

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

**La mia bambina di 3 anni presenta ipertrofia tonsillare e adenoidale che non la lascia respirare, con episodi notturni di apnea, per cui è stata posta indicazione all'intervento di escissione da realizzarsi al 4° anno di età.**

**All'esame obiettivo le tonsille sono così ingrossate che si toccano; non si riscontrano né arrossamento né linfadenopatia cervicale.**

**È stata trattata prima con antibiotico e cortisonici, e poi con decongestionanti nasali, antistaminici e immunotrofine.**

**L'ipertrofia tonsillare è da ricondurre a una tonsillite infettiva? Oppure può avere altre cause?**

**Gradirei qualche notizia, e vorrei anche sapere se il trattamento chirurgico può avvenire in un'epoca precedente ai 4 anni di età.**

Medico generico

Le apnee notturne, quando insistenti e lunghe, espongono a gravi danni il bambino conseguentemente all'ipossia, al grave disturbo del sonno e al sovraccarico cardiocircolatorio destro. Vi è quindi l'indicazione all'adenotonsillectomia in tempi brevi, non si può e non si deve aspettare i 4 anni. L'ectomia può essere fatta anche prima dei due anni, magari, preferibilmente, in una struttura di otolatria pediatrica.

**Padre HbsAg positivo, portatore sano. I due figli di 14 e 11 anni e la moglie sono stati sottoposti al ciclo di base di vaccinazione anti-epatite B, e a una dose di richiamo dopo cinque anni, nel 1996.**

**I conviventi con un soggetto HbsAg positivo devono ricevere un'altra dose di richiamo, essendo trascorsi cinque anni? È opportuno procedere prima alla titolazione degli anticorpi anti-Hbs?**

dott. Sergio Osmelli Valmontone  
via e-mail

Vorrei per prima cosa ricordarle qual è

l'atteggiamento ufficiale, nazionale e internazionale, nei confronti dei richiami contro l'epatite B:

a) Per la popolazione in generale: nessun controllo del livello anticorpale né prima né dopo la vaccinazione e nessun richiamo (European Consensus Group on Hepatitis B Immunity. *Lancet* 2000;355:561-5).

b) Per le categorie a rischio, soprattutto quelle a rischio cronico, come è il caso da Lei esposto, conviene dopo 5 anni procedere al dosaggio del livello anticorpale, e comportarsi, nei confronti della vaccinazione, di conseguenza: in generale viene consigliata una dose di richiamo quando il livello di anticorpi circolanti scenda al di sotto di 10 mUI/ml. Per i soggetti in emodialisi viene consigliato un controllo anticorpale ogni anno. A questo proposito va tenuto presente che, anche in assenza di anticorpi nel sangue circolante, un soggetto è in grado di rispondere, in modo anamnestico, a un richiamo, ed è quindi in grado di superare un eventuale contatto con HBV.

**Fino a qualche anno fa (scherzo!) la morbilità e la mortalità infantile erano molto alte. Poi è stata scoperta l'America, e cioè l'aerosolterapia. Non c'è ormai la più irrisoria manifestazione di interessamento delle vie respiratorie, da un banale starnuto a un irrilevante colpo di tosse, che non venga affrontata con il ricorso a numerose (2-3) sedute di aerosolterapia. A qualsiasi età, da pochi mesi alla fanciullezza. Con qualsiasi farmaco più o meno attinente, compresi antibiotici e cortisonici. Ho l'impressione che si stia esagerando. Che ne dicono gli esperti?**

dott. Francesco De Benedetto  
(Pediatra libero professionista)  
Taranto

L'aerosolterapia, intesa come somministrazione di un farmaco per via inalatoria, ha alcune indicazioni che vanno

considerate come "forti" e altre che, al contrario, devono essere viste come marginali, se non discutibili. Sono indicazioni forti:

**1.** la terapia mucolitica (DNAsi) e antibiotica (aminoglicoside) nella fibrosi cistica;

**2.** la terapia broncodilatante (beta-2 agonisti; ipratropium) e antinfiammatoria (cortisonici topici; cromoni) nell'asma bronchiale;

**3.** il trattamento della rinite allergica con cortisonici topici in associazione con gli antistaminici per via orale;

**4.** l'adrenalina e la budesonide (ma anche il beclometasone) nel croup.

Sono invece indicazioni "deboli", ma possibili, il cortisonico topico nasale nell'ipertrofia adenoidea o associato alla terapia antibiotica per via orale, nella sinusite.

In questo momento non ricordo altre indicazioni "vere" dell'aerosolterapia, che, sono d'accordo con Lei, è probabilmente inflazionata, ma non oggi più di ieri, mi sembra, e comunque sempre principalmente per "merito" dei nostri colleghi ORL, a cui affidiamo troppo spesso i nostri bambini.

**A proposito di otite media acuta febbrile, se e quando è utile prescrivere terapia antibiotica di mantenimento? Per quanto tempo e qual è la posologia? In un soggetto di 2-3 anni con 2-3 episodi in due mesi, che cosa consigliate di fare?**

Pediatra di base

L'amoxicillina in singola dose, a dosaggio dimezzato (20 mg/kg/die) e mantenuta per 4-6 mesi, riduce del 70% circa il numero delle otiti.

Questo è il possibile trattamento preventivo delle otiti acute ricorrenti, intendendo come tali almeno 4 episodi in sei mesi.

Considerato l'impatto negativo sulle resistenze batteriche, in particolare quella del pneumococco verso la penicillina, è

raccomandabile limitare il trattamento preventivo soltanto ai casi con più alta ricorrenza di otiti.

Se, malgrado la profilassi, vi fosse una ricaduta, l'antibiotico di prima scelta per quell'episodio dovrebbe essere l'amoxicillina con acido clavulanico o una cefalosporina di terza generazione per os, poi si può riprendere con l'amoxicillina in prevenzione.

**A proposito di spasmi affettivi, mi sembra di aver letto, qualche tempo fa, che la loro evoluzione, nell'adulto, sia la tendenza allo svenimento emotivo da stimoli sgradevoli (dolore, vista del sangue ecc.). Risulta anche a voi? O forse me lo sono sognato?**

dott. Giovanni Motti (Pediatria ospedaliero)  
Gravedana (CO)

Mai sentito, il che non vuol dire che non possa essere vero. In effetti lo spasmo affettivo è una risposta neurovegetativa anormale (facilitata dalla carenza di ferro e forse per questo meno probabile di ieri), e quindi una relazione teorica tra i due problemi è possibile. Ma non ricordo di aver mai rilevato nella anamnesi dei bambini con lipotimia una storia lontana, ma difficilmente dimenticabile, di spasmi affettivi.

**"Lichen sclerosus atrophicus" in una bambina di 10 anni. Il ginecologo propone biopsia, il dermatologo prescrive**

**terapia con Advantan crema per 20 giorni, seguita da Premarin crema per 30 giorni. Qual è l'atteggiamento più corretto?**

Pediatria

Non è necessaria né consigliabile una biopsia, perché l'aspetto clinico di un lichen sclero-atrofico vulvo-vaginale è molto chiaro: cute bianco-madreperlacea, che può essere solcata da piccole strie emorragiche.

L'atteggiamento corretto è quello di mantenere una protezione locale con emollienti come la vaselina, evitare le sorgenti ulteriori di prurito da saponi forti, disinfettanti ecc. (fare lavaggi con acqua e sale e basta). Valutare l'eventuale presenza di ossiuri e trattarli.

Non vi è nelle bambine l'indicazione agli estrogeni. Il cortisone va usato in situazioni estreme e quando l'aspetto della lesione è quello di un aumento di spessore della cute lesionata con aspetto pieghettato (iperplasia a cellule squamose).

**D.C. è un bambino di quattro anni affetto da neurofibromatosi periferica (presenza attualmente di solo macchie cutanee caffelatte), che dall'età di due anni lamenta dolori articolari migranti (polso, mani, caviglie, ginocchia, gomito). Sono dolori che in prevalenza si verificano durante le ore serali e notturne, non in modo continuo nella giornata e non tutti i giorni, della durata di qualche ora, in alcuni momenti abbastanza**

**importanti da limitarlo nelle sue attività e da svegliarlo quando si verificano di notte; a volte regrediscono con il massaggio della mamma, a volte necessitano dell'uso di un antidolorifico (paracetamolo).**

**Alla visita tutte le articolazioni sono sempre non dolenti, non ci sono mai segni di versamento articolare. Il bambino è un bambino iperattivo, salta, corre, non sta mai un attimo fermo (ottimo l'accrescimento staturale-ponderale con peso e altezza al 95 percentile).**

**Ha eseguito, durante un ricovero, radiografie al cranio e agli arti superiori e inferiori (anche per il problema neurofibromatosi): negative. Ecografie del cavo popliteo dx e sx (data la localizzazione a volte poplitea del dolore): negative. Gli esami ematochimici (emocromo), VES, PCR ecc. sono risultati sempre nella norma.**

**Alla luce di tutto questo mi chiedo: posso tranquillizzare la mamma (alquanto preoccupata dalla frequenza e a volte dall'intensità di queste artralgie) e considerare questi dolori alla stregua dei dolori di crescita (anche se questi sono delle mialgie) o sto sottovalutando il problema e c'è qualcosa che mi sfugge?**

Antonia Tinelli  
via e-mail

Come da Lei descritti, i dolori lamentati dal bambino sono i tipici dolori "di crescita" (equivalente emicranico?), come tipica è l'età nella quale si presentano. Può tranquillizzare la mamma.

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 .....

**Attività o qualifica**

- libero professionista
- medico Saub
- medico consultoriale
- medico generico
- pediatra
- ospedaliero
- universitario

Accetto che il mio nome compaia sulla rivista in calce al quesito (barrare sì o no)  sì  no