

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

Mi trovo frequentemente in imbarazzo nel dare risposte puntuali ai genitori di bambini allergici quando mi chiedono informazioni precise - ai fini profilattici - sulla stagionalità, la diffusione regionale (Nord, Sud, mare, montagna ecc.), la localizzazione ambientale (in città, in campagna, nelle case, nelle cantine ecc.) degli allergeni inalanti, anche perché a volte ricevono da chi esegue i prick test risposte evasive o in contraddizione con quanto riesco a reperire qua e là. C'è un testo esauriente e preciso?

dott. Stefano Pirovano (pediatra)
Melegnano (MI)

Credo che il testo più "esauriente e preciso" sia quello del prof. Gennaro D'Amato, primario della Divisione di Pneumologia e Allergologia Generale, Ospedale "A. Cardarelli", Napoli, intitolato *Patologia Allergica Respiratoria*, Editrice Kurtis, Milano 1995. Le consiglio anche un "testo atlante", sempre a cura di G. D'Amato, che viene distribuito (a noi specialisti, ma se lo chiede...) dalla Rhone-Poulenc Rorer (che commercializza in Italia il Tilade).

Ho in cura un piccolo paziente gravemente pretermine. Quando svezzarlo? a) In base all'età anagrafica (quindi come gli altri bambini, cioè dopo i 4 mesi); b) considerare di quanti mesi è nato e iniziare lo svezzamento posticipandolo in base al grado di prematurità (ad esempio se era pretermine di 2 mesi, iniziare lo svezzamento a 6 mesi invece che a 4 mesi); c) prendere in considerazione il peso raggiunto: se corrisponde a quello di un lattante di circa 4-5 mesi, iniziare lo svezzamento.

Ci sono dei lavori riguardo all'inizio dello svezzamento nei bambini gravemente pretermine?

Pediatra di base

Mancano delle linee guida e/o un riferimento bibliografico forte che ci aiutino a

individuare "scientificamente" i criteri e il momento preciso per lo svezzamento del pretermine (intendendo, per svezzamento, l'introduzione di cibi solidi o semisolidi). In loro assenza crediamo valide alcune considerazioni "deduttivo-empiriche":

1. Se non vi sono motivi per svezzare un bambino nato a termine allattato al seno prima del 6° mese di vita, questo vale a maggior ragione per il nato pretermine, qualunque sia il suo tipo di allattamento;
2. Con questo riferimento a mente, se utilizziamo nello svezzamento di un pretermine il criterio dell'età post-concezionale piuttosto che di quella anagrafica, è corretto orientarsi a svezzare un grave prematuro di 24 settimane a circa 10 mesi, e uno di 32 settimane a circa 8 mesi di vita (supplementazioni a parte);

3. Un'introduzione anticipata, meno post-concezionale e più anagrafica dei cibi solidi e semisolidi, è lecita (e socialmente meglio accettata), in considerazione della ben documentata inducibilità delle capacità digestive e di assorbimento del pretermine e del possibile "recupero" nello sviluppo psicomotorio globale del singolo ex-prematuro.

In pratica, tutto questo significa iniziare lo svezzamento dei grandi prematuri proprio quando indicato dalla collega Castronuovo, al raggiungimento cioè di circa 5 kg.

È opportuna una profilassi a lungo termine nella terapia del crup nei casi recidivanti? Eventualmente quale? (Il nostro paziente ha una sensibilizzazione all'acaro e alle muffe e non soffre di asma).

Pediatra ospedaliero

Non vi sono indicazioni ufficiali a un trattamento di fondo nel crup ricorrente. E d'altro canto il crup è ricorrente per sua regola, e la ricorrenza e gravità sono comunque di norma non tali da meritare alcun trattamento farmacologico continuativo. In alcuni, rari, bambini nei quali l'intensità delle crisi e la frequenza delle

stesse erano particolarmente gravi, ho provato con successo la stessa terapia che consiglio ai bambini con bronchiti asmatiche ricorrenti: beclometasone e sodiocromoglicato in aerosol. Fatto una sola volta alla sera per tutto il periodo invernale, è risultato in quei casi un trattamento estremamente efficace nell'azzerare, o quasi, la ricorrenza del crup. Ma lo ripeto, si tratta di singole esperienze che non possono da sole avere un valore assoluto.

Più volte ho sentito durante Congressi di Pediatria colleghi autorevoli esprimersi in favore di un uso più estensivo del vaccino antipneumococcico (es. nelle OMAR) e anche in un documento dell'A-CIP americana viene ribadito questo concetto. Sulla scheda tecnica del Pneumo 23 è scritto «Controindicazioni: rivaccinazione a meno di 5 anni di distanza dalla precedente somministrazione di vaccino antipneumococcico o infezione pneumococcica». Che cosa si intende dire? Che non bisogna vaccinare in corso di infezione pneumococcica o che una precedente infezione pneumococcica occorsa da meno di 5 anni controindica la vaccinazione?

Ho telefonato alla direzione medica della casa farmaceutica, dove mi hanno detto che in effetti non c'è alcuno studio che garantisca la sicurezza di impiego nei bambini. Ma allora non si dovrebbero neanche vaccinare gli asplenic, le sindromi nefrosiche ecc.?

In conclusione, ritenete sicuro e vantaggioso l'impiego del vaccino antipneumococcico nella prevenzione delle OMAR e delle polmoniti nei bambini che hanno avuto ripetuti episodi?

dott. Paolo Calderini (pediatra)

Il vaccino antipneumococcico 23-valente è composto dalla gran parte dei sierotipi responsabili delle infezioni gravi (batteriemie, meningite) e meno gravi (otite media acuta, sinusite) di adulti e bambini. Il vaccino è raccomandato nei sogget-

ti ad aumentato rischio di contrarre infezioni pneumococciche sistemiche (pazienti con asplenia funzionale o anatomica, sindrome nefrosica o insufficienza renale cronica, immunosoppressione primaria o secondaria).

Nei bambini sotto i due anni vi è la controindicazione legata alla scarsa risposta anticorpale verso questi antigeni polisaccaridici (è in fase di avanzata sperimentazione il vaccino antipneumococcico coniugato con proteine, simile al vaccino anti-*Haemophilus* e quindi con immunogenicità anche sotto i due anni).

Meno forte e ancora controversa l'indicazione nel bambino (sopra i due anni) con otite media ricorrente. In questi casi è probabilmente più un problema anatomico (ristagno di secrezioni nell'orecchio medio ecc.) che un difetto di risposta immune o di virulenza del germe a condizionarne le ricadute (un problema, in altre parole, simile all'infezione urinaria in bambino con reflusso o altro tipo di ristagno, dove appunto non è un problema di germe in causa, ma di difetto anatomico).

Nel bambino immunocompetente la vaccinazione non ha motivo di essere ripetuta. Nel soggetto con asplenia o altra indicazione forte, un richiamo va considerato dopo 3-6 anni a seconda dell'età. Le affermazioni che non bisogna vaccinare in coincidenza a una infezione pneumococcica o nei 5 anni successivi, o ancora che non vi sia sicurezza nei bambini, sono prive di qualsiasi fondamento.

Ho in cura una bambina di 11 anni che è sempre stata bene, almeno fino a 18 mesi or sono, quando ha cominciato a presentare tic motori e verbali.

Dal Servizio di Neuropsichiatria della mia città viene posta diagnosi di "sindrome ticcosa multipla", e viene instaurata una terapia con valproato di magnesio per alcuni mesi, senza alcun miglioramento.

Viene quindi consultata una collega neuropsichiatra infantile di un'altra città, che pone diagnosi di "tic complessi con disturbi dell'attenzione e con caratteristiche ossessivo-compulsive", non sindrome di Gilles de La Tourette.

Segue una terapia psicologica che, dopo vari mesi, non sortisce gli effetti sperati.

Nell'aprile '99 la collega prescrive l'esecuzione del TAS che risulta "alto e al quale, a detta della collega, per dimenticanza o per altro, non viene data alcuna

importanza. A luglio '99 i tic, specialmente quelli verbali, peggiorano. Vengono prescritti, pur in perfetta salute, a parte i tic, VES, TAS e tampone faringeo. La VES risulta essere di 24 alla 1a ora, il TAS 520 (come ad aprile '99). Non so, non voglio conoscere l'esito del tampone.

Ipotizzando un coinvolgimento dello streptococco di gruppo A nell'eziopatogenesi della complessa sintomatologia della bambina, confortata in questa ipotesi dall'esito degli esami sopradescritti, la neuropsichiatra prescrive la seguente terapia: pimozone, benzatin-penicillina: 1.200.000 U da ripetere ogni 15 giorni (sic!).

Concludendo: ancora una volta l'inutile e dolorosa benzatin-penicillina, dettata da un TAS che non doveva neanche essere prescritto? Oppure nella mente della dottoressa c'è l'idea che la bimba abbia (anche?) una corea di Sydenham, pur non presentandone né i sintomi né i segni? In presenza di un sospetto di questo genere, la richiesta ripetuta di un TAS può avere la sua ragion d'essere. Ma la dottoressa non ha menzionato questa ipotesi. Mi sbaglio io?

dot. Angelo Adorni (pediatra di base)
Collecchio (PR)

Ebbene sì. Esiste un rapporto (quasi certo tra la "sindrome ticcosa" severa e l'infezione streptococcica (cfr ad esempio "Avanzi", Pagine elettroniche di *Medico e Bambino*). Devo dirle che fino a questo momento avrei avuto, di fronte a questa interpretazione e a questi dati, le stesse profonde perplessità (perplessità che né la VES né tanto meno il TAS né ancor meno il tampone avrebbero potuto togliermi). Se le cose stanno così, anche nel suo caso è assolutamente improbabile che la penicillina corregga i sintomi, anche se non è sbagliato darla come profilassi.

Seguo diversi bambini affetti da strabismo; questi vengono seguiti da strutture con "scuole di pensiero" diverse.

Vi sono centri che attuano una terapia conservativa (correttori con occhiali) e mai i bambini vengono sottoposti a intervento chirurgico correttivo.

In altre strutture, invece, vengono operati presto, nei primi anni di vita, anche se lo strabismo è corretto con gli occhiali completamente.

Vorrei sapere:

- 1. il vostro pensiero in proposito.*
- 2. Se un bambino strabico che fino a 10 anni è stato corretto completamente con gli occhiali decide di fare poi l'intervento chirurgico, questo, se fatto tardi, può comportare dei rischi per la visione binoculare (sdoppiamento ecc.)?*
- 3. Se si decide per l'intervento chirurgico, questo va fatto nei primi anni di vita?*

Pediatra di base

La risposta è molto semplice e sicura: non esiste intervento di strabismo utile ad alcuna età se il difetto è perfettamente corretto con lenti. Non conosco un dato di letteratura accreditata che mi esponga parere diverso.

Ritengo personalmente un grave errore operare casi che risultano ben compensati con lenti correttive (ortotropici). Completamente diverso è il discorso per i casi con strabismo residuo malgrado l'uso di lenti adeguate.

Quando è consigliabile usare l'associazione nedocromile sodico+salbutamolo solfato nel bambino asmatico?

dot. N. Sacino
Divisione di Pediatria, PO, Trani (BA)

Io penso che questa associazione non debba essere utilizzata mai, perché è proprio sbagliata, in quanto associa un farmaco della fase acuta (da usare "al bisogno") con uno del trattamento di fondo (da usare ogni giorno).

Questa associazione disattende oltre tutto le raccomandazioni delle più autorevoli "linee guida" sul trattamento dell'asma, che raccomandano appunto di separare bene i farmaci da usare nella terapia di fondo da quelli della fase accessuale. Ciò rappresenta infatti un passo essenziale per una buona comprensione della terapia da parte del paziente (o dei genitori).

Indicazioni sul monitoraggio biomorale dei neonati di madre HCV positiva.

dot. N. Sacino
Divisione di Pediatria, PO, Trani (BA)

L'indicazione a sottoporre a periodici controlli clinici e di laboratorio i figli di madre HCV positiva a 1, 3, 6 e 12 mesi

deriva dai protocolli allestiti per lo studio della trasmissione materno-infantile di questa infezione. Questo calendario però non corrisponde al sano criterio dell'essenzialità.

Come suggerisce il CDC di Atlanta (ottobre 1998), è sufficiente sottoporre il bambino alla ricerca degli anticorpi anti-HCV all'età di 12 mesi, quando ormai gli anticorpi materni trasferiti passivamente al figlio sono scesi a livelli indosabili (e questo per evitare dei falsi positivi).

Se si vuole tuttavia togliere il costoso sfizio di un'informazione più precoce, si può ricercare l'RNA dell'HCV mediante tecnica della "polymerase chain reaction" (PCR) all'età di 1-2 mesi. Questa informazione tuttavia non modifica la nostra condotta. Siamo maggiormente portati a un follow-up semplificato dalla recente dimostrazione che la prognosi delle infezioni da HCV in età pediatrica (non associate a coinfezione da HIV) sia assolutamente più benigna che nell'età adulta, prevedendo una spontanea clearance del virus nella maggior parte dei casi (Vogt e coll. *N Engl J Med* 1999; 341:866).

Una manovra di Ortolani fatta bene (ed eventualmente ripetuta, con quale frequenza?) ci esime, in caso di negatività, dal richiedere anche un'ecografia delle anche? Oppure questo esame rappresenta un vero e proprio screening da eseguire a tappeto su tutti i nuovi nati? Sul territorio in cui opero, l'Ospedale in cui nascono la maggior parte dei bambini e a cui faccio riferimento consiglia

di eseguire l'ecografia delle anche a due mesi a tutti, con il risultato di veder refertare molte "anche immature".

Queste anche vengono poi ricontrollate, viste e riviste dagli ortopedici e spesso "trattate" in vario modo, il tutto in una girandola infinita e costosa di andirivieni, di patemi d'animo dei genitori e di richieste autorizzate. L'esperienza mi sta insegnando invece che un'ecografia eseguita a tre mesi dà un esito normale nella maggior parte dei casi.

Vorrei un parere sulla questione.

Pediatra di base

È necessario eseguire l'ecografia entro il secondo mese di vita nei casi di presentazione podalica, in cui vi è una storia familiare di displasia o di LCA, nell'oligoamnios, in presenza di malformazioni o alterazioni (fibroma dell'utero), quando il bambino presenta delle malformazioni congenite quali il piede torto ecc. e ovviamente in tutti i casi in cui la manovra di Ortolani risulta positiva.

Negli altri casi, per presenza di un'asimmetria dei glutei o delle pliche cutanee, l'ecografia va eseguita intorno al terzo mese di vita.

A proposito di piede piatto, una mia paziente femmina, da 6 anni e mezzo indirizzata presso uno studio (privato) di ortopedia pediatrica, ha eseguito un esame baropodometrico statico-dinamico, corredato dall'analisi posturale. Di che cosa si tratta e dove posso documentarmi nel merito? Che cosa può aggiungere

all'esame clinico e alla podoscopia tradizionale?

dott.ssa Rosetta Maiorino (pediatra di base)
Atri (TE)

L'esame baropodometrico è in grado di misurare, a differenza del semplice podoscopio, anche le variazioni dinamiche del carico del piede, nella statica e nella deambulazione.

Può essere utile nelle patologie del piede del paziente adulto.

Non crediamo che nel bambino possa aggiungere nulla alla tradizionale valutazione clinica e podoscopica.

Ho tra le mie pazienti un caso di "imene imperforato". È necessario fare altri accertamenti? Quando è il momento giusto per intervenire? Come si interviene?

Pediatra di base

L'intervento va fatto precocemente (primi anni) per evitare il rischio di muco-colpo (accumulo di muco nella vagina), che può avvenire anche molto prima della pubertà (l'ematocolpo avviene invece in concomitanza della prima mestruazione). Intervenire precocemente può essere anche un'indicazione di ordine psicologico.

Trattandosi di tessuto non estrogenizzato, può essere che l'imene tenda a rimarginare, creando di nuovo il problema. Per evitarlo si consigliano cicli di terapia locale con estrogeni coniugati.

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto 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 - 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