

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

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETE-ENDOCRINOLOGIA, EMATOLOGIA-ONCOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFRO-UROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, REUMATOLOGIA, VACCINAZIONI

Spesso accade di dover vaccinare bambini extracomunitari che hanno iniziato nel loro Paese le vaccinazioni con un calendario diverso dal nostro.

In questi casi è meglio completare le vaccinazioni secondo il loro calendario o seguire il nostro?

Un esempio è la vaccinazione DTPa: se un bambino ha eseguito le prime tre dosi a intervalli ravvicinati di due mesi, la quarta dose è meglio farla dopo un anno (secondo il loro calendario), o attendere 4-5 anni (secondo il nostro)?

dott. ssa Marinella Mao

Le variabili di cui tener conto sono molteplici.

1. Da quale Paese viene il bambino?

Secondo una pubblicazione olandese (Schulpen TWJ, et al. *Lancet* 2001;358:2131-2), su 98 bambini adottati nelle diverse parti del mondo, il Paese di provenienza meno veritiero è risultata la Cina (su 98 bambini i 3/5 erano pienamente protetti, secondo quanto registrato, un quarto era solo marginalmente protetto e il restante 14/98 non era affatto protetto per difterite e tetano). Per la polio dal 25% al 30% risultavano non protetti. Dall'esame di altri 35 bambini provenienti dall'Africa, dal Sudamerica e dall'Europa dell'Est la copertura vaccinale riportata sui documenti corrispondeva meglio ai risultati ottenuti con la ricerca degli anticorpi. Quindi i bambini provenienti dalla Cina vanno seguiti con particolare attenzione.

In una ricerca analoga, condotta a Genova (Piedemonte C, et al. *Ital J Pediatr* 2002;28:392-5), su 45 bambini, provenienti da diverse parti del mondo, il 44,4% aveva un titolo insufficiente di anticorpi antipolio per i virus 1, 2 e 3 o di anticorpi antitetano e antidifterite.

2. Il calendario di vaccinazione è stato osservato attentamente?

Una cartellina di vaccinazione, che riporti di seguito tutte le date scritte con la stessa penna o a una distanza ultraprecisa fra una dose e l'altra, va guardata con sospetto.

3. Quali anticorpi ricercare?

È chiaro che per alcuni vaccini fare una dose o due in più non costituisce alcun pericolo. Ma questo non è vero per il vaccino contro il tetano, per il quale viene consigliato di non superare le 5 dosi entro i 6 anni di età, cioè una in più delle 4 prescritte dal nostro calendario. Poiché l'anatossina tetanica induce già dopo le prime dosi una positività delle reazioni di ipersensibilità ritardata, è possibile, se si insiste con le vaccinazioni, che possano insorgere reazioni sia locali che generali.

È per questo che in una vecchia circolare del Ministero viene giustamente consigliato, quando non si conosca o non ci si fidi di quanto riportato, di dosare gli anticorpi antitetano.

Se la quantità presente nel siero è $\leq 0,01$ UI/ml, il bambino non ha ricevuto alcuna dose di vaccino antitetano; se la risposta si situa fra 0,01 e 0,1, vuol dire che il bambino ha avuto qualche dose di vaccino, ma non ha ancora difese sufficienti ed è necessario fare un richiamo; ma se la risposta è $\geq 0,1$ UI/ml, vuol dire che il bambino è stato sufficientemente vaccinato e non si deve fare niente. Per analogia possiamo giudicare le altre vaccinazioni sulla base di quanto abbiamo visto per il tetano.

Altrimenti, se ha un buon laboratorio a disposizione, può richiedere gli anticorpi specifici per tutto quello che le sembra dubbio.

4. Come adattare il loro calendario al nostro?

L'adattamento è sempre difficile e richiede un giudizio particolare caso per caso, per cui non sono in grado di darle dei consigli generali. Ovviamente l'età del bambino è fondamentale per decidere quali vaccini usare.

In particolare per il vaccino DTPa, se il bambino viene da un Paese che prevede 5 dosi prima dei 6 anni, è bene fare una dose dopo un anno e una quinta a 5-6 anni. Si ricordi che in fondo solo qualche anno fa anche noi seguivamo questa stessa schedula.

A proposito di farmaci immunostimolanti, l'Agenzia Francese di Sicurezza Sanitaria ha deciso di ritirare dal commercio questi farmaci. Secondo la suddetta agenzia l'efficacia scientifica di questi farmaci non è affatto dimostrata. Nel bambino affetto spesso da infezioni di origine virale, può essere sufficiente ricorrere a farmaci sintomatici (antifebbrili, antitosse, sedativi della tosse). Per quanto riguarda l'adulto, penso sia importante far leva sui fattori di prevenzione (allergie, fumo attivo e passivo ecc.).

Voi cosa ne pensate sull'utilità degli immunostimolanti? Le stesse indagini, effettuate in Francia per valutare l'efficacia e la sicurezza di questi farmaci, non potrebbero essere fatte anche in Italia?

Pediatra di famiglia

Nell'ABC pubblicata su *Medico e Bambino* con il titolo "Dal bambino linfatico al bambino con infezioni respiratorie ricorrenti" (2006;25(3):183) il prof. Panizon si è dilungato molto sugli immunostimolanti, prendendo in rassegna tutta la vasta letteratura sull'argomento. Letteratura che nel complesso dimostra un vantaggio misurabile degli immunostimolanti, ma che ha ancora molti difetti metodologici che ne limitano il valore dell'evidenza e che suggeriscono la necessità di ulteriori studi clinici.

Le ricordo inoltre che proprio su *Medico e Bambino*, nel 1988, sono stati pubblicati i risultati di uno studio condotto in Italia con la supervisione dell'Istituto Mario Negri e che ha impegnato ben 177 pediatri di famiglia per un totale di quasi 1000 bambini. In questo studio l'estratto batterico allora utilizzato, Lantigen B, aveva portato a una riduzione del 30% nel numero delle infezioni respiratorie rispetto ai non trattati, i quali, peraltro, avevano avuto anche loro, "naturalmente", nel secondo bimestre di follow-up, una riduzione molto marcata delle infezioni.

Il prof. Panizon ha concluso così la sua disamina sugli immunostimolanti nel

bambino con IRR: "Credo che la decisione se trattare o non trattare deve essere adeguata allo stile del medico e alla qualità dell'equilibrio familiare". In altre parole ogni medico è libero di farne l'uso che crede, sapendo che certamente non sta sbagliando (le evidenze di efficacia, anche se deboli, ci sono), ma sapendo anche che, altrettanto certamente, non può aspettarsi troppo da questo trattamento e che quel bambino trattato con gli immunostimolanti avrebbe comunque, anche da solo, ridotto di molto la numerosità delle sue infezioni per la felicità di tutti.

Bambino di tre mesi con angiomi piani multipli; un angioma interessa quasi tutta la palpebra sx; un altro metà di quella dx; un terzo copre la glabella e il terzo superiore del naso. Si deve fare niente nel timore di una sindrome di Sturge-Weber?

Pediatra di famiglia

Il bambino viene descritto come portatore di "angiomi piani multipli" simmetrici del viso: sono interessate infatti entrambe le palpebre, la glabella e il terzo superiore del naso. Questa dizione non è corretta; il termine corretto per queste le-

sioni è quello di malformazione capillare della linea mediana: le malformazioni capillari mediane vengono anche definite "chiazze vascolari o nevi flammei del neonato" o "chiazze salmone (*salmon patches*)". Hanno localizzazione mediofrontale, palpebrale simmetrica e bilaterale, nasale, nucale; hanno contorni irregolari e un colorito piuttosto pallido; sono molto frequenti (almeno il 50% dei neonati), pressoché parafisiologiche; si rendono sempre meno visibili con il tempo (già al primo anno di vita), anche se teoricamente sono persistenti. Non è necessaria alcuna indagine. Le malformazioni capillari laterali (nevi flammei o chiazze a vino porto - *Port wine stains*) invece sono stabili e maggiormente strutturate, di colore rosso cupo, ingraescenti nel tempo. Solo queste ultime, in particolare quelle riguardanti la zona media del viso e cioè l'area afferente alla prima branca del trigemino (V1), possono essere associate (vista la comune origine embriogenetica) ad anomalie vascolari delle leptomeningi ipsilaterali (pia madre) con le conseguenze che ne derivano: convulsioni, emiparesi, emiplegia, deficit neurologici che compaiono per la gran parte entro l'età di due anni. Inoltre in questi bambini può essere presente un aumento della vascolarizzazione della coroide ipsilaterale alla malfor-

mazione capillare con glaucoma, che può complicarsi con distacco di retina e cecità. Questo è il quadro della sindrome di Sturge-Weber, che si realizza in circa il 20% dei soggetti con nevo flammeo del volto riguardante l'area cutanea innervata dalla prima branca del trigemino. In questi casi quindi vi è una indicazione per una valutazione neurologica e per l'esecuzione di una RMN e angio-RMN encefalica.

Spesso per le mamme e i papà che lavorano è importante la consegna al datore di lavoro del certificato per restare a casa ad assistere il figlio ammalato, rilasciato dal proprio pediatra.

Vorrei sapere:

- a) qual è il termine entro il quale deve essere consegnato al datore di lavoro;
b) se c'è differenza tra un dipendente da ente pubblico e dipendente da privato.

Pediatra di famiglia

Il datore di lavoro va avvisato il prima possibile, anche telefonicamente. Il certificato, con la richiesta dell'assenza, entro tre giorni, come per la malattia del lavoratore. Non ci sono differenze tra pubblico e privato.

CASI INDIMENTICABILI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Vicenza, Vergilius Hotel, venerdì 9 febbraio 2007

- | | |
|---|--|
| <p>9.00 Prima sessione (8 casi)
moderatori: A. Ventura, L. Zancan</p> <p>11.00 Coffee break</p> <p>11.30 Seconda sessione (8 casi)
moderatori: G. Longo, G. Maggiore</p> <p>13.00 Colazione di lavoro</p> <p>14.30 Terza sessione (8 casi)
moderatori: M. Rabusin, F. Marchetti</p> <p>16.30 Coffee break</p> | <p>17.00 I casi ambulatoriali visti dagli specialisti
moderatori: F. Fusco, D. Sambugaro
- di Reumatologia (L. Lepore)
- di Epatologia 1 (G. Maggiore)
- di Epatologia 2 (L. Zancan)
- di Pronto Soccorso (A. Lambertini)
- di Dermatologia Pediatrica (I. Berti)</p> <p>18.30 Verifica di apprendimento (test di valutazione)</p> <p>19.30 Fine dei lavori</p> |
|---|--|

Invia il tuo caso indimenticabile (1 o 2 facciate) al nostro indirizzo di posta elettronica (ventura@burlo.trieste.it; longog@burlo.trieste.it) o in un floppy disk direttamente ad A. Ventura, IRCCS "Burlo Garofolo", via dell'Istria 65/1, Trieste ENTRO E NON OLTRE IL 20 dicembre 2006.

COMITATO SCIENTIFICO

Isabella Giuseppin, Giorgio Longo, Alessandro Ventura
Istituto per l'Infanzia, IRCCS "Burlo Garofolo"
Via dell'Istria 65/1 - 34137 Trieste
Tel. 040 3785361 Fax 040 3785362
e-mail: isabella.giuseppin@libero.it
Fabrizio Fusco, Daniela Sambugaro ARP Vicenza
e-mail: fuscosam1@tin.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

 Quickline Traduzioni&Congressi
via S. Caterina da Siena n. 3, 34122 Trieste
Tel. 040 773737 - 040 363586
Fax 040 7606590 - cell 335 7773507
e-mail: casi@quickline.it
<http://www.quickline.it>



PER QUESTO CONGRESSO SARANNO RICHIESTI I CREDITI FORMATIVI (ECM)