

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

**A proposito del bambino piccolo (dagli 8-10 mesi ai 24-30 mesi) che non dorme di notte, gradirei sapere quali sono le cause più frequenti e quali gli eventuali rimedi.**

Pediatra di base

Domanda impossibile per un bambino di età impossibile.

Primo: davvero non dorme? O solo si sveglia spesso? Quante volte si sveglia? Quante ore dorme? Ha avuto coliche nei primi mesi? Com'è durante il giorno? In tutte queste domande è contenuta una ricerca di cause possibili. Ma credo si debba dire che, se la causa più frequente di disturbo del sonno nel primo trimestre è costituita dalla non acquisita ritmicità e la seconda dalle coliche, dal secondo semestre cominciano a prevalere i problemi di interazione con i genitori, di reciprocità e di rifiuto della reciprocità, di insicurezza e di conflitto per il letto, di incongruenze tra gli orari dei genitori e l'orario (desiderato) per il bambino.

È evidenza nella letteratura (e anche nella nostra esperienza) che un'ipersensibilità alimentare (latte, uovo ...) possa essere alla base di una "particolare" irrequietezza diurna e notturna; ma se mancano evidenze chiare in questo senso nella storia passata o recente, o almeno in una conta degli eosinofili, non ci sentiamo di proporre di seguire questa strada. È difficile suggerire dei veri rimedi per una cosa che in genere si aggiusta da sé. Spesso un interrogatorio gentile permette ai genitori di accettare o di capire le strategie più opportune, che poi alla fine sono sempre le stesse: casa tranquilla, senza rumori, possibilmente tutti a letto presto, camomilla Nopron, ridurre il tempo del sonno diurno, al limite melatonina 0,5 mg/die alla sera (si trova in tutte le farmacie).

**Vorrei sapere se, in un bambino di un anno di età con testicolo ritenuto (scrotales alto), è consigliabile iniziare un ciclo di terapia ormonale. Inoltre vorrei cono-**

**scere quali sono i farmaci più utilizzati e con quali percentuali di successo. Visto il costo elevato, vi chiedo infine se la gonadorelina in spray sia più efficace rispetto agli altri presidi terapeutici.**

dott. Vincenzo Tutolo (pediatra di libera scelta)  
Riccia (CB)

Egregio collega, ho girato la sua domanda a due esperti: l'endocrinologo ed il chirurgo pediatra. Le trasmetto entrambe le risposte, che le permettono di vedere il problema da due punti di vista, anche se le differenze che troverà non sono sostanziali:

1° risposta (endocrinologo). Se non esiste un barrage meccanico (ernia), potrebbe trattarsi di un'ectopia, non sempre facile da cogliere. Nell'incertezza è possibile prima dell'intervento chirurgico fare terapia con HCG (profasi HP 2000, somministrando 1000 U due volte alla settimana per 5 settimane): se il testicolo non scende, si conferma un'ectopia primaria ed è quindi indicata la soluzione chirurgica. Il testicolo può risalire, ma rimanere in posizione più bassa. L'intervento in tal caso può essere rinviato. Non è necessario ripetere più volte il test.

Per quanto riguarda il farmaco, lo spray nasale è meno invasivo, ma non sempre è facile somministrarlo all'età di un anno (compliance quindi variabile); l'HCG meno diluito può essere anche somministrato sotto cute anziché intramuscolo, usando le siringhe da insulina.

2° risposta (chirurgo pediatra). La terapia ormonale del criptorchidismo è molto discutibile e discussa. Comunque, se la diagnosi è di "testicolo ectopico" (cioè testicolo che si trova al di fuori dalla "strada" di discesa normale del testicolo da retroperitoneo allo scroto) c'è indicazione formale all'intervento chirurgico correttivo. Nel caso la diagnosi sia di "testicolo ritenuto" si può provare la terapia ormonale tenendo conto delle seguenti informazioni (Consensus Conference sul criptorchidismo, 1998):

- La metanalisi dei principali studi randomizzati mostra una percentuale di suc-

cesso attorno al 20%.

- Più basso è il testicolo, maggiori sono le possibilità di successo.

- La più efficace terapia ormonale è quella sequenziale con LHRH+HCG (dosi sotto i 3 anni): LHRH (0,2 mg/narice/3 volte al dì/4 settimane seguita in caso di insuccesso da HCG (500 UI intramuscolo/3 volte alla settimana per 3 settimane = 9 punture!).

- HCG può causare iperemia scrotale, turgore dei genitali, frequenti erezioni e irrequietezza che regrediscono settimana dopo la terapia.

- Il risultato va controllato a distanza di 6 mesi: la risalita del testicolo nel canale inguinale richiede l'intervento chirurgico.

- La terapia ormonale va fatta entro i 18 mesi di vita, perché in caso di insuccesso andrà fatto l'intervento chirurgico che conviene eseguire prima del compimento del 2° anno di vita.

- Considerando tutto questo, la mia personale opinione è che la terapia ormonale vada riservata ai bambini con testicolo "dubbio", in cui il dubbio è tra testicolo retrattile (non si fa nessuna terapia) e criptorchidismo (chirurgia): se il testicolo scende, è retrattile!

**Cosa fare a un bambino che nasce col metatarso varo?**

- **Nulla, se correggibile mediante manipolazione.**

- **Gessi in ipercorrezione e poi, quando cammina, consigliare scarpette contenitive ambidestre (se non correggibile con manipolazione nelle prime settimane di vita).**

**Altro?**

**E se ha un metatarso varo di primo grado?**

dott. Angelo Adorni (pediatra di base)  
Collecchio (Parma)

In un piccolo che nasce con un piede con metatarso varo è necessario verso il primo-secondo mese di vita distinguere il metatarso varo (tutti e cinque virano

verso l'interno) dall'alluce addotto in cui solo il primo raggio devia all'interno. Nel primo caso, quando questo è rigido, è necessario un trattamento prima con apparecchi gessati correttivi, in seguito con scarpette tipo Bebox. Questo piede può tendere a recidivare e necessitare di intervento chirurgico tra il sesto e l'ottavo anno di età. Nel secondo caso l'evoluzione sarà benigna.

**Gradirei sapere quali altri germi, oltre allo Streptococco beta-emolitico di gruppo A, possono essere più frequentemente causa di faringotonsilliti acute febbrili. Fra questi è possibile, e quindi meritevole di terapia antibiotica, l'Escherichia coli riscontrato in un tampone faringeo?**

Pediatra di base

Soltanto lo Streptococco betaemolitico gruppo A (SBA) va considerato (ricercato e trattato) nella faringotonsillite in età pediatrica.

Eccezionalmente potrebbero essere in causa streptococchi beta-emolitici di altri gruppi (C e G). Più frequentemente nell'adulto (ma probabilmente con sintomi non limitati alla sola faringotonsillite) sono stati ritrovati *Mycoplasma* o *Chlamydia pneumoniae*. Infine, sempre nell'adulto è considerata possibile l'eziologia da *Corynebacterium haemolyticum*.

Tutte queste forme, che assieme non arrivano al 5% delle faringotonsilliti, possono essere comunque trascurate in quanto hanno un'evoluzione spontanea buona e non determinano complicanze "reumatiche".

Un tampone faringeo che evidenzia un *E. coli* è senza significato: il risultato va cestinato.

**Aiutatemi a capire il perché della prescrizione a tappeto degli estratti di origine batterica utilizzati come immunostimolanti. Placebo, moda, o altro?**

dott. Daniele Bove (pediatra ospedaliero)  
Alezio (LE)

Pensavo fosse passata da tempo la "moda" della loro prescrizione (se ne parla molto di più 10 anni fa). Ritengo che le motivazioni al loro utilizzo siano sempre le stesse: è difficile non

fare (o tentare di fare) qualcosa di fronte alle pressanti richieste dei genitori di bambini con infezioni respiratorie ricorrenti, e gli studi sull'argomento non hanno mai mancato di evidenziare una pur minima, ma significativa efficacia di questi prodotti (per saperne di più, confronta lo "Studio italiano sulle infezioni respiratorie ricorrenti in pediatria", *Medico e Bambino* 1998;10:625-649).

**Il liquido amniotico tinto alla nascita, può essere considerato un buon indice di sofferenza fetale?**

**È compatibile con una buona assistenza in gravidanza una percentuale di circa il 20% di nati con liquido amniotico tinto?**

dott. Daniele Bove (pediatra ospedaliero)  
Alezio (LE)

Il liquido amniotico tinto non può essere considerato un buon indice di sofferenza fetale se non suffragato da altri elementi ben più significativi come la cardiocografia, la flussimetria Doppler e il pH fetale. Di conseguenza la frequenza di liquido amniotico tinto non può essere usata per la valutazione della qualità dell'assistenza ostetrica per la quale vengono utilizzati altri indici come la mortalità perinatale, la frequenza dei tagli cesarei, la sofferenza feto-neonatale (valutata in base ai criteri di cui sopra), gli esiti immediati e a distanza ecc.

**Quale valore dare ai tamponi faringei e auricolari eseguiti di routine ai neonati con varie patologie (asfissia, liquido amniotico tinto, piccoli o grandi per la data ecc.) e risultati positivi per E. coli, Proteus, Klebsiella ecc.?**

dott. Daniele Bove (pediatra ospedaliero)  
Alezio (LE)

Le colture batteriologiche di superficie vanno eseguite alla nascita ai neonati per i quali esista un sospetto di infezione batterica pre o intra-partum, oppure in caso di segni clinici sospetti (e allora è necessario eseguire anche l'emocoltura).

Sono certamente utili per identificare il germe eventualmente responsabile dell'infezione e il suo antibiogramma. La loro positività in assenza di segni clinici e laboratoristici di infezione (GB,

formula, PCR ecc.) non permette di porre diagnosi di infezione neonatale e quindi non rappresenta un'indicazione al trattamento antibiotico.

**Gradirei sapere se una puerpera, in trattamento per ipotiroidismo e gozzo con farmaci a base di tiroxina, può tranquillamente dare il suo latte al neonato.**

dott. Francesco De Benedetto  
(pediatra libero professionista) Taranto

Il trattamento sostitutivo con tiroxina di una donna (con o senza gozzo) che allatta al seno, non reca danno al lattante. Le concentrazioni di T4 ritrovate nel latte materno sono del resto estremamente basse (4 ng/ml). Alcuni autori ipotizzano una prudenziale, periodica valutazione della funzionalità tiroidea del lattante. A ogni modo è un dato di fatto rilevante che manca in letteratura la segnalazione di effetti collaterali nei lattanti di madri in trattamento con ormoni tiroidei. Teoricamente ci potremmo aspettare nervosismo, agitazione, tremori. In assenza di questi segni, a nostro giudizio, non vale la pena eseguire prelievi per dosaggi ripetuti.

**A una mia paziente di sette anni, in corso di esami preoperatori sono stati riscontrati valori elevati di transaminasi e gamma-GT (4 volte la norma), bilirubina e CPK nella norma, VES 26. Presenta modica epatomegalia con riscontro ecografico di piccole aree ipoecogene al lobo destro; gli esami virologici (epatite A, B, C, Epstein-Barr, TORCH) sono negativi. L'alvo è regolare, non assume farmaci, non è dimagrita, gioca con un gatto. A cosa posso pensare? MICI, altri virus, parassitosi?**

dott.ssa Lorella Lorenzini (pediatra)

È lecito pensare in prima battuta a una bartonellosi (farei il dosaggio anticorpale), ma sarebbe utile a questo proposito conoscere meglio le caratteristiche (forma e dimensione) delle aree ipoecogene.

L'aumento delle gamma-GT è però fortemente suggestivo per una patologia di tipo colangitico (autoimmune?). Anche questa ipotesi va valutata.