

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

*Nel numero di Medico e Bambino dell'aprile 2000, nella rubrica "Domande e Risposte" viene posto un quesito relativo al significato dei tamponi di superficie in epoca neonatale.*

*La risposta è che questi vanno eseguiti nei neonati con sospetto di infezione batterica pre-intrapartum; sono utili per identificare il microrganismo responsabile dell'infezione e il relativo antibiogramma. Viene giustamente precisato che vi è indicazione al trattamento solo nel caso in cui alla positività dei tamponi si associno segni clinici e laboratoristici (GB, formula, PCR) di infezione. Questa affermazione è corretta, ma sorprendentemente, in alcuni Centri di Neonatologia del Nord Italia da me contattati di recente, non vi è alcuna uniformità di vedute al riguardo. In caso di positività dei tamponi nel neonato asintomatico alcuni non eseguono esami laboratoristici, altri continuano a proporre il trattamento dei neonati semplicemente colonizzati. Il liquido amniotico tinto per alcuni continua ad essere indicazione al trattamento o all'esecuzione di tamponi.*

*Riguardo alla profilassi dell'infezione precoce da streptococco di gruppo B, agente responsabile di circa 1/3 delle infezioni batteriche a trasmissione verticale, sono state proposte recentemente negli Stati Uniti, dopo un acceso dibattito tra organismi diversi (AAP, CDC, ACOG), linee guida comuni, che sono tuttora oggetto di verifica, sia dei costi che dei benefici. Le linee guida proposte tuttavia non prendono in considerazione i tamponi di superficie (che possono risultare positivi anche nei soggetti semplicemente colonizzati), ma identificano direttamente, tramite gli indici di infezione, l'emocoltura e/o la rachicentesi, quei neonati sicuramente infetti, che sono perciò da trattare; gli altri neonati non vanno studiati né trattati. Data la diffusione in Italia di Medico e Bambino e l'impatto che questa rivista ha sui pediatri ospedalieri e quelli territoriali, che si ritrovano a gestire i bambini appena dimessi dal nido, potrebbe essere utile in futuro la pubblicazione*

*(così come è avvenuto per il neonato fisiologico) di linee guida italiane su questi argomenti, per evitare esami costosi, impropri trattamenti antibiotici e lo sviluppo di resistenze.*

Alberto Berardi (pediatra ospedaliero)  
Modena

È molto difficile commentare la lettera che ci ha mandato, perché tocca un argomento di cui si parla molto ma si scrive molto poco.

Esistono, come giustamente ricorda Berardi, raccomandazioni ufficiali per la profilassi dell'infezione neonatale da streptococco B, raccomandazioni che non prevedono l'esecuzione di colture nei neonati asintomatici e che non prendono nemmeno in considerazione i neonati semplicemente colonizzati.

A parte lo streptococco B, non esistono invece documenti di Società pediatriche o neonatologiche sul praticare o non praticare la profilassi antibiotica "generica" nei neonati di peso molto basso ricoverati in Terapia Intensiva. I "sacri testi" dicono che non si deve fare, ma è probabile che molti la facciano, tanto che un editoriale di Gennaio 2000 degli *Archives of Diseases in Childhood Fetal/Neonatal Edition* aveva proprio come oggetto la cautela nella scelta degli antibiotici in TIN e l'inopportunità della profilassi antibiotica. Ma, se non lo ha fatto l'American Academy of Pediatrics, non credo che la Società Italiana di Neonatologia vorrà imbarcarsi nella elaborazione di linee guida su questo argomento.

*Potrei avere il titolo di un testo che parla più in dettaglio delle prove spirometriche?*

*O anche avere delle fotocopie di qualche testo o articolo sull'argomento?*

*Più in dettaglio vorrei capire il significato del flusso massimo medio espiratorio MEF 25-75 e come si differenzia una riduzione del flusso aereo di tipo restrittivo rispetto a una di tipo ostruttivo.*

*Da quello che ho letto, mi sembra di avere capito che se l'ostruzione è di tipo restrittivo, il VEMS è ridotto, mentre il MEF 25-75 ha una curva normale. Insomma, vorrei anch'io saperlo leggere un po' di più e capire!*

Pediatra di base

Sia il VEMS (volume espiratorio massimo al secondo), detto anche FEV1 (volume di flusso espiratorio al 1° secondo) che il MEF 25-75 (o MMEF: flusso massimo medio espiratorio, medio perché preso nella parte più veloce del flusso tra il 25° e il 75° della curva espiratoria) sono misure di flusso e quindi indicatori del diametro delle vie aeree. La loro riduzione indica quindi un deficit "ostruttivo" (che è tipico dell'asma). Il MEF 25-75 è un parametro più sensibile (si altera prima e maggiormente rispetto al FEV1) ed è espressione delle vie aeree più periferiche.

Nei deficit restrittivi quello che fondamentalmente si riduce è il volume polmonare, misurato nella spirometria dalla CVF (Capacità Vitale Forzata), che non è altro che i litri di aria che si riesce a espellere dopo un inspirio massimale. È ovvio però che se si abbassa la CVF, si abbassa proporzionalmente anche il VEMS (in questo caso il loro rapporto, contrariamente che nel deficit "ostruttivo", rimane inalterato).

Il flusso massimo medio espiratorio (MEF 25-75) non risente invece in modo diretto della caduta del CVF ed è quindi sostanzialmente giusta la sua affermazione che nei deficit "restrittivi" il VEMS risulta ridotto, mentre l'MEF è normale.

Non so darLe indicazioni per un eventuale testo che Le spieghi le prove spirometriche, o meglio non so trovare un trattato che possa andar bene per le esigenze di un pediatra non specialista. Da quello che capisco da quanto mi scrive mi pare che le sue conoscenze siano più che sufficienti per quello che la patologia pediatrica corrente Le può offrire: asma, asma, asma e null'altro che asma.

**Bambina di 10 anni con lichen alla mucosa orale da tre anni. Quale terapia è consigliabile? Quali precauzioni per il possibile contagio?**

Pediatra di base

Il lichen planus della mucosa orale è di riscontro molto raro nei bambini e lo è anche nei casi pediatrici di lichen cutaneo (quest'ultimo anch'esso non frequente).

Penso perciò che in questo caso la diagnosi sarà stata fatta da biopsia o sulla base di una clinica molto suggestiva: papule biancastre raggruppate in modo anulare o reticolato alla mucosa delle guance (sede dove la lesione è più riconoscibile). Non esiste terapia specifica per il lichen che, come è noto, è correlato a una risposta immunitaria cellulo-mediata, in parte associata a predisposizione familiare.

Le lesioni delle mucose in genere non richiedono trattamento a meno che non siano dolenti, erose e ulcerate. In questi casi è consigliabile, oltre all'uso di antisettici orali, una terapia locale con cortisonico di buona potenza e, se non c'è risposta, anche cortisone per iniezione locale intralesionale.

Le lesioni erosive possono associarsi a un aumentato rischio di trasformazione maligna nel corso però di tutta una vita; andranno fatti controlli biotici nel caso di modificazioni del quadro clinico ed evitati fattori aggravanti (fumo, alcol).

---

**Desidererei conoscere la metodica usata per la preparazione dell'autosiero nell'orticaria cronica, e i parametri utilizzati per la valutazione del ponfo.**

dott. Massimo Branca (pediatra ospedaliero)  
Ospedale di Gallarate

La metodica è molto semplice e intuitiva, basta sierare il sangue del paziente e aspirare 0,1 ml con una siringa da insulina.

Il contenuto si inietta nel derma dello stesso paziente e si valuta la reazione "reaginica" (ponfo ed eritema) successiva che si legge dopo 15 minuti circa. Una reazione positiva si vede bene con un ponfo di almeno 3-4 mm con eritema circostante. È corretto eseguire anche un test di controllo con una intradermica di soluzione fisiologica (a volte questi pazienti hanno uno spiccato dermografismo che può comportare dei falsi

positivi). Ricordarsi infine di far sospendere l'eventuale (probabile) terapia antistaminica per almeno una settimana prima del test (non sempre così facile da attuare in una condizione antistaminico-dipendente).

**Crisi lipotimiche ricorrenti in femmina di 14 anni. Esame clinico negativo. Quali accertamenti eseguire?**

dott. Rocco Oliveto  
via e-mail

Se la definizione è corretta (lipotimia=sensazione di mancamento o anche lieve perdita di coscienza di 10-15 secondi, associata a fenomeni vegetativi come pallore, sudorazione...) e se le lipotimie insorgono in seguito a circostanze facilitanti come in ambiente chiuso, caldo, dopo prolungata stazione eretta, emozioni, mestruazioni, ecc e senza altri fenomeni critici o post-critici associati, farei molto poco: un controllo della pressione arteriosa sia in clino che in ortostatismo, o al

massimo un ECG con stimolazione vagale (compressione dei bulbi oculari o stimolazione del seno carotideo). È possibile che esista anche una familiarità.

**Federico è un bambino obeso di 9 anni e mezzo, al quale nell'agosto '99 viene riscontrata una iposideremia (40 mcg/dl), una transferrinemia totale di 390 mcg/dl con relativo indice di saturazione basso (10%). Ferritinemia non richiesta. Emocromo normale: Hb 13,8; MCV 78,6. Per il resto è un bambino in salute; lamenta solo astenia.**

**Viene dimesso in terapia marziale con ferro gluconato alla dose di 2,5 mg/kg/die (dose riferita al peso ideale) e, dopo 3 mesi, ripete gli esami che mostrano gli stessi risultati: sideremia 35 mcg/dl; transferrina totale 351 mcg/dl; indice di saturazione 9,9%; ferritinemia 91 mg/ml.**

**Non ha presentato malattie che possano aver diminuito la sideremia (infezioni, malattie croniche) o aumentato la ferritinemia. Perché allora ha una sideremia**

**bassa con indice di saturazione della transferrina basso e una ferritinemia di 91 mg/ml? Può avere una deficienza funzionale di ferro? (vedi Medico e Bambino 5/98, 24-296).**

dott. Angelo Adorni (pediatra di base)  
Collecchio (Parma)

Non riesco a pensare ad altro che a un disturbo di trasporto legato ad una patologia da ossidanti connessa all'obesità (cosiddetta sindrome metabolica connessa all'obesità, usualmente sensibile all'acido folico o all'acido folico+B6) e/o a una patologia delle proteine di trasporto (alterazione del protidogramma o lipoproteina gamma). Ma non ho una risposta certa.

**Esiste in Italia un prodotto in crema o in unguento a base di tacrolimus, per la terapia topica della dermatite atopica?**

dott. Angelo Adorni (pediatra di base)  
Collecchio (Parma)

Non è ancora in commercio in Italia. Ma ne sentiamo veramente il bisogno?

**A proposito di celiachia e di dermatite atopica: sembra che in qualche ospedale (Palermo) la prima e su privata iniziativa la seconda abbiano dei vantaggi dall'uso del latte di asina.**

**Vi chiedo: è possibile? Quale sarebbe il meccanismo di azione, se c'è? Quali sono la composizione e il valore nutritivo di questo latte?**

dott. Francesco Alibrandi (pediatra di base)  
Feltre (Belluno)

Il latte di asina può essere un buon sostituto del latte vaccino in lattanti con intolleranza alle proteine del latte vaccino (IPVL), ed è proprio il gruppo di Palermo (anche per la facile reperibilità del latte di asina in Sicilia) che ne ha dimostrato l'efficacia in lattanti con enteropatia da IPLV. Il suo utilizzo nella dieta del celiaco non trova alcuna indicazione anche perché ha un alto contenuto di lattosio (che lo rende buono) e l'intolleranza secondaria al lattosio, dovuta all'atrofia dei villi intestinali (peraltro molto ridimensionata), potrebbe renderlo peggiore dei latti di vacca.