

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

ALLERGOLOGIA, 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

Una delle patologie che giunge più spesso al mio ambulatorio è la bronchite asmatica nei bambini fino ai 4-5 anni di età.

In genere tratto tale condizione con broncodilatatori per via aerosolica (più volte al giorno) e con un breve ciclo di cortisonici per via orale (in genere betametasona alla dose di 0,1-0,2 mg/kg/die). In genere 3-4 giorni a dose piena e 3-4 giorni a metà dose.

Spesso tali bronchiti si ripetono con una certa frequenza nello stesso bambino che pertanto è costretto a effettuare più volte in un anno questi brevi cicli di cortisone (da 5 a 8 volte nell'arco dell'anno).

Tali cicli sono intervallati da periodi più o meno lunghi di benessere.

Questo avviene nonostante i piccoli pazienti siano posti in profilassi corretta con cortisonici per via inalatoria (con nebulizzatori efficaci o con spray + distanziatore) e talvolta con ketotifene.

Chiedo se tali ripetuti brevi cicli di cortisone per os possono determinare in età pediatrica effetti collaterali di rilievo e, se sì, quali sono le possibili alternative terapeutiche.

E inoltre, a quale età o a quali condizioni tali bronchiti asmatiche devono essere considerate "asma" e pertanto poste in profilassi farmacologica secondo i protocolli e le linee guida dell'asma a tutti note.

Pediatra

In genere cicli brevi, anche se ripetuti, di cortisonici per via sistemica alle dosi medio-basse necessarie per questi episodi di bronchite asmatica non causano effetti collaterali.

È altrettanto vero però che deve valere sempre la regola che quanto più si può evitare, e tanto meno si fa, un farmaco, e specie un cortisonico, meglio è. Questo per dire che nelle "bronchiti asmatiche" dell'età dell'asilo sono il più delle volte sufficienti dosaggi bassi (0,1 piuttosto che 0,2 mg/kg/die di beclometasona) e per tempi brevissimi; inoltre consiglio di sospendere il cortisone ap-

pena vi sia un deciso miglioramento della broncostruzione (quando l'accesso migliora, non torna più a peggiorare!) e senza scalare la dose (che è dimostrato non utile).

In questo modo il trattamento può essere limitato, nella stragrande maggioranza dei casi, a uno, due o al massimo tre giorni.

I cortisonici inalatori sono di scarsa utilità nel prevenire gli episodi asmatici legati ai fatti infettivi e pertanto non dovrebbero essere indicati nei bambini con bronchiti asmatiche.

Quando invece, accanto al ricorrere delle bronchiti asmatiche vi sono segnali clinici di iperattività bronchiale eccessiva anche in periodo intercritico, in altre parole, quando il bambino non sta mai bene-bene, ma continua con le sue tossi o tosse per ogni cosa (corsa, sudata, cambio di tempo ecc.), allora è conveniente e indicato il trattamento antinfiammatorio di base (cicli di cortisonici inalatori per almeno due mesi) (vedi anche *Medico e Bambino* n. 6, pg. 367, 1998).

Poco tempo dopo un intervento per ernia inguinale bilaterale in un bambino pretermine, si è sviluppato sul lato sinistro un voluminoso idrocele teso. È dovuto a un intervento mal riuscito? Può riformarsi l'ernia in un idrocele così voluminoso?

Pediatra di base

La presenza di un idrocele voluminoso dopo l'intervento per l'ernia bilaterale indica con tutta probabilità che ci troviamo di fronte a una recidiva di ernia, cioè a una persistenza della pervietà del dotto peritoneo-vaginale.

Se comunque l'idrocele è comparso subito dopo l'intervento, si potrebbe trattare di un idrocele "reattivo" al trauma dell'intervento: in tal caso l'idrocele dovrebbe riassorbirsi nel giro di qualche settimana.

A proposito dell'intervento di ernia in-

guinale nei prematuri, è importante ricordare che si tratta di un intervento "delicato", cioè da eseguire in Centri di Chirurgia Pediatrica perché, vista la delicatezza delle strutture anatomiche coinvolte, le lesioni (ad es. al funicolo) e/o le recidive sono sempre possibili.

Quale latte vaccino dare a un bambino di 1 anno? Intero, parzialmente scremato, fresco, a lunga conservazione? Dopo cinque anni di convenzione una mamma mi ha incastrato, e io non sono riuscito a dare motivazioni scientifiche che mi convincessero!

dott. Graziano Zucchi (pediatra)
Serra Mazzoni (MO)

Non siamo capaci di fornire argomentazioni che Le consentano per il futuro di non farsi incastrare dalle mamme, considerando che, oltre il primo anno di vita, non è obbligatorio il consumo di latte; inoltre, la dieta del bambino a questa età è, o dovrebbe essere, liberamente allargata a quella del resto della famiglia. Il pediatra rischia quindi di trovarsi a elargire opinioni più che consigli basati sull'evidenza scientifica.

Comunque, cercando di rispondere lo stesso direi che: a) è vero che la riduzione della quota dietetica lipidica riconducibile all'uso di latte scremato può rendere il latte "meglio digeribile", ma va osservato che scegliere il latte anche in quanto alimento ricco di grassi per poi usarne uno scremato rappresenta un controsenso nutrizionale; b) lasciamo che l'uso del latte fresco, piuttosto che di quello a lunga conservazione, dipenda dallo stile gastronomico e di vita della famiglia, più che da scelte nutrizionali condizionate dal pediatra.

Quali bambini possono essere ricoverati in regime di Day Hospital? In particolare, è corretto il ricovero in Day Hospital di bambini asmatici (allergici e

non) per eseguire un controllo diagnostico (funzionalità respiratoria, indici ematochimici, Rx, consulenze) e terapeutico (corretto uso dei farmaci, compliance ecc.)?

dott. Daniele Bove (pediatra ospedaliero)
Divisione di Pediatria, Ospedale di Gallipoli (LE)

Una visita, specie se si tratta di una prima visita per l'asma, richiede obbligatoriamente tempo, in caso contrario non facciamo un buon servizio, anzi peggio, producendo dubbi, insicurezze, sfiducia, e questo a sua volta indurrà il bisogno di sentire altri pareri, di affidarsi alle terapie alternative.

Ma se "perdiamo tempo" (più o meno un'ora, con questi pazienti) per spiegare il problema, i perché, gli obiettivi del programma diagnostico-terapeutico, le terapie e la corretta modalità di esecuzione delle stesse, e tutto questo con indicazioni scritte per la famiglia e il curante, se diamo cioè tutto ciò che, in altre parole, il bambino asmatico (come ogni altro con malattia cronica) ha la necessità e il diritto di ricevere da un servizio specialistico di secondo livello, non saremo mai retribuiti sufficientemente dal tariffario che con le 40.000 lire per visita specialistica ci richiederebbe almeno quattro visite all'ora per andare in pareggio.

E allora ovviamente "rende" molto di più in termini tariffari un ricovero in Day Hospital.

Come "rende" ricoverare ogni diarrea, ogni laringospasmo e ogni broncopolmonite o, ancora, come "rende" fare accertamenti strumentali ed esami biochimici alle banali patologie ambulatoriali per poterle passare come Day Hospital appropriati.

Ma questo è il frutto del sistema perverso dell'aziendalizzazione dell'Ospedale che nulla ha a che fare con la medicina basata sull'evidenza che, per tornare al bambino con asma, ci dice per esempio che a nulla servono né la radiografia del torace né quella dei seni paranasali, ma nemmeno la ricerca delle IgE totali e del RAST (quando il semplice prick ci ha già dato tutte le indicazioni necessarie e sufficienti), e tanto meno la consulenza dell'otorino o il test di provocazione bronchiale alla metacolina (quando fatti nella routine diagnostica di questi bambini). Ma, ovviamente, facendo tutto questo l'asmatico "rende".

Quello che sconcerza è che tutti si siano adattati al sistema, senza ribellioni.

Bambina che, a seguito di una netta diminuzione del visus, ha ricevuto una diagnosi di retinite pigmentosa (consultati diversi oculisti). Nessuno in famiglia ne è affetto.

Vorrei conoscere se c'è in Europa un centro specializzato in questa malattia e se attualmente esiste qualche terapia per arrestare o almeno rallentarne l'evoluzione. Il campo visivo è già nettamente diminuito.

Pediatra

La malattia o, per essere più precisi questo gruppo di malattie, sono caratterizzate dalla natura degenerativa e progressiva, al punto che negli stadi finali si giunge a una grave ipovisione, fino alla cecità. La prevalenza stimata è di 1:4000. La lesione elementare è una o più alterazione dei geni che codificano per la rodopsina, uno dei pigmenti retinici.

Gli studi di genetica molecolare hanno evidenziato un numero assai elevato di possibili mutazioni capaci di produrre la malattia.

Nel 90% dei casi la malattia è isolata, mentre nel rimanente 10% si inquadra in una sindrome. Nella forma isolata la trasmissione può essere autosomica dominante o recessiva, oppure può essere X-linked; altre forme sporadiche possono manifestarsi ex novo come nuove mutazioni.

L'eterogeneità delle possibili mutazioni rende ragione della variabilità dell'età di esordio della malattia e della maggiore o minore rapidità del decorso.

Dal punto di vista terapeutico non esistono al momento attuale protocolli di sperimentata efficacia; viene riferito, in forme selezionate, un effetto di rallentamento della progressione dopo la somministrazione di 15.000 UI/die di vitamina A.

L'assenza di armi terapeutiche efficaci ha portato al fiorire incontrollato di strategie alternative, dimostrate tutte inefficaci e in alcuni casi anche pericolose. Il futuro del trattamento di questa malattia risiede probabilmente nella terapia genica, che peraltro è ancora in fase di studio in laboratorio. Altre possibili strade, ancora in fase sperimentale, sono rappresentate da trapianti di epitelio pigmentato retinico o di cellule neuroretiniche.

Può essere di grande utilità per i soggetti affetti e per i loro genitori ricorrere al consiglio genetico, associato allo studio dell'albero genealogico e all'esecuzione

di esami oftalmoscopici ed elettrofisiologici nei genitori dei pazienti allo scopo di identificare i portatori sani. Inoltre, nei soggetti più giovani, vanno predisposti ausili ottici per ipovedenti.

È lecito eseguire l'ecografia delle anche come test di screening a tutti i nuovi nati, indipendentemente dall'esame clinico (vedi manovra di Ortolani o di Barlow)? Qual è l'età più indicata per tale esame?

Pediatra di base

Non ritengo opportuno eseguire l'ecografia delle anche come screening di tutti i nuovi nati per la displasia congenita dell'anca. Deve invece essere sempre effettuato un esame clinico, evidenziando i bambini a rischio e in questi l'età più indicata per l'esecuzione dell'esame ecografico è tra la 20ª e la 40ª giornata di vita.

Nell'ipertiroidismo neonatale transitorio è necessaria la terapia anche nei soggetti asintomatici, o soltanto in quelli con alterazione della funzionalità tiroidea (ipertiroidismo subclinico)? Quale terapia?

dott. Rocco Oliveto (pediatra ospedaliero)
Noventa Padovana

L'ipertiroidismo neonatale transitorio è di solito la conseguenza di un ipertiroidismo materno in gravidanza con passaggio di anticorpi stimolanti dalla madre al feto.

La terapia dovrebbe essere un trattamento di sostegno. Può essere necessaria un'assistenza in terapia intensiva neonatale anche con ossigenoterapia. Può essere presente un distress respiratorio da iperafflusso, conseguenza della tachicardia. La terapia può essere limitata all'impiego di un beta-bloccante, controllando la frequenza cardiaca nei pazienti sintomatici; altrimenti, in associazione, si può somministrare il propiltiouracile alla dose di 5-10 mg ogni 6 ore. La remissione dei sintomi può avvenire in settimane o in uno-due mesi.

Bambina di 12 anni in fase puberale. In seguito a notevole dolore in fossa

iliaca destra, esegue diversi accertamenti tra cui un'ecografia pelvica. Tutti gli esami eseguiti (emocromo, VES, sangue occulto feci, ecografie renali e vescicali) negativi. L'ecografia pelvica così diceva: «Anche gli annessi hanno un aspetto riferibile a una fase prepubere presentando aspetto multifollicolare con diametro max cm 3,5 a sinistra». Poiché il dolore persisteva, esegue una seconda ecografia (dopo 20 giorni) in altro centro. Qui il reperto diceva: «Ovaio destro 9,8 ml, ovaio sinistro 5,6 ml con la presenza di numerosi follicoli di circa 6 mm di diametro». I miei quesiti sono:

1. È più giusto esprimere le dimensioni dell'ovaio in unità di superficie (cm) o di volume (ml)?
2. È possibile una conversione, anche approssimativa, tra le unità di misura, cioè tra diametro massimo e volume (ml), per capire se un diametro massimo di cm 3,2 a quanti ml più o meno corrisponderebbe?
3. Quali sono i diametri e/o i volumi normali in età prepubere e pubere?
4. Un volume dell'ovaio destro di 9,8 ml può giustificare un risentimento peritoneale?

Pediatra di base

Le dimensioni dell'ovaio vanno espresse in ml. L'esame va fatto con sonda adatta misurando tre diametri (antero-posteriore, longitudinale, trasversale). Il volume si calcola secondo la formula dell'ellissoide di rotazione (diametro antero-posteriore x longitudinale x trasversale x 0,532) espresso in ml.

Escluderei la possibilità di effettuare una conversione tra lunghezza e volume, in quanto l'ovaio, essendo un organo comprimibile (dipende dal riempimento vescicale), può deformarsi e quindi essere valutato in modo differente (o è più allungato o è più tozzo).

Esistono studi sullo sviluppo delle ovaie in età pediatrica; mediamente, ma con una certa variabilità, un volume ovarico prima dei 9-10 anni di vita (dipende da quando inizia lo sviluppo puberale) nel prepubere è di solito inferiore ai 2 ml, poi aumenta, e le sue dimensioni dipendono anche dal numero dei follicoli presenti in quel momento, di modo che le dimensioni possono anche variare in due diverse occasioni. Un volume di 9,8 ml è segno di un ovaio patologico; se le dimensioni e il peso esercitano una compressione, o determinano una parziale torsione dell'annessi, potrebbe essere giustificata una sintomatologia dolorosa; un volume di questo tipo con dolore deve anche far pensare a un'iniziale torsione (ovaio edematoso per stasi venosa) e, se i sintomi sono importanti, indicare anche una laparoscopia.

Bimba di 4 anni con tampone faringeo ripetutamente positivo per streptococco beta-emolitico di gruppo A (SBA). Dopo 10 giorni di terapia con amoxicillina + acido clavulanico e una fiala di diamidocillina i.m. il tampone è ancora positivo. La bimba sta bene e il faringe è roseo. Cosa fare?

Pediatra

Non fare più nulla! Ha già sbagliato nel fare le colture di controllo.

Probabilmente già da prima la bambina era un "portatore sano" di SBA nel faringe.

Questa condizione è tutt'altro che infrequente, almeno il 20% della popolazione pediatrica, non è associata a un rischio maggiore di complicanze e non va trattata, anche perché, come nel caso descritto, lo SBA, quando saprofito, è difficilmente estirpabile dal faringe.

Bambino di circa 5 anni con altezza e peso relativamente al 5° e poco al di sopra del 5° percentile.

Anticorpi antigliadina e IgG normali, IgA 21,6 (valore normale 18).

Anticorpi antiendomiso negativi.

Cosa fare? Gradirei da voi un parere.

Pediatra di base

La decisione se eseguire la biopsia intestinale dovrà tenere conto della clinica: c'è malassorbimento o anemia? com'è l'andamento della curva di crescita? com'è la crescita del bambino rispetto al bersaglio genetico?

Di aiuto nella decisione possono essere eseguiti gli anticorpi antitransglutaminasi (anti-tTG), anticorpi di recente individuazione diretti contro l'autoantigene "endomisiale" e dotati di una sensibilità maggiore degli EMA (esame peraltro non ancora a disposizione in tutti i laboratori; kit commercializzato dall'Eurospital di Trieste).

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

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