

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

ALLERGOLOGIA, 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

Vorrei conoscere il valore e l'affidabilità del test con diuretico (in particolare furosemide) sull'algoritmo diagnostico del reflusso vescico-ureterale.

dott. Leonardo De Luca (pediatra di base)
San Giovanni Rolondo (FG)

L'esecuzione del test con furosemide, mentre non trova spazio nello studio del reflusso vescico-ureterale, viene usato nella valutazione scintigrafica (MAG3 o DTPA) delle idronefrosi per discriminare le forme "ostruttive", di pertinenza chirurgica, da quelle non ostruttive, per le quali è indicato soltanto un follow-up (ecografico-scintigrafico).

Un tempo di dimezzamento del traccian-te, dopo diuretico, superiore a 15' è indicativo di uropatia ostruttiva.

In un testo di pediatria (Burgio, "Pediat-ria essenziale") viene definita come bronchiolite una patologia broncopneu-monica dell'età del lattante di costante gravità e severità di decorso, mentre le altre forme, meno severe, vengono de-finite come bronchite catarrale con com-ponente broncospastica.

In un secondo testo (Schwarz-Thiene) si parla di bronchiolite quando un bam-bino del primo anno di vita è colpito da una malattia con le caratteristiche della bronchite asmatica.

Quindi, come sarebbe giusto definire la bronchite con broncospasmo nel primo anno di vita? Bronchiolite lieve, media o grave?

Io ho sempre creduto che la bronchiolite fosse solo la forma gravissima in cui so-no presenti tutti i segni di insufficienza respiratoria (per esempio cianosi, tachip-nea ecc.), definendo le altre come bronchite catarrale con componente broncospastica. Che poi siano espres-sione di asma bronchiale, sarà da veri-ficare nel futuro.

Pediatra di base

In linea di massima sono più d'accordo

con Lei che con i testi citati.

Nella bronchiolite (agente eziologico quasi esclusivo il virus respiratorio sinciziale, VRS) la rapida replicazione del virus nell'epitelio bronchiale determina un'ostruzione dei bronchioli più piccoli con conseguente atelectasia, aumento delle resistenze polmonari, iperinsufflazione e ridotto scambio gassoso. Il meccanismo dell'ostruzione bronchiale non è quindi il broncospasmo muscolare (tipico delle bronchiti asmatiformi), ma l'intasamento (intralume) dei bronchioli. Il reperto obiettivo nelle forme di bronchiolite più gravi è di fatto lo scarso ingresso di aria con crepiti sparsi, non confluenti su entrambi gli emitoraci, e a nulla servono i broncodilatanti (b-2-agonisti, teofillina o ipratropium bromuro) e il cortisone, ma eventualmente soltanto l'adrenalina per via aerosolica per la sua azione antiedema (da vasocostrizione) diretta.

Nei bambini più grandicelli (dai 6 mesi all'anno) il fischio espiratorio e l'esprio prolungato possono essere, almeno nei casi meno gravi, il reperto ascoltatorio prevalente. Da qui la grande confusione di terminologia: "bronchiolite", "bronchite asmatiforme", "bronchite con fischio".

È certo comunque che, a mano a mano che ci allontaniamo dai primi sei mesi di vita e dalle forme più gravi, diventa sempre più difficile (impossibile) la diagnosi differenziale (il VRS è oltretutto, assieme al rinovirus, la causa più comune di bronchite con broncospasmo - asma-tiforme - delle età successive). Sotto il profilo pratico e, per finire, due osservazioni:

1. Data la difficoltà a differenziare, in particolare nel bambino a cavallo del primo anno di vita e al primo episodio, una bronchiolite-bronchiolite da una (la prima) bronchite asmatiforme, un tentativo con la solita accoppiata salbutamolo-betametasona può essere lecito (magari come ex adiuvantibus).

2. Dopo il primo episodio (anche se nel primo anno di vita) non è più corretta la dizione "bronchiolite" (magari con l'etichetta "ricorrente"), ma dobbiamo par-

lare chiaramente di bronchiti asmatiformi, e questo anche per un discorso prognostico e terapeutico.

Un bambino di 4 anni viene portato nel mio ambulatorio per un consiglio sull'ipertrofia tonsillare.

Il bambino da un anno non è stato mai male, tranne qualche episodio di rinite. Consiglio di fare alcuni esami del sangue: TAS, emocromo, elettroforesi proteica, VES nella norma; transaminasi 100 (GOT e GPT). Clinicamente nessun problema. Consiglio allora di ripetere le transaminasi con gamma-GT e bilirubina dopo 10 giorni. Ho sbagliato? Dovevo urgentemente ricontrollare gli esami? Faccio queste domande perché un medico generico mi ha consigliato di ripeterli subito. Ho acconsentito e le gamma-GT sono nella norma e le transaminasi GOT=30, GPT=60.

Pediatra

Prima di tutto, perché fare "esami" per un'ipertrofia tonsillare? Non esiste nessun parametro bioumorale che correli con l'ipertrofia tonsillare o che possa direttamente o indirettamente spiegarla.

A questo punto il problema è però quello delle transaminasi alte.

La cosa più semplice da pensare è che ci sia stato un insulto virale acuto (magari una mononucleosi) attualmente in via di risoluzione. Ma potrebbe anche trattarsi di una ipertransaminasemia persistente con valori altalenanti, ma mai normali. Il dato va pertanto ancora ricontrollato e, se non si normalizza, bisogna entrare nell'iter diagnostico specifico di questo problema (screening delle forme virali epatiche, malattie metaboliche o muscolari, e infine pensare anche alla celiachia).

Qual è lo schema posologico per il trattamento dell'ipertrofia adenoidica con il beclometasone dipropionato? Per quan-

to tempo va fatta la terapia? Bisogna eventualmente ripeterla?

Pediatra ospedaliero

Nel lavoro originale (*Pediatrics* 95, 355, 1995) il trattamento è stato fatto con 336 microgrammi/die e per un periodo di 6 mesi. La differenza con il placebo era evidente già dopo il primo mese.

La dose con le nostre formulazioni di beclometasone in commercio (1 puff corrisponde a 50 mg) potrebbe essere: 2 spruzzi per narice (200 mg) 2 volte al giorno.

A volte noto spiccata ipertrofia nei turbinati nasali, monolateralmente, in assenza di cause evidenti, come per esempio la deviazione del setto nasale. Sono varianti della "normalità"?

Medico SAUB

Nel bambino, di fronte a una ipertrofia dei turbinati (mono o bilaterale), non penserei alla deviazione del setto, ma piuttosto a una flogosi allergica (edema pallido del o dei turbinati, l'edema può comparire e ridursi anche in tempi brevi), oppure a una ristrettezza nasale da palato stretto secondaria a una malocclusione dentale.

In caso di iponatremia iatrogena (conseguente a eccessiva somministrazione parenterale di soluzione glucosata) e sintomatica (crisi convulsive), in quanto tempo si deve somministrare NaCl ipertonico? È preferibile diluirlo con soluzione fisiologica? Come diuretico è preferibile utilizzare furosemide (con ulteriore deplezione urinaria di Na+) o il mannitolo?

Pediatra ospedaliero

Nei casi asintomatici la miglior misura da attuare è la restrizione idrica; la correzione dell'iponatremia avviene spontaneamente anche in alcuni giorni. La restrizione idrica deve essere decisa, e pari a circa la metà del fabbisogno idrico giornaliero. Abitualmente questa è misura efficace, nei casi di intossicazione d'acqua, a risolvere il problema. Qualora ci sia una patologia sottostante (sindrome nefrosica, insufficienza cardiaca), è indicato anche l'uso di diuretici come la

furosemide. L'utilizzo del mannitolo non è descritto. I casi sintomatici (convulsioni, coma) richiedono la somministrazione di sodio per riportare subito i livelli di sodiemia almeno pari a 125 mEq/l, soglia sopra cui i sintomi abitualmente sono assenti; alcuni indicano nell'incremento di almeno 10 mEq/l di sodiemia l'obiettivo da raggiungere acutamente.

La somministrazione di NaCl deve tener conto del difetto di sodio (calcolato sulla differenza tra teorico e attuale, moltiplicato per i 2/3 del peso corporeo) da somministrare in un tempo non breve, essendo stati riportati in letteratura, soprattutto nell'adulto, casi di demielinizzazione osmotica, rara e pericolosa complicanza neurologica della correzione dell'iponatremia. Il rischio sembra peraltro presente soprattutto nell'adulto e per i casi cronici.

Riportare la sodiemia fino a 125 mEq/l o aumentare i livelli di 10 mEq/l, va comunque fatto rapidamente, al massimo entro un'ora, impiegando eventualmente soluzioni ipertoniche al 3% (0,5 mEq/ml). La dose da somministrare può essere calcolata in questo caso in base alla seguente formula: cc NaCl 3%=10 mEq/l x peso corporeo (kg) x 0,6.

Un altro schema suggerisce che un apporto di sodio pari a 6 mEq/kg incrementa la sodiemia di 10 mEq/l. Superata l'acuzie, la sodiemia va definitivamente corretta in modo lento, incrementando i livelli ematici di 5-10 mEq/l ogni 4 ore; nell'adulto le indicazioni sono ancora più restrittive: l'incremento della sodiemia non deve essere superiore a 1-2 mEq/ora. In questo caso la soluzione glucosata associata all'ipertonica trova un razionale all'impiego.

C'è la possibilità di correggere in un bambino di 4 mesi la malposizione del terzo dito (dito a martello) del piede (con plantari o supporti)?

dott.ssa Monica Mesisca (medico generalista)

Boves (Cuneo)

La correzione indiretta con plantari o supporti non è possibile a questa età. Un eventuale intervento ortopedico (separatori/correttori in silicone) o chirurgico può essere ipotizzato dopo il terzo anno di vita.

Bambina di 4 anni in contatto costante

con due sorelline affette da varicella. Al primo sviluppo della malattia (poche vescicole) assume l'aciclovir con arresto della malattia. Risultato: dopo un mese sviluppo di varicella conclamata!

Medico consultoriale

Quanto da Lei descritto non credo abbia precedenti in letteratura, ed è difficile da spiegare.

L'aciclovir somministrato in fase pre-eruttiva è in grado di prevenire la varicella clinica, ma non di impedire la sierconversione. Non è ragionevole pertanto che il farmaco riesca a bloccare l'acquisizione dell'immunità verso il virus quando l'eruzione, anche se limitata a poche vescicole, è già in atto. Ma siamo sicuri che le prime fossero veramente vescicole da varicella?

Vorrei conoscere la validità del multitest nella diagnosi di immunodeficienza: il relativo risultato è definitivo o c'è bisogno della conferma del laboratorio (sottopopolazione linfocitaria)?

dott. Leonardo De Luca (pediatra di base)

San Giovanni Rolondo (FG)

Il multitest è un test molto utile nella diagnosi rapida di immunocompetenza cellulare, più che di immunodeficienza.

Un risultato positivo indica l'assenza di alterazioni importanti dell'immunità cellulare, dalla proliferazione dei linfociti T alla loro capacità di produrre citochine in grado di richiamare e attivare monociti funzionali.

La sensibilità però è bassa, e un risultato negativo può dipendere sia dalla metodica (può essere utile una verifica con antigeni singolarmente iniettati per via intradermica per mezzo di siringa da insulina) che dalla mancanza di contatto pregresso con gli antigeni impiegati o, infine, da lievi e transitorie anergie, che possono accompagnare alcune virosi.

Un bambino di due anni, con crescita al 90° percentile come peso e come altezza, lamenta da circa due mesi artralgie migranti ai piedi, alle ginocchia e alle mani. Questi dolori - avvertiti a volte di notte, a volte al mattino al risveglio, a volte alla sera - non sono accompagnati da segni di infiammazione articolare, non limitano le normali attività del

bambino (anzi, è un bambino piuttosto vivace, sempre in movimento), e si risolvono con un massaggio della mamma. Gli esami ematochimici eseguiti pochi giorni prima che iniziassero le artralgie mostrano VES, TAS, PCR nella norma e un'anemia sideropenica con ferritina eguale a 7 mg/l.

Quale può essere la causa di queste artralgie? È possibile che siano dolori di crescita?

Pediatra di base

Sì, certamente sono "dolori di crescita". Che cosa siano realmente non lo sappiamo (equivalenti emicranici?), ma certamente sono veniali, transitori, e non richiedono alcuna terapia (si risolvono con il massaggio della mamma). Esami per questo problema non andavano fatti, ma l'anemia sideropenica va comunque curata.

Da quale età il prick test e il RAST sono affidabili ?

dott. Leonardo De Luca (pediatra di base)
San Giovanni Rotondo (FG)

Prick test e RAST sono sempre affidabili, anche a un giorno di vita. Questo non vuol dire che un neonato avrà i test positivi, ma soltanto che la sua negatività indica veramente che è negativo, e cioè che non ha, o meglio

non ha ancora, IgE specifiche verso quel determinato allergene.

Nel lattante con shock da latte vaccino il prick (e RAST) al latte è fortemente positivo, perché di fatto quel bambino ha già prodotto quantità abbondanti di IgE verso l'alimento.

In altre parole, le IgE specifiche verso alimenti o inalanti non sono "preconfezionate" alla nascita, ma aumentano nel soggetto predisposto con l'aumentare dell'età. Le prime a comparire sono quelle verso gli alimenti, perché sono i primi allergeni che il bambino incontra; poi si positivizzano i test per allergeni inalatori perenni (acari) e, successivamente, quelli per pollini. I singoli test, cutaneo o RAST, aumentano la loro dimensione con l'aumentare delle IgE, per cui un prick test a 2-3 anni sarà più piccolo che a 6-7 anni, ma questo semplicemente perché il bambino di 2-3 anni ha fabbricato meno IgE specifiche del più grandicello, e non per una minore affidabilità del test nei primi anni di vita. Da queste considerazioni e per questi motivi si ritiene che i test da eseguire nel bambino con sintomatologia atopica, o sospetta tale, siano in rapporto all'età: nel primo e secondo anno: latte, uovo e acari; dai 3 ai 6 anni: acari, gatto, graminacee (o parietaria se siamo al sud); dopo i 6 anni: acari, gatto, graminacee, parietaria, alternaria. Questi sono ovviamente i test di minima, che ogni pediatra potrebbe tenere nel suo ambulatorio per un primo approccio al problema (ma comunque anche nell'ambulatorio aller-

gologico più specializzato non saranno molti di più i test veramente utili).

Negli ultimi 12-18 mesi sono comparsi e divenuti estremamente frequenti casi di tosse pertussioide. Poiché mi sembra di aver capito che solo pochi di questi casi riconoscono un'eziologia batterica (tra l'altro la mia popolazione è quasi totalmente vaccinata contro la pertosse), non so se trattare tutti o quali casi con antibiotico, ed eventualmente a quale dare la preferenza.

dott.ssa Clara Schwarz (pediatra di base)
Milano

Molte tosse persistenti o insistenti sono a eziologia virale ma, oltre alla pertosse, possono essere considerate altre due infezioni batteriche: quella da *Chlamydia pneumoniae* e quella da *Branhamella catarrhalis*. La prima è più consistentemente documentata, la seconda è stata suggerita da un singolo lavoro che ne ha dimostrato la maggiore presenza nelle colture di bambini appunto con tosse di lunga data, che sono poi guariti con amoxicillina + acido clavulanico. Comunque sia (non va escluso nemmeno un micoplasma), un tentativo di terapia antibiotica con un macrolide (attivo sia sulla clamidia, sia sul micoplasma, sia sulla *Branhamella catarrhalis*) sembra proprio indicato.

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

Attività o qualifica

- libero professionista
- medico Saub
- medico consultoriale
- medico generico
- pediatra
- ospedaliero
- universitario

Accetto che il mio nome compaia sulla rivista in calce al quesito (barrare sì o no)

sì

no