

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

ALLERGLOGIA, 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, VACCINI

**Una bambina di tre anni ha avuto per due giorni orticaria. Passata l'orticaria, ha avuto vomito per un paio di giorni e diarrea per una settimana. Guarita perfettamente con sola attesa e in buona salute, a distanza di un mese circa, un nuovo episodio con la stessa successione di eventi e tuttora in atto. Io ho consigliato alla mamma, per ora, di provare a fare un diario alimentare di questo episodio e degli eventuali prossimi e poi ragionarci sopra. C'è un legame probabile tra orticaria e manifestazioni gastrointestinali o può essere ancora una coincidenza? In questo caso il rapporto con l'infezione (per una possibile orticaria post-infettiva) appare inverso, prima l'orticaria e poi i sintomi intestinali. Che consigli mi dareste?**

dott. Lucio Piermarini  
Pediatra di famiglia, Terni

L'orticaria per il solo fatto di essere persistita per due giorni ha pochissime probabilità di essere su base allergica. Non avrei fatto fare il diario alimentare: l'orticaria allergica è "bim bum bam" immediata, o quasi, dopo l'ingestione dell'alimento e di durata breve (qualche ora) e non si ripete il giorno dopo.

Come invece giustamente da Lei sospettato, l'età e la durata depongono, come prima ipotesi, per una orticaria post-infettiva (OPI): se aveva ponfi polimorfi, anulari, a larghe falde, è ancora più certo, come pure se avesse avuto edema a mani e piedi. Che compaia prima o dopo è solo marginalmente importante, considerato che ci potrebbe essere stata una fase prodromica, magari viremica, o magari una virosi precedente, passata inosservata.

Che la OPI si ripeta nello stesso soggetto è abbastanza comune.

**Sto iniziando lo svezzamento di mio figlio operato di megacolon congenito. Il pediatra mi propone di introdurre la**

**carne con il liofilizzato di agnello e di coniglio.**

**Vorrei sapere il vostro parere circa la scelta del liofilizzato rispetto a eventuali difficoltà di evacuazione e anche rispetto alla bontà dell'alimento. Generalmente scelgo prodotti biologici e il più possibile naturali.**

Una mamma

In un bambino operato di megacolon, e soprattutto in una forma cosiddetta "corta" (non è specificato, ma così presumo), non ci sono particolari accorgimenti da osservare nello svezzamento, nulla di diverso rispetto all'alimentazione di qualsiasi altro bimbo di quell'età.

**Vi chiedo se a oggi è ritenuto utile (rapporto costi/benefici) dai dati della letteratura e dalla pratica corrente eseguire lo screening renale ecografico a tutti i neonati (alla nascita o a un mese di vita) come è in uso fare in alcune regioni italiane da parte di pediatri di famiglia.**

dott. Antonio Mondelli  
Neonatalogo ospedaliero, Manfredonia (Foggia)

Il problema è stato molto discusso in passato e, nonostante in alcune realtà si esegua da anni lo screening ecografico delle uropatie (associato o meno a quello della displasia dell'anca), bisogna dire che al momento non esiste in letteratura nessuno studio che giustifichi questo atteggiamento soprattutto in termini di costi/benefici.

**Sono una pediatra che vorrebbe conoscere il vostro parere per quanto riguarda il caso di una paziente di 12 anni affetta da ossiuriasi.**

**Da circa 3 anni, con intervalli di circa 6 mesi, nonostante le varie e consolidate terapie (eseguite con farmaci, tempi di somministrazione e schemi differenti e**

**prolungati), la profilassi familiare e ambientale eseguite correttamente, presenta nuove infezioni da ossiuri. Tali infezioni sono documentate e sempre sintomatiche. L'anno scorso la paziente ha cambiato la scuola e quindi i compagni, perciò l'ipotesi fatta che uno di loro, affetto da ossiuriasi e non diagnosticato, potesse essere la fonte della reinfezione, non è più valida.**

**A questo punto è possibile pensare che possa trattarsi di un granuloma perianale o di qualsiasi altro organo dell'apparato gastro-intestinale o genitale, e che quindi la fonte sia nello stesso organismo che presenta l'infestazione? La sintomatologia e lo scotch-test non lasciano dubbi sul tipo di parassita. Ho visto tanti casi di infezione da *Enterobius vermicularis*, ma tutte hanno avuto un'ottima risoluzione con uno o due cicli di terapia. Che cosa è opportuno fare sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico in questa mia paziente prepubere?**

dott.ssa Anna Maria Ortu  
Pediatra di famiglia, Oristano

L'ossiuriasi ricorrente dipende quasi sempre da una ricontaminazione ambientale, quindi se sono stati esclusi familiari e compagni di scuola /gioco, ricordarsi di pensare anche al possibile contagio tramite animali infetti, anche il gatto di casa.

**Vorrei conoscere il nome commerciale e dosaggio del midazolam per il trattamento della crisi convulsiva. Se, come temo, esiste solo la confezione ospedaliera, potete in qualche modo aiutarci a superare questo problema?**

dott. Giovanni Lauretta  
Pediatra di famiglia, Reggello (Firenze)

Il dosaggio del midazolam varia in base alla via di somministrazione: nel vestibolo

lo della bocca 0,5 mg/kg; intranasale 0,2 mg/kg (ma si può salire anche a 0,3 mg/kg tranquillamente) con istillazione lenta della dose, divisa nelle due narici; intramuscolo 0,2 mg/kg (cercando in tutti i casi di rimanere, anche se non obbligatoriamente, entro i 10 mg). Le fiale sono da 1 ml oppure 3 ml; rispettivamente con 5 e 15 mg; il nome commerciale è *Ipnovel*, ed è purtroppo un farmaco a uso soltanto ospedaliero. Questo è naturalmente un limite, ma, se la prescrizione serve realmente a un paziente, il problema è di relativamente facile gestione attraverso un Centro di riferimento regionale che rilascia un certificato di necessità del trattamento citando la letteratura (ampissima) e la farmacia ospedaliera di zona fornisce il farmaco. Abbiamo attivato negli ultimi due anni questa procedura per due bambini con grave cerebropatia non responsiva al diazepam, con grande beneficio per bambini e famiglie. Per avere *Ipnovel* nella borsa del medico l'iter burocratico formale dovrebbe probabilmente essere simile, cioè fare richiesta motivata, e non dovrebbero esserci difficoltà particolari a ottenerlo.

**Ricordo di aver letto che l'aplasia cutis può accompagnarsi ad alterazioni malfornitive di organi interni. Una bambina di 7 mesi che sta perfettamente bene ha una lesione 1 cm x 0,5 cm sul ginocchio: necessita di controlli e quali?**

dott. Rosario Cavallo  
Pediatria di famiglia, Salice Salentino (Lecce)

L'aplasia cutis è una anomalia non infrequente (0,3% dei nostri nati). È stata associata in passato all'assunzione in gravidanza di farmaci per l'epilessia e per l'ipertiroidismo, ma la stragrande maggioranza delle madri non riferisce assunzione di questi farmaci.

Nella maggioranza dei casi si presenta come anomalia isolata della cute, senza malfornizioni associate. Quasi sempre si localizza al cuoio capelluto (le sedi extra cuoio capelluto sono davvero rare, così come le forme estese), con un aspetto alla nascita di chiazza glabra rotondeggiante, come di "bruciatura di sigaretta" (quando le lesioni sono di piccole dimensioni) e cicatrizza in poche settimane, lasciando il posto a una cicatrice cheloidea.

L'aplasia cutis congenita è stata classifi-

cata in nove forme diverse: la più comune si limita a una lesione solitaria al cuoio capelluto ed è autosomica dominante; le altre forme si accompagnano a multiple malfornizioni prevalentemente cutanee e/o neurologiche. Per questo motivo, quando c'è un'aplasia cutis alla nascita, è indicata più che altro una visita "approfondita" per escludere altre anomalie grossolane (degli arti, che non possono comunque sfuggire; della linea mediana, alla ricerca di disrafismo) e volendo approfondire, soprattutto in caso di aplasie estese, potrebbe essere utile una ecografia cerebrale e, forse, una visita oculistica. È comunque opportuno ricordare che il rischio di trovarsi di fronte a un'aplasia cutis di un gruppo diverso dal primo è veramente basso.

**Vorrei sapere quali esami di tipizzazione genomica per screening dei familiari di soggetti celiaci conviene chiedere, con indicazione dei relativi codici riportati nel tariffario del nomenclatore ministeriale delle prestazioni, al fine di spendere meno e fare meglio?**

dott.ssa Carmela Di Giuda  
Pediatria di famiglia, Salerno

L'esame genetico per celiachia viene richiesto per valutare la predisposizione alla malattia, generalmente nei familiari di primo grado dei celiaci (insieme agli anticorpi anti-transglutaminasi) e nei casi dubbi (per es. presenza degli anticorpi anti-tTG con EMA negativi oppure sierologia negativa in pazienti con sintomi suggestivi e familiarità). In questi casi va fatta la ricerca dell'HLA DQ2 e DQ8 e i codici del tariffario nazionale da riportare nella richiesta (non obbligatorio) sono i seguenti: 91.36.5; 90.80.2 e 90.80.3.

Generalmente nei bambini con familiarità per celiachia e genetica predisponente ripetiamo gli anticorpi anti-transglutaminasi ogni 2 anni, anche in assenza di sintomi.

**Una bambina di 14 mesi allergica alle proteine del latte vaccino (reazione pronta: edema dei padiglioni auricolari e vomito alla prima ingestione di latte vaccino nei primi mesi di vita). Attualmente assume senza problemi latte di soia. Gli esami di un mese fa mostrano un RAST per alfa-lattoalbumina, bet-lattoglobulina e latte di classe 2° e un PbP**

**per latte con ponfo di 10 mm. Ho consigliato di reintrodurre il latte in ambiente ospedaliero all'età canonica dei 3-4 anni. La mamma, che ha tolto dalla dieta della piccola latte e latticini ma le fa assumere saltuariamente senza problemi biscotti e fette biscottate contenenti latte e prosciutto cotto, insiste per poter inserire il parmigiano già da subito. Resto ferma nel consiglio che ho dato?**

dott.ssa Roberta Piccinini  
Pediatria ospedaliero, Civitanova Marche (Macerata)

Credo che la mamma abbia ragione. In questi anni si è capito che la "disgrazia" dell'allergia alimentare (la causa dello straordinario aumento di questi anni) siamo stati noi allergologi con i nostri schemi, i nostri TO, le nostre regole e i nostri interventi di prevenzione mai dimostrati, ma specialmente le nostre paure di una "anafilassi fatale" che, per storia naturale, mai credo sia successa nei tempi e nei modi che erano adottati dalle mamme e dalle mamme delle mamme, dai tempi dei tempi. Mamme guidate soltanto da quel buon senso che gli allergologi sembrano aver oggi completamente perso. Se la bambina magia derivati che continui a mangiarli e che continui ad aumentare le dosi e che non si fermi mai, nemmeno e specialmente se presenterà qualche ponfetto di troppo. È così che i bambini acquisiscono la tolleranza in modo naturale.

**Molto interessante l'introduzione dell'articolo del prof. Bartolozzi sulla neurofibromatosi (Medico e Bambino, Pagine Elettroniche, febbraio 2009). Coglie nel segno le difficoltà del pediatra di famiglia che, di fronte ad alcuni sintomi, deve muoversi con cautela per non allarmare i genitori.**

**Ho un paziente di 2 anni (con nonno siriano) che manifesta ampie macchie caffè e latte superiori a sei, bassa statura, al 10° percentile, alla nascita al 50°, macrocefalia con bozze frontali prominenti. Visita oculistica negativa. Capacità intellettuale alta: parla correttamente, riconosce le lettere dell'alfabeto, ripete le favole. Come procedere? Come posso giustificare una radiografia senza turbare la serenità del nucleo familiare?**

dott.ssa Elena Iacona Caruso  
Pediatria di famiglia, Castrolibero (Cosenza)

Sono lieto che abbia compreso quanto ho scritto nel commento alla pubblicazione sulla neurofibromatosi tipo 1. Anche per il caso di cui Lei parla non comunicerei ai genitori il suo sospetto, anche perché non esiste un elemento diagnostico sicuro e poi perché, anche con la diagnosi, in mano non abbiamo nessun tipo di cura.

Tuttavia, per difendere la sua professionalità, deve descrivere sulla cartellina del bambino, in mano ai genitori, o sul suo computer, le macchie caffè e latte che Lei ha notato, in modo tale da ricordare, ogni volta che visiterà il bambino,

di controllarne le caratteristiche. Anche la visita da parte di un oculista pediatra per il riscontro dei noduli di Lisch non è da eseguire prima degli 8-9 anni.

Per quanto riguarda gli esami radiografici, di sicuro essi sono spesso in grado di confermare un sospetto, ma richiedo una preparazione specifica da parte del radiologo, molto difficile, secondo la mia esperienza, da riscontrare. Quindi anche per questa parte aspetterei che il bambino abbia un'età più avanzata; nel frattempo Lei, durante l'esame obiettivo, controlli ogni volta eventuali modificazioni a carico della colonna vertebrale

(scoliosi) e degli arti: nel caso si rilevasse qualche modificazione, prima di avviare il bambino al radiologo, per un aspetto specifico (e quindi non per il problema generale, ma per quello locale), cerchi di avvicinarlo, per conoscere la sua competenza per il problema del quale stiamo trattando.

Tuttavia nel caso in cui avesse a che fare con un caso che già presentasse, oltre alle macchie caffè e latte, dei neurofibromi, non esiterei ad avviarlo subito a un dermatologo pediatra, esternando dolcemente il sospetto diagnostico ai genitori.

## Vaccini

a cura di Giorgio Bartolozzi

Per una più facile lettura, in questa "sottorubrica", vengono raggruppate tutte le domande riguardanti le vaccinazioni.

**Mi permetto di sottoporre il seguente quesito: in una giovane donna attiva sessualmente debbo fare il DNA-HPV test prima di eseguire il vaccino, oppure procedere comunque secondo quanto la logica mi suggerisce?**

dott. Pier Luigi Annoni  
Saronno (Varese)

La sua è un'ottima domanda, che ne sottintende un'altra, altrettanto essenziale: "è corretto vaccinare contro i papillomavirus (HPV) una donna, sessualmente attiva? E se sì, prima di fare il vaccino va eseguita la prova per la ricerca dei papillomavirus?"

Domande, come la sua, sono cominciate subito dopo la preparazione del vaccino. Anche a me è capitato più volte di dover rispondere a mamme che mi chiedevano: "Bene per mia figlia, ma a me, che sono ancora giovane, non dice niente? Non mi consiglia di vaccinarmi?". Fino a un paio di anni fa non sapevo cosa rispondere e mi limitavo a sottolineare l'importanza di sottoporsi comunque, vaccino o non vaccino, al Pap test periodico, ogni tre anni. Ora invece la letteratura permette di dare delle risposte più precise ad alcune domande chiave su questi aspetti, che riporto di seguito:

**1. La vaccinazione con il vaccino HPV di una donna sessualmente attiva, che potrebbe aver già incontrato i sierotipi contenuti nel vaccino, può avere degli effetti collaterali negativi?** No, nessuna conseguenza, se non i soliti minimi ef-

fetti collaterali nella sede dell'iniezione; niente altro. (Hildesheim A, et al. *JAMA* 2007;298:743-53; Koulsky LA, et al. *Vaccine* 2006;24:S114-21).

**2. Al contrario la vaccinazione con il vaccino HPV di una donna sessualmente attiva può avere degli effetti favorevoli sull'evoluzione di processi infiammatori persistenti a livello della cervice uterina, dovuti a papillomavirus, appartenenti a uno dei tipi contenuti nel vaccino?** Anche a questa domanda la risposta è NO. Nelle donne positive per HPV DNA, la vaccinazione con HPV 16/18 non accelera l'allontanamento del virus e non deve quindi essere usata per trattare un'infezione persistente o comunque un'infezione da HPV (Hildesheim A, et al. *JAMA* 2007;298:743-53).

**3. La vaccinazione con il vaccino HPV di una donna sessualmente attiva, con prove virologiche di infezione da HPV, può trarne vantaggio in chiave profilattica verso gli altri sierotipi di HPV contenuti nel vaccino?** Le conclusioni di uno studio condotto specificamente per dare risposta a questo quesito hanno evidenziato, come atteso, che il vaccino HPV quadrivalente protegge dai tumori dovuti ai sierotipi verso i quali le pazienti non erano infette (Future II Study. *J Infect Dis* 2007;196:1438-46). Questa esperienza, condotta su 17.622 donne tra i 16 e i 26 anni, indicherebbe l'utilità della vaccinazione anche nella popolazione generale. È risultato infatti che la vaccinazione è stata efficace (95%) nel prevenire la comparsa di una

neoplasia intraepiteliale o di un adenocarcinoma cervicale in situ, causati da tipi di HPV per i quali le donne erano risultate negative al momento dell'arruolamento. L'efficacia nel prevenire le lesioni vulvari o vaginali da HPV fu del 94%. In altre parole, se una donna è stata già infettata con i tipi 11 e 16, il vaccino è in grado di proteggerla dall'infezione e dalla malattia dei tipi 16 e 18, verso i quali la donna era naïve al momento della vaccinazione. Se si pensa che la positività verso i tipi 16 e 18 nella donna di quella età è presente in meno del 4% delle donne (Garland SM, et al. *N Engl J Med* 2007;356:1928-43) sessualmente attive, si comprende quale potrebbe essere l'utilità della vaccinazione con il vaccino bi- o tetravalente.

**4. Arriviamo quindi alla sua domanda: "In una giovane donna attiva sessualmente, debbo fare il DNA-HPV test prima di eseguire il vaccino, oppure procedere comunque secondo quanto la logica mi suggerisce?"** Per quanto detto sopra la risposta è semplice: non c'è alcun bisogno di fare uno screening HPV prima di eseguire la vaccinazione, avendo ben presente che questa non arrecherà nessun effetto collaterale spiacevole; che non avrà alcun effetto favorevole verso infezioni acute o persistenti in atto con sierotipi già contenuti nel vaccino, ma che il vaccino la difenderà da quei tipi, anche cancerogeni, di HPV, verso i quali la donna era naïve al momento della vaccinazione.