

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

Bambina di 7 anni con ipertrofia tonsillare ed episodi recidivanti di faringotonsillite dal secondo anno di vita (4-5/anno).

All'età di 6 anni normali i valori di emocromo, VES e PCR, titolo antistreptolisinico 2705 UI/ml, tampone faringeo negativo: non consiglio terapia. La madre consulta un otorinolaringoiatra: diaminocillina con frequenza quindicinale (3 dosi) e intervento urgente di adenotonsillectomia (gennaio 2005). A due mesi dall'intervento VES 32, emocromo nella norma (GB 8000, neutrofili 45,4%, linfociti 43%), titolo antistreptolisinico 4216. La bimba sporadicamente lamenta dolori osteoarticolari di breve durata (mezz'ora, un'ora) in sedi variabili (cranio, tibiotarsica, metatarsale bilaterale) senza alcun riscontro obiettivo nelle aree interessate. Una sorella di 17 anni presenta titolo antistreptolisinico costantemente intorno alle 1000 UI/ml, VES e leucociti nella norma (ha effettuato dall'età scolare su consiglio dello specialista otorino più cicli di diaminocillina). Approfondimenti diagnostici? Terapia?

dott. Gianmichele Derrico (Pediatria di famiglia)
Caserta

Ritengo che la bambina non debba fare più nulla. È solo una bambina con TAS elevato e dolori banali (probabilmente geneticamente è una forte produttrice di antistreptolisine, come la sorella) che ha sofferto di tonsilliti verosimilmente da SBA. Non farei né a lei né alla sorella alcuna terapia né ulteriori controlli.

Abbiamo saputo che la 2° dose di vaccino MPR non è fatta con l'obiettivo di richiamare l'immunità, ma semplicemente per assicurare la sierconversione in quel 5% che non ha avuto beneficio dalla 1° dose. Ma la finestra tra le due dosi è ora troppo ampia, con il pericolo che in questo lasso di tempo quel 5% possa ammalare.

Quale consiglio si può dare relativa-

mente al tempo che deve intercorrere tra le due dosi onde evitare l'inconveniente detto?

dott. Emilio Santaroni
Monte San Giovanni Campano (FR)

Sono d'accordo con Lei. La seconda dose viene fatta soprattutto per coprire quel 5% che non ha risposto alla prima dose, ma, in fondo in fondo, anche una minima azione di richiamo la deve avere.

Il passaggio da 11-12 anni, come era prima, all'attuale 5-6 anni è da considerare come un forte avanzamento culturale. Ma non vi è dubbio che la finestra potrebbe essere anche più piccola: se un poveretto che non ha risposto al virus vaccinico del morbillo, incontra il virus selvaggio, si fa la malattia. Ma è difficile far cadere alcuni vecchi steccati.

Pensi che solo da poco la Sanità pubblica si è convinta che per vaccinare contro il morbillo ci vogliono due dosi; nel Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia, c'è ancora scritto in un paio di punti che si debbono fare due dosi, quando il livello di copertura nell'area abbia superato l'80%. Conetti incomprensibili per un pediatra, presenti solo in Italia e non in altre parti del mondo.

Quindi, intanto abbiamo ottenuto di anticipare a 5-6 anni, e spero presto, come Lei dice, da spostare ancora in età più precoci.

Quanto dura o si pensa che possa durare la protezione del vaccino antimeningo e antipneumococco.

Pediatria di famiglia
Reggio Calabria

La durata della protezione dipende da quale vaccino lei adopera, perché, sia per il meningococco che per lo pneumo, esistono in commercio due tipi di vaccini: se usa i vecchi vaccini a polisaccaridi "nudi", cioè non coniugati, proprio per-

ché si tratta di antigeni timo-indipendenti, avremo un'efficacia di breve durata, pochi anni. I bambini al di sotto dei 2 anni non rispondono per niente, quelli da 2 a 5 rispondono poco; una risposta buona la si ha solo dopo i 5 anni. Vengono stimulate soltanto le cellule B e quindi la risposta è solo in IgM e non vengono stimulate le cellule della memoria. Quindi, se dopo 4-5 anni facessimo una dose di richiamo, sempre con vaccino polisaccaridico "nudo", avremmo una risposta uguale, pari pari, a quella che abbiamo ottenuto in precedenza con la prima dose. Nessuna risposta di tipo anamnestic.

Ma se utilizziamo un vaccino, costituito da polisaccaridi, coniugati con una proteina di trasporto, il discorso è completamente diverso: si tratta infatti di antigeni timo-dipendenti: rispondono anche latenti di 2-3 mesi di vita; il vaccino stimola le cellule B, ma soprattutto le cellule T, per cui dal loro rapporto reciproco si ottiene lo sviluppo di un'immunità completa, umorale e cellulare, di cui l'umorale è costituita dalle classi IgM e IgG delle immunoglobuline. Ma l'importante è che i vaccini timo-dipendenti stimolano anche le cellule della memoria, sia T che B, per cui, quando, a distanza di anni il soggetto incontra o l'agente infettivo specifico o viene sottoposto a un richiamo, egli manifesta una risposta anamnestic ottima, a distanza di pochi giorni dalla somministrazione.

Lei domanda: quanto dura questa immunità e quindi per quanto sono efficaci questi vaccini? I lavori scientifici ci dicono che sono efficaci almeno per 12-15 anni, ma tutti sperano che lo siano per tutta la vita, anche se è presto per fare questa affermazione.

Questo vale sia per lo pneumococco che per il meningococco, ma, non ce lo dimentichiamo, vale anche per l'Hib.

Nel bambino con bronchite asmatica è frequente la prescrizione di terapia con cortisonico inalante per cicli di alcuni

Domande & Risposte

mesi, soprattutto se ci sono segni o familiarità di atopìa, anche in situazioni di ricorrenza non grave e di normalità dei periodi intercritici; in quei bambini (anche molto piccoli, nel primo anno di vita) senza segni o familiarità di atopìa si vede sempre più spesso la sostituzione del cortisonico inalante o l'aggiunta a quello dell'antileucotriene. Quale è il razionale di questi interventi e quale la loro possibile utilità confrontata alla cronicità della terapia?

dott. Rosario Cavallo (Pediatra di base)
Lecce

Il cosa fare nel trattamento di fondo del bambino dell'età prescolare, con bronchiti asmatiche ricorrenti, rimane ancora avvolto nell'incertezza e troppo spesso vediamo spacciare ipotesi di lavoro con verità EBM. L'utilità dei cortisonici inalatori è stata documentata nei bambini che presentano una costituzione atopica (storia personale e familiare e/o cutipositività) e in particolare se presentano sintomatologia asmatica anche nei periodi intercritici tra una infezione virale e l'altra. Per una indicazione quindi che, in fin dei conti, è sovrapponibile a quella del bambino più grandicello. Il possibile impiego del montelukast in questa patologia è stato oggetto di una discussione, pubblicata nella rubrica "Farmacoriflessioni" del numero di aprile di *Medico e Bambino* (e a questa rimandiamo chi volesse saperne di più). In sintesi, comunque, il montelukast andrebbe considerato nei bambini con episodi molto frequenti ma senza evidenza di costituzione atopica (nei quali, come detto sopra, vanno privilegiati gli steroidi inalatori).

Vorrei sapere se esiste un limite di età al di sopra del quale non è consigliabile usare il Kryptocur nella terapia del criptorchidismo. Mi è di recente capitato di riscontrare un testicolo all'anello inguinale in un bambino di 8 anni; ho prescritto la terapia ormonale, poiché non ricordo di aver letto che ci fossero delle controindicazioni in rapporto all'età del soggetto da trattare. C'è il rischio che si possa innescare una pubertà anticipata?

dott.ssa Ginevra Della Torre (Medico generico)
Roma

Nessun rischio di pubertà precoce; l'effetto dura per un breve periodo, quindi è un test e basta.

A 8 anni però o è un testicolo in ascensore, e quindi non c'è indicazione allo stimolo, o è un'ectopia, e quindi c'è un'indicazione chirurgica.

Quali sono i protocolli più nuovi riguardo alla vaccinazione antipneumococcica? In particolare nei bambini dai 2 ai 5 anni a rischio, nei bambini dai 2 ai 5 anni non a rischio o a rischio basso e nei bambini sopra i 5 anni a rischio elevato?

dott.ssa Marinella Mao
Brescia

Cosa vuol dire "protocolli più nuovi"?

La discussione oggi è se usare 3 o 4 dosi per i bambini che iniziano la vaccinazione nel primo semestre di vita. La tendenza è che 3 dosi sono sufficienti, con questa schedula 0, 1 e 8-10 mesi. Nei bambini che abbiano superato i 2 anni di età basta una dose ma, se si tratta di soggetti appartenenti alle categorie a rischio (veda la Circolare ministeriale), è meglio fare due dosi, a distanza di qualche mese l'una dall'altra. Cosa vuol dire a basso rischio? È una categoria che non esiste.

A una precedente domanda "Quali vaccinazioni sono controindicate nelle patologie del SNC a carattere progressivo" (sclerosi tuberosa, alcune malattie metaboliche ereditarie) la vostra risposta è stata che sono controindicate praticamente tutte.

Nel "Red Book", leggendo sia la parte generale che in specifico le singole malattie, si parla dell'esclusione della vaccinazione antipertossica, e non ho trovato nulla sulle altre vaccinazioni, compresa la MPR. Vi chiedo dei chiarimenti perché nella risposta che mi avete inviato su quali vaccinazioni eseguire in un bambino affetto da gangliosidosi (malattia metabolica a carattere progressivo che interessa anche il SNC), mi avete dato l'indicazione di eseguire tutte, compresa l'antipertossica che pensavo fosse controindicata.

dott.ssa Marinella Mao
Brescia

Le vaccinazioni nelle patologie del sistema nervoso centrale sono tutte ammesse o tutte controindicate, a seconda della presenza o meno di stabilizzazione del quadro clinico.

Il punto essenziale è stabilire che il processo di cui soffre il SNC è o meno stabilizzato. Quindi può essere che in una gangliosidosi possa essere controindicata la vaccinazione, come può essere che possa essere eseguita. Dipende dalla fase della malattia, dalla risposta alle eventuali cure, dall'età e così via.

D'altra parte per le malattie metaboliche, trattandosi quasi sempre di forme rare, non esiste una esperienza sufficiente per poter dire sì o no al cento per cento. Per esempio, solo da qualche mese si sa che nella malattia di Gaucher (una lipidosi, nella quale sono comprese anche le gangliosidosi GM1 e GM2 di cui Lei parla) è possibile procedere alla vaccinazione con MPR e anche con il vaccino contro la varicella (*Vaccine e Pediatrics*).

Si ricordi poi che il riferimento alla pertosse è sempre nei confronti del vaccino anti-pertosse intero, non più in uso in Italia da una decina di anni.

Sul numero di dicembre 2004 c'è un articolo su piede piatto e plantari. Mi piacerebbero alcuni approfondimenti:

- 1. Siamo sicuri che un piede piatto non sintomatico a 13 anni non possa diventare poi in futuro, magari in seguito a un aumento di peso importante della persona? Se diventa sintomatico in età adulta, sarà ancora operabile?**
- 2. Quali sono i trattamenti chirurgici più idonei (da quelli meno a quelli più invasivi)?**
- 3. All'estremo opposto di avvitamento dell'elica c'è il piede cavo? Nel piede cavo valgono le stesse considerazioni?**

Pediatra di base

1. Certamente sì. Il piede piatto può essere operato in età adulta. Il piede, così come qualsiasi altro distretto anatomico, normo-morfico in età evolutiva (e il normo-morfico è l'espressione di una variabilità morfologica che prevede un minimo e un massimo), per le più svariate cause, può sviluppare un quadro patologico in età adulta da richiedere un intervento terapeutico. Ad esempio, un lieve varismo delle ginocchia, in età evolutiva, che pur rappresenta una minima variante anatomica, predispone a sviluppare in età adulta una gonartrosi statica in varo. Eppure sarebbe sbagliato operare il varismo in età evolutiva o applicare a quell'età valve correttive.

2. Se il quesito si riferisce all'età adulta, gli interventi chirurgici per il piede piat-

to sono diversi e mirati a correggere l'elemento dismorfo prevalente. Ad esempio, osteotomia di calcagno in caso di grave pronazione del retro piede; artrodesi della sottoastragala, in caso di marcata sintomatologia dolorosa.

3. Sì. Il piede cavo è l'espressione morfologica di un'elica plantare fortemente avvitata. Il piede cavo tuttavia è quasi sempre l'espressione di un disturbo neuromuscolare (piede cavo, assenza di riflessi: sindrome di Friderich, siringomielia) ed è una affezione evolutiva, potendo peggiorare nel tempo in maniera più o meno grave.

Di conseguenza, in età evolutiva, in assenza di sintomatologia, ci si astiene da qualsiasi tipo di trattamento invasivo e lo si rimanda ad accrescimento ultimato, agendo sullo scheletro, per evitate possibili recidive.

In presenza di disturbi (la semplice presenza di callosità in corrispondenza delle teste metatarsali va considerato un disturbo) trova indicazione un plantare di compensazione, atto a riequilibrare i carichi in regione plantare.

A proposito di "triage" che viene applicato nei dipartimenti di emergenza e

accettazione pediatrici (DEAP), gradirei sapere:

1. Quali sono le percentuali presso il vostro Centro relative ai 4 codici.

2. Sento che nei vari PS degli ospedali i bambini con problemi di gravità minima o nulla sono di gran lunga la maggioranza, come è possibile secondo Voi?

3. C'è, secondo voi, un modo per porre un freno a un numero così elevato di accessi impropri?

4. Un numero così elevato di accessi impropri (specialmente codici bianchi) è dovuto solo ad assenza di valide alternative a livello territoriale, come sostiene qualcuno, o è dovuto anche ad altro, come penso io?

Pediatra di base
Feltre (BL)

1. Le priorità di accesso alla prestazione medica definita al triage infermieristico presso il PS dell'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste nell'anno 2004 sono state:

codice colore bianco: 17,77%

verde: 76,45%

giallo: 5,55%

rosso: 0,23%

2. Quanto a conoscenza del collega non

corrisponde ai rilievi statistici. I dati di Trieste sono analoghi a quelli di altri Ospedali Pediatrici, il rilievo che i codici bianchi sono la maggioranza è riferito alle analisi compiute nei PS generali e pediatrici dove si applica il triage dell'adulto, che non tiene conto delle peculiarità del bambino (es. importanza della febbre) e dell'umanizzazione delle cure al paziente in età evolutiva (es. rilevanza del dolore e della sofferenza).

3. Il ticket, applicato alla visita di PS, si è dimostrato un freno parziale. Un'altra soluzione possibile è la creazione delle Unità Polifunzionali Pediatriche Territoriali e dell'associazionismo che garantisce la presenza del pediatra di famiglia in ambulatorio. Purtroppo il PS dell'Ospedale non può omettere di garantire la visita a tutti i bambini che vi accedono e solo dopo questa si può definire, anche a fini medico-legali, la sua non urgenza.

4. Sicuramente un'azione di educazione sanitaria, secondo modelli concordati tra pediatri di PS e pediatri di libera scelta, protratta nel tempo insieme ai provvedimenti citati al punto 3, risulterebbe efficace perlomeno durante i giorni feriali, come dimostrato nei vari studi effettuati dal nostro PS.

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
- ospedaliero
- universitario