

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

### **Iperptrofia adenoidea: linee guida.**

dott. Leonardo De Luca (pediatra)  
San Nicandro Garg. (FG)

Per l'iperptrofia adenoidea le segnalazioni, non in ordine di importanza, le cose che ritengo più significative del mio sapere (le cose che nella pratica corrente rappresentano le mie "linee guida").

**1.** Le adenoidi tendono a crescere nel bambino fino ai 6 anni di età, dopodiché vanno in spontanea regressione (da non considerare quindi l'ectomia dopo l'età dell'asilo).

**2.** La radiografia in laterale del rinofaringe è il metodo "moderno" per evidenziare lo spessore della colonna aerea e quindi indirettamente giudicare l'indicazione di adenoidectomia. Oggi, però, anche questo sistema è superato dalla rinoscopia a fibre ottiche che, con strumento sottilissimo e ben accetto anche dai bambini più piccoli, permette di vedere perfettamente le adenoidi e la loro estensione.

**3.** L'iperptrofia adenoidea è molto meno importante nelle otiti medie ricorrenti di quanto gli otorini ci hanno fatto credere. La rinoscopia a fibre ottiche, permettendo di distinguere tra adenoidi grosse e ostruenti gli sbocchi delle tube di Eustachio e adenoidi soltanto grosse, rende l'indicazione all'ectomia più mirata.

**4.** Molti bambini che russano vengono adenoidectomizzati senza una precisa valutazione dell'occlusione dentale. Le disgnazie sono causa spesso misconosciuta di palato stretto, naso stretto, respirazione nasale difficile.

**5.** Un errore comune è veder togliere le adenoidi per le apnee nel sonno, che sono invece sempre legate all'iperptrofia tonsillare (più o meno associata ad un morso profondo: con spostamento della mandibola all'indietro) e mai a quella adenoidea!

**6.** Una recente pubblicazione ha evidenziato l'efficacia del beclometasone dipropionato (Clenil, Becotide) spruzzato nel naso per 2-4 mesi, nel ridurre l'ostacolo adenoideo. Una sorta di adenoidectomia

"medica" che forse merita di essere provata prima di dare il bambino in mano agli ORL.

*Una mia assistita di 2 anni presenta fin dai primi mesi di vita episodi di lateroflessione dx o sn del capo con andamento irregolare senza evidente limitazione funzionale. Tale atteggiamento è discontinuo e si alterna ad atteggiamenti perfettamente corretti del capo.*

*È possibile la rotazione laterale e la flessioestensione in avanti e indietro? Inoltre, a detta della madre, se la piccola flette la testa dal lato destro presenta vomito alimentare seguito da sonnolenza.*

*Sono stati eseguiti una visita neurologica con EEG risultati negativi e un esame Rx della cerniera atlanto-occipitale, anch'esso risultato negativo. Attualmente tali episodi si vanno gradatamente diradando.*

*Desidererei conoscere la vostra opinione sul caso ed eventualmente quali altri accertamenti eseguire.*

Pediatra

La sintomatologia descritta è perfettamente compatibile con la diagnosi di "torcicollo parossistico benigno". Questa è un'entità che è oggi considerata un equivalente emicranico, come la "vertigine parossistica benigna" alla quale somiglia molto. È un problema che si limita ai primi anni di vita. In genere vi è una familiarità e una possibile evoluzione in emicrania nell'età adulta.

**Otiti ricorrenti (OMAR):**

**1.** Quando è corretto eseguire timpanogramma?

**2.** Se il timpanogramma è di tipo B (piatto), quando e per quanto tempo ripetere l'esame?

**3.** Il timpanogramma di tipo B per più di tre mesi può compromettere l'udito?

**4.** La profilassi antibiotica dell'OMAR, sì o no?

**5.** Quando inviare allo specialista ORL?

Pediatra

Nell'otite ricorrente (3 episodi in 6 mesi, o 4 in un anno) ha senso eseguire la timpanometria per verificare l'esistenza di un essudato persistente (otite media essudativa) che è evoluzione e causa dell'OMAR.

La timpanometria va eseguita dopo almeno un mese dall'ultimo episodio acuto (tempo necessario per un'eventuale risoluzione spontanea). Nei primi tre mesi la gran parte dei casi di OMAR si risolve spontaneamente, per cui un controllo andrebbe fatto dopo questo tempo. Un timpanogramma piatto, indipendentemente dalla durata, è fortemente indicativo di un deficit uditivo.

Questo può essere più o meno importante. Un'ipoacusia persistente va corretta per le possibili ripercussioni negative sull'acquisizione del linguaggio.

La profilassi antibiotica è certamente utile, ma sul piatto dei costi e benefici va oggi considerato con particolare attenzione l'impatto dell'antibiotico sulle resistenze batteriche, in particolare quella del pneumococco alla penicillina/ampicillina.

Se vi è il sospetto di un'ipoacusia (timpano retratto, timpanometria piatta, alta ricorrenza delle otiti), l'invio ("protetto") allo specialista di fiducia è certamente opportuno (se non altro per eseguire l'audiometria).

**Esiste una relazione tra alopecia e infezione da streptococco beta-emolitico di gruppo A, come mi è stato segnalato da un collega dermatologo per una paziente?**

**Se la risposta è positiva, è corretto trattare con antibiotici?**

dott. Salvatore Romano (pediatra di base)  
Ischia Porto (NA)

Ci sono forti evidenze che depongono in favore di un meccanismo autoimmune alla base dell'alopecia areata (immagino che a questa si riferisse il collega).

Come per ogni altra malattia autoimmune non è identificabile il fattore che scatenava il meccanismo autoaggressivo, ma lo streptococco, la patologia "focale" e il trattamento antibiotico non hanno nessuno spazio in questa patologia.

Gli interventi terapeutici proposti per l'alopecia sono molti, ma nessuno dà dei risultati certi. Il farmaco usato da più tempo è il cortisone, sia localmente che per via sistemica; nei casi molto gravi ad esordio recente è stato tentato con successo il trattamento con dosi bolo di metilprednisolone endovena.

---

*La presenza di abbondante peluria sulla parte esterna dei padiglioni auricola-*

*ri di un neonato ha un particolare significato clinico, oppure è da considerare un fenomeno trascurabile e a carattere transitorio?*

Pediatra

È un'alterazione parafisiologica transitoria, che non ha nessun carattere di patologia, e da non considerare.

---

*Quale condizione morbosa dell'occhio materno controindica l'allattamento con latte della madre?*

Pediatra di base

Potrei rispondere, con sostegno della letteratura scientifica, che non esiste alcuna controindicazione ad allattare al seno nell'ambito delle patologie oftalmologiche

materne. Il condizionale però è d'obbligo, perché è difficile essere equilibrati nel promuovere l'allattamento al seno in puerpere che, per miopia elevata accompagnata al distacco di retina, sono state addirittura sottoposte al taglio cesareo e hanno già ricevuto il consiglio dal loro oculista di fiducia di non allattare al seno o di allattare soltanto per un periodo limitato (limite peraltro arbitrariamente fissato).

In questi casi eviterei di fare una crociata ma, se interpellato dalla donna, spiegherei che la miopia semplice di per sé non controindica l'allattamento al seno (vedi un vecchio studio pubblicato dagli oculisti triestini su *Medico e Bambino* n.2/1985, pag. 114) e che la stanchezza avvertita dalla donna che allatta non è paragonabile agli sforzi sostenuti durante il travaglio del parto.

Ricordiamo infine che eventuali rischi (veri, ma più spesso supposti) dell'allat-

## CORSO DI AGGIORNAMENTO IN ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA PEDIATRICA

SIEDP - ACP: Rimini 15-16 maggio 1998

Il Corso è rivolto al pediatra di base. Le sessioni plenarie si svolgeranno secondo il modello del "confronto": gli oratori (uno specialista endocrinologo e un generalista esperto), dopo una breve presentazione del proprio punto di vista sull'argomento affidato, risponderanno alle domande del pubblico. Nelle sessioni per piccoli gruppi saranno redatti dei protocolli di comportamento (uno per ciascun gruppo) che a sua volta saranno sintetizzati in seduta plenaria in un documento finale di comportamento con l'approvazione del pubblico. Queste linee guida saranno pubblicate rispettivamente sulla *Rivista di Diabetologia Pediatrica* e su *Quaderni ACP*. Nella sessione "Presentazione di casi clinici" saranno presentati da parte del pubblico tre casi clinici particolarmente istruttivi inerenti la materia, precedentemente selezionati (**i casi dovranno pervenire alla Segreteria Scientifica entro il 15.4.98**). Gli oratori saranno ospiti del Congresso. I casi selezionati saranno pubblicati su *Medico e Bambino*.

### Venerdì 15 maggio

- ore 14.30 - 15.15 **Obesità nel bambino e nell'adolescente** (pediatra generalista ed endocrinologo a confronto)  
G.C. BIASINI - S. BERNASCONI - modera A. ALBERTI
- ore 15.15 - 16.45 **SESSIONI PARALLELE** Elaborazione di un protocollo (i "10 comandamenti") da parte di ogni gruppo sui seguenti argomenti:  
**Schemi e dosi di terapia insulinica** (3 gruppi paralleli)  
**Indicazioni convenzionali all'uso del GH** (3 gruppi paralleli)
- ore 17.00 - 17.45 **Presentazione di casi clinici da parte del pubblico** con il commento di M. CAPPA - V. VECCHI
- ore 17.45 - 18.30 **Elaborazione di una linea guida conclusiva e condivisa sulle indicazioni all'uso del GH**  
B. BOSCHERINI - S. LOCHE (sintesi dei protocolli proposti dai gruppi di studio discussa in aula con il pubblico)

### Sabato 16 maggio

- ore 9.00 - 9.45 **Quando inviare il bambino allo specialista endocrinologo** (pediatra generalista ed endocrinologo a confronto)  
F. PANIZON - E. CACCIARI - modera S. VOLPATO
- ore 9.45 - 11.15 **SESSIONI PARALLELE** Come imparare a leggere l'età scheletrica in 90' (3 gruppi)  
**L'adattamento insulinico** (altri "10 comandamenti") (3 gruppi)
- ore 11.45 - 12.45 **Elaborazione di una linea guida conclusiva e condivisa di terapia insulinica**  
M. VANELLI - M. POCECCO (sintesi dei protocolli proposti dai gruppi di studio discussa in aula con il pubblico)

#### Segreteria Scientifica

A. Brunelli, G. Cerasoli, V. Lotti, M. Pocecco (Cesena)  
tel. 0547/372841 - fax 0547/352656  
e-mail: mpocecco@cess.unibo.it

#### Segreteria Organizzativa

ADRIA CONGREGEX  
Parco F. Fellini, 3 - 47900 Rimini  
tel. 0541/56404 - fax 0541/56460 • e-mail: acx@iper.net

tamento al seno sono quasi sempre abbondantemente compensati dai vantaggi (questi ben documentati e rilevanti).

Come mi sembra di aver compreso dall'articolo del prof. Guandalini (*Medico e Bambino* 6/93) e dal lavoro pubblicato su *Medico e Bambino* 3/94, la diarrea con sindrome colitica (feci con muco e sangue) è causata "quasi sempre" da batteri, o dalla giardia, mentre feci non colitiche sono "quasi sempre" dovute a virus, eccezion fatta per alcune forme causate da *Yersinia enterocolitica* (vedi Schede autodidattiche di infettivologia pediatrica - Smithkline Beecham, distribuite da *Medico e Bambino* 8/94). Dunque, se è così, basta osservare le feci per dire se la diarrea è virale o no? Inoltre, nella diarrea da salmonelle, (eccetto che nel neonato, sospetta sepsi ecc.) non bisogna somministrare alcun tipo di antibiotico? Infine, nella diarrea "protratta" da salmonelle con calo ponderale tra il 5 e il 10%, è consigliabile somministrare antibiotici?

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

No, malgrado quello che è stato scritto non credo a questo potere magico. Probabilmente il "quasi sempre" va sostituito con "molto spesso". Febbre alta, sangue nelle feci, leucociti nelle feci danno un punteggio in favore dei batteri. Quanto alle indicazioni sì/no della terapia antibiotica nell'infezione da salmonella, credo che le affermazioni in negativo degli anni '70 meritino oggi una revisione sperimentale, una sperimentazione controllata che non mi risulta sia stata fatta e in base alla quale soltanto si potrebbe rispondere con un sì o con un no.

Quali sono i segni e i sintomi di sospetta sepsi in corso di diarrea da salmonella nelle diverse età? Al riguardo non ho trovato nulla di veramente chiaro.

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

Neanch'io, perché una batteriemia più o meno prolungata è ammessa come fatto comune nella febbre intestinale da salmonella. Febbre elevata con brividi è comunque un sintomo molto suggestivo.

Lo *Streptococcus viridans*, isolato da solo o insieme con altri germi (come stafilococchi, altri streptococchi alfa-emolitici ecc.) in un tampone faringotonsillare di un bambino, è sempre da considerare un germe pericoloso, anche in bambino senza cardiopatia: in altre parole, se il bambino non rientra nel gruppo da profilassare per endocardite, dovendo praticare per esempio un intervento dal dentista, va praticata la profilassi?

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

Lo *Streptococcus viridans* in faringe è sempre un saprofito buono. Tutti i bambini con cardiopatia congenita o acquisita, ma solo questi, meritano una profilassi antibiotica breve e intensa in occasione delle cure dentistiche e otorinolaringoiatriche, o più in generale sulle alte vie respiratorie, indipendentemente dall'esame culturale, in quanto la batteriemia da streptococco alfa-emolitico è sempre possibile in queste occasioni.

Ho in cura una bambina che evacua tutti i giorni, ma emettendo le classiche "palline".

Occorre indagare per un'eventuale patologia, o considerare la cosa normale? Premetto che la bambina ha una crescita e un'alimentazione normali.

dott.ssa Cristiana Cappellini  
L'Aquila

La definizione di stipsi è più basata sulla frequenza delle defecazioni (per convenzione inferiori a 2-3 alla settimana) che sulle caratteristiche delle feci evacuate. La consistenza delle feci assume importanza qualora costituisca ostacolo alla loro emissione, dolore addominale o lesioni anali (ragadi).

Nel caso in oggetto (bambina che evacua tutti i giorni le classiche "palline", ritengo senza dolore, in quanto non specificato nella domanda, e che cresce e si alimenta normalmente), non esiste alcuna necessità di indagini volte ad escludere una causa organica. È possibile che sia una bambina che beve poco e che le "palline" siano pertanto la conse-

guenza di un'eccessiva disidratazione della massa fecale.

Se proprio dovessi consigliare un intervento terapeutico, l'approccio più razionale è l'impiego di emollienti e di blandi osmotici: il lattuloso è in questo caso il trattamento di prima scelta, insieme al consiglio di assumere più liquidi nell'arco della giornata.

*Praticando un controllo ematologico di routine in un bambino peraltro sano, è stata evidenziata una tachisedimentazione (VES 1 h: 70). Ho ritenuto necessario un breve ricovero ospedaliero (ansia familiare ecc.). Il bambino, anche durante la degenza, non ha presentato febbre. È stato trattato con amoxicillina, malgrado la negatività del tampone faringotonsillare per streptococco beta-emolitico di gruppo A. La diagnosi di dimissione è stata di "faringotonsillite". La VES si è poi ridotta nel tempo. Tale situazione si è ripresentata nei due anni successivi. Il bambino è sano.*

*Anche la sorella più piccola ha presentato un tale quadro di VES "fluttuante" nel tempo, con in più un'anemia ferropriva (II stadio).*

*Domando: sempre più sono le segnalazioni di faringotonsillite afebrile (da SBEA, Mycoplasma, Chlamydia ecc.), ma una VES così alta è possibile?*

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

Mai fare "esami ematologici di routine".

Mai dare peso a una VES isolatamente elevata. Altre cose e non solo lo SBEA possono smuovere la VES che è l'esame più sensibile ma meno specifico che ci sia.

*Vivo e lavoro nelle USL Versilia-Toscana e, in qualità di pediatra di base, mi vengono richiesti parecchi certificati che attestino la buona salute di bambini che hanno mancato la frequenza scolastica anche per pochi giorni (talvolta basta l'assenza di un giorno in prossimità delle festività) e per i motivi più vari (malattia, settimana bianca, matrimonio di un familiare).*

*Vorrei avere una risposta ai seguenti quesiti: Questi certificati vengono richiesti su tutto il territorio nazionale? Chi ha emanato tali disposizioni (Ministero della Sanità, Ministero della Pubblica Istruzione, Assessori Comunali)? Cosa si può fare per limitare queste certificazioni del tutto inutili e che creano disturbi non indifferenti al pediatra e soprattutto ai genitori, costretti talvolta a perdere mezza giornata per un foglio di carta? Infine con ironia, che fine fanno questi certificati?*

*Vengono conservati per 5-10 anni o vengono poi distrutti davanti a un notaio?*

Pediatra di base

Sono disposizioni che discendono dal DPR 1518/1967, riguardante i servizi di medicina scolastica.

Nell'articolo che tratta della "difesa dal-

le malattie infettive" si afferma che l'alunno che rimane assente da scuola per più di 5 giorni può essere ri ammesso previa certificazione da parte del medico scolastico o del medico curante attestante la natura della malattia sofferta e l'idoneità alla frequenza (assenza di dif-fusibilità).

Se l'assenza dura meno di 5 giorni o è legata a motivi diversi, la "giustificazione" può o deve essere fatta dai genitori. La sorte dei certificati non la conosco e non credo che interessi a nessuno.

*La laringite ricorrente può essere causata da un reflusso gastroesofageo (GER) in un bambino dopo i 2-3 anni di vita che non ha mai presentato sintomi cronici da reflusso?*

*Un GER (con sintomatologia tipica o atipica) può comparire dopo i due anni di vita?*

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

Un GER può comparire a qualunque età (in genere di fatto compare nel soggetto adulto). Non impossibile (niente è impossibile a questo mondo) anzi teoricamente possibile che il GER dia laringospasmo (specie se il reflusso arriva in laringe), ma assai difficile che dia una "laringite ricorrente".

Perché mai pensare al GER in una condizione relativamente comune e proprio nell'età indicata per il caso in questione?

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 .....

**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