

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

ALLERGLOGIA, 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

L'estate scorsa ho visto più otiti esterne che in tutta la mia vita. È possibile che questo fatto sia legato al caldo eccessivo che si è verificato?

Ma ho visto anche alcuni bambini, che non hanno risposto alla solita terapia con le gocce auricolari di Otosporin o Tobradex e, quando presi in cura dall'ORL, sono stati trattati con il Ciproxin sciroppo. Devo dire che tutti sono immediatamente guariti. Ma io sapevo che i fluorochinoloni erano "proibiti" nel bambino piccolo (uno dei bambini trattati aveva appena tre anni e mezzo) o mi sbaglio?

Pediatra di base

Condividiamo la sua esperienza sull'elevato numero di otiti esterne diagnosticate l'estate scorsa, molte di più che in tutti gli anni passati. Ed è verosimile che, come lei suggerisce, questo fatto sia legato al caldo eccezionale di quest'anno, dal momento che tra i principali fattori che favoriscono l'otite esterna ci sono proprio l'elevata temperatura e l'umidità, oltre alla macerazione cutanea, all'alcalinizzazione del pH, ai traumi.

Nella maggioranza dei casi l'infezione risponde rapidamente alla terapia locale a base di antibiotici e steroidi in combinazione, però non è così infrequente osservare quadri a lenta risoluzione in cui il trattamento locale non si dimostra sufficiente e nei quali, per l'importanza della clinica (dolore molto disturbante), è opportuno ricorrere a un antibiotico per via generale.

La scelta del farmaco è guidata dall'eziologia: se si sospetta uno stafilococco (otite esterna non necessariamente della stagione estiva, storia di trauma al condotto uditivo esterno) gli antibiotici più impiegati sono le cefalosporine di I generazione, ma nelle comuni otiti esterne legate al caldo e all'acqua, in cui il germe chiamato in causa è lo *Pseudomonas aeruginosa*, il ceftazidime è sempre stato il farmaco più utilizzato, con l'inconveniente non affatto trascurabile della necessità di una terapia parenterale. E qui entrano in gioco i chinolonici,

in particolare la ciprofloxacina, farmaci molto attivi contro lo *Pseudomonas* con il vantaggio della somministrazione per os. Il motivo per cui i chinolonici continuano a non essere ufficialmente approvati in età pediatrica deriva dall'osservazione sperimentale di un effetto tossico di questi farmaci sulle cartilagini di accrescimento di giovani animali da laboratorio. Pertanto, per evitare un ipotetico danno all'apparato muscolo-scheletrico con possibile compromissione della crescita, i chinolonici sono considerati farmaci di seconda scelta in età pediatrica da prescrivere solo in casi selezionati. Il loro uso è formalmente consentito solo per le infezioni da *Pseudomonas* nei bambini affetti da fibrosi cistica, per la febbre tifoide e per alcune shigellosi. In realtà molti Autori si sono occupati dell'argomento e hanno dimostrato, analizzando popolazioni pediatriche anche molto numerose trattate con chinolonici, l'assenza di qualsiasi danno a carico delle cartilagini di accrescimento e quindi la sostanziale sicurezza del loro impiego in età pediatrica (Yee C, Duffy C, Gerbino P G, Stryker S, Noel G J. Tendons or joint disorders in children after treatment with fluoroquinolones or azithromycin. *Pediatr Infect Dis J* 2002;21:525-9; Jick S. Ciprofloxacin safety in a pediatric population. *Pediatr Infect Dis J* 1997;161:130-4).

E pertanto, nonostante le raccomandazioni ufficiali, la ciprofloxacina viene sempre più spesso impiegata anche in età pediatrica, e nell'otite esterna del bambino è diventato l'antibiotico di prima scelta dopo che si è dimostrata inefficace la terapia topica. Il dosaggio comunemente utilizzato per questa condizione è quello di 10-20 mg/kg/die suddivisi in 2 dosi (vedi ABC sull'otite esterna di I. Berti, *Medico e Bambino* 2002;6:21).

Bambina di 4 anni affetta da schisi posteriore della laringe e tracheomalacia portatrice di cannula tracheale. Gradierei conoscere un adeguato percorso

diagnostico-terapeutico e l'eventuale assistenza tecnica specialistica nell'inserimento della piccola nella scuola dell'obbligo.

dott. Giulio Lucenteforte (Pediatra consultoriale)

La sindrome di Benjamin-Inglis può presentarsi con una ampia variabilità che va dalla forma asintomatica a quella incompatibile con la vita. Il tipo III è considerato una forma grave, tanto che la bambina è stata tracheostomizzata. La gestione del tracheostoma viene di solito insegnata ai genitori insieme alle misure da adottare in caso di cannula che si tappa. Immagino che i genitori siano stati informati e dotati di aspiratore, cannule di ricambio ecc. Se la situazione si è ormai stabilizzata, i problemi potrebbero essere ridotti. Consiglio comunque di seguire le indicazioni date da chi ha fatto diagnosi e che conosce meglio la situazione della bambina (tipo di cannula, tipo di rieducazione comunicativa ecc., necessità di apparecchiature e di eventuale training nel personale della scuola).

Bisogna considerare valida anche una sola dose di vaccino anti-epatite B, antitetanica ecc. anche se sono passati molti anni e completare il ciclo (come dicono il Red Book e anche il prof. Bartolozzi), oppure iniziare nuovamente il ciclo se sono trascorsi più di un anno tra la 1a e la 2a dose e più di 5 anni tra la 2a e la 3a?

Medico consultoriale, Botticino (BS)

Se si vogliono seguire le raccomandazioni contenute in molte circolari del Ministero della Salute, è necessario ricominciare la schedula vaccinale per l'epatite B, trascorsi periodi di tempo superiori all'anno.

Ma, se si vogliono seguire le raccomandazioni internazionali, non si deve mai ricominciare da capo, qualunque sia il tempo intercorso fra le diverse dosi; ba-

sta procedere secondo la schedula classica, dal punto in cui l'avevamo lasciata. Le ricordo tuttavia che, in caso di categorie ad alto rischio, è necessario seguire in modo rigoroso i tempi ufficialmente stabiliti.

Ho tra i miei assistiti una ragazza di 17 anni che ha avuto il menarca a 13 anni e mezzo circa ma che continua con grosse irregolarità nel ciclo mestruale. Ha cicli a intervalli molto irregolari con ritardi anche di sei mesi. Tutto nel parafisiologico o devo inviarla da uno specialista?

dott. Francesco Allodi (Medico di famiglia)
Cuneo

Non siamo più nel fisiologico né può esistere un parafisiologico.

Diventano determinanti alcuni aspetti che non ci è dato conoscere: familiarità, peso corporeo, eventuali segni di iperandrogenismo (acne, peli ecc.), eventuale familiarità per diabete tipo 2 (resistenza insulinica): il tutto per fare riferimento a una possibile sindrome adrenogenitale (SAG) non classica, o a un iperandrogenismo funzionale ovarico, o a una policistosi ovarica (PCOS). Ancora potrebbe essere una situazione opposta, dieta restrittiva, calo ponderale, magrezza, anoressia, o una iperprolattinemia (microadenoma?).

È chiaro che le problematiche sono tali che invierei la paziente a uno specialista.

Vorrei sapere se in un bambino nato da madre HbsAg positiva, dopo la somministrazione alla nascita di gammaglobuline più prima dose di vaccino anti epatite B, bisogna seguire lo schema 0, 1, 6 mesi e quindi sottoporre il bambino a tutta una serie di iniezioni non potendo praticare l'esavalente, oppure si può eseguire il ciclo vaccinale con l'esavalente al 2°, 5° e 11° mese?

dott. Nicola De Gregorio
(Pediatra e medico consultoriale), Ariano Irpino (AV)

Come ben comprende, la situazione per i figli di madri HBsAg positive è molto delicata, per cui conviene seguire pedissequamente il calendario, proposto dal Ministero della Salute.

Quindi le prime due dosi di vaccino an-

ti-HBV monocomponente (ora trova in commercio anche quello senza timerosal) vanno eseguite alla nascita e dopo 1 mese; per la terza e la quarta si può usare l'esavalente dopo ancora 1 mese e a 1 anno di vita.

Sull'ultimo *Libro rosso* (2003, 26° edizione, uscito da poco), viene ancora (come nelle edizioni precedenti) raccomandata per i figli di madri HBsAg positive una schedula con 3 dosi, se il neonato pesa più di due chili (0, 1 e 6 mesi). Se pesa meno di 2 chilogrammi, viene raccomandata una schedula molto vicina alla nostra (0, 1, 2-3 e 6-7 mesi di vita), cioè 4 dosi, per la minore risposta immunologica al vaccino nei soggetti nati con peso inferiore a 2 kg.

Tuttavia, sia nei figli di madre HBsAg positiva che pesino più di 2 chili che in quelli che pesano meno (continua il *Libro rosso*), all'età di 9-15 mesi viene eseguito il dosaggio dell'HBsAg e dell'anti-HBs; se le risposte sono negative, il bambino viene di nuovo immunizzato con 3 dosi a due mesi d'intervallo l'una dall'altra, e di nuovo sottoposto alla prova sierologica.

Vorrei chiedere un parere sul seguente caso clinico: bambino di 2 anni che si ricovera per febbre alta da due giorni e dispnea. All'esame obiettivo presenta polipnea (80 atti respiratori) con rientramenti intercostali e riduzione del murmure a destra. Un Rx in anteroposteriore evidenzia un addensamento parenchimale basale destro, associato a un modesto pneumotorace omolaterale, con ombra cardiaca in asse. Poiché dall'anamnesi si evidenzia che il bambino aveva presentato una reazione orticariode dopo farmaco (non veniva specificato se dopo amoxicillina o cefalosporina) e nel sospetto da noi avanzato di una polmonite da stafilococco aureo, abbiamo intrapreso terapia con teicoplanina associata a macrolide con stebbramento dopo 36 ore e miglioramento rapido del quadro clinico. Un Rx eseguito dopo 3 giorni evidenziava una riduzione dell'addensamento precedente e in laterale la presenza di focolai multipli e presenza di pneumotorace omolaterale che appare saccato. Le chiedo: è verosimile la diagnosi di polmonite stafilococcica? È corretta la terapia con teicoplanina + macrolide e per quanto tempo va continuata la teicoplanina in considerazione della sua tossicità. Come bisogna com-

portarsi con la presenza del pneumotorace?

dott. Michele Porrello (Pediatra ospedaliero)
Sciaccia (AG)

Non ci sono schemi rigidi per la terapia della polmonite stafilococcica. La teicoplanina è stata una scelta ottimale. La manterrei per una decina di giorni, senza alcuna preoccupazione per effetti collaterali che non vediamo mai. La sospensione della terapia deve essere guidata dalla clinica, dalla PCR, e dalla radiologia.

Anche se molti bambini possono guarire senza tubo di drenaggio pleurico, viene in genere raccomandato in questi casi di essere piuttosto aggressivi quando vi è evidenza di un piopneumotorace, e questo anche per ridurre il rischio di una fistola broncopleurica. Il drenaggio va fatto con un tubo grosso perché in questa condizione il versamento è molto denso, si forma rapidamente e con molte loculazioni. Sospesa la teicoplanina e, in particolare, se vi è presenza di alterazioni radiologiche, manterrei la copertura antibiotica ancora per altri dieci giorni, passando a un farmaco per bocca. Lo stafilococco acquisito in comunità non è praticamente mai meticillino-resistente, per cui dopo la teicoplanina potrebbe fare una semplice amoxicillina protetta. Le reazioni cutanee sospette allergiche, se non sono state veramente gravi e con angioedema, non sono praticamente mai legate a una vera allergia ai beta-lattamici. Andrei tranquillo, magari somministrando le prime dosi in ospedale.

Nei familiari di soggetti portatori di HbsAg, prima di vaccinarli per l'epatite B, si deve fare il controllo sierologico o vaccinarli subito senza ritardare la vaccinazione?

Mentre nel DM 10/04/1991 si parla di screening prevaccinale per categorie a elevato rischio, nel DM 20/11/2000 non si fa più menzione del controllo prevaccinale e vi è una nota specifica solo per gli operatori sanitari (controllo postvaccinale).

Se si deve fare il controllo prevaccinale in queste categorie ad alto rischio, è consigliabile dosare HbsAg, HbsAb e HbcAb, HbeAb. Questi esami sono gratuiti per queste categorie?

Medico consultoriale, Botticino (BS)

Mentre nella popolazione in generale non si deve procedere alla determinazione nel sangue del vaccinando degli indicatori del virus dell'epatite B, per le categorie a rischio elevato una tale procedura è ancora riconosciuta. Più utile, tuttavia, il controllo postvaccinale. Nel caso in cui venga richiesto il controllo è bene far eseguire tutti gli indicatori dell'infezione da HBV.

In una bambina di 45 giorni con crescita regolare e genitori apparentemente sani ho notato da una settimana una macchia colore caffelatte piuttosto chiara che interessa la cute dell'emitorace di destra fino al cavo ascellare omolaterale. Vorrei sapere se si deve pensare alla neurofibromatosi (NF) di Recklinghausen e, in caso positivo, quali sono gli esami specifici per la diagnosi di certezza?

Pediatra, Catanzaro

Il riscontro di una/due macule caffelatte è una evenienza che si riscontra in almeno il 10% della popolazione.

Il sospetto di neurofibromatosi di tipo 1 è da prendere in considerazione in presenza di sei macule caffelatte di almeno 0,5 cm nei bambini prepuberi e di almeno 1,5 cm in età successive. Nel caso della bambina questa ipotesi può per ora essere scartata. Poiché macule caffelatte possono comparire anche in un periodo successivo, la bambina dovrà essere rivista per qualche anno. Le numerose serie di casi seguiti suggeriscono che, se all'età di tre anni o eccezionalmente a cinque anni il bambino ha tre o meno macule e non ha altri segni suggestivi della malattia, le possibilità che sviluppi successivamente una neurofibromatosi di tipo 1 sono molto poco probabili.

La macula iperpigmentata in questa bambina non è chiaramente descritta ma sembra abbastanza grande (sopra i 5 cm). Per questi elementi, soprattutto se i margini sono irregolari, frastagliati

e la forma non è tondeggiante o ovale (come in gran parte delle macule della NF1), alcuni Autori preferiscono usare il termine di nevo ipercromico, anche se il colore e l'istologia sono uguali.

Una macula iperpigmentata circoscritta in un neonato può anche rappresentare lo stadio iniziale di un *naevus spilus* (che in pratica è un nevo cellulare su macula caffelatte, la cui superficie è coperta di elementi di colore più scuro che istologicamente sono costituiti da cellule neviche); in questo caso, però, nel giro di qualche mese compariranno all'interno della lesione le caratteristiche piccole macule e papule molto più intensamente pigmentate.

L'Informatore Farmaceutico 2003 riporta 2 prodotti autorizzati per la vaccinazione antiepatite B, regolarmente in commercio in Italia:

• ***Engerix B Pediatrico 10 mcg (Glaxo-SmithKline)***

- HBVaxpro 5 mcg (Aventis)
- Engerix B 20 mcg
- HBVaxpro 10 mcg.

La domanda che uno si pone è: con quale dose devo vaccinare un bambino e un adulto?

Possono i 10 mcg della Glaxo corrispondere ai 5 mcg dell'Aventis e rispettivamente i 20 ai 10?

I due prodotti contengono lo stesso principio attivo o sono dosati in modo diverso?

La Glaxo parla di «antigene...espresso in mcg di proteina 20 mcg»; la Aventis di «antigeni...10,00 mcg».

dott. Fulvio Bradaschia, Trieste

Domanda validissima, che mi aspettavo da tempo.

È come dice lei: i 5 mcg di HBsAg del vaccino contro l'epatite B dell'Aventis corrispondono al 10 mcg della SKB; come i 10 mcg corrispondono ai 20.

Cosa vuol dire corrispondono? Vuol dire che sono ugualmente efficaci nelle prove sul campo. Ma nelle prove d'immunogenicità (conosco almeno due pubblicazioni in cui sono stati confrontati) il dosaggio superiore è risultato essere più immunogeno, nel senso che determina livelli anticorpali più elevati. D'altra parte in un terzo lavoro che confronta 10 mcg contro 10 mcg il vaccino dell'Aventis è risultato un po' più immunogeno di quello della SKB.

I due prodotti contengono lo stesso principio attivo, cioè l'HBsAg.

La domanda che sorge spontanea è questa: perché due diversi dosaggi per lo stesso farmaco?

Ho fatto più volte questa domanda ai tecnici e mi è stato risposto che le prove iniziali, condotte dalle Aziende prima dell'approvazione del prodotto, sono state condotte con dosaggi diversi, risultati ugualmente efficaci. Perché cambiare le dosi?

Che le cose stiano così è dimostrato anche dal fatto che viene correntemente riconosciuto che è possibile passare da una preparazione all'altra senza che questo incida sull'efficacia.

L'esperienza di quasi 20 anni conferma quanto è stato precedentemente esposto. Proprio per questo nelle gare, a livello di ASL, vengono considerati l'uno e l'altro indifferentemente; vince quello che fa la migliore offerta, non quello che offre una maggiore quantità di prodotto.

La ringrazio per la domanda.

A proposito di vitamine, dopo la nascita un bambino alimentato con latte materno o con latte artificiale, avrebbe oggi necessità di un polivitaminico, o è sufficiente la vitamina D nei giorni dei mesi invernali dei primi 3 anni di età? Io credo sia sufficiente la vitamina D, e voi cosa ne pensate?

Pediatra di base, Feltre (BL)

La vitamina D in un bambino allattato al seno in maniera esclusiva non è indispensabile al lattante se questo viene regolarmente portato a fare la passeggiatina fuori casa, con esposizione di mani e viso (circa 1-2 ore per settimana). Vedi a tale proposito gli storici lavori di Specker degli anni Ottanta eseguiti nell'Ohio. La supplementazione di vitamina D allora andrà prescritta non routinariamente, bensì caso per caso, tenendo in considerazione diversi fattori fra i quali:

1. l'effetto barriera fornito dal colore della pelle: i bambini neri alle latitudini dell'Italia settentrionale vanno supplementati, quelli di carnagione chiara non di routine!

2. il grado di esposizione al sole, che l'Accademia Americana di Pediatria suggerisce di limitare per timore del cancro della pelle, arrivando solo per tale motivo a suggerire la supplementazione di vitamina D in età pediatrica (vedi aprile 2003, su *Pediatrics*). Noi abbiamo il sole, ma non il buco dell'ozono, e i nostri bambini, se non sono reclusi in casa durante i lunghi mesi invernali, possono prodursi a sufficienza la vitamina D a livello cutaneo, se solo sono stimolati dalla luce.

Se una mamma che allatta un bambino di 8 mesi vuole smettere di allattare per problemi di lavoro, deve farlo bruscamente o con gradualità? Questo sia pensando alla mamma (ingorgo mammario) che al bambino (trauma psicologico).

Scusate la domanda, ma sono un medico dell'adulto, e questo è un problema per me nuovo.

dott. Agostino Miani, Brescia

In verità credo che la prima informazione da dare a una madre che ritorna al lavoro è quella della compatibilità fra allattamento e lavoro. Se è interessata a

fare un'esperienza in proposito, può togliersi il latte prima di uscire di casa e farlo dare al bambino con il biberon durante la sua assenza. Se il latte non basta a questo scopo, allora la madre può far dare al bambino latte artificiale durante il giorno, riservandosi di allattarlo al seno di sera al rientro dal lavoro.

Se la madre invece ha proprio deciso di smettere di allattare al seno, conviene farlo progressivamente, non solo per abituare il bambino, ma anche per indurre una progressiva inibizione a livello locale mammario alla produzione di latte, evitando ingorghi.

Talora il bambino, abituato al seno materno, rifiuta di assumere il biberon. Al suo posto allora si potrà utilizzare una tazzina contenente il latte materno spremuto o il latte artificiale. Il concetto è quello di spremere (attaccando il bambino o usando il tiralatte) quantità decrescenti di latte materno in giorni successivi.

Soggetto adulto splenectomizzato: è opportuna la vaccinazione antipneumococcica-meningococcica e anti-Haemophilus?

Chiedo qual è il numero di dosi di anti-Haemophilus (una o due)? I testi che ho consultato non lo dicono chiaramente.

Medico consultoriale, Botticino (BS)

Sì, è opportuna la vaccinazione antipneumococcica, per ora 23-valente (una dose, da ripetere dopo 5 anni), antime-ningococcica tetravalente (una sola dose) e anti-Hib.

Le non conformità delle raccomandazioni dipende essenzialmente dalla diversa età alla quale è stata fatta la splenectomia e le diverse condizioni patologiche che ne hanno consigliata l'asportazione.

Trattandosi di un adulto, se la splenectomia è stata fatta per trauma, basta senz'altro una dose. Ma in un bambino di meno di 6 anni, soprattutto se ha subito la splenectomia per situazioni immuno-ematologiche, è bene fare due dosi.

Comunque è sempre da associare una profilassi con penicillina-benzatrina per almeno 5 anni; la presenza dei fattori di rischio accennati in precedenza consiglia di durare ancora per qualche lustro.