

Si ringraziano gli "esperti" che hanno contribuito con le loro risposte e i loro pareri alla rubrica dell'anno 2006.

CARDIOLOGIA: Alessandra Benettoni, Auro Gombacci; CHIRURGIA: Antonio Giannotta, Jurgen Schleaf; DERMATOLOGIA: Fabio Arcangeli, Filippo Longo; DIABETE-ENDOCRINOLOGIA: Giorgio Tonini, Mauro Pocecco; EMATOLOGIA-ONCOLOGIA: Paolo Tamaro, Marco Rabusin; EPATOLOGIA: Giuseppe Maggiore; FARMACOLOGIA: Fulvio Bradaschia, Federico Marchetti; GASTROENTEROLOGIA: Grazia Di Leo, Stefano Martelossi; GENETICA: Bruno Bembì; GINECOLOGIA PEDIATRICA: Giuseppe Ricci; IMMUNOLOGIA: Marino Andolina, Alberto Tommasini; NEFROUROLOGIA: Leopoldo Peratoner, Marco Pennesi; NEONATOLOGIA: Riccardo Davanzo, Sergio Demarini; NEUROLOGIA: Marco Carozzi; OCULISTICA: Riccardo Frosini, Paolo Perissutti; ODONTOSTOMATOLOGIA: Gabriella Clarich; ORTOPIEDIA: Giuseppe Maranzana; OTORINOLARINGOIA-TRIA: Elisabetta Zocconi; PNEUMOLOGIA: Dino Faraguna, Furio Poli; REUMATOLOGIA: Loredana Lepore; VACCINAZIONI: Giorgio Bartolozzi.

**A proposito di farmaci con associazione di biguanidi e proguanile, leggo sul foglietto illustrativo per quanto riguarda l'età pediatrica che, mentre è prevista la terapia, in caso di malaria, per soggetti addirittura dagli 11-20 kg di peso in su, non è prevista la profilassi. Come mai?**

Pediatra di famiglia

La domanda si riferisce al farmaco anti-malarico atovaquone-proguanil (*Malarone*), che effettivamente non è registrato in Italia per la profilassi in età pediatrica, ma solo per gli adulti. La registrazione però è in vigore in altri Paesi europei, appunto per bambini dagli 11 kg di peso in su: il dosaggio in profilassi è di una compressa pediatrica al giorno. In Italia, dove la formulazione pediatrica non è disponibile, si può semplicemente frazionare la compressa adulti (1/4 di compressa = 1 compressa pediatrica). Il farmaco è ben tollerato e costituisce, anche per i bambini, un'ottima alternativa alla meflochina per la profilassi dei viaggiatori in quasi tutti i Paesi endemici per *Plasmodium falciparum* (esclusi i pochissimi Paesi in cui la cloroquina è ancora di prima scelta).

**Una mia assistita, che ora ha 5 anni e mezzo, a 18 mesi ha fatto il vaccino Morupar e dopo 10 minuti ha presentato intenso arrossamento cutaneo, apnea con fatica a respirare e labbra bluastre, agitazione.**

**Le è stata somministrata immediatamente una dose di adrenalina intramuscolo, chiamato il 118 e trasferita alla pediatria più vicina. Comunque si è ripresa in breve.**

**Da allora il Servizio vaccinazione di competenza territoriale ha sospeso**

**ogni vaccino, così che la bambina ha fatto soltanto tre DTPB (le manca il richiamo dei due anni e mezzo e quello dei sei anni che avrebbe dovuto fare ora).**

**Chiedo:**

**1. È possibile che la reazione al Morupar sia dovuta a una allergia alla neomicina? Questo Le è stato ipotizzato in quanto aveva fatto in precedenza (pur senza alcun disturbo) terapia topica nasale con il Doricum gtt (neomicina più steroide)?**

**2. Ha senso sospendere, come fatto, anche le altre vaccinazioni che non hanno, almeno credo, additivi in comune con il Morupar?**

**3. Come comportarsi per il proseguo delle dosi? Andrà riproposto il richiamo per morbillo, parotite e rosolia? E se dovesse fare un altro vaccino vivo, per esempio contro la varicella, ci potrebbero essere pericoli?**

dott. Marcello Arrigoni  
Pediatra

Nell'aprile 2006 il *Morupar* è stato ritirato dal commercio, per la presenza nella sua preparazione di destrano, una sostanza con forte potere allergizzante, spesso riportata in letteratura per le

manifestazioni a essa legate. Le riporto una tabella, preparata dall'AIFA, dalla quale risulta che il *Morupar* determinava un numero di effetti collaterali doppio in confronto agli altri due vaccini MPR.

Le manifestazioni erano spesso di tipo allergico. Inoltre, per ben 4 volte, si sono presentate gravi reazioni di tipo anafilattico, con una frequenza più che doppia in confronto agli altri due vaccini. Penso che il quadro presentato dalla sua assistita possa rientrare in una fenomenologia del genere.

Per tutto questo penso piuttosto al destrano che alla neomicina, anche se sono stati descritti casi di shock anafilattico anche verso la neomicina.

Il *Morupar* non aveva al suo interno né albumina umana né gelatina (presente nell'MMR II), e oggi conosciamo bene un'anafilassi da gelatina, della quale sono stati descritti in letteratura molti casi, soprattutto da Autori giapponesi.

D'altra parte, poiché la neomicina è contenuta in minime quantità in tutti i vaccini MPR (sia nell'MMR II che nel *Priorix*), se fosse questo antibiotico la causa del quadro clinico, presentato dalla sua assistita, ci troveremmo nell'impossibilità di utilizzare, per la seconda dose, un qualsiasi vaccino MPR. Penso tuttavia che il dottor Longo sia in grado di mette-

**NUMERO DI SEGNALAZIONI DI SOSPETTE REAZIONI AVVERSE, DOSI VENDUTE E TASSO DI SEGNALAZIONE PER 100.000 DOSI, PER PRODOTTO (VACCINI MPR, ANNI 2001-2004, AIFA, 2005)**

Nome dei vaccini	Numero di segnalazioni	Numero di dosi vendute	Tasso/100.000 dosi
Morupar	154	510.307	30,2
MMR II	104	659.578	15,8
Priorix	99	664.432	14,9
Totale	357	1.834.317	19,5

Tabella

re in evidenza un'eventuale allergia IgE mediata da neomicina. Se il risultato di questa prova fosse negativo, non avrei alcun timore a utilizzare uno dei vaccini MPR disponibili (userei il *Priorix*, che non contiene gelatina). Quanto al timore di usare gli altri vaccini, compreso quello contro la varicella, non mi sembra che vi sia alcuna ragione nell'averlo, perché il destrano non è contenuto in alcuno di essi. Qualunque sia la sua decisione, si ricordi di coinvolgere sempre i genitori, spiegando loro i pro e i contro delle diverse vaccinazioni, prima di eseguire una qualsiasi vaccinazione.

**Un ragazzo di 12 anni con crisi saltuarie di vertigini parossistiche, a cui per 20 giorni si sono aggiunti tremore palpebrale e ammiccamento frequente (scomparsi dopo gli accertamenti), ha fatto una visita neurologica, la RMN, EEG e EMG, la ricerca di anticorpi anti-nucleo e anti-DNA, TSH, T3, T4 risultati tutti negativi; negativi anche TAS e anti-strepto-DNasiB (ho scritto bene? Credo per la PANDAS); ceruloplasmina 24 (v.n. 20-60), cupruria 98. Alla dimissione è stato consigliato di fare l'esame genetico per malattia di Wilson (transaminasi 20-16). Ha senso farlo?**

dott. Rosario Cavallo  
Pediatria di base, Lecce

La genetica del Wilson va bene (molte cose stanno contro, ma ci sono casi atipici). Penserei a un neurinoma dell'acustico che effettivamente può fare sia la vertigine che le mioclonie palpebrali, ma non ho molte altre idee.

**A proposito di accertamenti diagnostici emato-chimici, gradirei sapere quali sono quelli che necessitano del digiuno. Secondo alcuni tutti e secondo altri solo alcuni. Nel secondo caso è possibile avere un elenco?**

Pediatria

In linea di massima, poiché gli effetti degli alimenti sui test di laboratorio non sono completamente conosciuti, si consiglia al paziente una dieta equilibrata prima del prelievo e il digiuno per 8-10 ore. Questo evita il riscontro di:

- glicemie di incerto significato
- riduzione di K e P
- aumento delle vitamine B12 e folato
- aumento della torbidità del siero (iper-

lipemia) con possibili interferenze nelle metodiche di laboratorio  
- aumento della ALP (per aumento del suo isoenzima intestinale).

Un digiuno > 24 ore causa un aumento del 240% della bilirubina totale, riduzione drammatica della glicemia, aumento dei trigliceridi e di alcuni amminoacidi (glicina, prolina, leucina) e della ferritina. Prima del prelievo è raccomandata una dieta equilibrata soprattutto prima della OGTT (almeno 1.75 g/kg peso corporeo di carboidrati nei tre giorni che precedono il test).

**Una ragazza di quasi 16 anni, dopo un intervento crioterapico per "verruche genitali", ha ricevuto dal dermatologo la prescrizione di "Aldara" (Imiquimod). Vorrei conoscere il rationale della prescrizione e in più avere un giudizio sulla necessità-opportunità della stessa. L'argomento è per me del tutto nuovo.**

dott. Rosario Cavallo  
Pediatria di famiglia, Lecce

Imiquimod (*Aldara*) è un regolatore della risposta immune in crema, che si è dimostrato utile in molti casi di verruche genitali (condilomi in particolare) da papillomavirus. Il meccanismo d'azione è quello delle induzioni di citochine e della stimolazione di una locale risposta immune. Può essere un po' irritante localmente e va applicato con attenzione: per esempio, 2-3 volte per settimana per un mese al massimo.

**A proposito di eterometrie degli arti inferiori, è giusta la classificazione a seconda della differenza fra un arto e l'altro in "lievi" se la differenza è meno di 3 centimetri, "gravi" se la differenza è oltre 5 centimetri. Sono da trattare anche le forme lievi?**

**È vero che alcune forme di eterometrie possono provocare dei problemi a carico dell'occhio omolaterale rispetto all'arto più corto? E che tipo di problemi?**

Pediatria di famiglia

Differenziare in lievi e gravi le eterometrie è utile per distinguere due problemi con strategie completamente diverse. Fino ai due-tre centimetri è necessaria l'applicazione di un rialzo, solo se l'inclinazione del bacino determina un atteggiamento scoliotico importante. Nelle

forme che superano i tre-quattro centimetri vi è l'indicazione all'intervento chirurgico che può essere o di una epifisiodesi, dal lato più lungo, o di un allungamento per il segmento dell'arto più corto. Non sono a conoscenza che una eterometria possa dare disturbi oculari.

**A un mio piccolo paziente (18 mesi), in occasione di un ricovero per gastroenterite acuta, otite media acuta catarrale con febbre per 14 giorni (39-40°), viene riscontrata la presenza di *Helicobacter pylori* (Hp).**

**Chiedo: consigliate di fare la ricerca dell'infezione con il breath test all'ureasi o con la ricerca fecale ai componenti della famiglia e di trattare i positivi con triplice terapia eradicante contemporaneamente? (NB. I familiari stanno bene e sono asintomatici).**

Pediatria di famiglia

Come è stata riscontrata la presenza di Hp? Se con il dosaggio ematico degli anticorpi non ha nessun valore; se con la ricerca dell'antigene fecale, questo è soltanto significativo della presenza di Hp e non significa "malattia da Hp", anzi può essere un commensale, forse protettivo. Se, al contrario, l'Hp è ritrovato nell'ambito di una patologia gastroduodenale (ulcera) vera, documentata con la gastroscopia, allora ha un significato clinico e va trattato. Ma il bambino avrebbe dovuto avere sintomi riferibili (epigastralgie = pianto, anemia) che nulla hanno a che fare con un episodio di "gastroenterite acuta".

**Sempre più spesso seguiamo adolescenti grandicelle. Elena è una ragazza di 15 anni che ha avuto una mastite regredita con terapia antibiotica; non spiegandomi perché avesse avuto questo problema, le ho fatto fare un'ecografia che ha evidenziato una cisti in prossimità del capezzolo di circa 2,5 cm di diametro. Il "senologo" dell'adulto ha consigliato una puntura evacuativa, temendo al contempo la possibilità di una recidiva dopo l'intervento. Si tratta della procedura consigliabile? Si può con certezza escludere una malignità? Non conviene in ogni caso un intervento più radicale? È meglio lasciarla stare per vedere se ci sono recidive infiammatorie?**

Pediatria di famiglia

## Domande & Risposte

Una cisti del dotto galattoforo può infettarsi e produrre una mastite anche ricorrente. La puntura evacuativa può essere indicata se l'infezione non regredisce spontaneamente o con terapia antibiotica. All'età della ragazza è estremamente improbabile una malignità e, se ci fosse, non si sarebbe espressa con una cisti dei dotti galattofori infetta. Una ecografia, quando necessaria, è esplicativa e non sono utili altri accertamenti.

**Bambino di 6 anni che, dopo un episodio febbrile interessante le prime vie**

**aeree, accusa zoppia nella deambulazione con modesta dolenza. Indici infiammatori alterati (TAS>2000), ecografia dell'anca che evidenzia modesta raccolta, trattato con terapia antibiotica fino a guarigione e normalizzazione degli indici infiammatori. Il collega curante non prescrive profilassi antireumatica. Vi chiedo se è corretta tale decisione.**

dott. Giorgio Collo  
Pediatra ospedaliero, Milano

Un'artrite isolata di anca con indici di flogosi alterati e aumento isolato del

TAS non suggerisce, per mancanza dei criteri, la diagnosi di malattia reumatica (MR), anche se è probabile una recente infezione streptococcica (che peraltro andava documentata con un tampone faringeo o almeno con un movimento del TAS).

Un'artrite isolata, cioè non migrante, è descritta nel 17% dei casi di MR, ma si deve comunque associare agli altri criteri di Jones per una diagnosi di certezza. In conclusione, non credo si tratti di una MR, né di una forma di artrite post-streptococcica (che ha altre caratteristiche), per cui non farei alcuna profilassi.



## LE GIORNATE DI MEDICO E BAMBINO

Reggio Calabria, 12-13-14 aprile 2007 - Palazzo del Consiglio Regionale



### Giovedì 12 aprile

**L'infermiere pediatrico e l'assistenza al bambino difficile: esperienze a confronto**

14.30 - 19.00 **Corso teorico/pratico per operatori sanitari non medici di area pediatrica. Assistenza integrata al bambino: dalla nutrizione "difficile" alla cura e alla prevenzione del dolore**

- Alimentazione enterale
- PEG
- La gestione del dolore nel bambino ricoverato e sottoposto a procedure diagnostico-terapeutiche invasive
- Alimentare un bambino con handicap neurologico
- La scheda unica di terapia
- Valutazione della soddisfazione del paziente

### Venerdì 13 aprile

**Le Giornate di Medico e Bambino**

8.45 **Tre casi giovani**  
(tre esperienze di giovani specializzandi)

9.30 - 10.30 **Problemi correnti**  
Le figure da stamparsi nel cervello. Ovvero 10 immagini per 10 messaggi in:

- Endocrinologia (G. Tonini)
- Nefrologia (F. Emma)
- Neonatologia (S. Demarini)

10.30 - 11.15 **Aggiornamento (con discussione)**  
• Asma 2007: una, nessuna, centomila (G. Longo)

11.15 - 11.45 **Spremuto e ...marzapane**

11.45 - 12.15 **La Pagina Gialla**  
Ultime notizie... (a cura di A. Ventura)

12.15 - 12.50 **L'articolo dell'anno letto dall'autore:**  
Epilessia oggi (R. Guerrini)

12.50 **L'Editoriale di Giorgio Tamburlini**

13.20 - 14.45 **Arancini e altre delizie (con molto peperoncino)**

14.45 - 15.15 **Altre tre presentazioni giovani**  
(tre esperienze di giovani specializzandi)

15.15 - 16.15 **La Gazzetta del SUD**  
(sei storie presentate da sei pediatri in una ora)

16.30 - 17.00 **L'Editoriale di Federico Marchetti**

17.00 - 17.30 **Bevande calde e fredde**

17.30 - 19.00 **Tavola Rotonda**  
I trapianti d'organo (fegato, rene e polmone) visti dagli specialisti, visti dal centro trapianti e... (prima ancora) visti da chi è malato  
Modera F. Marchetti  
Partecipano: G. Maggiore, G. Magazzù, F. Emma, M. Spada

### Sabato 14 aprile

8.45 - 9.15 **Altre tre presentazioni giovani**  
(tre esperienze di giovani specializzandi)

9.15 - 9.45 **Problemi correnti**  
Reflusso gastroesofageo: veri e falsi problemi tra "tubi e tubisti"  
(G. Magazzù)

9.45 - 10.45 **FOCUS (I)**  
L'orecchio visto dal:

- genetista (P. Gasparini)
- otorino (D. Grasso)
- pediatra (S. Conti Nibali)

10.45 - 11.15 **Cremolata di fragole**

11.15 - 12.15 **FOCUS (II)**  
Macchie ed "escrescenze" sulla pelle viste dal:

- genetista (P. Gasparini)
- dermatologo (F. Mazzotta)
- chirurgo (J. Schleaf)

12.15 - 12.45 **Letture**  
Assistenza "globale" al cerebroleso: cosa è cambiato negli ultimi 10 anni e cosa dovremmo sapere (A. Tedeschi)

12.45 **Premiazioni per le migliori presentazioni giovani**  
e gran finale con l'Editoriale del prof. Panizon

13.30 **Verifica di apprendimento (Test ECM)**

**PER QUESTO CONGRESSO SONO STATI RICHIESTI I CREDITI FORMATIVI (ECM)**

#### SEGRETARIA SCIENTIFICA

Antonino Tedeschi, Giorgio Longo, Federico Marchetti,  
Franco Panizon, Giorgio Tamburlini, Alessandro Ventura



**SEGRETARIA ORGANIZZATIVA Quickline** Traduzioni&Congressi  
via S. Caterina da Siena 3 - 34122 TRIESTE - Tel. 040 773737-  
040 363586 - Fax 040 760659; e-mail: [giornatemb@quickline.it](mailto:giornatemb@quickline.it)  
Iscrizioni on line: <http://www.quickline.it>