

Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica:

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETE-ENDOCRINOLOGIA, EMATOLOGIA-ONCOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFRO-UROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, REUMATOLOGIA, VACCINAZIONI

**Un bambino di 7 mesi con una evidente plagiocefalia ha ricevuto indicazione di fare una TC spirale per il sospetto di saldatura precoce e asimmetrica di un ramo della sutura lambdoidea. Il cranio è sempre cresciuto sullo stesso centile e attualmente ha una circonferenza cranica di 45 cm, con fontanella bregmatica 1x1; dorme supino e ha già ricevuto indicazione di stare prono da sveglio. È necessario far subire la sedazione che l'esame comporta insieme alla sua dose di raggi, o si può rinviare al momento dell'eventuale intervento? Quale è l'età indicata per eseguire l'indagine?**

dot. Rosario Cavallo  
Pediatra di famiglia, Lecce

L'unica plagiocefalia di cui merita (è doveroso) occuparsi è quella anteriore (rischio di cecità); quelle posteriori sono solo un problema estetico, con prognosi buona e autorisolutiva.

**Da un po' di tempo il Servizio di Radiologia della mia zona, quando chiedo un Rx del rachide in toto in A-P, per vedere se quel bambino ha una scoliosi e per calcolarne i gradi COBB, mi dà risposte su pellicole troppo piccole a mio avviso (20 x 30 cm). Come si fa allora a calcolare i gradi COBB?**

dot. Angelo Adorni  
Pediatra di famiglia

Da qualche tempo le radiografie per scoliosi vengono fatte con il sistema digitale, per cui le radiografie sono piccole, ma è ugualmente possibile calcolare l'angolo di COBB e la rotazione vertebrale.

**Bambina 11 anni e 4 mesi, dopo vaccinazione MPR (eseguita a 15 mesi), ha avuto un'importante reazione sia locale che sistemica.**

**Locale: edema al braccio, eruzione nella zona d'iniezione.**

**Sistemica: il giorno stesso iperpiressia**

**durata alcune ore. In nona giornata iperpiressia della durata di 5 giorni con esantema morbilliforme (morbillo?!). In quindicesima giornata rash fugace e linfadenomegalia laterocervicale (rosolia?!). In ventunesima giornata tumefazione in regione parotidea (parotite?!). Richiamo MPR: da fare o è sufficiente il dosaggio degli anticorpi antirosolia?**

dot. Andrea Rolla  
Pediatra, Roncadelle (BS)

Mentre la prima reazione, quella comparsa il primo giorno dall'iniezione, è con grande probabilità da attribuire agli eccipienti contenuti nel vaccino, piuttosto che ai virus vivi attenuati delle tre malattie (morbillo, parotite e rosolia), la seconda ondata di reazioni, quella comparsa in nona giornata, è probabilmente da attribuire alla moltiplicazione e alla diffusione dei tre virus vivi attenuati. Mentre l'esantema è attribuibile al virus del morbillo, le altre manifestazioni, pur essendo comparse un po' in ritardo rispetto alla vaccinazione, sono attribuibili probabilmente agli altri due virus. Tuttavia questa bambina rappresenta un'eccezione, perché in essa tutti e tre i virus attenuati siano stati capaci di determinare, contemporaneamente, la comparsa di effetti collaterali; in generale solo uno di essi è in grado di determinare un quadro di malattia attenuata.

Non è quindi da escludere che i sintomi comparsi in quindicesima e in ventunesima giornata siano attribuibili ad altra causa.

Comunque sia, penso che lei possa procedere tranquillamente alla somministrazione della seconda dose di MPR. Eventualmente utilizzi un vaccino preparato da un'azienda diversa da quella che aveva preparato la prima dose (quella eseguita a 15 mesi). È regola generale che la seconda dose si accompagni molto più di rado della prima a effetti collaterali.

**Mamma alla seconda gravidanza, 9-10 settimane di gestazione, convive con la**

**madre (nonna del futuro nascituro) affetta da 2 giorni da herpes zoster. La nostra mamma ha praticato Varivax nel 2002 (sierconversione non nota). Adesso pratica dosaggio di IgG specifiche per varicella e IgM, entrambe negative. Dilemma: dovrà fare o meno le immunoglobuline, come consiglia la ginecologa di fiducia?**

Pediatra di famiglia

Come ormai risulta chiaro, una sola dose di vaccino contro la varicella non è sufficiente a conferire un buon grado di immunità a qualunque età (l'ACIP ha deciso di passare a due dosi per tutti, nel gennaio 2007) e l'ultimo calendario USA per il 2007 prevede due dosi per tutti.

Nel suo caso, d'altra parte, si tratta della vaccinazione di un soggetto adulto, che doveva eseguire una seconda dose di Varivax a distanza di un mese dalla prima dose. Per tutto questo è comprensibile che ella non presenti anticorpi IgG o IgM per il virus VZ.

Sappiamo inoltre che un soggetto con herpes zoster è una delle fonti di diffusione del virus VZ e quindi è possibile che la madre si infetti per l'herpes zoster della nonna.

Il consiglio della ginecologa mi sembra quindi giusto, anche se l'embriopatia da varicella è, in caso di malattia di una donna gravida, abbastanza poco frequente (intorno al 2%); assolutamente non esiste alcuna indicazione per un aborto preventivo, come invece è giusto per la rosolia.

È vero che il reperimento sul mercato delle ZIG (*Zoster Immunoglobulin*) è difficile e molto costoso, ma il consiglio è corretto.

Tuttavia, va tenuto conto che ormai l'aciclovir viene prescritto alle donne in stato di gravidanza senza alcun timore (c'è un'ampia letteratura in proposito), per cui, in associazione o in alternativa alle ZIG, potrebbe essere somministrato l'aciclovir, iniziando da 7-9° giorno dalla comparsa dello zoster e finendo dopo 10 giorni. D'altra parte non sarebbe male che anche la nonna facesse l'aciclovir

## Domande & Risposte

per ridurre la possibilità di una nevrite post-herpetica, molto frequente nelle persone anziane.

Ne parlerei con la ginecologa di fiducia, che mi sembra ben preparata.

**È stato consigliato di eseguire un intervento di adenotonsillectomia al mio bimbo di due anni e mezzo a causa di adenoidi e tonsille che ormai si toccano tra loro, problemi di russamento, apnee notturne. Il bambino è sempre stato malaticcio, con respiro nasale e a bocca aperta, occhiaie, febbri conseguenti ad antibiotico a distanza anche di un mese le une dalle altre. L'anno scorso ha dovuto prendere almeno 4 volte l'antibiotico per questa causa.**

**Volevo chiedere consiglio sull'eseguire l'intervento vista l'età; quali sono esattamente gli esami da fare prima dell'intervento e come è opportuno comportarsi dopo. Per questi tipi di intervento è bene affidarsi a certe strutture piuttosto che ad altre?**

Una mamma

Da quello che racconta, suo figlio ha un'indicazione forte all'ectomia adenotonsillare. L'età sotto i tre anni consiglia che l'intervento sia fatto in strutture (anestesia e otorino) pediatriche specializzate. Gli esami sono quelli di routine; non è un problema.

**Sono una pediatra ospedaliera di Perugia. Le vorrei porre alcuni quesiti relativi a una nostra paziente splenectomizzata per sferocitosi (vedi allegato).**

dot.ssa Stefania Ceppi  
Pediatra ospedaliera, Perugia

Nel caso da Lei esposto, è stato fatto quello che doveva essere fatto. Penso che anche per il meningococco sia stato usato il vaccino coniugato contro il meningococco C. Molto opportuno anche il trattamento antibatterico (penso una benzatina penicillina da 600.000 U ogni 25 giorni), che purtroppo spesso viene dimenticato dai reparti di chirurgia.

A questo punto cosa fare?

La prima differenziazione da fare è se il soggetto splenectomizzato è un soggetto a rischio semplice (splenectomia post-traumatica in un soggetto di età superiore ai 7 anni) o un soggetto ad alto rischio di soffrire successivamente di malattie invasive da uno o dall'altro dei 3

agenti batterici capsulati, dotati di antigeni polisaccaridici.

Sono considerati soggetti ad alto rischio quelli nei quali la splenectomia viene eseguita prima dei sei anni di età e quelli per i quali la milza è stata tolta perché ingrossata o comunque interessata dal processo patologico di base (talassemia per esempio, drepanocitosi, e in parte anche sferocitosi ereditaria), perché in questi casi, pur essendoci anatomicamente la milza, essa funziona di meno del normale, per cui si parla di "asplenia funzionale".

La sua piccola paziente si trova ai margini fra il rischio semplice e l'alto rischio.

Nei soggetti ad alto rischio viene consigliato di eseguire una vaccinazione di richiamo a distanza di 3-5 anni dalla vaccinazione iniziale, proprio per migliorare le difese umorali e cellulari del soggetto. Quindi una nuova dose di Hib e una nuova dose di meningococco C. Per quest'ultimo sta per uscire un vaccino tetravalente coniugato per tutti e 4 i polisaccaridi (A, C, W135, Y), per cui penso che, quando deciderà di fare la seconda dose, il vaccino sarà già in commercio.

Lo pneumococco merita un discorso a parte: lei ha fatto benissimo a iniziare con una dose di *Prevenar* e ha fatto altrettanto bene a richiamare le difese con il 23-valente (che costa di meno), perché ormai la bambina aveva già ricevuto l'imprinting (cellule della memoria) con il vaccino coniugato, per cui era in grado di rispondere al 23-valente.

Quando la bambina ora, e ragazza poi, avrà eseguito i 3 richiami, in linea teorica non ha bisogno di ricevere altro.

Quanto continuare con la profilassi farmacologica?

Non esistono protocolli comuni; ogni gruppo riporta la sua esperienza. Tuttavia mi permetto di suggerirle di continuare almeno per una decina di anni. Si ricordi che, nel caso la bambina non sopporti più di ricevere una iniezione, fortemente dolorosa, ogni 25 giorni, può essere usata la penicillina V per bocca: purtroppo non si trova in commercio in Italia, ma la può acquistare tranquillamente alla farmacia del Vaticano (tel. 06 69883422) e a qualche farmacia di Chiasso (mi sembra di aver sentito dire che la spediscono fino a casa). In questo modo può interrompere una cadenza, quasi mensile, che ossessiona i ragazzi. Per attenuare il dolore della benzatina penicillina è stato proposto di riscaldare la fiala del solvente, ma un recente lavoro in proposito nega ogni effetto favorevole.

**Bambino (di circa 2 mesi di vita) viene sottoposto alla prima vaccinazione esavalente. È vivace, fino alle ore 19.30. Dopo, pianto inconsolabile; la coscia sede dell'iniezione diviene diffusamente gonfia, cute arrossata e calda; non noduli nella sede della inoculazione; non febbre.**

**Alle 22.30 gli viene somministrato paracetamolo (Tachipirina), dopo di che il bambino dorme; la coscia si sgonfia e diviene rosea fino alla sera seguente quando vi è la ripresa del pianto inconsolabile, si ripresenta il gonfiore e il rossore alla coscia stessa, non febbre.**

**Viene risomministrato paracetamolo, con la risoluzione definitiva di tutti i sintomi.**

**Secondo voi, cosa bisognerebbe fare quando il bambino dovrà essere rivaccinato?**

Pediatra di famiglia

Le manifestazioni locali che lei descrive, comparse a distanza di ore dalla vaccinazione, sono eventi molto comuni, sia dopo l'esavalente che dopo qualche altra iniezione di vaccino. Si pensa che esse siano legate soprattutto al vaccino DTPa, contenuto nell'esavalente.

Relativamente comune è anche il pianto inconsolabile, con una frequenza intorno a un caso su 700-1000 vaccinazioni. È un pianto che assume particolari caratteristiche, per cui si differenzia da un pianto "normale" perché è prolungato, insistente, a tonalità alta, non controllabile e inconsolabile. Per parlare di vero "pianto inconsolabile" è necessario che il pianto duri più di tre ore, continuamente. Esso si può associare o meno a fenomeni locali di edema e di infiammazione a carico dell'arto, nel quale è stata fatta l'iniezione.

Una volta a questo pianto veniva data un'interpretazione di "pianto cerebrale", poi risultata assolutamente insostenibile. La *Tachipirina* (paracetamolo) ha un'azione anti-prostaglandine, per cui il miglioramento è comprensibile, forse la ripresa della sintomatologia può avere corrisposto al termine dell'azione del farmaco, che tuttavia, a ben guardare, ha un tempo di dimezzamento molto più breve. È sicuro (per quanto possa essere sicura una previsione in medicina) che il pianto inconsolabile non si ripresenterà alla seconda dose e probabilmente nemmeno la sintomatologia locale nella sede di iniezione.

Quanto da lei descritto non rappresenta

assolutamente una controindicazione alla prosecuzione della vaccinazione.

Le raccomando, infine, di usare un ago lungo (25 mm con G 23 o 25), perché è ormai sicuro che più corto è l'ago, maggiori sono gli effetti collaterali locali (p<0,0001; Diggle LE, et al. *BMJ* 2000; 321:931-3).

**Desidererei ricevere una risposta al seguente quesito: un tampone faringeo, risultato positivo per *Streptococcus pneumoniae* in una ragazza di 14 anni affetta da una mucosite orofaringea senza febbre e senza altre localizzazioni, va trattato con terapia antibiotica?**

Pediatra

Il pneumococco è un comune abitatore (saprofita) del rinofaringe e non va considerato patogeno per il faringe. Nella coltura da tampone faringeo non deve nemmeno essere compreso. La ricerca va limitata sempre e soltanto allo streptococco beta-emolitico.

**Un bambino di 33 mesi, a settembre 2005, è stato sottoposto a una cistouretrografia minzionale, la quale ha riscontrato un reflusso di II grado sx e di III grado a dx. Si è subito iniziata la terapia**

**antibiotica. A maggio 2006, il bimbo ha rifatto la cistouretrografia minzionale che ha riscontrato a dx il reflusso di II grado, a sx era scomparso. Ha ripetuto ora di nuovo l'esame con risultato a dx di III e a sx di II. È possibile che sia peggiorato? Secondo voi cosa devo fare?**

Pediatra di famiglia

Il reflusso è un fenomeno dinamico, quindi può esserci un andamento di questo tipo, influenzato ad esempio dal grado di riempimento della vescica, se si eseguono controlli ravvicinati oltretutto non necessari. In questo caso direi che il reflusso è invariato.

Personalmente, vista l'età del bambino, proverei a sospendere la profilassi, se non è già stato fatto, facendo attenzione a eventuali infezioni delle vie urinarie (esame urine in caso di febbre o di sintomi riferibili alle vie urinarie).

Un controllo ecografico annuale per monitorare l'accrescimento dei reni è giustificato mentre, per il momento, non penserei nemmeno a ripetere nuovamente la cistografia. Se il bambino ha reni nella norma e senza profilassi non presenta infezioni urinarie, la dimostrazione della guarigione o persistenza del reflusso è di fatto ininfluente sulle scelte terapeutiche.

**Ho visitato un ragazzo di 19 anni che da alcuni mesi (dicembre 2006) ha presentato febbre irregolare (tre episodi) senza particolari sintomi generali, a parte saltuaria cefalea. Esami "routinari" (VES, PCR, emocromo, ASLO, AST, ALT, gamma-GT, bilirubina, creatinina, protidogramma); Mantoux e Rx torace: tutto senza alterazioni. La temperatura corporea è stata controllata dall'infermiere in entrambe le ascelle, in occasione delle visite, con valori di 38-38,5 °C. Si è notato che, in occasione dei prelievi venosi, la cute dell'arto assume rapidamente un aspetto mazzato (no petecchie, no segno del laccio).**

**Per le condizioni generali buone, perché comunque il quadro sembra in evoluzione, ho prescritto paracetamolo e il consiglio di tornare a scuola. Entrambi i consigli sono stati accettati e praticati. Avete altro da suggerire?**

Medico di Trapani

Ha fatto bene a ritenere "innocente" la febbre di quel giovane; VES, PCR e Mantoux sono sufficienti da soli per negare una febbre organica. Considerare il "malingering" se il problema febbre dovesse riproporsi e specialmente se questo va a interferire con l'attività lavorativa (frequenza scolastica) del "ragazzo".

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](mailto: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

di Egidio Barbi  
e Luigi Cantoni  
con la consulenza  
di Franco Panizon

**DAL 31 OTTOBRE 2006**

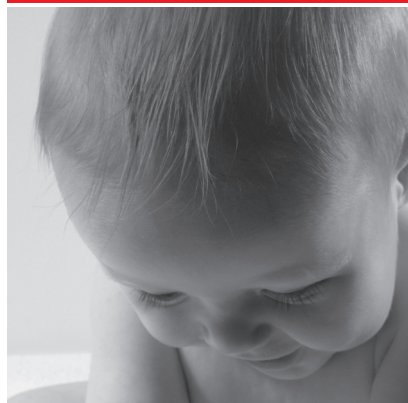
**al prezzo speciale  
di 25 euro  
(IVA inclusa)**

~~**35 euro  
(IVA inclusa)**~~

**MEDICO**  
EBAMBINO

**Prontuario  
PEDIATRICO**  
GUIDA ALLA TERAPIA

**SESTA EDIZIONE**



 **edifarm**

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

1. Assegno bancario intestato a EDIFARM SpA
2. Bollettino di c.c.p. n. 22849202 intestato a EDIFARM SpA,  
via P. Palagi, 4 - 20129 Milano (non occorre l'invio della fotocopia del bollettino).  
Si prega di scrivere i dati e l'indirizzo in stampatello
3. Carta di credito: VISA, EUROCARD, MASTERCARD, CARTASÌ,  
solo telefonando presso l'ufficio abbonamenti della Edifarm  
al numero telefonico 02 29520315

**SESTA EDIZIONE**