

Le domande vanno inviate alla redazione preferibilmente via mail (e-mail: domanderisposte@medicoebambino.com) oppure per posta (via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste). Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale di *Medico e Bambino*, che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica.

Le domande di maggior interesse generale potranno essere pubblicate nella rubrica "Domande e Risposte". Per questo, è opportuno che il mittente segnali anche la città in cui lavora e la qualifica e/o il tipo di attività svolta.

Se, al contrario, non si desidera che il proprio nome venga indicato in calce al quesito posto, è sufficiente specificarlo.

Disturbi del sonno in una lattante

Vorrei sapere se si può provare qualche farmaco su una bambina di undici mesi che ogni notte ha questo pattern del sonno: dorme bene dalle 21 alle 24 e poi dalle 4 alle 8 di mattina. Dalle mezzanotte alle quattro del mattino ogni mezz'ora si sveglia e piange anche se messa nel letto con i genitori. Questo ogni notte, sempre con lo stesso ritmo.

dott. Nunzio Lardaro

Pediatra di famiglia, San Felice a Cancellò (Caserta)

È una bambina, come tanti, che non ha ancora acquisito il ritmo sonno/veglia, cioè una pausa più lunga rispetto alle altre. A quell'età le variabili nel sonno dei bambini sono infinite, ogni mamma avrebbe da raccontare la sua esperienza. Molti prodotti sono stati proposti dall'Industria, nessuno "vincente", ma tutti buoni per prendere tempo perché, alla fine, tutti si aggiustano da soli, comunque. A mio sapere l'unico farmaco efficace era la niaprazina (*Nopron*), antistaminico a spiccata attività sul centro del sonno, non più disponibile in Italia per uso pediatrico. Risultava peraltro molto efficace per indurre il sonno, molto meno per mantenerlo a lungo. Per allungare un po' le ore continuative di sonno si può provare con la melatonina, ma se non sortisce effetto dopo qualche giorno è inutile insistere. La melatonina è licenziata e autorizzata con dosaggio massimo di 1 mg al dì per bambini con età inferiore all'anno, ma gli studi dimostrano che per essere efficace bisognerebbe raddoppiare, o triplicare, la dose, scivolando nell'*off-label*. Sta al medico spiegare alla famiglia tutto ciò e decidere, in accordo con i genitori, se tentare (anche aumentando la dose) o accettare la situazione, senza medicalizzarla troppo.

Comunque sia, alla fine le buone norme dettate dall'empirismo più schietto finiscono per essere la cosa migliore da consigliare come mettere il bambino nella culla ancora sveglio; evitare di farlo addormentare al seno, in braccio o al biberon; seguire orari regolari; instaurare un rituale per l'addormentamento, separando bene le cose che si fanno di giorno da quelle che si fanno di notte. E per finire

che l'ambiente sia buio o semibuio e fresco: troppi bambini sono a disagio semplicemente perché messi a letto troppo coperti, stretti e infagottati.

Infezioni respiratorie ricorrenti; difetto di IgA

Per il pediatra di famiglia è quotidiana la richiesta di aiuto fatta dai genitori per bambini dell'età dell'asilo nido o della scuola dell'infanzia che si ammalano in continuazione. Non fanno a tempo a guarire da un'infezione (soliti raffreddori con tosse, catarro, muco giallo e/o mal di orecchio) che appena rimettono piede in asilo si riammalano. Sono bambini che per il resto sono in buona salute. Quello che chiedo è se, e quando, vale la pena di sospettare e indagare un difetto di IgA che ritengo sia l'unico difetto immunitario che potrebbe spiegare questa vulnerabilità alle infezioni di grado comunque veniale. Va valorizzata a questo fine di più la frequenza delle ricadute, o altro criterio clinico di sospetto, come la gravità dell'infezione con la necessità di dover utilizzare sempre l'antibiotico? Ma anche quest'ultimo criterio avrebbe una mira troppo larga, stando alle abitudini prescrittive di noi pediatri. Non pensarci mai è forse la scelta giusta? O sbaglio?

Un pediatra di famiglia, Modena

Il difetto di IgA in sé non andrebbe mai indagato prima dei 5 anni, perché valori molto bassi prima di questa età possono essere normali. La frequenza delle infezioni non ha molto valore nel guidare il sospetto di una immunodeficienza. Mentre certamente meritano attenzione e di essere studiati i bambini con infezioni più gravi con durata protratta e necessità di trattamenti antibiotici prolungati, e/o magari con isolamento di microrganismi inusuali. La ricorrenza di otiti batteriche nell'età dell'asilo è più spesso legata a fattori locali che a disturbi immunitari, ma anche in questo caso uno studio dell'immunità può essere indicato se il problema non si risolve con l'età, se ci sono anche infezioni a carico di altri distretti (respiratori e cutanei). Costituisce inoltre un im-

portante criterio di allarme il rallentamento della crescita, o più in generale le scadute condizioni generali del bambino. Lo studio dell'emocromo, degli indici di floso, dei livelli di immunoglobuline e del complemento può costituire un accettabile screening in questi casi, ma non permette di escludere una immunodeficienza in casi con sintomi gravi e persistenti.

Ossiuriasi ricorrente

In caso di ossiuriasi ricorrente in una bambina di otto anni, al di là delle misure igieniche per evitare la contaminazione dal terreno e dagli animali domestici, c'è altro che si può fare? Il mebendazolo, somministrato per 3 giorni a 5 ml al dì, è più efficace che in unica somministrazione con ripetizione dopo 15 giorni?

dott. Alberto Neri

Pediatra di famiglia, Ferrara

L'ossiuriasi ricorrente è quasi sempre dovuta a ricontaminazione ambientale, per cui se anche tutti i familiari hanno fatto la terapia correttamente (una dose ripetuta a 15 giorni di distanza) e sono stati esclusi i compagni di scuola (non facile, considerato il tasso di reinfezione sempre molto elevato), vanno riviste con massima attenzione le misure ambientali di profilassi: in particolare lavarsi (doccia) e far lavare con frequenza le mani; trattare con maggiore prudenza la biancheria intima e le lenzuola della persona infetta; tenere le unghie corte evitando di grattarsi la regione perianale.

Per quanto riguarda la terapia farmacologica alcuni studi di *case report* dimostrerebbero nelle forme ricorrenti la maggiore efficacia del mebendazolo somministrato per 3 giorni consecutivi e ripetuto, sempre per tre giorni, a distanza di 2-3 settimane. Sempre nelle forme ad alta ricorrenza, altri *case report* avrebbero dimostrato la maggiore efficacia dell'albendazolo, 400 mg in singola dose per os, anche questo ripetuto a distanza di 15 giorni. La ripetizione del trattamento va sempre fatta perché nessuno di questi farmaci è completamente efficace contro l'uovo o le larve in via di sviluppo.