

Si ringraziano gli "esperti" che hanno contribuito con le loro risposte e i loro pareri alla rubrica dell'anno 2007.

CARDIOLOGIA: Alessandra Benettoni, Auro Gombacci; CHIRURGIA: Antonio Giannotta, Jurgen Schleef; DERMATOLOGIA: Fabio Arcangeli, Mario Cutrone, Filippo Longo; DIABETE-ENDOCRINOLOGIA: Giorgio Tonini, Mauro Pocecco; EMATOLOGIA-ONCOLOGIA: Paolo Tamaro, Marco Rabusin; EPATOLOGIA: Giuseppe Maggiore; FARMACOLOGIA: Fulvio Bradaschia, Federico Marchetti; GASTROENTEROLOGIA: Grazia Di Leo, Stefano Martellosi; GENETICA: Bruno Bembi, Paolo Gasparini; GINECOLOGIA PEDIATRICA: Giuseppe Ricci; IMMUNOLOGIA: Marino Andolina, Alberto Tommasini; NEFROLOGIA: Marco Pennesi; NEONATOLOGIA: Riccardo Davanzo, Sergio Demarini; NEUROLOGIA: Marco Carrozzi; OCULISTICA: Riccardo Frosini, Stefano Pensiero; ODONTOSTOMATOLOGIA: Gabriella Clarich; ORTOPIEDIA: Giuseppe Maranzana, Giuseppe Tagliavoro; OTORINOLARINGOIATRIA: Elisabetta Zocconi; PNEUMOLOGIA: Dino Faraguna, Furio Poli; REUMATOLOGIA: Loredana Lepore; VACCINAZIONI: Giorgio Bartolozzi.

Sono giunti al nostro ambulatorio ASL due bambini di un campo nomadi inviati dai servizi sociali, che avevano eseguito in precedenza alcune vaccinazioni: la bambina (15-11-'99), nata da madre HbsAg+ (non si ha la certezza), ha eseguito epatite B, polio Salk, DTPa, Haemophilus influenzae; il bambino, di 7 anni e mezzo circa, Epatite B, polio Salk, DTPa, Haemophilus influenzae, epatite A.

Il giorno in cui sono venuti (14-6-2007), abbiamo effettuato a entrambi DT adulti, polio Salk ed epatite B. Li abbiamo invitati per l'MPR successivamente.

Vi chiedo come considerare le vaccinazioni precedenti, come continuare il ciclo e a quali intervalli per ciascuno di questi bambini.

Da una parte il Ministero della Salute stabilisce degli intervalli massimi tra le dosi, dall'altra una vasta letteratura dice di non ricominciare da capo la serie.

Vi sarei molto grata se poteste rispondermi presto, anche perché il dosaggio anticorpale è difficile da fare, date le situazioni dei nomadi.

dot.ssa Marinella Mao
Botticino S. (BS)

Consideriamo separatamente i due fratelli. Bambina, nata il 15-11-'99 da madre presumibilmente HBsAg+.

Come lei sa, nel nostro calendario, per i figli di madre HBsAg+ sono prescritte 4 dosi, e questa bambina ne ha eseguite solo 3 (ma anche negli USA ne fanno solo 3). Per scrupolo farei un dosaggio degli anti-HBs e mi regolerei di conseguenza, ma ho visto che già ha eseguito una nuova dose di vaccino HBV.

Il giorno 14-6-2007 hanno eseguito una dose di vaccino dT (tipo adulti: attenzione dT e non Dt), perché la bambina ha superato l'età di 7 anni e quindi è bene

dare una dose molto bassa di anatossina difterica. Ha fatto bene a lasciar perdere la vaccinazione contro l'Hib, data l'età del soggetto.

Penso sia necessario completare la vaccinazione contro la polio con altri due IPV e quella contro la dT con un'altra dose.

Perché aspettare a fare l'MPR? Era meglio vaccinarla, visto che la bambina era disponibile. Speriamo che torni! Bene, che sia stata vaccinata anche contro l'epatite A.

Per il bambino, di probabili 7 anni e mezzo, valgono le stesse considerazioni fatte per la sorella. Di fronte a un bambino con forte ritardo nelle vaccinazioni (anni, lustri, decenni) è necessario ricordare qualche regola:

a) bisogna tener conto dell'età attuale, per tralasciare alcuni vaccini (Hib) o per usare formulazioni diverse (tipo adulto per esempio);

b) bisogna cercare di adattare il calendario vaccinale del bambino al nostro attuale, per sfruttare i punti di contatto;

c) non bisogna mai ricominciare da capo, nonostante le circolari del Ministero della Salute;

d) è più importante la conoscenza degli intervalli minimi che quella degli intervalli massimi (che non esistono).

In caso di tampone vaginale non noto o positivo per Streptococcus agalactiae, in presenza di uno o più fattori di rischio, nonché profilassi intra-partum non effettuata o incompleta e in presenza di neonato asintomatico:

- 1. Quali esami effettuare e quando?**
- 2. In particolare, l'emocoltura è sempre indispensabile? Quando eseguirla?**
- 3. Quando e se si deve effettuare profilassi nel neonato?**
- 4. Nel nostro reparto di Ostetricia e Gi-**

necologia la profilassi materna intrapartum viene effettuata con ceftriaxone 2 g ev unica somministrazione oppure ceftriaxone 1 g ogni 4 ore. Tale profilassi è efficace?

dot.ssa Ofelia Limongelli

Di solito le neonatologie usano i criteri del CDC (*MMWR Recomm Rep* 2002;52 [RR-11]:1-22).

1. Gli esami consigliati ufficialmente sono emocromo ed emocoltura. Che servano nel neonato asintomatico è perlomeno dubbio, però questa rimane la raccomandazione ufficiale. Nella nostra regione non facciamo più esami di routine a neonati asintomatici, ma usiamo una scheda di osservazione neonatale piuttosto rigida nelle prime 48 ore di vita. Lo studio su quasi 16.000 neonati non è ancora pubblicato, per cui il modello non può essere esportato ufficialmente.

2. L'emocoltura è veramente indispensabile prima di iniziare un qualunque trattamento antibiotico. Purtroppo, questa raccomandazione semplice e universalmente accettata è spesso disattesa nei reparti italiani.

3. La profilassi nel neonato non è raccomandata dal CDC (secondo me, con piena ragione). La usano, con motivazioni convincenti, reparti dove non è possibile lo screening prenatale e dove l'osservazione dei neonati è problematica. L'esempio è quello di Houston con i suoi quasi 20.000 neonati/anno.

Con rare eccezioni, le neonatologie italiane hanno il problema opposto. Sono più piccole della media europea e nord-americana. Quindi non ci sono molte scusanti per non fare screening prenatale e osservazione neonatale.

4. Per quanto riguarda gli antibiotici, la dimostrazione di efficacia esiste per penicillina e ampicillina, che oltretutto co-

stano poco e sono sempre efficaci. In donne allergiche a basso rischio di anafilassi, è raccomandata la cefazolina. In donne allergiche ad alto rischio di anafilassi, sono consigliate clindamicina o vancomicina, la cui efficacia peraltro non è dimostrata. In assenza di sospetto di corioamnionite, l'uso di antibiotici a largo spettro per una semplice profilassi è un malcostume.

Il Centro per l'emofilia (del Policlinico di Milano) dove sono seguiti due miei pazienti prescrive a tutti indistintamente un richiamo contro l'epatite B a 10 anni dal ciclo primario. Ciò vale per un paziente con emofilia lieve, che non ha mai fatto uso di fattore VIII, che per un paziente con emofilia grave che usa fattore VIII da ingegneria genetica. Né il Red Book né il testo del prof. Bartolozzi sulle vaccinazioni mi sembra che diano tale indicazione, tanto più che i due pazienti non hanno un rischio aumentato. Come sempre, i comportamenti disomogenei creano qualche problema con le famiglie. Qual è l'indicazione corretta e condivisa?

dott. Stefano Pirovano
Melegnano (MI)

Non esiste alcuna indicazione ufficiale per l'esecuzione di un richiamo dopo 10 anni, in un soggetto che sia stato vaccinato con tre dosi di vaccino contro l'epatite B. Anche recenti pubblicazioni confermano questo punto di vista.

Probabilmente si tratta di un comportamento residuo che risale a quando il fattore VIII veniva ottenuto direttamente dal siero di soggetti apparentemente sani, per cui non erano rari i casi di epatite B nei riceventi il crioprecipitato. Ma oggi che usiamo il fattore VIII-DNA ricombinante, questo atteggiamento è superato e da considerare in senso stretto come non corretto.

Anche se nel siero del soggetto non trovassimo l'anticorpo anti-HBs, se avessimo la prova che il soggetto ha risposto all'iniziale vaccinazione con tre dosi, non sarebbe giustificata l'esecuzione di un richiamo, perché sappiamo con sicurezza che l'attivazione delle cellule della memoria per l'HBsAg si mantiene anche quando, con le tecniche attualmente usate, non si riscontri più l'anticorpo.

Forse non sarebbe male che lei parlasse direttamente con i responsabili del Centro per chiedere spiegazioni. Tuttavia, va

detto che la somministrazione di una dose in più non avrebbe nessuna possibilità di indurre effetti collaterali né lievi né gravi.

Cecilia è una bambina di 6 anni, nata in India e adottata all'età di 4 anni. Poco dopo essere giunta in Italia per disturbi gastrici, viene riscontrata positiva alla ricerca di *Helicobacter pylori* (urea breath test) e fa un ciclo terapeutico con omeprazolo, amoxicillina, metronidazolo. A sei mesi e a un anno, il test risulta sempre positivo e per due volte ripete il ciclo di terapia. Viene quindi inviata a un Servizio specialistico per eseguire una gastroscopia che descrive: "Lo stomaco si distende bene. Indenni corpo e fundus. Nell'antra la mucosa è mazzata e granulosa. Si eseguono biopsia e prelievo per coltura di *Helicobacter pylori* (HP)". Esame istologico: lembi di mucosa antrale con flogosi cronica attiva a componente follicolare linfatica. Lembi di mucosa di tipo fundico con flogosi cronica attiva. Ricerca HP: + + +. "La coltura evidenzia presenza di HP: sensibile all'amoxicillina+acido clavulanico, al metronidazolo, alle tetracicline.

Si consiglia terapia eradicante al raggiungimento dei 20 kg di peso, questa volta con omeprazolo, doxiciclina e metronidazolo e controllo breath test dopo 3 mesi dal ciclo terapeutico. Attualmente Cecilia pesa 16 kg. Raggiungerà i 20 kg a 8 anni o anche oltre.

Domando:

- 1. Bisogna attendere 2 anni per la terapia? Come evolverà nel frattempo la gastrite?**
- 2. HP è la vera causa di gastrite? È solo commensale?**

dott.ssa Mariarosa Carnevali

Non ci sono dubbi che HP sia la causa della gastrite; infatti sia la localizzazione antrale che la gastrite granulare sono tipiche. Una parte delle gastriti/infezioni da HP si risolvono da sole; la strategia di attendere i 20 kg forse è determinata dall'attesa di un tempo per sperare nella eradicazione spontanea. La gastrite può peraltro anche evolvere verso una forma erosiva e quindi sintomatica.

Dal punto di vista pratico tratterei solo alla comparsa di sintomi (dolori epigastrici, vomito) e non ora. Come scelta dell'antibiotico, oltre all'amoxicillina +

clavulanico, sceglierei la ciprofloxacina (è stata testata?) piuttosto che le tetracicline; infatti i chinolonici si sono dimostrati molto efficaci nell'eradicazione di ceppi resistenti di HP, tanto che se ne consiglia l'uso dopo il secondo ciclo inefficace, anche senza eseguire coltura e antibiogramma. Per ultimo, sono stati indagati i familiari? Nel caso in questione potrebbe anche trattarsi di reinfezioni successive e quindi andrebbero trattati i familiari portatori.

Nel numero di Medico e Bambino di dicembre 1997, a pag. 667, in Novità in Pediatria pratica 1996-'97, nel capitolo Neuropsichiatria, al paragrafo "Fisioterapia randomizzata" si leggeva che in bambini con lesioni ultrasonografiche cerebrali la corsa all'intervento fisioterapico precoce sembra venire condannata dallo studio random. Da allora, almeno sulla vostra rivista, non ci sono stati aggiornamenti al riguardo, per cui presumo che non ci siano state novità. Eppure i neuropsichiatri infantili accusano i pediatri di incompetenza se, per esempio, inviano loro un bambino con "sindrome ipertonica senza lesioni ultrasonografiche cerebrali" a 8 mesi.

In questo caso portato come esempio, il ritardo nella fisioterapia pregiudica il recupero funzionale o no? Se sì, in che misura lo pregiudica? Che cosa dicono gli ultimi aggiornamenti al riguardo?

dott. Felice Scaccia

Credo che il problema sia, come sempre, la diagnosi e la sua tempestività. La presenza infatti di lesioni ecografiche ("hyperlucencies" della sostanza bianca soprattutto nei neonati pretermine) è spesso, non sempre, correlata con una successiva paralisi cerebrale infantile (PCI). Capita però che anche neonati senza lesioni ecografiche sviluppino successivamente una PCI (con valori di incidenza compresi fra il 4% e il 9,4%); in questo caso pare che ciò sia correlato alla durata della ventilazione artificiale^{1,2}. Per quanto riguarda gli aspetti concernenti la cosiddetta "fisioterapia", nel 2002 sono state prodotte a cura della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione (SIMFER) e della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (SINPIA), sulla base di indicazioni del Dipartimento di Programmazione del Ministero della Salute, le linee guida per la riabilitazione dei bambi-

Domande & Risposte

ni affetti da PCI; le stesse linee guida sono state poi aggiornate nel 2005-2006³.

Le argomentazioni oggetto delle linee guida sono sostenute, più che da evidenze scientifiche, da una grande mole di lavori descrittivi e da prassi operative, principalmente basate sul consenso degli esperti. "Tali linee guida si applicano solamente all'ambito della rieducazione [quella che di solito viene definita fisioterapia, *nda*], processo che, assieme all'educazione e all'assistenza, concorre a costituire il complesso intervento della riabilitazione del bambino affetto da PCI. La riabilitazione è un processo complesso teso a promuovere nel bambino e nella sua famiglia la migliore qualità di vita possibile. Con azioni dirette e indirette essa si interessa dell'individuo nella sua globalità fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale (carattere olistico), coinvolgendo il suo contesto familiare, sociale e ambientale (carattere ecologico). Si concretizza con la formulazione del progetto riabilitativo e dei vari programmi terapeutici attivi nei tre ambiti della rieducazione, dell'assistenza e dell'educazione".

Non meno importante è però l'affermazione che "... [la rieducazione, *nda*] rappresenta un processo discontinuo e limitato nel tempo, che deve necessariamente concludersi quando, in relazione alle conoscenze più aggiornate sui processi biologici del recupero, per un tempo ragionevole non si verificano cambiamen-

ti significativi né nello sviluppo né nell'utilizzo delle funzioni adattive".

A prescindere dalle specifiche metodologie applicate alla rieducazione motoria, il panel di esperti afferma che, affinché l'intervento rieducativo risulti il più efficace possibile, esso deve essere:

1. *tempestivo*, cioè essere iniziato precocemente (compatibilmente alla tolleranza del bambino, alla sua capacità di apprendimento e alla possibilità di una sua interazione positiva con il terapeuta);
 2. *intensivo* (sedute terapeutiche di un'ora, con frequenza in linea di principio non inferiore a quattro volte alla settimana) [almeno inizialmente, *nda*];
 3. *continuativo*, per lo meno nei primi anni di vita del bambino (naturalmente quando le sue condizioni lo giustificano); eventuali discontinuità nel trattamento rieducativo devono essere strettamente legate al programma terapeutico.
- Di fatto, quando si valutano i comportamenti terapeutici, educativi e assistenziali, il panorama, viste l'estrema variabilità degli aspetti clinici della paralisi cerebrale, la complessità delle funzioni coinvolte (non solo motorie), la naturale evoluzione delle competenze del paziente propria dell'età dello sviluppo (a fronte della storia naturale della patologia da cui è affetto), risulta estremamente disomogeneo, talvolta con proposte (terapeutiche, educative e assistenziali) apertamente contraddittorie.

Vista la complessità/disomogeneità dei

quadri clinici delle PCI, a tutt'ora effettivamente esistono pochi studi randomizzati, focalizzati su quali siano le migliori modalità del trattamento rieducativo (tipo di trattamento, durata, frequenza ecc.), che peraltro abbiamo visto rappresenta solo una parte della più complessa presa in carico riabilitativa^{4,6}.

Bibliografia

1. Abbot R, Lupton T, O' Shea M, Shankaran S, Bhaskar B, and the NICHD Neonatal Network. Adverse Neurodevelopmental Outcomes Among Extremely Low Birth Weight Infants With a Normal Head Ultrasound: Prevalence and Antecedents. *Pediatrics* 2005; 115:673-80.
2. Holling E, Leviton A. Characteristics of cranial ultrasound white-matter echolucencies that predict disability: a review. *Dev Med Child Neurol* 1999;41:136-9.
3. Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione (SIMFER) e Società Italiana di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (SINPIA). Linee guida per la riabilitazione dei bambini affetti da paralisi cerebrale infantile. Primo aggiornamento 2005-2006.
4. Bower E, Michell D, Burnett M, Campbell MJ. Randomized controlled trial of physiotherapy in 56 children with cerebral palsy followed for 18 months. *Dev Med Child Neurol* 2001;43:4-15.
5. Trahan J, Malouin F. Intermittent intensive physiotherapy in children with cerebral palsy: a pilot study. *Dev Med Child Neurol* 2002;44: 233-9.
6. Ekström Ahl L, Johansson E, Granat T, Brogren E. Functional therapy for children with cerebral palsy: an ecological approach. *Dev Med Child Neurol* 2005;47:613-9.

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto o comunque di prenderlo a modello di massima e indirizzare a:

Giorgio Longo, Clinica Pediatrica, IRCCS "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 di base
- Medico consultoriale
- Medico generico
- Pediatra di famiglia
- Ospedaliero
- Universitario