

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

Spesso, dietro a un bambino con problemi notturni (insonnia ecc.), c'è sempre una mamma con problemi (impegni di lavoro, familiari ecc.).

Gradirei sapere da voi quanto c'è di vero in una tale affermazione, fatta a un convegno da un neuropsichiatra infantile, ed eventualmente come può affrontarlo un pediatra.

Pediatra di base

Togliendo il "sempre" che è in opposizione con "spesso", al pediatra compete di ascoltare, eventualmente interagendo. Se il problema è quello dell'insonnia, è certo che (come per l'adulto) esso sottende (spesso, non sempre) problemi di relazione (tra i genitori, coi genitori, coi compagni) specie per i più grandi, problemi che si esprimono con uno stato di tensione (di stress).

Possono essere, invece, problemi di abitudine (sonno diurno, rituali d'addormentamento), ovvero fobie (paura del buio) o, più raramente, specie per i più piccoli, problemi organici, compresa l'allergia alimentare.

È ancora l'ascolto paziente che può aiutare a dirimere tra le cause e che può, se non risolvere il problema, renderlo accettabile, nell'attesa "che passi da sé". Se poi il problema non è quello dell'insonnia, ma di presonnia (irrequietezza, pavor ecc.), penso che davvero non ci sia da far altro che lasciar perdere.

A quale età un bambino raggiunge la massima immunizzazione, come un adulto? È vero che è intorno agli 8 anni?

Pediatra di base

La relativa immaturità del sistema immunitario nel bambino più piccolo è caratterizzata da livelli più bassi di Ig, in

particolare IgA, IgG2 e IgG3, che solo nell'età scolare raggiungono valori quasi ottimali. La risposta T-linfocitaria è per alcuni aspetti incompleta; basti pensare alla scarsa risposta immunitaria agli antigeni polisaccaridici nel bambino sotto i due anni (e conseguente necessità di un "carrier" proteico per rendere efficace la risposta immunitaria ai vaccini con antigeni polisaccaridici come per esempio quello contro l'*H. influenzae* e il *pneumococco*). Ma anche la catena dei fattori complementari presenta qualche difetto nei primi mesi di vita.

La risposta è quindi affermativa, esiste un tempo di maturazione dell'immunità che corrisponde più o meno all'età prescolare.

Quanto dovrebbe durare la terapia antibiotica in una sinusite acuta?

dott. Antonio Guerrieri (pediatra di base)
Cagnano Varano (FG)

Non vi sono studi per la sinusite che valutino specificamente questo aspetto.

Il più delle volte il bambino "drammaticamente improves" già dopo 3-4 giorni di terapia. In generale viene consigliato di mantenere il trattamento per circa 1 settimana dopo la remissione dei sintomi (e alla fine si arriva ai "classici" 10 giorni di terapia).

Che terapia effettuare nella laringite ipoglottica del bambino? È utile l'aerosol con beta 2-stimolanti, o con il solo corticosteroide?

dott. Claudio Sisto (pediatra ospedaliero)
Bari

I beta 2-agonisti (broncodilatatori) non sono farmaci utili nella laringite ipoglot-

tica e nemmeno nel laringospasmo.

Per risolvere la dispnea inspiratoria si sono dimostrati efficaci i cortisonici inalatori (quelli usati nella terapia dell'asma) e l'adrenalina per aerosol (per le dosi e le modalità di somministrazione confronta *Medico e Bambino* 3, 128, 1995: "Novità nella terapia del croup").

Dopo tanti anni di attività mi ostino a non prescrivere ricostituenti e a spiegare perché sono inutili. Altri colleghi invece li prescrivono, pur sapendo della loro inutilità. Più furbi?

Certo che ad alcuni genitori e nonni sarebbe utile darli e far spendere loro tanti soldi.

Voi cosa ne dite? Come vi comportereste?

Pediatra di base

Ognuno si comporta "come gli detta dentro". Se crede che "a certi genitori e nonni" sarebbe utile darli, perché non li dà? Se pensa invece che è meglio compiere il proprio lavoro anche come "educatore", è giusto che continui a spiegare perché li considera inutili. Ma che cosa sono i "ricostituenti"? e sono davvero tutti inutili?

È vero che in occasione di ogni malattia il sistema immunitario si blocca per un certo periodo (due mesi) ?

dott. Giorgio Allibrandi
Belluno

È stato ampiamente dimostrato che, studiando l'immunità dei bambini con infezioni respiratorie ricorrenti a distanza sempre maggiore rispetto all'ultimo episodio infettivo, si assiste a una progressiva diminuzione della frequenza

delle anomalie funzionali del linfocita. Durante la stagione estiva nessuno dei bambini presenta più misurabili difetti immunitari.

Esiste quindi un disturbo della funzione dell'immunità cellulo-mediata indotta dalle stesse infezioni virali (anergia post-infettiva) che rende razionale (non obbligatorio) il comune consiglio di non mandare all'asilo, almeno per qualche settimana, il bambino con infezioni respiratorie troppo ravvicinate.

Per il supporto diagnostico in caso di sospetta celiachia, so che la positività degli anticorpi anti-endomisio (EMA) è più sensibile e più specifica della positività degli anticorpi antigliadina (AGA).

In un mio paziente di circa 3 anni, che ha presentato crescita non sempre brillante, con episodi ripetuti di astenia, di riscontro di anemia ipocromica e di produzione di feci sfatte, mucose, maleodoranti, si rilevano AGA IgG 42 (valore normale inferiore a 15) e AGA IgA 4 (valore normale inferiore a 7).

Il valore delle IgG autorizza a non escludere la celiachia? È corretto impostare un ricovero per biopsia intestinale?

Che cosa pensare almeno orientativamente?

Quali altri approfondimenti mi potreste suggerire?

A completamento posso aggiungere che i suoi "problemi intestinali" di natura non determinata e la sua stentata crescita si erano palesati prima del divezzamento.

dott. Saverio Mirabassi (pediatra)
Cognola (Trento)

Come lei stesso afferma, sono gli anticorpi anti-endomisio e non gli AGA il test più sensibile e specifico per lo screening sierologico della malattia celiaca. Ma la storia, nel caso da lei descritto, è fortemente sospetta e giustificerebbe la biopsia in ogni caso.

Adolescente in lieve sovrappeso, già in dietoterapia, ha valori di colesterolemia totale e triglicerici-

demia normali (rispettivamente 135 mg/dl e 98 mg/dl).

Quale importanza dare al riscontro di un basso valore del colesterolo HDL: 30 mg/dl?

Pediatra

È certamente un fattore di rischio che in qualche modo è influenzato dal sovrappeso.

Va fortemente consigliato il dimagrimento, specie se associato a un aumento dell'attività fisica.

Andrebbero studiati anche gli altri componenti della famiglia.

Ho usato inizialmente il Vaxem Hib. Dopo un mese è stato ritirato dal commercio. Ho così usato l'HibTITER, dopo poco ritirato dal commercio.

È possibile usare ora per i richiami o per il proseguimento delle vaccinazioni l'ActHib?

dott. Mario Belloni (pediatra)
Milano

È certamente possibile continuare la vaccinazione con ActHib.

Gradirei avere indicazioni sulla terapia della peliosi reumatica.

È corretto l'uso di Ig endovena? E se sì, a quali dosi e per quanto tempo?

Medico ospedaliero

C'è consenso generale sul non trattamento della peliosi reumatica (porpora anafilattoide, malattia di Schoenlein-Henoch), sia per la scarsa rilevanza clinica della malattia, sia per la dimostrata inefficacia delle terapie sperimentate (antiaggreganti piastrinici, corticosteroidi) sulla complicità renale e più in generale sull'evoluzione della malattia. In apparente contraddizione con le precedenti assunzioni c'è la raccomandazione di usare i corticosteroidi nelle complicanze severe, eccezionali (cerebrale, cardiaca) e in due complicanze meno rare, l'interessamento testicolare e il dolore addominale, particolarmente violento (sospetta invaginazione ileo-ileale) probabilmente per l'effetto antiflogistico del cortisone stesso (ricordare che alla va-

sculte del capillare pre-venulare, che è l'elemento tipico della malattia, si associa spesso un angioedema).

È stato corretto il modo di agire della mia USL?

Piccola epidemia di Tinea corporis in una classe elementare (la maestra, non pratica di queste cose, non ha segnalato il primo caso). I bambini vengono riammessi sotto terapia antimicotica. Ce n'è uno che non attua tale terapia e la cui madre pretende (per motivi religiosi) di curare il figlio con una medicina omeopatica. Io mi rifiuto di riammetterlo in comunità. La USL, cui la madre si rivolge, lo riammette (è la stessa USL da cui dipendo io come medico scolastico e che ci aveva dato le disposizioni note a tutti, raccomandando di essere attenti). Peccato però che la riammissione sia avvenuta con una loro telefonata! Non ho ottenuto uno scritto.

Medico scolastico

Do ragione a Lei e torto alla USL.

Due belle sorelline, di 7 e 5 anni, all'improvviso presentano due piccole chiazze di alopecia.

Le indagini effettuate hanno confermato il sospetto clinico di Tinea capitis.

I dermatologi ospedalieri ordinano, oltre al trattamento medico, di tagliare completamente i capelli (sono lunghi e biondi), di portare un cappellino e di non andare a scuola per 15 giorni.

Le bambine non hanno voluto tagliarsi i capelli (e io ho concordato), ho redatto un certificato e le ho rimandate a scuola (sono in trattamento con griseofulvina e terapia topica con shampoo a base di solfuro di selenio).

In questi casi, quali sono le corrette misure preventive e cosa prevede la legge italiana a parte la notifica del caso da parte del medico?

dott. Giuseppe Morero (pediatra)
Potenza

Il suggerimento del dermatologo ospedaliero è stato forse troppo energico (è assolutamente inutile tagliare i capelli in questa patologia), quello seguito da Lei forse un po' troppo liberale. La griseofulvina è la scelta giusta, ma l'effetto sulla contagiosità non è così pronto e il solfuro di selenio non è un antimicotico specifico e probabilmente meno attivo che un antimicotico azolico. Io credo che un trattamento topico con antifungini, per ridurre la contagiosità della micosi, sarebbe stato raccomandabile.

Ragazza di 27 anni, in cura dai primi mesi di vita per ipotiroidismo. Ora Eutirox 100 mg/die e 150 mg/die a giorni alterni. Buon equilibrio clinico e bioumorale, è gravida al primo mese. Come prevedere il monitoraggio clinico, ormonale e terapeutico? Quali le prospettive per il nascituro? Come e per quanto tempo tenere sotto controllo la funzione tiroidea di quest'ultimo, test di Guttrie a parte?

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

Credo non ci sia nessun problema per il bambino, durante la gravidanza o dopo, né per la madre. Un controllo bimestrale del TSH potrebbe mettere in evidenza eventuali sottodosaggi.

Nel territorio dove opero come pediatra di base (Ozieri, SS) è in corso un'epidemia di scarlattina. Finora il mio comportamento era quello di trattare solo i malati. I contatti li trattavo solo se sintomatici. Oggi però, qualcosa credo che debba cambiare. Leggo che (Red Book 1995, pag. 440) «i soggetti asintomatici contagiati possono essere a rischio di complicanze non suppurative, dato che diversi studi hanno dimostrato che circa 1/3 dei pazienti con malattia reumatica ha un'anamnesi negativa per infezioni streptococciche recenti e un altro terzo ha avuto malattie respiratorie di lieve entità per le quali non è stata neppure ritenuta utile una visita medica». Alla luce di questo, mi sembra di

capire che in corso di epidemie di scarlattina dovremo eseguire il tampone faringeo a tutti i bambini in età scolare e trattare tutti i positivi (anche i portatori). Questo porterebbe a un aumento notevole dei costi, anche in considerazione del fatto che la malattia reumatica ha bisogno per svilupparsi di un terreno genetico predisponente. Finché non si potranno identificare i soggetti a rischio e su quelli attuare strette misure di profilassi, come ci comporteremo?

Pediatra di base

Negli ultimi anni, parallelamente alla fortissima riduzione dell'incidenza del reumatismo articolare acuto (più o meno 1 caso ogni 100.000 giovani tra i 5 e i 18 anni, per anno), si è assistito a una diminuita intensità delle manifestazioni cliniche della faringotonsillite e della scarlattina. Questo ha fatto sì che la gran parte dei nuovi casi di RAA non ha una storia precedente di infezione da streptococco. È questo che voleva essere sottolineato dal "Red Book", ma non per dire che dobbiamo fare il tampone a tutti, ma esattamente il contrario, che la probabilità reale di intervento efficace di prevenzione (terapia antibiotica) è molto bassa in una malattia (l'infezione streptococcica) con complicanze rarissime, non prevedibili.

Broncodilatatori nel primo anno di vita: efficacia ed effetti sfavorevoli.

Pediatra di base

Nel primo anno di vita prevalgono nelle bronchiti con "fischio" i meccanismi broncostruttivi di tipo meccanico (edema della mucosa) su quelli broncospastici. Tipicamente nella bronchiolite a nulla giovano i beta 2-agonisti, la teofillina o l'ipratropium bromuro, mentre l'adrenalina è efficace per la sua azione alfa-adrenergica di vasocostrizione con riduzione dell'edema e della congestione della mucosa.

Più ci si avvicina all'anno di età, più aumenta la probabilità di trovare una risposta ai broncodilatanti. Gli effetti negativi dei broncodilatatori beta 2-agonisti sono scarsi come ad ogni altra età.

Come si riconosce l'acne neonatorum e qual è la diagnosi differenziale con la dermatite atopica?

Pediatra di base

Vi sono poche possibilità di confondere un'acne neonatorum con un eczema atopico, anche se è vero che i due quadri hanno in comune la sede, cioè le guance, che, come è noto, sono una localizzazione tipica dell'eczema del primo anno di vita.

L'eczema atopico compare in genere attorno al secondo mese di vita con un eritema diffuso alle guance, che può divenire essudante e che prima o poi si associa a prurito e/o a lesioni in altre sedi.

L'acne neonatorum compare prima, in genere tra la seconda e la quarta settimana, e può durare fino ai sei, otto mesi. Si evidenzia con papule eritematose, delimitate, che evolvono in pustole giallastre prevalentemente localizzate alle guance e occasionalmente al mento e alla fronte; solo raramente sono visibili piccolissimi comedoni.

Più che all'eczema atopico, l'acne del neonato va distinta dal milio del neonato (ritenzione di cheratina e di materiale sebaceo nelle strutture pilosebacee) che è presente in circa la metà dei neonati a termine e si risolve entro 3-4 settimane; l'aspetto è caratteristico: papule follicolari sferiche, bianco-madreperlacee su guance, mento, naso e fronte.

Un mio nipotino, attualmente di un anno, presenta episodicamente, fin dal 3° mese di vita, crisi importanti di prurito sine materia, con insonnia, pianto e spasmodici tentativi di grattamento al volto e al cuoio capelluto. È tuttora allattato al seno con brevi periodi iniziali di aggiunte, dapprima di latte adattato e poi di latte di soia.

Modestissima e rara comparsa di dermatite atopica (retro-auricolare). Dieta materna rigorosamente priva di latte, uovo e derivati. Al terzo o quarto tentativo di introduzione di pesce, comparsa di intensa eruzione maculo-papulosa diffusa al volto e al tronco, molto pruriginosa. Notevole reazione locale edematosa-infiltrativa nel punto di inoculo (coscia) del terzo vaccino DTP (acellulare).

A più riprese: prick test negativo per alimenti e inalanti; IgE totali costantemente nei valori normali; IgE specifiche, alle prime due determinazioni, nei valori normali, alla terza (verso il 7° mese) modestamente aumentate per tutti gli allergeni precedentemente testati (sempre con IgE totali basse). Solo all'ultimo controllo, eosinofili totali aumentati (580/mm³); AGA, EMA, sangue occulto fecale, "scotch test" per ossiuri, tutti negativi. Presentandosi la necessità di interrompere l'allattamento al seno, che fare? È rischioso introdurre altri alimenti?

Pediatra ospedaliero

Il bambino è certamente un atopico e quello che presenta è un prurito "equivalente eczematoso": le lesioni retroauricolari, l'ipereosinofilia (più significativa del valore delle IgE totali), l'episodio ponfoide di orticaria dopo aver mangiato il pesce, non lasciano spazio ad altre (ma poi quali?) ipotesi diagnostiche.

La negatività al prick test per il latte vaccino giustifica almeno un tentativo con questo alimento. Per il resto, evitando il pesce ma anche l'uovo, farei un divezzamento senza altre limitazioni (frumento, manzo, olio, verdure ecc.). Il prurito senza lesioni evidenti fa pensare a una pelle molto secca, tipica di questi bambini e pertanto vanno utilizzati tutti gli strumenti dermatologici per correggere questa alterazione (uso di non-saponi, tanta pomata alla vaselina ecc.).

Se il prurito rimane importante, consiglio di somministrare, prima del sonno, un antistaminico di prima generazione con maggiore effetto ipnotico.

In quali condizioni è indicato l'uso di antibiotici che normalmente si usano per via parenterale, in aerosolterapia.

Pediatra di base

L'unica condizione che si giova della terapia antibiotica per via inalatoria è la fibrosi cistica. In tutti gli altri casi (che siano patologie nasali o bronchiali) non servono a nulla e possono fare solo danni (sensibilizzazioni, resistenze).

Cosa fare nel caso di un bambino di 10 anni diventato Minirin-dipendente? Sospende il farmaco e urina di notte; appena lo riprende, non bagna più il letto.

dott. Nunzio Lardaro (pediatra di base)
San Felice a Cancellò (CA)

Non è Minirin-dipendente, semplicemente non è guarito dall'enuresi: il Minirin non guarisce nessuno dall'enuresi, è solo un sintomatico.

Consiglio: lasci stare il Minirin e lasci che il bambino bagni il letto e dia il Minirin solo se il ragazzo deve andare fuori casa. Oppure usi un farmaco più economico (Tofranil). Oppure prenda un'al-

tra strada terapeutica (condizionamento, educazione minzionale).

Bambino di 5 anni con febbre elevata, influenzale. In quinta giornata esegue Rx torace. Dopo due giorni il risultato della lastra: piccolo focolaio broncopneumonico con reazione pleurica. Nel frattempo il bambino è sfebbrato ed è in buone condizioni generali. Cosa fare?

dott. Nunzio Lardaro (pediatra di base)
San Felice a Cancellò (CA)

Era meglio dargli un po' di antibiotico piuttosto che fargli la lastra (e non interessarsene se non dopo due giorni).

Un bambino di circa tre anni presenta, in occasione di ogni puntata febbrile, splenomegalia (milza ad oltre due dita dall'arcata, non dolente). Cosa fare?

dott. Nunzio Lardaro (pediatra di base)
San Felice a Cancellò (CA)

Difficile credere che sia così e, se è davvero così, non so che cosa pensare. Più facile che sia un bambino con una modesta splenomegalia "costituzionale" (o con una milza di conformazione sui generis), che viene visitato con più attenzione quando è malato. È la risposta più onesta che possiamo dare.

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 - 34100 Trieste

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