

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

**Una domanda su domperidone e allattamento al seno, al seguito della recente posizione dell'FDA e dell'AIFA. Quali sono i possibili effetti collaterali, qualora venga prescritto alla mamma nutrice per favorirne la lattazione?**

dott.ssa Daniela Sambugaro (Pediatria di famiglia)  
Valdagno (VI)

La posizione dell'FDA aveva anche implicazioni politico-commerciali, visto che il domperidone negli USA entrava dal Canada! Il domperidone è, nonostante quanto recita il relativo foglietto illustrativo anche italiano, molto sicuro in allattamento sia secondo il giudizio dell'AAP (2001) sia secondo Hale (2004), autorità in proposito. Le basi di questa sicurezza sono: 1) bassissima concentrazione nel latte materno (2,6 microgrammi/l per somministrazioni materne di 30 mg/die); 2) l'uso sicuro del farmaco anche nei neonati in caso di reflusso gastroesofageo.

**Un mio paziente di 20 mesi è tenuto dai genitori in dieta priva di glutine, perché quando lo assume - anche solo dopo pochi giorni - compaiono, secondo loro, estrema irritabilità, disturbi del sonno e vomiti saltuari. Gli anticorpi anti-transglutaminasi sono negativi, ma sempre eseguiti in dieta poverissima di glutine. Gli HLA sono compatibili per celiachia. Dopo quanto tempo e con quali quantità di glutine gli anticorpi anti-transglutaminasi diventano significativi? Se i genitori continuano a rifiutarsi di reintrodurre il glutine, come è possibile fare diagnosi di celiachia?**

dott.ssa Daniela Sambugaro (Pediatria di famiglia)  
Valdagno (VI)

Penso che non bisogna ossessionare ora i genitori: il problema se è celiaco o no può rimanere sospeso fino a quando i genitori (e il bambino) non saranno in grado di ridare il glutine stabilmente. È

vero che può essere tutto una montatura (in effetti sembra che lo sia dalla storia), ma mi sembra difficile (e poco sensato) insistere contro il volere e parere dei genitori affinché il bambino mangi il glutine ora come ora in maniera continuata e sufficiente per fare la diagnosi.

Teoricamente (e anche praticamente) una soluzione ci sarebbe ed è quella di fare una biopsia e studiare in vitro la risposta mucosale anticorpale dopo coltura con glutine. Ma, a fronte di questa possibilità, mi sembra più semplice e sicuro aspettare e portare dolcemente i genitori ad accettare di reintrodurre stabilmente il glutine.

**Una bimba di 6 anni riferisce per la seconda volta una penosa sensazione di tachicardia subito dopo l'inalazione di 2 puffi di Ventolin spray; il sintomo è durato una decina di minuti ed è stato verificato dalla mamma.**

**Molte altre volte ha fatto questa terapia senza riportare alcun tipo di effetto collaterale. È riferibile al salbutamolo? C'è una spiegazione all'incostanza dell'effetto?**

Pediatria di base

Uno degli effetti collaterali più comuni del salbutamolo è il "cardiopalmo" (sensazione di battito accelerato o violento). In genere viene lamentato più frequentemente tra chi non ha, o ha poca, asma che tra gli asmatici "incalliti" consumatori di salbutamolo. Il fatto che la bambina lamenti questo fastidio in modo incostante lo attribuirei alla possibile variabilità nella dose inalata (che è poi quella assorbita che fa l'effetto sistemico). A seconda di come viene inalato lo spray la percentuale che arriva al polmone (vie bronchiali) varia da poco o niente al 20% della dose erogata.

**Alcune mamme mi hanno chiesto un parere circa la potenziale nocività dei**

**pasti caldi serviti in piatti di plastica alla mensa scolastica. Sarebbe da prendere sul serio?**

dott. Antonio Guerrieri (Pediatria di libera scelta)  
Cagnano Varano (FG)

Anche nel nostro Ospedale Pediatrico i pasti, da molti anni a questa parte, vengono serviti nei piatti di plastica. Tutte le acque minerali (o quasi) sono contenute nelle bottiglie di plastica. E questa non è un'abitudine soltanto italiana. Tutto questo per dire che, pur non conoscendo gli aspetti tecnici del problema, credo ci si possa fidare.

**Ragazzina di 13 anni da circa 2 anni presenta orticaria che recede solo se si somministra antistaminico (cetirizina). Durante questo lasso di tempo ha eseguito, su indicazione di svariati allergologi, "infiniti" esami, di cui riporto brevemente i risultati: prick test per inalanti e alimenti negativi, RAST classe 2 per alternaria negativi, IgE totali 29 kU/l; funzionalità renale, epatica, pancreatica e tiroidea nella norma; complemento C1 inibitore nella norma, test intradermico con autosiero negativo, anticorpi anti-antigeni nucleari estraibili negativi; ANA, EMA, AGA negativi con IgA nella norma; ricerca Helicobacter pylori, esame feci e ricerca parassiti nella norma; Rx seni paranasali e retrofaringe nella norma.**

**A ogni tentativo di sospensione dell'antistaminico l'orticaria ricompare diffusamente su tutto il corpo, mandando nello sconforto la ragazzina e ancor di più i genitori. Come devo comportarmi? Quali consigli dare?**

dott.ssa Anna Nosedà, Como

Mi sembra che abbia già fatto tutto quello che si doveva fare; eventualmente ancora la funzionalità tiroidea e gli autoanticorpi (vedi *Medico e Bambino*, pagine elettroniche di marzo 2005, l'ar-

## Domande & Risposte

ticolo di GC Indirli: "Orticaria cronica e tiroidite autoimmune: un'associazione da ricercare in pediatria").

Cerchi di consolare la ragazza e i genitori. Io sono solito dire che "l'orticaria è la malattia dei sani", proprio perché gli esami risultano sempre ostinatamente negativi. Tolga ogni idea di malattia allergica e spieghi che è un problema di immunità che si sta esprimendo con "eccesso di zelo" e che comunque, sempre, prima o poi (ma a volte ci vogliono, come nel suo caso, più anni), tutto finirà senza alcuna ricaduta sulla salute dell'interessato. Le dica anche che è fortunata a rispondere così bene a dosi relativamente basse di cetirizina e che questo farmaco è certamente il più efficace, ma anche il più collaudato per essere esente da effetti collaterali anche quando usato per trattamenti "infiniti", e non va pertanto mai risparmiato, né si deve avere troppa fretta di sospenderlo. In conclusione, veda di convincere che non è il caso di preoccuparsi.

***Durante il Congresso di Tabiano 2005, il dottor Aldo Scabar ci ha parlato della dislessia, ma non ho capito quali sono i bambini che noi pediatri di base dobbiamo inviare al logopedista e quando dobbiamo farlo. Posso avere qualche esempio pratico?***

dott. Angelo Adorni (Pediatria di base)  
Collecchio (PR)

I disturbi del linguaggio sono un fattore di rischio di dislessia; peraltro le due condizioni non sono necessariamente correlate. La dislessia, se sopravviene, avrà bisogno di un trattamento riabilitativo ma non di tipo classicamente logopedico. In ogni modo, i bambini con disturbi del linguaggio che vanno mandati sicuramente dal logopedista sono quelli che:

- 1) a due anni non hanno ancora acquisito un linguaggio frasato (il 10° centile si pone per questa caratteristica a 20 mesi);
- 2) dopo i 5 anni continuano con i processi fonologici (ovvero quelle semplificazioni della pronuncia che possono tradire una scarsa consapevolezza linguistica); ad esempio "tefono" al posto di telefono, oppure "stada" al posto di strada.

**NB.** La familiarità per i disturbi del linguaggio è la regola piuttosto che l'eccezione e bisogna considerare che all'interno della stessa famiglia ci possono

essere persone con una maggiore o minore compromissione delle abilità linguistiche.

Ciò significa che, se un genitore "ha parlato tardi", ma non ha avuto poi alcun problema, non è detto che questa sarà la prognosi del nostro bambino.

Vale sempre la regola che i maschietti sono più vulnerabili.

***Nell'articolo sull'ipoglicemia neonatale (Medico e Bambino 2004;23(11):699-704) si fa cenno parlando della prognosi al fatto che nei nati a termine l'esito negativo sembra rilevante solo in caso di ipoglicemia sintomatica, salvo poi precisare che sequele neurocomportamentali si hanno nel 50% dei casi di ipoglicemia accompagnata da convulsioni; questo vuol dire che la sintomatologia non convulsiva (tremore, irritabilità ecc.) è scevra da rischi di esiti?***

Pediatria di base

Ciò che è noto sulla prognosi dell'ipoglicemia nel nato a termine è basato su studi molto vecchi e con casistica e follow-up limitati.

Con le limitazioni ricordate, si può peraltro concludere che: 1) un neonato sano con ipoglicemia asintomatica ha un'ottima prognosi; 2) un neonato con convulsioni da ipoglicemia ha un rischio di handicap del 50% circa; 3) un neonato con ipoglicemia sintomatica, ma senza convulsioni, ha un rischio di esiti a distanza del 12% circa.

Nei nati pretermine è invece provato che un'ipoglicemia asintomatica ripetuta può associarsi ad esiti neurologici a distanza.

***Neonato con imponente nevo a mutandina: si deve prevedere una rimozione? Quali modalità e in che tempi?***

Pediatria, Lecce

Come è noto, vi è un documentato reale rischio di comparsa di melanoma maligno in un nevo melanocitico congenito gigante (CGMN) come quello a mutandina. I dati numerici a riguardo sono variabili, ma tale rischio si può collocare tra il 4% e il 14% nel corso della vita; in più della metà dei casi il melanoma compare precocemente entro la prima decade.

Sappiamo che nei CGMN del periodo neonatale gran parte delle cellule nevi-

che sono localizzate nella parte alta delle papille dermiche e che c'è un piano di clivaggio tra la parte alta del derma e il derma inferiore che si riduce dopo le due settimane.

In base a questi dati si consiglia l'asportazione del nevo, o meglio la sua riduzione, da praticare con la tecnica del "curettage" in anestesia generale dal centro alla periferia entro le prime due settimane, in quanto il piano di clivaggio tra derma superficiale e profondo è, in questo periodo della vita neonatale, molto evidente e rende agevole la riduzione notevole della lesione. I risultati cosmetici sono abbastanza buoni e superiori a quelli della dermoabrasione che ha il rischio di essere fatta o troppo superficialmente, e quindi essere inefficace, o troppo profondamente e lasciare brutti esiti cicatriziali. La procedura del curettage è relativamente poco traumatica, ben tollerata e si accompagna a modesta perdita ematica. Va eseguita in un centro altamente specialistico da persone esperte.

Questa tecnica ovviamente non permette di eliminare le cellule nevi che della parte profonda del derma, ma è ragionevole ritenere che la rimozione precoce di un numero elevato di cellule nevi che pigmentate perlomeno riduca il rischio globale di malignità. Per le età successive al di là del periodo neonatale rimangono gli interventi più invasivi e demolitori di chirurgia plastica "multisep" e uso di expanders tessutali e grafting.

***Una bambina di 3,5 anni per la terza volta nell'arco di ultimi 18 mesi presenta un quadro di febbre elevata, tosse, discrete condizioni generali, rantoli inspiratori senza polipnea, risoluzione "immediata" con amoxicillina. Nel secondo episodio è stata fatta una Rx che non ha evidenziato addensamenti; l'emocromo e le immunoglobuline (IgG, IgA, IgM, IgE) richiesti al terzo episodio sono normali; il laboratorio non dosa le IgG antitetano; la crescita e l'EO fuori degli episodi sono normali. A cosa bisogna pensare? Occorrono altri accertamenti?***

Pediatria di base

Penso che abbia avuto tre broncopolmoniti. La negatività dell'Rx non stupisce (in fase inicialissima può capitare che sia più significativa la clinica). I tre episodi in poco tempo, e specie se fos-

sero sempre dalla stessa parte, sono una indicazione ad approfondire l'indagine con TAC polmonare ad alta risoluzione. Magari la prossima volta, se ci sarà, farei accanto all'emocromo anche una PCR per confermare maggiormente l'eziologia batterica che la risposta immediata all'amoxicillina darebbe per certa.

**Una bambina di 4 anni affetta da displasia ectodermica a esclusivo interessamento del cuoio capelluto comincia ad avere seri problemi relazionali, dal momento che i suoi capelli sono rappresen-**

**tati da una lanugine molto diradata, per cui comincia ad avere gravi imbarazzi per il disestetismo.**

**Non ci sono anomalie della sudorazione né dei denti; normali ciglia e sopracciglia.**

**I genitori vorrebbero sapere:**

- 1. Si può fare una diagnosi genetica di certezza?**
- 2. Ci sono prospettive di terapia?**
- 3. È ipotizzabile un trapianto di capelli?**

Pediatra di base

Dalla sommaria descrizione fatta, la bambina dovrebbe essere una portatrice

della forma X-linked recessiva di displasia ectodermica e cioè della displasia ectodermica ipodrotica o sindrome di Christ-Siemens Touraine. Le femmine portatrici hanno infatti nel 70% circa dei casi capelli radi e scarsi. È attualmente possibile fare la diagnosi genetica di questa malattia anche in Italia.

Una terapia risolutiva non è disponibile. Il trapianto di capelli mi sembra poco proponibile, visto che tutti i capelli della bambina sono alterati. Non ho esperienza e conoscenze su questo; al limite potrebbe essere interpellato un chirurgo plastico.

## LE GIORNATE DI MEDICO E BAMBINO

Alessandria, 7-8 aprile 2006 - Hotel Marengo

### Venerdì 7 aprile

- 9.00 - 9.30** **Giovani 3 volte: tre casi presentati dagli specializzandi**  
modera F. Panizon
- 9.30 - 11.00** **Problemi correnti**  
Il bambino che non mangia mai (M. Dunitz, Graz)  
Bambini corti e bambini lunghi (G. Bona, Novara)  
Teste piccole, teste grandi, teste "storte" (L. Genitori, Firenze)
- 11.20 - 11.50** **Aggiornamento** modera F. Marchetti  
Anemie 2005: facili e difficili (U. Ramenghi, Torino)
- 11.50 - 12.50** **Pagina gialla**  
Ultime notizie a cura di A. Ventura  
L'articolo dell'anno letto dall'autore:  
"Otite media suppurativa: uno studio che chiude il problema?" (F. Marchetti, Trieste)
- 12.50 - 13.10** **Editoriale** (G. Tamburlini, Trieste)
- 14.30 - 15.00** **Giovani 3 volte** modera M. Fontana
- 15.00 - 16.15** **La Gazzetta del Nord Ovest**
- Succede anche questo (E. Ballerini, Milano)
  - Non sempre le cose stanno come sembrano (A.G. Giurgola, Milano)
  - Globuli bianchi: pochi, troppo pochi o troppi? (F. Bagnasco, Aosta)
  - Una accusa infondata (B. Tubino, Genova)
  - Una poliuria tenuta nascosta (P. Serraino, Alessandria)
  - Nero tre volte (A. Guala, Borgosesia)
- 16.15 - 17.05** **Pediatria e Oltre lo Specchio**  
**La pediatria tira le somme (II parte)**  
(15 minuti di presentazione, 10 minuti di discussione)  
modera G. Tamburlini  
**Cosa sono diventati:**
- I bambini di genitori separati (E. Confalonieri, Milano)
  - I bambini adottati (da vicino e da lontano) (E. Confalonieri, Milano)

### 17.20 - 19.00 Pediatria e Oltre lo Specchio

#### La pediatria tira le somme (II parte)

(15 minuti di presentazione, 10 minuti di discussione)

modera G. Tamburlini

#### Cosa sono diventati:

- I neonati VLBW (S. Demarini, Trieste)
- I bambini con ADHD (S. Millepiedi, Pisa)
- I bambini dipendenti dalla NPT (A. Barabino, Genova)
- I bambini con asma grave (G. Longo, Trieste)

La Tavola rotonda è impostata possibilmente partendo dalla presentazione di un caso che semplifica il problema.

### Sabato 8 aprile

#### 8.30 - 9.00 Giovani 3 volte modera A. Ventura

#### 9.00 - 10.40 Tavola rotonda (Problemi correnti)

(15 minuti di presentazione, 10 minuti di discussione)

- 1 farmaco: insulina vecchia e nuova (G. Tonini, Trieste)
- 1 vaccinazione: la varicella (F. Massei, Pisa)
- 1 malattia: il vomito ciclico (F. Pesce, Alessandria)
- 1 segno: la splenomegalia (M. Rabusin, Trieste)
- 1 test: anti-tTG in un minuto (T. Not, Trieste)

#### 11.00 - 12.45 La chirurgia estetica in pediatria:

##### lusso o necessità?

(15 minuti di presentazione, 10 minuti di discussione)

modera J. Schleef

- Le orecchie a sventola (D. Di Mascio, Parma)
- Angiomi e anomalie vascolari (P. Lelli Chiesa, Pescara)
- Petto scavato (J. Schleef, Trieste)
- Arti corti (G. Maranzana, Trieste)
- Nei Paesi in via di sviluppo (F. Vaccarella, Alessandria)

#### 12.45 Premiazioni per le migliori presentazioni giovani

e gran finale con l'Editoriale del prof Panizon

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



**A QUESTO CONGRESSO SONO STATI ASSEGNATI 7 CREDITI FORMATIVI (ECM)**

#### SEGRETERIA SCIENTIFICA

Fernando Pesce, Giorgio Longo, Federico Marchetti, Franco Panizon, Giorgio Tamburlini, Alessandro Ventura



#### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Quickline Traduzioni&Congressi

via S. Caterina da Siena 3 - 34122 TRIESTE

Tel. 040 773737-363586 - Fax 040 7606590

e-mail: congressi@quickline.it <http://www.quickline.it>

#### INVIO DEGLI ABSTRACT

Tania Gerarduzzi

e-mail: getania@yahoo.it, Fax 040 3785362

Laura Travan

e-mail: ltravan@libero.it, Tel. 340 2239046 - Fax 040 3785514

Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo" - Via dell'Istria, 65/1, 34137 Trieste