

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

Gradirei avere alcune informazioni circa quei lievi arrossamenti degli occhi, con palpebre chiuse da secrezioni giallastre al mattino, che presumo siano lievi congiuntiviti di natura virale, molto frequenti dai 6-12 mesi ai 3-4 anni, proprio l'età della frequenza dell'asilo nido e della scuola materna.

Chiedo: all'inizio sono tutte di natura virale? E in queste, con quale frequenza c'è una sovrapposizione di infezione batterica? Quali provvedimenti terapeutici sono da prendere subito, se è il caso, e quando ricorrere a colliri con antibiotici?

È giusto non far frequentare subito l'ambiente scolastico, visto che possono essere contagiose per gli altri bambini (ma il comune raffreddore non è contagioso?), o è meglio aspettare per quei casi che cominciano a complicarsi?

Pediatra di base

La congiuntivite purulenta che Lei ben descrive nella sua domanda è in effetti condizione frequente del bambino di età prescolare. Alla pari dell'otite e della sinusite riconosce verosimilmente una eziologia inizialmente virale, ma nella fase purulenta (80% dei casi) con secrezione giallastra abbondante, che al mattino rende l'occhio appiccicoso con palpebre attaccate, l'eziologia batterica è di gran lunga prevalente, e il trattamento antibiotico si è dimostrato utile nell'accorciare i tempi della malattia.

L'*Haemophilus influenzae* non tipizzabile è l'agente eziologico di gran lunga più frequente, seguito dallo *Streptococcus pneumoniae* e, non poteva mancare, anche dalla *Moraxella catharrhalis*. Gli stessi microbi quindi di tutte le altre infezioni respiratorie, con però in questo caso un'inversione di ruolo tra *Haemophilus* e pneumococco.

Il collirio antibiotico accorcia i tempi di malattia e accelera l'eradicazione del germe. Più o meno tutti gli antibiotici in commercio risultano utili, anche perché favoriti dalla tendenza spontanea alla guarigione di questa infezione. L'antibiotico per via orale si è dimostrato

egualmente efficace e in grado di prevenire l'eventuale evoluzione in otite (sindrome congiuntivite-otite). Troppo poco peraltro per poterlo consigliare.

All'Adenovirus 8 va attribuita invece la cheratocongiuntivite epidemica che è caratterizzata dalla sua rapida diffusione in comunità chiuse come asili o scuole e che si presenta clinicamente con importante iperemia congiuntivale bilaterale, secrezione limpida, edema palpebrale e ingrossamento dei linfonodi antero-auricolari (mai ingrossati al contrario nelle forme batteriche). A parte questi casi di cheratocongiuntivite epidemica, l'isolamento del bambino va fatto con buon senso, senza troppa fiscalità.

Vaccinazione MPR: qual è l'intervallo di tempo minimo che deve passare fra la prima vaccinazione e la "rivaccinazione"? Il calendario vaccinale della regione Toscana prevede che la seconda vaccinazione venga effettuata a 5-6 anni. A Siena però, quando la prima vaccinazione non è stata effettuata all'età prevista, ma più tardi, i pediatri vaccinatori del distretto si rifiutano di vaccinare se non sono passati almeno 3 anni dalla prima dose (sembra che questa sia una direttiva dei responsabili ASL).

Ha senso questo comportamento?

dot.ssa Costanza Bottai (Pediatra di base)
San Rocco a Pilli (Siena)

Il periodo minimo fra la prima e la seconda dose è stato stabilito di 1 mese. Ma nessuno vaccina, come seconda dose, a così breve distanza. La scelta dell'intervallo deve rispondere a due necessità:

- farlo il prima possibile per non lasciare scoperto un bambino, che non abbia risposto immunologicamente alla prima dose: si sa che questa non risposta avviene in circa il 4-5% dei soggetti vaccinati;
- aspettare il più possibile, perché si sa che la risposta immunologica è mi-

gliore quanto maggiore è il tempo intercorso dalla dose precedente.

Fra queste due regole generali bisogna cercare un compromesso: in Toscana abbiamo stabilito che la seconda dose venga eseguita da 3 a 5 anni dopo la prima dose.

Ma a che età è stato vaccinato il suo bambino? Se avesse avuto 3-4 anni, potrebbe anche decidere, al limite, di non eseguire una seconda dose.

Bisogna dire che una vecchia circolare del Ministero della Sanità invita le ASL a non vaccinare con la seconda dose se nel territorio di competenza non sia stato superato il livello dell'80% di copertura con la prima dose. Decisione legata a criticabilissimi concetti di sanità pubblica (adottata oltretutto solo nel nostro Paese).

Fortunatamente le coperture, penso in tutta Italia, hanno ormai superato l'80%, per cui la circolare ministeriale rimane come un "pezzo da museo".

Una ragazza di 18 anni, che seguo sin dalla nascita, ha presentato subiterno delle sclere. Gli esami praticati hanno dato i seguenti esiti: bilirubina totale 2,6 mg; bilirubina diretta 0,7; transaminasi 15; gamma-GT 12; fosfatasi 107; HBsAg assente; anti-HBs 323 (è stata da me vaccinata); anti-HCV assente; anti-HAV assente; emocromo: G.R. 5,36; Hb 13,2; MCV 82; MCH 24,6; MCHC 30,2. Ecografia epatica nella norma. Un controllo successivo della bilirubinemia ha evidenziato bilirubina totale 1,9; diretta 0,6. Ho avanzato l'ipotesi di malattia di Gilbert e desidero avere un vostro parere in merito alla mia diagnosi e a eventuali futuri controlli da farsi.

Antonio Baravalle (Pediatra)
Moncalieri

Se l'esame clinico della paziente è rigorosamente normale, è assai probabile che si tratti di una sindrome di Gilbert, nella sua forma più lieve.

Andrebbe tuttavia esclusa una iperemolisi compensata, dosando l'aptoglobina e i reticolociti. Ho qualche dubbio sulla qualità del laboratorio in cui è stata eseguita la bilirubina; infatti esiste una quota diretta francamente anormale che mal si accorda con il resto dei dati.

Seguo una bimba di 6 anni affetta da talassemia (forma intermedia) e da sindrome di Gilbert. Da mesi ha storia di dolori addominali ricorrenti. Dall'ecografia dell'addome risulta: calcolosi alla colecisti (quattro calcoli di 0,6 mm di diametro). Quale terapia medica fare? Quali farmaci? Per quanto tempo? Quando la terapia chirurgica?

dott. Domenico Palazzo (Pediatria)
Polignano a mare (BA)

La colelitiasi è una complicanza frequente delle emolisi croniche. Poiché la litiasi è verosimilmente radiopaca (bilirubinato di calcio), non è ragionevole alcun trattamento farmacologico. L'intervento chirurgico deve essere proposto ai pazienti con colelitiasi sintomatica (coliche biliari) che presentano un rischio concreto ad ogni colica di complicare il loro quadro clinico in una coledocolitiasi ostruttiva. Non capisco bene come è stata fatta la diagnosi di sindrome di Gilbert in quanto già la talassemia intermedia presuppone una aumentata emolisi con iperbilirubinemica non coniugata.

Una linfopenia lieve (<1500 linfociti), riscontrata in più occasioni in bambina di 10 anni in assenza di manifestazioni cliniche importanti, giustifica accertamenti più approfonditi, quali una tipizzazione linfocitaria?

Pediatria di base

Se il dato riportato dal lettore (linfociti < 1500) si è confermato nel tempo anche a diverse età (vedi parametri di riferimento sul lavoro di Tommasini e coll. M&B 20, numero 8, 2001, pag. 524), si può parlare di linfopenia. L'assenza di manifestazioni cliniche significative suggestive di immunodeficit a carico dei B e T linfociti può far propendere per un quadro secondario ad episodi infettivi virali (perché faceva l'emocromo?); personalmente farei un dosaggio

delle immunoglobuline e delle sottopolazioni linfocitarie per chiudere il problema.

Maschio di 5 anni che ha presentato artralgie importanti alle grandi articolazioni, a carattere migrante. Modico elevamento degli indici di flogosi e del TAS. È corretta la diagnosi di artrite post-streptococcica? Se sì, per quanto tempo va continuata la profilassi penicillinica?

Pediatria

Gli elementi forniti sono troppo scarsi per definire la diagnosi di Febbre Reumatica o Reumatismo Articolare Acuto post-streptococcico (RAA): erano soltanto artralgie o una vera artrite? Le artralgie sono un sintomo non decisivo per la diagnosi. Nel RAA le articolazioni sono estremamente dolenti ma anche visibilmente calde e tumefatte (artrite); il quadro si modifica dopo 2-3 giorni (migrante) e spesso interessa un'articolazione per volta, in genere le grandi articolazioni (ginocchia, caviglie, polsi, gomiti).

Vi è stata una straordinaria risposta al trattamento con aspirina o con altro FANS? L'artrite del RAA risponde immediatamente in 12-24 ore all'aspirina.

Vi era febbre? Nel RAA è di norma importante e persistente.

È stato escluso un interessamento cardiaco (soffio, ECO)? È stato fatto almeno un ECG per la ricerca di un allungamento del QT?

Quanto erano aumentati gli indici di flogosi e quale è stato il movimento del TAS? Nel RAA la VES è di regola molto aumentata e si mantiene tale per diverse settimane. Il movimento del titolo anticorpale è di solito consistente, almeno due diluizioni. Questo aumento, come una eventuale positività del tampone faringeo, sono indispensabili per accertare la recente (in genere 2-3 settimane prima) infezione streptococcica, che è condizione necessaria per la diagnosi di RAA (ma non è di per sé un criterio diagnostico).

In altre parole, nel caso descritto mancano i criteri (di Jones) per poter formalizzare la diagnosi: almeno un criterio maggiore (in questo caso la poliartrite che però lascia molti dubbi) e due criteri minori (mentre nel bambino vi sarebbe stato soltanto l'aumento degli indici di flogosi, mancando la febbre o l'allun-

gimento del QT) e, infine, la dimostrata infezione streptococcica recente (anche questa incerta).

Comunque, per completezza, ricordo che la terapia del RAA prevede l'utilizzo dell'aspirina (100 mg/kg/die in 4 somministrazioni) da mantenere fino a normalizzazione della VES. La profilassi delle ricadute va fatta invece con la benzatina penicillina i.m. una volta al mese per 5 anni (se vi è stata cardite e in particolare con danno valvolare residuo la profilassi andrebbe mantenuta per almeno 10 anni, se non tutta la vita).

Una diagnosi di "artrite post-streptococcica" sembra ancora meno probabile. In questa particolare e più rara forma di reumatismo non sono soddisfatti i criteri di Jones, l'artrite di norma non è migrante e non risponde ai salicilati. Il suo decorso è molto più protratto con possibilità di associarsi a cardite che però in questo caso è tardiva.

Anche in questa condizione, malgrado la cardite sia molto più rara (6% dei casi), è consigliata la profilassi penicillinica per almeno 5 anni.

Ho iniziato in un mio piccolo assistito un ciclo vaccinale con vaccino esavalente Infanrix-Hexa. Il foglio esplicativo prescrive un ciclo di tre iniezioni ad almeno un mese di distanza l'una dall'altra. È obbligatorio così, o la terza somministrazione può essere rimandata all'anno, come si fa tuttora con gli altri schemi? È comunque sempre consigliabile la dose di antipolio al terzo anno? In caso affermativo, per os o per via parenterale?

prof. Liborio Serafini, Busto Arsizio (VA)

Ho preso in mano la scheda tecnica del vaccino Infanrix-Hexa, che si esprime in tal modo per l'immunizzazione primaria: - 2, 3 e 4 mesi - 3, 4 e 5 mesi - 2, 4 e 6 mesi e, infine, - 3, 5 e 11-12 mesi.

Quest'ultima schedula è proprio quella che viene ricordata nel Calendario Nazionale (DM 7 aprile 1999). Quindi la terza somministrazione va rimandata, come Lei dice, intorno all'anno di età, adottando un pentavalente (DTPa + Hib + Hep B), insieme all'OPV per bocca. Secondo la letteratura statunitense (ACIP, CDC e altri) è meglio usare sempre la stessa preparazione di vaccino; tuttavia, viene ricordato in queste pub-

blicazioni che, in mancanza di quella, va bene qualsiasi vaccino, purché si immunizzi. In Toscana abbiamo deciso di eseguire la terza dose di Hib, con un vaccino monocomponente, alla fine del sesto mese, per coprire maggiormente il lattante nel secondo semestre di vita, epoca più a rischio per le forme invasive. Ma, come Lei comprende, questo comporta un appuntamento in più e un'iniezione in più.

Sì, va sempre bene la quarta dose di antipolio al terzo anno con OPV (per bocca), almeno finché non viene deciso centralmente di passare (come negli Stati Uniti) a 4 IPV.

Ho sempre saputo che il riscontro di polipi nasali in un bambino deve far pensare subito alla fibrosi cistica. Anche se nella mia carriera di pediatra ospedaliero ne ho visti pochi, mai mi è capitato di avere un test del sudore positivo. Allora, cosa sono questi polipi? Nei casi che ho visto non vi erano nemmeno allergie da chiamare in causa, ma in un

caso vi era una familiarità (due fratelli). Gli ORL, in genere, non sanno dire nulla su questo problema, forse perché nel bambino è molto raro.

Potreste dirmi qualcosa di più? Cosa pensare, cosa fare?

Pediatra ospedaliero

La poliposi nel bambino è oggettivamente rara. Giustamente, come già da Lei ricordato, l'allergia non è in causa e non lo è nemmeno nella poliposi dell'adulto: non è, in altre parole, l'evoluzione finale di una rinite allergica grave o trascurata. Questo lo sottolineo in quanto da molti viene erroneamente ancora considerata questa possibilità. Nella patologia allergica l'ipertrofia/iperplasia della mucosa è principalmente a carico dei turbinati, mentre il polipo si forma alla sommità della cavità nasale, attorno allo sbocco dei seni etmoidali in prossimità delle cellule olfattive ed è per questo che già precocemente fa perdere l'olfatto.

Comunque, anche nella fibrosi cistica i polipi difficilmente si formano e si evi-

denziano in età pediatrica (riscontrabili in appena il 10% dei casi pediatrici mentre nel 40% dei casi adulti); in questa patologia un carattere distintivo da ricordare è la ricchezza (nel polipo e nel muco) di neutrofili e l'assenza di eosinofili. Questa caratteristica si ritrova anche nella sindrome di Kartagener che è l'altra condizione da sospettare in una poliposi in età infantile.

I comuni polipi dell'adulto, non legati alla fibrosi cistica, sono al contrario ricchissimi di eosinofili. Spesso sono l'evoluzione naturale della NARES (*Non Allergic Rhinitis with Eosinophils*). Anche quest'ultima comunque, come la poliposi, è ancora senza una causa nota. La poliposi a volte si associa all'intolleranza all'aspirina, altre volte all'asma intrinseco dell'adulto; se presenti entrambe le condizioni, si parla di "triade salicilica". Per dare un messaggio sintetico direi: non pensare alla fibrosi cistica se vi sono eosinofili nel muco nasale, ma considera anche la s. di Kartagener se nel muco ci sono solo neutrofili (fai il test del sudore, ma studia anche le ciglia).
