

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

Profilassi delle convulsioni febbrili: diazepam 0,2 mg/kg/dose per tre volte/die.

Qual è il dosaggio massimo per dose? (es. bimbo di 5 anni, di 35 kg: 35 gocce per dose per 3 volte/die?)

dott. Bruno Carassini (pediatra)
Cento (FE)

Per via rettale si consigliano, nella profilassi, 5 mg di diazepam fino ai 3 anni e 7,5 mg oltre i 3 anni, per due volte al giorno e per un massimo di 4 dosi. Mantenere più o meno questi dosaggi anche per la dose totale/die da dare per via orale (da dividere in questo caso in tre somministrazioni/die).

Ernia ombelicale persistente oltre il 4° anno di vita, assenza di dolore o altra sintomatologia: occorre operare o no?

Pediatra di base

L'ernia ombelicale del bambino è legata alla mancata chiusura dell'anello ombelicale. Ciò è causato dalla concomitanza di più fattori: mancato avvicinamento dei muscoli retti addominali, involuzione delle strutture di un cordone ombelicale particolarmente voluminoso che lasciano un'apertura dell'anello di varia grandezza ecc.

La persistenza, dopo la caduta del cordone ombelicale, di una porta erniaria va dall'84% dei neonati di peso inferiore ai 1500 g, al 20% di quelli con peso sotto i 2500 g.

Con la crescita però queste percentuali decrescono fino all'età prescolare, quando l'incidenza dell'ernia ombelicale è quasi nulla. La guarigione nel corso dei primi anni di vita ci fa capire che l'ernia non va operata subito, ma va seguita durante la crescita fino all'età prescolare, salvo casi particolari con orifizio erniario molto grande. Premesso che di solito l'ernia ombelicale non dà sintomi e nel bambino non si strozza mai, non vi è

unanimità di opinioni circa il momento ideale per la riparazione chirurgica. Noi raccomandiamo l'intervento chirurgico solo se all'età di 36-48 mesi vi è ancora protrusione della cicatrice ombelicale per la persistenza di un orifizio erniario. Pertanto la risposta al quesito della collega è che un'ernia ombelicale che persiste asintomatica oltre il quarto anno di vita va operata (per motivi prevalentemente estetici) in quanto non guarisce ormai più; anzi, la crescita, l'aumento dell'attività fisica e, nelle femmine, le future gravidanze possono complicare un'ernia ombelicale non trattata adeguatamente.

Alcuni anni fa, visitando una neonata di due giorni, mi accorsi di un'emorragia abbondante dalla vulva: spaventato, istintivamente tamponai con garze esternamente. Inviata in ospedale per un ricovero, la piccola non fu trattata. Ovviamente persi l'assistita. Chiedo: mi sono comportato bene? Erato management? La malattia emorragica del bambino è autolimitante, oppure il comportamento dei colleghi ospedalieri è da censurare perché, rifiutando il ricovero di un neonato, hanno avuto la "fortuna" che senza fare nulla (indagini o altro) il buon Dio ha voluto che andasse tutto bene?

dott. Saverio Ferraro (pediatra)
San Giuseppe Vesuviano (NA)

Una modesta emorragia vaginale è un evento comune nella neonata femmina. Avviene a seguito di una perdita di materiale endometriale dopo l'interruzione dell'apporto materno di estrogeni.

Non è invece un sintomo comune nella malattia emorragica neonatale da deficit di vitamina K. Se l'emorragia era veramente importante, non si dovrebbe sottovalutare l'ipotesi di un difetto congenito della coagulazione (p.e. malattia di von Willebrand) e effettuare i test dell'emostasi.

Una mia assistita di undici anni ha presentato otalgia, viene visitata da me con diagnosi di otite media acuta (OMA) destra. Dopo un ciclo di tre giorni di amoxicillina 500 mgx3 (peso circa 35 kg), che è stata sospesa perché la ragazza rifiuta l'antibiotico (difficile compliance anche familiare), ho prescritto una terapia iniettiva (cefotaxime 50 mg/kg/die) che è stata di nuovo sospesa e praticata per 3 soli giorni. Dopo circa 10 giorni, a un nuovo controllo si è evidenziata una "massa polipoide biancastra". Inviata al collega otorino, viene: 1) confermata la diagnosi di OMA; 2) "ovviamente" la mia terapia era sbagliata; 3) nuova terapia iniettiva (sempre con cefalosporine di III generazione) e altri farmaci che fanno parte del corredo terapeutico dei colleghi otorinolaringoiatri. Dopo ripetuti controlli e diverse terapie, per la mancata guarigione viene inviata presso una struttura ospedaliera per esami biomicroscopici e finalmente viene fatta la diagnosi di otite cronica colesteatomatosa e operata dopo "appena" sette mesi dalla diagnosi.

Chiedo: può una ragazza sviluppare in pieno benessere (né OMA ricorrente, né OME) un colesteatoma? Come può avvenire questo?

L'otite purulenta cronica con perforazione può insorgere anche dopo un solo episodio di OMA, oppure dopo più episodi di OMA ricorrente?

La timpanoplastica va praticata in età pediatrica o in età adulta e quali sono le indicazioni ad anticipare o procrastinare l'intervento?

dott. Saverio Ferraro (pediatra)
San Giuseppe Vesuviano (NA)

Una risposta sola per due domande.

L'otite purulenta cronica (semplicemente colesteatomatosa) è caratterizzata clinicamente da perforazione timpanica persistente con presenza di secrezione purulenta che non risponde al trattamento medico.

All'inizio è molto difficile distinguere tra un'otite purulenta acuta e un'otite croni-

ca con poussées di riattivazione, perché non sempre ci sono segni patogenomici. Sarà proprio la mancata guarigione che ci farà sospettare la cronicizzazione. Nell'otite cronica non vi sono segni di patologia acuta; non vi è febbre, né dolore, né irritabilità, ma la secrezione spesso è maleodorante. L'inizio di un'otite purulenta cronica è insidioso, può avvenire anche dopo un singolo episodio di OMA, per cui la diagnosi non è facile neppure per l'otoiatra. La persistenza di un'otorrea per 6 settimane, le frequenti ricadute di otorrea, la presenza di perforazione timpanica più o meno evidente e di polipi auricolari sono segni di otite cronica.

I germi indicati sono *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Proteus diphteroidei* e anaerobi che penetrano nella cute del condotto attraverso la perforazione timpanica.

Le otiti croniche si distinguono in semplici e colesteatomatose. Attraverso la perforazione timpanica si possono infiltrare cellule cutanee che danno origine a un ammasso di epitelio cheratinizzato, detto colesteatoma, che tende lentamente e progressivamente a ingrandirsi andando a erodere anche le strutture ossee (ossicini ecc.).

Quantunque la diagnosi sia fondamentalmente clinica, la TAC può evidenziare presenza di tessuto denso anomalo e zone di erosione ossea e servire a porre un'indicazione chirurgica. Nelle otiti croniche colesteatomatose il trattamento è solo chirurgico. Nelle forme semplici si può fare un trattamento medico (viene consigliato ceftazidime a 150 mg/kg/die per via endovenosa per 10 giorni) e, in caso di mancata risoluzione, proporre l'intervento. Non vi sono limitazioni legate all'età per gli interventi sulla mastoide per risolvere l'infezione cronica.

Per quanto riguarda invece le ricostruzioni del timpano bisogna essere sicuri che l'infezione sia debellata e che l'orecchio sia asciutto da almeno 6 mesi e che la funzionalità tubarica sia buona (quindi dopo i 6 anni).

Conviene praticare la vaccinazione antinfluenzale in una bambina di 9 anni affetta da rettocolite ulcerosa (RCU)? Ci sono dei protocolli per il trattamento di questa malattia?

dott.ssa Angela Manganaro Savoia (pediatra)
Bologna

La RCU non rientra tra le situazioni per le quali è raccomandata la vaccinazione antinfluenzale.

L'approccio terapeutico alla RCU è standardizzato e varia a seconda dell'estensione della malattia (sufficiente di regola, per esempio, la terapia topica in caso di protosigmoidite).

Occasionale, ma relativamente frequente riscontro di ipogammaglobulinemia nel quadro proteico di bambini peraltro sani: quale significato dare?

Pediatra

Nel primo anno di vita, si tratta di ipogammaglobulinemia evolutiva, abbastanza comune. Sopra l'anno è più rara e bisogna comunque intendersi su quali sono i valori normali, ricordando che il 3% dei bambini avranno valori sotto il 3° centile e il 10% dei bambini sotto il 10°. Se, come mi sembra di capire, l'osservazione deriva dalla lettura del protidogramma, cercherei di renderla quantitativa. In un bambino, poniamo, con 7 g%ml di proteine, un valore di gammaglobuline "basso" (12%) vuol dire un livello di IgG di 840 mg% (12x7) normale.

C'è una vecchia usanza di prescrivere farmaci antimeteorici nella terapia delle coliche gassose. Nell'esperienza, credo di tutti i pediatri, c'è il riscontro che in questi oscuri eventi tali farmaci non abbiano alcun effetto. È così anche scientificamente? È utile la loro prescrizione?

Pediatra neonatologo

A conferma della sua e altrui esperienza, i pochi studi controllati negano l'utilità di questi farmaci.

Tra i miei assistiti ci sono due sorelle gemelle che hanno sei anni e presentano spiccata ipertricosi agli arti inferiori, numerosi capelli bianchi, alterazioni dentarie (spiccato ritardo nell'eruzione, resti conici a punta, distanziati). Per il resto stanno benissimo. La mamma in gravidanza ha assunto ritodrina. A cosa posso pensare?

dott.ssa Paola Cannata (pediatra)
Vezzano Ligure

LA DERMATITE DA PANNOLINO E I PANNOLINI AD ALTE PRESTAZIONI

La dermatite da pannolino esiste da sempre. È stata descritta da Parrot nel 1877. L'evidenza e il buon senso e quel tanto di studi che la materia ha prodotto, suggeriscono che la dermatite da pannolino dipenda prima di tutto dalla macerazione della pelle del culetto e dell'inguine sempre bagnata, dall'effetto irritante dell'ammoniaca dovuta alla fermentazione delle urine da parte della flora intestinale contaminante, ed eventualmente dalla flora normale di superficie, in particolare dalla *Monilia*, che la macerazione e l'irritazione facilitano. Da sempre, le mamme hanno cercato di prevenire la dermatite da pannolino cambiandolo spesso (ma mai abbastanza), detergendo affettuosamente il culetto (ma mai abbastanza) e, le più brave, proteggendo la cute del bambino con un film di olio vegetale o di olio minerale, o con una qualunque pomatina.

All'ingegnosità e alla attenzione delle mamme è venuta in aiuto la tecnologia, a cominciare dagli anni '60. È stato un ricercatore del Dipartimento Ricerca e Sviluppo di Procter & Gamble, il signor Victor Mills, che è stato spinto a mettere a frutto in un pannolino "speciale" il suo know how scientifico, dalla presenza in casa di un nipotino col culetto malato. Da allora, i progressi qualitativi sono stati continui; e vale la pena che anche il pediatra li conosca.

Il principio fondante del pannolino ad alte prestazioni consiste nella presenza di materiale superassorbente, separato dal tessuto a contatto con la pelle del bambino. La qualità di questo materiale è naturalmente oggetto di studio e di miglioramento: quello utilizzato ora nei pannolini Pampers Extra (polimeri di acrilato) ha un potere assorbente doppio rispetto al recente passato, è presente in quantità notevolmente maggiore, e permette di avere un pannolino più sottile con più ampia libertà di movimento. L'asciuttezza della pelle, e la separazione delle feci dall'urina, sono garantite da uno strato di acquisizione che, inserito sotto il filtrante del pannolino, facilita l'assorbimento del liquido e il suo isolamento. La chiusura strip-strap in velcro consente alla mamma una facile ispezione. Infine i nuovi pannolini (Pampers lotion care) liberano una crema a base di vaselina che si trasferisce sulla cute del bambino e fornisce quel film protettivo che le mamme distribuivano col cotone sulla cute esposta, e che anche in studi clinici in doppio cieco ha dimostrato la sua considerevole efficacia.

Il normale sviluppo psicomotorio e le buone condizioni delle sorelline fanno escludere ragionevolmente l'ipotesi di una sindrome da alterazione cromosomica.

Anche l'assunzione della ritodrina non deve essere considerata. L'insieme dei sintomi clinici riferiti potrebbero essere inquadrati in una displasia ectodermica, ma dovrebbero essere valutati anche altri elementi, come ad esempio alterazioni scheletriche.

Paziente con deficit di statura (3° centile) a un anno e mezzo d'età; gli esami sono negativi, eccetto quelli per la malattia celiaca: AGA IgG positivi, AGA IgA negativi, EMA negativi ripetuti due volte.

Quale comportamento tenere, ed è indicata la biopsia?

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

Non possiamo valutare meglio il caso per difetto di dati (mancano la statura dei genitori e il profilo della curva pondero-staturale).

Per quanto riguarda, genericamente, il da farsi nel caso di una positività AGA IgG con EMA e AGA IgA negativi, per prima cosa va escluso un difetto assoluto di IgA (anche gli EMA sono anticorpi della classe IgA).

Nel caso le IgA totali fossero normali, l'ipotesi di celiachia sembrerebbe da escludere (si tratterebbe semmai di una celiachia silente, a cui non si può attribuire il difetto di peso); la decisione di fare o meno una biopsia, pensando ad altre cause di enteropatia, si deve comunque basare su criteri clinici: storia clinica, evidenza di segni di malassorbimento ecc.

Desidererei conoscere il vostro parere riguardo a una pratica di profilassi molto in uso fra gli otorinolaringoiatri e

anche tra alcuni pediatri, che riguarda l'utilizzo della diaminocillina, oggi anche dell'azitromicina, a cicli di ogni 20 giorni la prima e di ogni settimana la seconda, nei bambini con tonsilliti ricidivanti non necessariamente di natura streptococcica.

Visto che non ho trovato niente di scritto riguardo a ciò, e visto che ho imparato che la diaminocillina a cicli si fa solo come profilassi delle recidive di infezione streptococcica in soggetti che hanno avuto la malattia reumatica, mi chiedo quale razionale abbia questa pratica.

Pediatra di base

È certamente un trattamento non scientifico. Come giustamente da lei sottolineato in questi casi, è raro che sia in causa lo streptococco, e la profilassi con antibiotico acquista semmai un significato ex adjuvantibus. Ma non la si dovrebbe ritenere giustificata senza il conforto, almeno, di uno o due tamponi positivi in acuzie. Questi bambini pre-

sentano, in genere nell'età prescolare, ripetuti e frequenti episodi di tonsillite altamente febbrile con nulla risposta al trattamento antibiotico e sfebbramento in non meno di 4-5 giorni. Le tonsille appaiono ingrossate e fortemente arrossate e con essudato (puntini gialli). Per la interpretazione eziopatogenetica (adenovirus?), vedi su pagine elettroniche del mese di giugno.

Scolasticamente questa è un'indicazione alla tonsillectomia. Abbiamo imparato sul campo che in questi casi vi è un'immediata risposta con sfebbramento utilizzando un cortisonico per bocca.

Un bambino accusa febbre e faringotonsillite; il tampone faringeo evidenzia lo streptococco beta-emolitico di gruppo A, ma quando arriva la risposta sta assolutamente bene senza trattamento, è da considerare portatore sano, o è da curare?

Pediatra

È possibile che non sia stata una faringotonsillite da streptococco beta-emolitico A (SBA) e che il bambino sia semplicemente un portatore sano; ma è anche possibile che abbia avuto un'infezione lieve, a rapido decorso.

Per saperlo, bisognerebbe dosare il titolo antistreptolisinico subito e dopo qualche settimana per valutarne il movimento (indice di infezione recente).

Avrei dato comunque l'antibiotico, come se avesse avuto l'infezione, e non avrei fatto altro. Un trattamento entro i primi 9

giorni è indicato ed efficace per la prevenzione del reumatismo.

Gradirei sapere, possibilmente con termini semplici da poterlo far capire ai genitori dei miei pazienti, quali sono in età pediatrica le prestazioni optometriche.

Pediatra di base

In Italia sono ufficialmente conosciute soltanto le figure degli ottici, degli ortottisti e ovviamente dei medici oculisti. Gli optometristi sono figure professionali esistenti in altri paesi (Germania, forse Stati Uniti) con mansioni un po' a metà strada tra oculisti e ottici. Una valutazione differenziata del visus (OD versus OS) sulle tavole degli E è raccomandata ai 3 anni, per la terapia-prevenzione dell'ambliopia. La ricerca di un vizio di refrazione (astigmatismo, miopia, ipermetropia) può esser fatta in qualunque momento emerga un dubbio clinico, ma in genere non è necessaria prima dell'inizio della scuola.

Certificato di idoneità fisica per attività sportiva non agonistica:

- c'è un limite di età del bambino?

- è indispensabile la sua esibizione o è facoltà della Società Sportiva richiederlo?

I quesiti derivano dall'affermazione del responsabile di una palestra privata, cioè non collegata ad attività scolasti-

che, secondo il quale al di sotto dei 5 anni non è obbligatorio il certificato medico, in quanto trattasi di avviamento allo sport. A me è parsa un'argomentazione capziosa e inquinata, nel senso che sussistono comunque le motivazioni del certificato medico: escludere patologie di natura o di entità tali da rendere pericolosa o da controindicare in via prudenziale l'attività fisica svolta sistematicamente in un ambito organizzato di palestra, piscina, tennis club e affini nonché finalizzata a predeterminati obiettivi finali.

Gradirei un parere medico-legale.

Pediatra di base

Il decreto ministeriale del 28 febbraio 1983, che regola la tutela sanitaria NON AGONISTICA, specifica bene all'articolo 1 che i bambini che svolgono attività ludico-ricreativa in strutture private e in società sportive NON affiliate al CONI, o agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI, non debbano per obbligo di legge «sottoporsi, preventivamente e con periodicità annuale, a visita medica intesa ad accertare il loro stato di buona salute».

Sembra utile comunque ricordare che una cosa è la certificazione e una cosa è la valutazione, con i conseguenti consigli, che il pediatra del bambino può e deve fornire nel momento dell'avviamento all'attività motoria organizzata e che i genitori dovrebbero comunque richiedere. L'approccio alla motricità, l'alimentazione, l'adeguatezza degli sforzi, le modalità dell'allenamento che deve essere nelle età più giovani un gioco, sono tutti para-

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto o comunque di prenderlo a modello di massima e indirizzare a:
Giorgio Longo, Clinica Pediatrica, Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo", via dell'Istria, 65/1 - 34137 Trieste



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

metri che il pediatra può e deve considerare, indipendentemente dalla certificazione.

*All’Rx del cranio di una bambina di 14 mesi, fatto in seguito a un trauma cranico, è stato posto il sospetto di granuloma eosinofilo in sede occipitale. Leggero però che tale lesione è difficile da differenziare da un ematoma intraperio-
steo post-traumatico. Vi chiedo:*

1) il vostro parere riguardo a questa immagine radiografica (allegata);

2) se si dovesse avere comunque un sospetto di granuloma eosinofilo, che accertamenti conviene fare per valutare che sia veramente una forma isolata di istiocitosi X?

È il caso di arrivare a una biopsia in una bambina asintomatica e tranquilla?

Pediatra di base

In relazione al caso da lei inviati (so-

spetto granuloma eosinofilo in bambina con trauma cranico), la lesione radiologica del granuloma eosinofilo consta di un’area di osteolisi a tipo “carta geografica”, quindi con margini frastagliati.

La lesione visibile nella radiografia da lei inviata è invece ovalare, a margini netti, e delineata da un cerchio netto. La lesione evidenziata non è da mettere in relazione al trauma recente della bambina.

È in sostanza un’immagine innocente, scoperta casualmente da una radiografia a cui la bambina, forse, non avrebbe dovuto essere sottoposta.

Sul testo “Pediatria” redatto dal prof. R. Di Toro, si legge a pag. 190-191: «Si definisce portatore sano colui che ha nella coltura dell’essudato faringeo un numero di colonie <10/cm² di superficie della piastra. I batteri in questo caso sono scarsamente produttori di sostanza M e quindi scarsamente patogeni, non inducono movimento anticorpale (...).

Si definisce portatore ammalato colui che ha nella coltura dell’essudato faringeo un numero di colonie >50/cm² di superficie della piastra. In tal caso si tratta di germi più attivi, migliori produttori di sostanza M. Il soggetto può essere sintomatico; si ha movimento anticorpale (per es. il titolo antistreptolisinico aumenta)».

a) Secondo la mia opinione il portatore sano può avere anche (ma solo per caso) un titolo antistreptolisinico aumentato (leggi rubrica Domande e Risposte 3/96 pag 47: “con valore del titolo indifferente”).

b) Il portatore ammalato non esiste; al massimo, può trattarsi di un bambino con infezioni streptococciche ricorrenti, volta a volta da ceppi diversi.

Sono corrette le mie due interpretazioni?

dott. Saverio Ferraro (pediatra)

San Giuseppe Vesuviano (NA)

Le do perfettamente ragione.
