

Si ringraziano gli "esperti" che hanno contribuito con le loro risposte e i loro pareri alla rubrica dell'anno 2000.

CARDIOLOGIA: Alessandra Benettoni; CHIRURGIA: Antonio Messineo, Antonio Giannotta; DERMATOLOGIA: Fabio Arcangelo, Filippo Longo; DIABETE-ENDOCRINOLOGIA: Giorgio Tonini, Mauro Pocecco; EMATOLOGIA-ONCOLOGIA: Paolo Tamaro; EPATOLOGIA: Giuseppe Maggiore; FARMACOLOGIA: Fulvio Bradaschia, Federico Marchetti; GASTROENTEROLOGIA: Stefano Martelossi, Alessandro Ventura; GENETICA: Bruno Bembi, Antonio Amoroso; GINECOLOGIA PEDIATRICA: Alberta Bacci, Giuseppe Ricci; IMMUNOLOGIA: Loredana Lepore, Marino Andolina; NEFROLOGIA: Leopoldo Peratoner, Marco Pennesi; NEONATOLOGIA: Umberto de Vonderweid, Riccardo Davanzo; NEUROLOGIA: Furio Bouquet; OCULISTICA: Paolo Perissutti; ODONTOSTOMATOLOGIA: Gabriella Clarich; ORTOPEDIA: Giuseppe Maranzana; OTORINOLARINGOIATRIA: Elisabetta Zocconi; PNEUMOLOGIA: Dino Faraguna; VACCINAZIONI: Giorgio Bartolozzi.

Bambino di tre anni con enterite febbrile (39 °C) e sospetta salmonellosi. È corretto, nel sospetto di una batteriemia, iniziare la terapia antibiotica?

Se sì, quale antibiotico? Per quanto tempo e per quale via di somministrazione?

Pediatra

Il trattamento antibiotico della salmonellosi è sempre indicato nei lattanti sotto i tre mesi e nei soggetti a rischio (immunodepressi, MICI, portatori di protesi cardiache e anemie emolitiche), negli altri casi la terapia è sconsigliata perché allunga il tempo di escrezione della salmonella e il numero dei portatori.

Vanno inoltre, ovviamente, sempre trattate le localizzazioni secondarie (osteomielite, meningite, polmonite) e la batteriemia fortemente sospetta (quadro clinico settico: pallore, condizioni generali scadute), meglio se accertata anche con emocoltura; peraltro la febbre anche elevata è molto comune nella salmonellosi e di per sé non è indice di batteriemia e non deve far iniziare la terapia antibiotica.

L'antibiotico di scelta è il ceftriaxone per via endovenosa (75 mg/kg/die in monosomministrazione).

È possibile guarire dal reflusso gastroesofageo (RGE) patologico con metodi non propriamente ortodossi?

Sono un convinto sostenitore della medicina basata sull'evidenza, ma i recenti casi clinici di due lattanti mi fanno pensare. Il primo dei due, di cinque mesi, nato da parto vaginale, allattato esclusivamente al seno fin dalla nascita, presenta un RGE (diagnosticato in clinica mediante esami strumentali); non guarisce con la consueta terapia medica (procinetico + ranitidina), ma "guarisce" appena dopo essere stato da un osteopata che applica manipolazioni in zone precise del suo capo, che, a suo parere, pos-

sono essere state sollecitate eccessivamente durante il parto e aver quindi causato una iperstimolazione vagale.

Il secondo, di tre mesi, è nato da taglio cesareo ed è allattato esclusivamente al seno fin dalla nascita. Questo sta proprio peggio del primo, cresce pochissimo e rigurgita tantissimo. La diagnosi di RGE patologico viene anche qui confermata in clinica tramite esami strumentali che evidenziano anche la presenza di una lieve esofagite. Il piccolo non sta meglio né con la terapia medica (ranitidina + procinetico) né dopo aver messo a dieta la madre (dieta senza latte e senza uova) nell'ipotesi che il RGE possa essere secondario a una intolleranza alimentare a cibi assunti dalla madre. Lo svezzamento viene fatto a 4 mesi invece che a 6 per vedere se rigurgita anche la pappa, ovviamente più densa del latte, ma non c'è niente da fare: rigurgita anche quella e cresce davvero poco.

Guarisce invece quando la madre decide di passare a un allattamento misto (tre pasti al giorno di latte artificiale e due di latte materno).

Il piccolo sta molto meglio, cresce adeguatamente, non rigurgita il latte artificiale (non è un latte A.R.), continua a rigurgitare quello materno. La madre non ha assunto e non assume alcun farmaco, così come la madre del primo lattante.

dott. Angelo Adorni (pediatra)
Collecchio (PR)

La prima cosa che si può dire sul reflusso è che tutto quello che si fa per il reflusso non è "evidence based". Non c'è cioè nessuna evidenza (né storica né di sperimentazione clinica randomizzata) che quello che si fa per il reflusso gastroesofageo (RGE) sia utile al bambino. Può forse essere utile al reflusso. Ma nessun bambino in epoca storica pre-reflusso ha mai avuto un vero danno da reflusso, eccetto quei 2-3/100.000 nati che hanno effettivamente presentato,

a 2-3-4-5 anni di età, una stenosi post-esofagica (pochissimi).

1° caso: il fatto che un reflusso sia stato diagnosticato in clinica non dimostra affatto che fosse un rigurgito patologico. Questo perché non sappiamo che cos'è un reflusso patologico, se non il reflusso da ernia iatale e il reflusso con una vera esofagite ulcerata.

2° caso: bambino che sta male e che cresce pochissimo, ma non si avvantaggia della ranitidina: la sua patologia non è da reflusso perché, se fosse da reflusso, la ranitidina gli toglierebbe, non forse o non certo il reflusso, ma certo il dolore e il disturbo. Non vomita il latte artificiale: probabilmente perché ha un coagulo più denso che il latte materno, o forse (non ho assolutamente modo di saperlo, né certamente di escluderlo) perché è allergico a molecole alimentari diverse da quelle del latte vaccino, e diverse da quelle dell'uovo, ma presenti nel latte materno. Ho avuto sicuramente almeno due casi di patologia intestinale (coliche "terribili", sangue e cellule nelle feci, eosinofilia), guariti togliendo il latte materno; e c'è un lavoro recente della Saarinen che dimostra una ipersensibilità al "latte materno" in 100 casi di eczema.

Esistono in età pediatrica manifestazioni extraintestinali sospette per celiachia?

Pediatra

Le manifestazioni extraintestinali della celiachia sono frequenti in età pediatrica come nell'età adulta, anche se la diarrea cronica e il malassorbimento sono più frequenti nei primi due anni di vita. È stato dimostrato come, per un caso di celiachia espressa come sindrome da malassorbimento (celiachia tipica), ne esistano almeno altri 6 che si esprimono in forma paucisintomatica dal punto di vista gastrointestinale (celiachia silente)

o con sintomatologia unicamente o prevalentemente extraintestinale (celiachia atipica) e che possono sfuggire alla diagnosi se non ricercate.

Tra le manifestazioni extraintestinali più comuni ricordiamo l'anemia sideropenica, il ritardo di crescita isolato, il ritardo pubere, la dermatite erpetiforme, l'ipertansaminasemia isolata e le patologie autoimmuni (*in primis* il diabete insulino-dipendente).

È vero però che la patologia autoimmune diventa tanto più frequente quanto più lungo è il tempo di esposizione al glutine.

Per un approfondimento vedi "Il sospetto di celiachia", pagine elettroniche di *Medico e Bambino* di ottobre 1999.

È consigliabile nel soggetto asmatico che chiede al medico una certificazione per attività sportiva non agonistica effettuare una spirometria sotto sforzo prima di iniziare l'attività sportiva?

Pediatra

In generale direi di no; il dato anamnestico è di norma più chiarificante sull'esistenza o meno di un asma da sforzo, anche perché il test da sforzo viene usualmente eseguito in ospedale e non nelle condizioni ambientali tipiche della specifica disciplina sportiva attuata dall'interessato.

Nei bambini con infezione urinaria i

leucociti sono presenti in quantità superiore a 100/mmc. Ma i nostri laboratori, quando è presente leucocituria, la definiscono in quantità di cellule (leucociti) per campo microscopico e non per mmc. Come possiamo correlare i due dati (campo microscopico e mmc)?

dott. Angelo Adorni (pediatra)
Collecchio (PR)

Se si intende per campo microscopico quello a 400 x (obiettivo da 40 x e oculare da 10 x), allora in ogni campo vedo circa un quadrato piccolo della camera di Burkner che ne contiene 12x12, cioè 144 in 1 mmc. In pratica un globulo bianco per campo significherebbe in questo caso 144 GB per mmc.

Bambina di 3 anni e mezzo, con cisti mediana del collo che, circa una volta al mese, si "infiamma" (rubor, calor, tumor, dolor): si deve intervenire chirurgicamente e, se sì, a quale età?

dott. Giacomo Toccafondi
via e-mail

La cisti mediana del collo da persistenza del dotto tiro-glosso che si infetta va asportata chirurgicamente insieme all'asportazione dell'osso ioide. L'intervento va effettuato quando la cisti sia palpabile, ma possibilmente senza infezione in atto. A tre anni e mezzo l'intervento è già effettuabile. L'alcolizzazione della cisti sotto controllo ecografico, alternativa proposta negli adulti, non è ancora stata

sperimentata nei bambini.

Ectopia anale anteriore in una bambina di tre anni, con stipsi, comparsa solo da alcuni mesi, in coincidenza con il rifiuto di evacuare. Ci sono spazi per altri interventi oltre a quello dietetico nutrizionale?

dott. Giacomo Toccafondi
via e-mail

L'ectopia anale (o ano anteriorizzato, definizione che descrive meglio il difetto anatomico, caratterizzato da un ano che "sbocca" più anteriormente rispetto alla posizione usuale, più vicino alla vagina) è una delle cause più frequenti di stipsi. Il tipo di trattamento dipende da due fattori: entità della stipsi e gravità dell'ectopia.

In ogni caso conviene sempre cominciare un trattamento conservativo che prevede l'evacuazione dell'eventuale fecaloma presente, una "riabilitazione" a base di clisteri e/o supposte che facciano acquisire il meccanismo della defecazione e una dieta ricca di scorie e di liquidi, comunque supportata da "ammorbidenti" fecali.

Nei casi più gravi sarà necessario ricorrere all'intervento chirurgico. A seconda dell'entità della malformazione (certe volte si tratta di vere e proprie forme frustrate di atresia anale) l'intervento richiesto va da una semplice plastica anale a una trasposizione dell'ano in una posizione più posteriore.

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