

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

**Tenuto conto che il gruppo sanguigno (antigeni eritrocitari) non si modifica mai e che si modificano gli anticorpi naturali (agglutinine anti-A, anti-B) che, assenti o quasi alla nascita, compaiono attorno al sesto mese di vita, secondo voi è bene fare il gruppo sanguigno dopo i primi 6 mesi o aspettare una valida motivazione clinica?**

**Perché, in caso di particolare gravità, può essere impiegato sangue di gruppo 0, o in situazioni meno urgenti, in 30-40 minuti, si può determinare gruppo sanguigno, anticorpi naturali, fattore Rh?**

**In altre parole, secondo voi, è giusto pungere un bambino per desiderio dei genitori o anche in prospettiva che un domani possa diventare un donatore di sangue?**

Pediatra di base, Feltre (BL)

Come già segnalato dal collega, la determinazione del gruppo con il cross è un esame che si esegue in pochi minuti e comunque, in caso di urgenza trasfusionale, si può utilizzare sempre il sangue di gruppo 0 senza eseguire il test di compatibilità. Pertanto, non vi è alcuna indicazione ad eseguire un prelievo solo per questo motivo.

**Una mia paziente di 9 anni, probabilmente in seguito a un trauma sportivo di modesta entità, ha presentato dolore al ginocchio destro, soprattutto in flessione, con versamento articolare. Una RM ha evidenziato un'ostecondrite dissecante a livello del versante mediale del condilo esterno femorale («erosione a semiluna con alterazione della cartilagine articolare sottostante»). Una radiografia ha confermato i reperti. C'è una terapia, ed eventualmente, quale? Che prognosi si può fare? Ci può essere restituito ad integrum? Potrà fare ancora sport?**

Pediatra di base e consultoriale  
via e-mail

Si tratta di una ostecondrite dissecante tipica di questa età e che non è di solito legata a un trauma ma a una lesione ischemica che comporta la necrotizzazione di un settore più o meno importante dell'osso subcondrale, con interessamento o meno della cartilagine. Il riposo è assoluto; nel caso in cui la lesione possa provocare una sottominazione e distacco della cartilagine, dovrà essere operata una pulizia chirurgica in artroscopia.

**Vorrei conoscere la vostra opinione sulla opportunità di vaccinare contro la meningite (da pneumococco e meningococco) dopo i recenti casi emersi dalla cronaca. È necessario farla solo ai soggetti a rischio?**

**Rimane scontato il mio personale consiglio di vaccinare contro l'emofilo, come faccio ormai quasi a tappeto da almeno 5 anni. Faccio bene?**

dott.ssa Vittoria Profitti (Pediatra di base)  
Siderno (RC)

Come Lei dice giustamente per l'*Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib), la vaccinazione, iniziata anni fa, è assolutamente giustificata, perché colpisce essenzialmente i bambini dei primi anni di vita; essa è facilitata dal fatto che il vaccino contro l'Hib è inserito nei nuovi vaccini combinati (penta ed esavalenti). Per il meningococco e lo pneumococco il discorso è ovviamente diverso: l'indicazione certa è quella che riguarda la vaccinazione dei gruppi a rischio, ormai ben individuati e largamente conosciuti. Per quanto riguarda i bambini che frequentano le comunità (asilo nido e scuola materna) non esiste un accordo nell'inserirli o meno fra le categorie a rischio.

Rimane per il meningococco di gruppo C (il sierogruppo presente nel nuovo vaccino coniugato) l'indicazione principe di un'epidemia comprovata in una determinata area, provincia o regione.

**Ho in cura una bambina prematura, nata alla 24a settimana con 660 g. A 4 mesi, circonferenza cranica al 25° percentile (33,7 cm). Alle diverse ecografie cerebrali non si sono mai evidenziate alterazioni del parenchima cerebrale.**

**Attualmente la bambina ha 25 mesi con peso al 50° percentile e altezza tra il 10° e il 25°, ma con circonferenza cranica inferiore al 5° (43,5 cm). Dal punto di vista psicomotorio non presenta ritardi. La microcefalia non è familiare. Cosa si può ipotizzare, visto che anche le numerose ecografie cerebrali hanno dato esito negativo? Segnalo che ho fatto eseguire una visita neurochirurgica che ha escluso una craniostenosi.**

Pediatra di base, Nettuno (RM)

La microcefalia può essere di origine sia pre- che post-natale. In assenza di determinazioni neonatali non è possibile avere certezze.

Peraltro, in un neonato di 24 settimane è molto poco probabile che sia qualcosa di congenito e molto di più che si tratti di qualcosa di acquisito, data la frequenza di problemi cerebrali neonatali. A 4 mesi, che corrisponderebbero circa a 40 settimane post-concezionali, la circonferenza cranica risulterebbe al 25° percentile, avvalorando la seconda ipotesi. Immagino anche che le più comuni cause di microcefalia siano state escluse dai medici che hanno avuto lungamente in cura la piccola.

Per quanto riguarda la possibilità di una craniostenosi, credo che, in generale, a 25 mesi di vita, una craniostenosi di entità tale da causare una microcefalia si dovrebbe poter sospettare o escludere clinicamente, senza bisogno di Rx. Infine, dato che ciò che conta è lo sviluppo neuromotorio, se questo è normale, credo sia ragionevole non fare nulla. Se ci fossero dei dubbi al riguardo, potrebbe essere utile una RMN cerebrale, interpretata però da un neuroradiologo esperto in neonati e bambini.

**Un bambino di 6 anni e mezzo soffre di bronchite asmaticiforme con positività dei test soltanto per il pelo di gatto: la forma (in cui giocano certamente anche fattori emotivi) sembra sia in apparente netto miglioramento.**

**Comunque, da due mesi circa, come terapia unica ho iniziato il montelukast pediatrico (1 compressa alla sera), ma non sono riuscito a trovare un lavoro che mi indichi per quanto tempo è opportuno prostrarla (nei mesi invernali?).**

dott. Mario Belloni (Pediatra)  
Milano

Il bambino di 6 anni e mezzo presenta bronchiti asmatiche ricorrenti che tipicamente verso questa età hanno cominciato a migliorare. Essendo episodi legati al ricorrere delle infezioni respiratorie virali, ripetono infatti l'andamento di queste: molto frequenti nell'età dell'asilo e con rapida riduzione nell'età della scuola. La sola allergia al gatto, se l'animale non è in casa, non dovrebbe comportare troppi problemi e pertanto ci si può aspettare una prognosi rapidamente favorevole.

Il trattamento con montelukast può essere mantenuto quanto si vuole, serve finché si fa. Più discutibile è invece la sua indicazione.

Un trattamento di base (che in prima battuta dovrebbe comunque sempre privilegiare lo steroide inalatorio e non il montelukast) va infatti considerato soltanto se gli episodi asmatici sono troppo frequenti (e non mi pare il suo caso) o se vi sono evidenti segnali clinici di flogosi/iperattività bronchiale persistente quali la labilità bronchiale da sforzo, la tosse notturna o il frequente ricorso al broncodilatante. Se, al contrario, la sua è una forma lieve intermittente, caratterizzata soltanto dal ricorrere delle bronchiti asmaticiformi, seguite da lunghi periodi di completo benessere, non va considerata alcuna terapia.

**Ho tra i miei assistiti un bambino di 9 anni, al quale sarebbe stato diagnosticato un menisco discoide. Vorrei sapere di che cosa si tratta e se, come suggerito, è proprio indispensabile l'intervento di asportazione.**

dott.ssa Antonia Leonardo (Pediatra di base)  
Brescia

Il menisco discoide va diagnosticato, oltre che con esame clinico, con risonanza

magnetica. Se questo è rotto o dà dei grossi impedimenti durante la flessione del ginocchio, va asportata la parte malformata con intervento in artroscopia.

**Vorrei sapere se può esserci correlazione fra una intolleranza al glutine materna e il diabete mellito tipo 1 insorto nel figlio di 8 anni.**

**Premetto che il bimbo aveva eseguito ripetutamente gli esami per la celiachia ed erano risultati negativi; ha quindi eseguito una dieta normale con un buono sviluppo staturale-ponderale (altezza al 75° percentile; peso al 90° percentile).**

**In generale, quando esiste una familiarità per celiachia, che tipo di accertamenti e/o precauzioni è opportuno adottare? Con quale frequenza è prevedibile aspettarsi lo stesso disturbo o disturbi comunque potenzialmente correlabili nei figli?**

dott. Fabio Dal Monte  
via e-mail

La malattia celiaca si associa frequentemente a diabete insulino-dipendente. Questo rischio è in parte dovuto alla esposizione al glutine e può essere diminuito con la dieta senza glutine. D'altra

parte i soggetti celiaci, e i loro familiari, hanno più frequentemente geni HLA che predispongono al diabete e quindi potrebbero restare esposti a un rischio di diabete maggiore rispetto alla popolazione, indipendentemente dall'assunzione di glutine. Resta comunque, in un diabetico, tanto più se familiare di celiaco, l'indicazione a rivalutare periodicamente una possibile celiachia. Esistono infatti casi in cui gli esami sierologici indicativi di celiachia (anticorpi anti-endomisio e anti-transglutaminasi) si positivano tardivamente, anche anni dopo la comparsa del diabete. Si ipotizza, in casi di questo tipo, che il diabete insorga su una celiachia già immunologicamente attiva sulla mucosa intestinale, pur non ancora apparente nel siero.

**Un aumento dell'LDH che cosa deve far sospettare oltre a un'emolisi, soprattutto se l'aumento persiste?**

Pediatra di base, Nettuno (RM)

L'elevazione dell'LDH (mi raccomando comunque di riferirsi sempre ai valori normali del singolo laboratorio e di correlarli a quelli per età) accompagna diverse situazioni come le infezioni virali e le condizioni caratterizzate da citolisi (muscolare, epatica, eritrocitaria). Per

quanto sia da considerarsi un indice aspecifico, l'aumento dell'LDH viene considerato un indicatore possibile di malattia linfoproliferativa anche quando la clinica sia coerente.

**Nella mamma con gastrite da *Helicobacter pylori*, che dopo vari tentativi non si è riusciti a eradicare l'infezione e che allatta al seno, ci sono segnalazioni che possa trasmettere l'infezione al figlio?**

Pediatra di base, Nettuno (RM)

L'*Helicobacter* è talora presente sulla placca dentaria della madre e nel latte materno. Il riscontro anche nel latte del germe in donne portatrici di *Helicobacter* è tuttavia percentualmente limitato (circa 6%). Al contrario, due studi pubblicati nel corso del 2001 e condotti in Giappone e nel Texas documentano come l'allattamento al seno riveli addirittura un effetto protettivo nei confronti della colonizzazione del bambino da parte dell'*Helicobacter pylori*. Sembra che gli zuccheri della K-caseina del latte umano, prodotto sia da donne infettate che non, abbiano il potere di inibire l'adesione dell'*Helicobacter* alle cellule della mucosa gastrica.

## CONFRONTI IN PEDIATRIA 2003

Costi e benefici in Pediatria: analisi delle evidenze oltre il "p" statistico

Trieste, 5-6 dicembre 2003

### Venerdì 5 dicembre

SESSIONE PLENARIA - modera F. Panizon

Introduzione al tema - L. Greco

Leukotrieni nell'asma - G. Longo; commenta A. Boner

I bilanci di salute - D. Baronciani; commenta G. Tamburlini

### SESSIONI PARALLELE

Aciclovir e varicella - P.A. Macchia

commenta F. Marchetti, modera M. Fontana

Vaccinazione Hib, Varicella, Rotavirus - A. Tozzi

commenta G. Bartolozzi, modera B. Assael

Plantare e piede piatto - G. Tagliavoro

commenta G. Maranzana, modera G. Longo

SESSIONE PLENARIA - modera G. Maggiore

Il cortisone nella Kawasaki e nella meningite - F. Marchetti

commenta M. Fontana

Lattici HA, anti-RGE e ferro nelle formule - M. Fontana; commenta A. Ventura

PH-metria e RGE - S. Martellosi; commenta A. Barabino

### SESSIONI PARALLELE

Macrolidi e bronchiti asmatiche - B. Assael

commenta F. De Benedictis, modera G. Longo

Antinfiammatori COX2 - L. Lepore

commenta F. Falcini, modera G. Bartolozzi

Il GH nel difetto di crescita costituzionale - G. Tonini

commenta F. Chiarelli, modera A. Ventura

### Sabato 6 dicembre

SESSIONE PLENARIA - modera P.A. Macchia

La profilassi dell'acaro - A. Boner, commenta G. Longo

Medicine alternative - F. Panizon, commenta F. Macri

I farmaci per la tosse - D. Faraguna, commenta B. Assael

### SESSIONI PARALLELE

La dieta nell'orticaria - A. Ventura; commenta M. Cutrone, modera L. Greco

L'antistaminico nell'eczema - F. Arcangeli

commenta G. Longo, modera P.A. Macchia

Adrenalina e Bronchiolite - F. De Benedictis

commenta E. Barbi, modera F. Panizon

**Segreteria scientifica:** Giorgio Longo, Alessandro Ventura; Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo"; via dell'Istria, 65/1 - 34137 Trieste  
• Tel. 040 3785233

**Segreteria organizzativa:** Quickline s.a.s., via S. Caterina da Siena, 3  
- 34122 Trieste; Tel. 040 363586 Fax 040 7606590  
cell. 333 5223519 e-mail: info@quickline.it