

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

ALLERGLOGIA, 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

Sono un abbonato alla rivista "Medico e Bambino". Vorrei conoscere l'opinione degli esperti della rivista in merito alla strategia di vaccinazione del morbillo e della rosolia a partire dal 2003 (tab. 5.1 pag. 26, del Documento Stato Regioni del 13/11/2003), ossia: i bambini in età prescolare, coorti di nascita 2001-1998, che sono ancora suscettibili (da recuperare) e quelli che hanno già regolarmente effettuato la vaccinazione MPR a 12-15 mesi di età, devono fare la 2° dose? E quando? (Nella tabella indicata non è precisato). La mia ASL sostiene che questi bambini non devono fare la seconda dose.

dott. Severino Lorenzetti
Morrovalle (MC)

La Sua ASL sta sbagliando. Sul Documento Stato-Regioni si fa più volte riferimento alla seconda dose.

- L'età prevista è quella di 5-6 anni.
- Va considerato che la vaccinazione MPR è fatta di due dosi; se ne viene eseguita una sola, abbiamo una vaccinazione parziale, non completa e quindi meno efficace.
- Nella lotta contro il morbillo la seconda dose occupa un posto di primo piano, riconosciuto da tutti.
- Consigli alla sua ASL di leggere l'ultima NIV (la numero 133), nella quale viene riportata una pubblicazione, comparsa sul *J Infect Dis* (2004,189:suppl 1, S 86:90), che affronta questo argomento a proposito di un'epidemia di morbillo in Alaska, che ha colpito 31 bambini che avevano ricevuto una sola dose.

Esiste la febbre da affaticamento fisico?

dott. Giorgio Collo (Pediatra ospedaliero)
Milano

No, non esiste nel senso che una febbre o febricola senza causa non può essere attribuita a una fatica fisica, magari del giorno prima. Durante l'attività fisica si produce calore e questo si elimina con la sudorazione. Certamente, se l'am-

biente è caldo e la sudorazione relativamente insufficiente, posso immaginare che si possa anche registrare un relativo aumento di temperatura, ma solo in quel momento e senza nessun significato clinico.

Perché, mentre da una parte si prospetta di spostare la quarta dose di antipolio al quinto anno, dall'altra si tende ad anticipare al sesto anno di vita il richiamo contro morbillo, rosolia e parotite? C'è timore che a 12 anni molti ragazzi sfuggano?

dott. Liborio Serafini (Pediatra)
Busto Arsizio (VA)

Le due tendenze, di cui Lei parla, hanno origini e scopi diversi; anche chi le suggerisce sono persone diverse.

a) Spostare la quarta dose del vaccino antipolio (IPV) al quinto anno.

Attualmente la vaccinazione IPV (quarta dose) è prevista al terzo anno (cioè fra il compimento del secondo e il compimento del terzo). Il suggerimento da parte di alcuni di spostare questa quarta dose al quinto anno deriva in parte dal fatto che in tal modo la potremmo eseguire contemporaneamente alla quarta dose di DTPa, che viene indicata a 5-6 anni, e in parte per avvicinarla alle età successive, durante le quali non è prevista una nuova dose di IPV.

Anche nel calendario USA (secondo semestre 2004) la quarta dose di IPV è inserita a 4-6 anni, insieme alla seconda dose di MPR e alla quinta dose (per loro) di DTPa. Esiste in commercio in Italia una preparazione che unisce nella stessa fiala IPV e DTPa, per cui non è da escludere che nella proposta di alcuni vi sia inconsciamente un innesco commerciale.

b) Eseguire la seconda dose di MPR (non è da considerare in senso stretto come un richiamo) al sesto anno.

In tutti i calendari vaccinali delle nazioni civili (ovviamente compreso quello USA) la seconda dose di MPR è stata anticipata giustamente dall'11-12° anno a 5-6 anni; quindi non si può parlare di

una tendenza ma di una decisione ponderata. Poiché la seconda dose non serve per rinforzare il livello di difese umorali e cellulari, indotte dalla prima dose, questa seconda dose non va considerata come un richiamo, ma come una dose che serve a ottenere una risposta immunitaria in quei soggetti (intorno al 5%) che non hanno risposto alla prima: per questo è apparso inutile a tutti lasciare una finestra troppo ampia fra la prima e la seconda dose, durante la quale il soggetto che non ha risposto potrebbe ammalarsi di morbillo. Se debbo dirle la verità, penso che sarebbe opportuno anticipare ancora questa dose, portarla a 2-3 anni: ne verrà considerata l'opportunità nel futuro. Non si tratta quindi della paura che a 12 anni molti ragazzi sfuggano alla vaccinazione.

Seguo un bambino nato nel gennaio 2004 all'età gestazionale di 36 settimane, il cui peso, altezza e circonferenza cranica erano, rispettivamente, alla nascita di 2,5 kg, 48 cm e 30 cm.

Nell'anamnesi gravidica da rilevare diabete materno transitorio e minaccia d'aborto conclusasi in parto pretermine per fibromi materni. La statura e la circonferenza cranica materna sono rispettivamente di 149 cm e di 51 cm; nulla da segnalare in merito a eventuali patologie paterne.

Sono stati eseguiti alla nascita eco transfontanellare con esito fisiologico ed esame del fundus nella norma. A oggi la circonferenza cranica si mantiene sul centile 0,8-1 (37,5 cm), l'altezza è di 57 cm (centile 10,6), il peso è di 5,350 kg.

Penso che si tratti di una microcefalia familiare benigna, dato che non sussistono segni clinici evocativi di craniostenosi e la fontanella anteriore 1,5 x 1,5; inoltre lo sviluppo psicomotorio attuale è del tutto normale.

È opportuno ripetere l'eco transfontanellare, una Rx del cranio, un fundus e/o chiedere una consulenza genetica? È preferibile astenersi da qualunque indagine e monitorare nel tempo la cre-

P

scita della circonferenza cranica e l'evoluzione della fontanella anteriore? Quali sono nella fattispecie i tempi di chiusura accettabili serenamente?

dott.ssa Rosellina Scillieri (Pediatra di base)
S. Croce Camerina (RG)

La lettera solleva alcuni quesiti che, per convenienza, vengono affrontati separatamente:

1. Microcefalia: si tratta di una microcefalia congenita (< 3° percentile alla nascita) e, dalla descrizione del caso, apparentemente primitiva. Manca l'età attuale del bambino, per cui non sono possibili altri commenti.

Il problema è ovviamente lo sviluppo psicomotorio. In generale, una circonferenza cranica tra le -2 e -3 DS ha un rischio di handicap grave (QI < 70), del 10% circa. Naturalmente quanto più si scende di deviazione standard, tanto

più aumenta il rischio di handicap. È utile ricordare che non sono le dimensioni del cervello che determinano il ritardo mentale, ma l'eventuale patologia strutturale cerebrale.

Le indagini sulle microcefalie sono piuttosto impegnative, non sempre portano a una diagnosi e, soprattutto, quasi mai hanno risvolti terapeutici.

2. Craniostenosi: sono tutte diagnosticabili clinicamente in base a:

- a) conformazione anormale del cranio
- b) suture fuse e rilevate.

Quasi sempre ciò è evidente alla nascita. Il caso in questione non è più un neonato, quindi, o quanto sopra è clinicamente evidente o altrimenti mi pare molto improbabile che ci possa essere una craniostenosi.

3. Fontanella anteriore: è un carattere antropometrico. Le sue dimensioni non hanno molto significato. L'ambito di normalità della sua chiusura è molto

ampio: 4-26 mesi di vita. Nel 90% dei casi la chiusura avviene tra i 7 e i 19 mesi di vita.

Ragazza di 18 anni che per il secondo anno consecutivo presenta episodi febbrili protratti per più giorni con temperatura anche elevata, accompagnati da dolori addominali con obiettività clinica del tutto negativa. Esami ematochimici, sierologici, culturali, strumentali, tutti negativi. Autoanticorpi assenti. Quali ipotesi eziologiche si possono fare?

dott. Giorgio Collo (Pediatra ospedaliero)
Milano

La prima cosa da ipotizzare è che si tratti di un "malingering"; ci sta tutto, età della ragazza in primo luogo.

P