parossistica benigna". Usualmente insorge quando il bambino muove i primi passi ed è rara dopo i tre anni. L'attacco inizia bruscamente e dura in genere pochi secondi o minuti. In un attacco tipico il bambino si aggrappa alle gambe della madre, appare impaurito e pallido. Vi può essere vomito. Alla risoluzione il bambino sta bene senza nessuna alterazione psico-motoria.

Questa condizione è considerata un equivalente emicranico anche perché nell'età successiva molti di questi bambini svilupperanno un'emicrania vera.

È giunta alla mia osservazione una bambina di 3 mesi alla quale era stata somministrata la prima dose del vaccino Anatossal DI-TE-PER. Posso continuare col vaccino acellulare DI-TE-PER, con che ritmi e con quante altre somministrazioni?

Pediatra

La risposta è sì: si può passare da una prima vaccinazione con vaccino DTP intero al vaccino DTP acellulare, senza alcuna preoccupazione. Pensi che negli USA la vaccinazione primaria è fatta ancora con DTP intero e la quarta dose con DTP acellulare.

È lecito (o legale) che un pediatra di libera scelta rilasci un certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica ad un

proprio assistito senza aver prima effettuato la visita medica, fidandosi del fatto che conosce e visita periodicamente lo stesso assistito?

E se non è legale, come deve comportarsi un pediatra di libera scelta al quale, con l'inizio dell'anno scolastico nei mesi di settembre-ottobre, vengono richiesti due-trecento di tali certificati, considerando solo quelli richiesti dall'autorità scolastica?

Pediatra di base

Le controindicazioni all'attività sportiva o ginnico-motoria nel bambino sono molto poche e consistono in malattie o malformazioni importanti.

Solo per fare qualche esempio: difetti di coagulazione, cardiopatie severe, diabete non controllato e, per gli sport che prevedono un contatto fisico, l'assenza di un rene o la mancanza e/o ambliopia di un occhio. Chi meglio del medico di famiglia conosce questi problemi? Visitare il bambino per vedere se in quel momento ha o non ha una bronchitella o appoggiargli il fonendo sul cuore con il solo scopo di giustificare la certificazione e darsi una falsa copertura medico-legale (o giustificare il compenso previsto dal contratto), è sciocco e fortemente frustrante.

La certificazione (prestampata) può, a mio parere, essere firmata e consegnata ai genitori, anche senza vedere il bambino, sempre che il bambino e la famiglia siano ben conosciuti. Mi sembra tutto professionalmente corretto e perfettamente legale.

Comportamenti diversi che il conformi-

simo contrattuale può forse giustificare "per quieto vivere", sono naturalmente comprensibili. A me però pare che una lotta contro la stupidità umana (forse persa in partenza) trovi delle giustificazioni ancora più forti.

È necessario supplementare con ferro la dieta di un divezzo che assuma latte adattato di proseguimento che, secondo quanto decantato dalle ditte produttrici, è già supplementato e sufficiente per la profilassi dell'anemia sideropenica del lattante?

Pediatra di base

Due acquisizioni certe vanno tenute presenti quando si voglia affrontare il problema del corretto apporto di ferro nel secondo semestre di vita in un bambino svezzato dal seno.

La prima è che il ferro aggiunto nel latte (v. formule di seguito) viene scarsamente assorbito e non può rappresentare da solo la soluzione del problema (vedi in proposito anche un recente studio prospettico inglese recensito sulla pagina gialla).

La seconda è che viene ben assorbito il ferro aggiunto ai cereali o quello ematico presente nella carne. Di conseguenza se un bambino è svezzato dal seno e assume solo latte, il ferro ivi aggiunto non basterà a sopperire al fabbisogno. Se viceversa il bambino mangia già la carne e/o cereali arricchiti in ferro, il ricorso ad una formula arricchita avrà poca probabilità di apportare un vantaggio aggiuntivo.

Al Comitato Editoriale di 'Medico e Bambino'

Vorrei avere una risposta al seguente problema

Firma

Indirizzo

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

Attività o qualifica

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