

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

Esiste la febbre o febricola da affaticamento muscolare?

dott. Giorgio Collo (Pediatra ospedaliero)
Milano

Ogni attività muscolare aumenta la temperatura corporea, e la sudorazione è il meccanismo compensatorio fisiologico. Un'intensa attività sportiva può elevare anche di un grado la temperatura rettale. Il recupero successivo è rapido, ma può avvenire più lentamente in ambiente caldo umido (minore termodispersione) e in soggetti non allenati.

Per la diagnosi di epilessia fotosensibile, il dato clinico si deve necessariamente associare alla comparsa di punte dell'EEG dopo stimolazione luminosa intermittente (SLI). Per la terapia va sempre bene il valproato? Per il piccolo male classico con il reperto elettroencefalografico di P.O. a 3 cicli/sec. oltre allo Zartoin, trova posto nella terapia il valproato tra i farmaci "vecchi" e il topiramato tra i "nuovi"?

dott. Alfonso d'Apuzzo (Pediatra ospedaliero)
Gragnano (NA)

La diagnosi di epilessia fotosensibile è rigorosamente o casualmente correlata allo stimolo luminoso. Si fonda sulla coesistenza di crisi e di un reperto EEG positivo (la SLI deve essere eseguita con cura). La sola positività alla SLI non è sufficiente. Il valproato resta il farmaco di prima scelta.

In un "vecchio" numero di Medico e Bambino (1998;8:37) il Prof. Maranzana affermava di preferire come plantare ortesico la semisfera di gommapiuma, che stimola la muscolatura cavizzante, al plantare elicoidale nel trattamento del piede lasso-piatto di un bambino di età superiore ai 5 anni, o quando la correggibilità spontanea dell'arco appaia dub-

bia. Vale ancora questo suggerimento? In caso affermativo, dove si può reperire la semisfera di gommapiuma?

dott. Angelo Adorni (Pediatra)
Collecchio (PR)

Nei casi di piedi lassi, valghi, pronati, tra i 4 e i 6 anni, può essere indicata l'applicazione di un plantare dinamico; in quelli più grandicelli si può utilizzare il plantare in lattice tipo Kramer o similari. Questi plantari sono reperibili nelle Sanitarie.

Sono rimasto stupito leggendo nel numero 5-2001 di Medico e Bambino a proposito delle novità in campo ORL, quanto segue: «Ora lo streptococco non va eradicato». Io pensavo, sbagliando evidentemente, che lo streptococco di gruppo A andasse eradicato in presenza di accertata infezione in atto.

dott. Giorgio Collo (Pediatra ospedaliero)
Milano

La frase incriminata è la seguente (pag 298): «I fallimenti, o meglio le non eradicazioni (ma lo streptococco non va eradicato!) sono spiegati da una caratteristica genetica degli streptococchi...».

Il significato (che però non mi sembra equivoco) è che non si deve cercare, quando si cura una tonsillite streptococcica, l'eradicazione del germe (cioè che non si deve fare un secondo tampone). Beninteso, quasi sempre il germe viene effettivamente eradicato, spontaneamente, quando la guarigione è spontanea, o a opera dell'antibiotico quando questo viene utilizzato. In una minoranza di casi (quelli sostenuti da streptococchi capaci di interiorizzarsi e di sottrarsi così sia all'azione dell'antibiotico che della risposta immune) l'eradicazione non avviene; ma tutta la pediatria ufficiale e, a maggior ragione, quella "pratica" è da sempre d'accordo sul fatto che la ricerca di eradicazione di quei germi sarebbe da una parte troppo difficile e dall'altra non utile, per-

ché questi streptococchi "interiorizzati" non esercitano un ruolo patogeno, o almeno nessuno lo ha mai dimostrato.

A proposito di otite media acuta, gradirei sapere in che percentuale sono di natura virale e di natura batterica e in che percentuale sono rappresentati i vari batteri (pneumococco ecc.).

Un pediatra di famiglia in ambulatorio o a domicilio, cosa dovrebbe fare per evitare di prescrivere, anche quando non è indicato l'uso di antibiotici? Specie in caso di episodi non gravi e senza stato tossico.

Pediatra di base

Lo pneumococco è il germe più importante perché più frequentemente in causa e più patogeno (è quello che più difficilmente viene eliminato senza antibiotico ed è quello che più frequentemente determina otiti complicate o disseminazione settica). Viene isolato nel 40% circa delle otiti medie acute (OMA). L'*Haemophilus influenzae* nel 20-25% dei casi mentre la *Moraxella (Branhamella) catarrhalis* nel 15% dei casi. Nessuna crescita o isolamento virale nel 15-20% delle OMA. Altri batteri (tra cui lo streptococco beta-emolitico A) in un altro 5%. Non è rara l'infezione mista virus+germe.

Questi numeri discendono dall'insieme dei dati della letteratura ma variazioni sono possibili tra aree geografiche diverse o diversi criteri di selezione del soggetto da indagare (timpanocentesi per coltura). Se, infatti, questa viene riservata ai soli bambini con otalgia e timpano fortemente estroflesso, il ritrovamento batterico sarà la regola; se, al contrario, la coltura viene eseguita anche nelle iperemie timpaniche semplici, l'etiologia virale sarà predominante.

L'OMA si risolve comunque nella stragrande maggioranza dei casi anche senza antibiotico, e la differenza tra dare e non dare è molto sottile, in particolare per il bambino di più di due anni.

Ci sono correnti di pensiero che hanno

già da tempo suggerito (e adottato) questa politica di risparmio dell'antibiotico. Per saperne di più confronta l'articolo "Il trattamento sintomatico dell'otite media acuta" sul numero 3 di *Medico e Bambino*, pag. 170-178.

Quando si deve, o non si deve fare il richiamo della vaccinazione anti-epatite B per bambini e adolescenti che hanno ricevuto il ciclo vaccinale completo? Dopo 5-7 anni? O si deve fare il dosaggio AbHBs per valutare la "copertura"?

dott. Franco Sissa (Medico generico)
Virgilio (MN)

No, non c'è bisogno di alcun richiamo, qualunque sia il tempo intercorso dalla vaccinazione con 3 dosi. Anche se, a distanza di dieci anni, non si

ritrovano anticorpi in circolo, è stato visto da molti ricercatori che, con una dose di richiamo, la risposta che si ottiene è di tipo anamnestic, a dimostrazione dell'esistenza di una memoria immunologica persistente. Il che significa quindi che, se un soggetto vaccinato con 3 dosi, che abbia risposto immunologicamente alla vaccinazione, incontra a distanza di tempo l'HBV, è in grado di opporre una valida resistenza.

A questo proposito l'European Consensus Group on Hepatitis B Immunity (Are booster immunizations needed for lifelong hepatitis B immunity. *Lancet* 2000;355:561-5) si è espresso affermando che la memoria immunologica è presente ancora dopo 15 anni dalla vaccinazione e non ci sono prove al momento attuale per affermare la necessità di una dose di richiamo di vaccino contro l'HBV nei soggetti immunocompetenti che abbiano risposto alla vaccinazione

primaria. Confermano d'altra parte la necessità di somministrare dosi di richiamo ad alcuni gruppi a rischio, eventualmente precedute dal dosaggio degli anticorpi per provvedere a una nuova somministrazione di vaccino quando i tassi scendano al di sotto delle 10 mUI/ml.

Molto opportunamente una nota del Ministero della Sanità italiano, del 22 dicembre 1997, e la Circolare Ministeriale n.19 del 30 novembre 2000 ricordano che le evidenze scientifiche fin qui accumulate non suggeriscono la necessità di richiami nei soggetti di qualunque età, non appartenenti a specifiche categorie a rischio.

Nelle persone appartenenti ai gruppi a maggior rischio, l'opportunità di somministrare richiami di vaccino andrà valutata sulla base dei risultati dei dosaggi del livello anticorpale e della persistenza dell'esposizione al rischio.

DICIOTTESIME GIORNATE PERUGINE DI AGGIORNAMENTO IN PEDIATRIA

Perugia, 20-22 settembre 2002

VENERDI

Editoriale

Advocacy in pediatria di famiglia G. Tamburlini (Trieste)

Malattie rare: l'essenziale A. Ventura (Trieste)

Conoscere i sintomi e i segni di quelle malattie rare in cui è realmente utile una diagnosi precoce

Lo svezzamento "scientifico" R. Bellù (Lecco)

Quanto di ciò che consigliamo alle mamme in occasione dello svezzamento, tempi, modi, alimenti ecc., è basato sulla ricerca e quanto frutto di abitudini e automatismi senza fondamento scientifico?

GRUPPI DI LAVORO

Valutazioni e scelte nutrizionali nel primo anno di vita R. Bellù

Strategie di advocacy G. Tamburlini

Pediatria di tutti i giorni F. Panizon

SABATO

Il dolore senza causa L. Peratoner (Pordenone)

Il dolore occasionale, ricorrente e cronico senza causa riconoscibile, nei bambini e negli adolescenti, è molto comune, la sua sede molto variabile (addominale, muscolo-scheletrica, cranica), la sua diagnosi difficile. Quando preoccuparsi e approfondire la situazione.

I disturbi del sonno P. Mariotti (Roma)

Sonno normale, sonno difficile, sonno disturbato, sonno patologico.

Cosa fare nelle situazioni più comuni che i genitori ci presentano in ambulatorio

Le epatiti croniche non infettive G. Maggiore (Pisa)

Numerose condizioni di alterazione delle funzioni del fegato stanno trovando la loro spiegazione in questa "nuova" entità nosologica. Ne approfondiremo cause e meccanismi patogenetici. Cercheremo di definire la condizione di cronicità e le possibilità di cura.

GRUPPI DI LAVORO

Addormentamento difficile e risveglio frequente P. Mariotti

Gastroenterologia ed epatologia G. Maggiore, A. Ventura

Nefrologia L. Peratoner

IL NEONATO DIMESSO PRECOCEMENTE

La visita L. Marolla (Roma)

Il controllo clinico del neonato è stato sempre, e colpevolmente, considerato un compito superspecialistico da affidare al neonatologo. Non è così, e nell'interesse dei bambini il PdF deve riprendere confidenza con l'esame clinico del neonato.

Il sostegno ai genitori S. Conti Nibali (Messina)

I primi giorni e settimane dopo il ritorno a casa sono cruciali per lo sviluppo delle competenze educative e di accudimento dei genitori. Quale ruolo per il PdF?

Quo vadis influenza? G. Bartolozzi (Firenze)

L'interesse per la vaccinazione anti-influenzale è sempre molto vivo e le novità sui vari tipi di vaccino disponibili e sulle loro indicazioni aumentano. È tempo di chiarirsi le idee.

GRUPPI DI LAVORO

Vaccinazioni G. Bartolozzi

Allattamento al seno in pratica S. Conti Nibali

La presa in carico del neonato L. Marolla

DOMENICA

LE NOVITÀ - TRE REGOLE PER OGNI MALATTIA

Semplificare e individuare i messaggi guida per nove malattie comuni

Atresia biliare, Epatite acuta, Litiasi biliare G. Maggiore

Stipsi, Appendicite acuta, Il lattante febbrile L. Peratoner

Cefalea, Tic, ADHD P. Mariotti

Novità in Pediatria F. Panizon (Trieste)

Segreteria organizzativa: Quickline sas

via S. Caterina da Siena 3, 34122 Trieste

Tel. 040 773737 - 363586 Fax 040 760590 cell. 333 5223519

e-mail: info@quickline.it