

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

Malattie infettive e allontanamento dall'asilo nido: le educatrici vorrebbero l'allontanamento del bambino con congiuntivite, follicolite, afte ecc. perché è infettivo. Non sono solo le malattie in cui è prevista la contumacia, soggette a isolamento?

dott.ssa Maria Grazia Vota (medico consultoriale)
Torino

Sì, è vero. Però mettiamoci anche un po' di buon senso. Le afte non sono infettive (ma la stomatite erpetica sì). La congiuntivite allergica non è infettiva, ma quella da adenovirus è molto contagiosa. Insomma, senza rigidità, ma con un po' di rispetto per il benessere degli altri... Non fare agli altri quello che non vorresti fosse fatto a te.

Tosse ricorrente e resistente a terapie aerosoliche e/o antibiotiche. Obiettività negativa. Cosa fare?

Pediatra

Troppo poche notizie per rispondere bene. Una lastra l'ha fatta? com'è il naso? siamo sicuri che non ha una sinusite (ricorrente)? siamo sicuri che non ha un'allergia alla polvere? siamo sicuri che non ha avuto una pertosse? quanto è disturbato? tossisce di notte o di giorno? se tossisce di giorno, siamo sicuri che non sia una tosse psicogena? Se non è niente di tutto questo, facciamogli gli anticorpi anti-clamidia, oppure cerchiamo di coltivarla. Se non possiamo farlo, facciamo 15 giorni di macrolidi. Se siamo proprio disperati, facciamo un test del sudore e un test alla saccarina per studiare il funzionamento ciliare. Insomma facciamo i dottori.

Bambina di 7 anni arriva alla mia osservazione con febbre a 38,5°, lieve esantema scarlattiniforme, più evidente all'inguine, tonsille iperemiche, lingua

bianca, sospetto di scarlattina, prescrivono azitromicina per os, e richiedo esami: tampone faringeo negativo; VES 22 (1ª ora); PCR neg; TAS 4,5; GB 13.400/mmc.

Poiché il paziente rifiuta l'assunzione del farmaco per os, in mia assenza e visti gli esami, un medico generico di base prescrive l'associazione sulbactam + ampicillina per via intramuscolare per 6 giorni.

Vorrei sapere se è giusta la terapia del collega, spaventato dai GB (13.400), e qual è il limite superiore dei GB nei bambini.

dott.ssa Valeria Coronati (pediatra di base)
Amandola (AP)

Un tampone faringeo negativo (se fatto bene) esclude che si sia trattato di una scarlattina. Anche gli indici di flogosi (che non andavano fatti!) depongono per una infezione virale.

Comunque, se un bambino con scarlattina (o più in generale con faringo-tonsillite streptococcica) rifiuta la terapia per via orale, la scelta giusta è la benzatin-penicillina in singola dose intramuscolare. Quindi i comportamenti assunti in questo caso sono tutti criticabili. Il numero dei globuli bianchi a 7 anni è più o meno quello dell'età adulta.

Uso della Coca Cola sgasata nella diarrea acuta. Spesso i bambini rifiutano la soluzione reidratante (comparsa di vomito). È corretto l'uso?

dott. Pietro La Monaca (pediatra di base)
Canicattì (AG)

La Coca Cola, per quanto possa essere gradita al bambino, non rappresenta una buona soluzione reidratante. Il suo contenuto di sali è troppo basso, e il suo contenuto di zucchero troppo elevato. Quest'ultimo può aggravare la diarrea osmotica e la disidratazione del bambino. Si tratta dello stesso rischio in cui si può incorrere con le soluzioni reidratanti

“fatte in casa”, che si è visto sono di regola squilibrate proprio nel senso di un eccessivo contenuto di zucchero.

L'affermazione che «spesso i bambini rifiutano le soluzioni reidratanti (comparsa di vomito)» non è condivisibile, perché non vera (almeno nel caso di un bambino veramente disidratato). Anzi, spesso capita che il vomito di fatto si risolva proprio con l'assunzione di questi preparati.

Allergia: test su “ciocche di capelli” per la diagnosi. Cosa c'è di vero?

Pediatra

Nulla. Il test si basa sulla indimostrata assunzione che alterazioni della concentrazione di metalli nei capelli siano espressione di allergia alimentare.

Il test è stato già da molti anni ufficialmente bocciato dalla letteratura scientifica (Barret S: Commercial Hair Analysis. Science or Scam. JAMA 254,1041-5, 1985).

È lecito sospettare un incipiente rachitismo se a 8 mesi un bambino presenta una fontanella anteriore ancora ampiamente pervia e qualche altro segno, come gli arti inferiori leggermente arcuati, senza peraltro dover ricorrere a uno studio radiologico? Vorrei inoltre sapere se, in questi casi, convenga intraprendere una terapia combinata con calcio e vitamina D, oppure se questo può essere causa di qualche danno irrogato.

Pediatra di base

Sospettare si può sempre, ma i due elementi clinici riferiti (fontanella larga e gambe stortine) non sono segni sufficienti (cercate almeno il rosario o la nuca piatta).

Dare 400 unità di vitamina D è comunque quasi doveroso se non sta già rice-

vendo un latte di formula arricchito anche al di fuori del sospetto diagnostico. Con un apporto vitaminico normale non si diventa rachitico e non ci sono rischi iatrogeni.

Vorrei conoscere l'epidemiologia e la clinica della *Chlamydia pneumoniae*.

Pediatra di base

L'infezione da *Chlamydia pneumoniae* è più frequente tra i 5 e i 10 anni di età, ma può colpire anche gli adulti similmente all'infezione da *Mycoplasma*. Diversamente da questa sono però più probabili i contagi tra coetanei che quelli nell'ambito familiare. L'incubazione è lunga (tre settimane), l'esordio è graduale o caratteristicamente "bifasico": febbre o febricola con sintomi respiratori alti indifferenziati e poi, dopo un intervallo libero di qualche giorno, inizio ingravescente della tosse. La tosse insistente e persistente (in molti casi per più di tre settimane) è la caratteristica principale di questa infezione.

Rispetto alla broncopneumonia da *Mycoplasma* vi è una minore intensità sintomatologica clinica (è più bronchite e meno polmonite), ma una più lunga durata. Non vi sono ancora test per diagnosticare questa infezione in modo "routinario". I globuli bianchi sono in genere poco aumentati, vi è invece un aumento importante della VES e il reperto radiologico più tipico sarebbe una lesione singola subsegmentaria.

Quali sono i vantaggi dell'otoscopio a fibre ottiche?

Pediatra di base

La luce viene portata in cima allo speculum con le fibre ottiche e pertanto illumina in modo molto più forte e omogeneo la membrana timpanica. Ma anche con un buon otoscopio a luce normale si riesce ad avere un'ottima visione del timpano.

La somministrazione di antistaminici e cortisonici interferisce nella determinazione del PRIST, RAST e prick test?

Pediatra di base

Gli antistaminici alterano il prick test inibendo la reazione "istaminica" cutanea. Non hanno invece possibilità di interferire sui test in vitro (RAST e PRIST). I cortisonici non danno invece alcuna interferenza né sui test in vivo né su quelli in vitro.

A proposito della valutazione delle infezioni a rischio nei bambini (Medico e Bambino 3/97): cosa si intende per "neutrofili non segmentati"? Nella lettura di un emocromo con formula, sotto che voce stanno? Cosa si intende per CPR?

Medico generico

I "neutrofili non segmentati" sono dei neutrofili il cui nucleo non ha assunto il normale aspetto segmentato (al microscopio il nucleo appare come un "salsicciotto" non segmentato). Questi neutrofili vengono prodotti dal midollo in caso di "emergenza", sotto stimolazione acuta (ad esempio un'infezione), e in grande quantità.

La CRP è l'acronimo dell'espressione inglese *C-Reactive Protein* (indice di flogosi), cioè la nostra proteina C reattiva (PCR). Negli ultimi anni l'introduzione della tecnica di PCR (*Polimerase Chain Reaction*) sta creando spesso una confusione terminologica. In realtà dovremmo iniziare a utilizzare per la proteina C reattiva la sigla CRP.

Gradirei un vostro parere riguardo al trattamento antibiotico di un bambino che presenti positività del tampone nasale per *Haemophilus influenzae* e sintomi di infezione delle prime vie respiratorie. È utile e quando ricercare l'*Haemophilus* di tipo B con il tampone nasale?

Pediatra ospedaliero

L'*Haemophilus influenzae* è un comune commensale del rinofaringe, che si ritrova nel 50-70% dei bambini sani. Non ha quindi nessun significato l'averlo trovato, né tantomeno è un'indicazione al trattamento antibiotico.

L'*Haemophilus* "cattivo", quello capsulato di tipo B, è invece molto più raramente presente sulle mucose respiratorie. Non mi pare esista un'indicazione alla sua ricerca nel rinofaringe. Anche in pa-

zienti con infezioni in atto (meningite, epiglottite ecc.) l'isolamento va fatto con coltura liquorale e/o emocoltura.

Gradirei notizie sull'uso topico del beclometasone dipropionato nell'ipertrofia adenoidea.

Medico libero professionista

Rimandiamo alla lettura dell'articolo originale: Demian J, Goetz DW: "Pediatric adenoidal hypertrophy and nasal airway obstruction: reduction with aqueous beclomethasone", *Pediatrics* 95, 355, 1995.

In sintesi, lo studio ha confrontato l'effetto del trattamento con il beclometasone dipropionato contro placebo nell'ipertrofia adenoidea. Dopo quattro settimane c'era già una differenza altamente significativa rispetto al placebo; alla fine dei sei mesi il miglioramento clinico era dell'82%, con un miglioramento del 29% nel rapporto adenoidi/coane.

Può una puerpera in cura con fenobarbital per crisi epilettiche dare il proprio latte al neonato?

Avendo avuto tre crisi anche durante la gravidanza, non può fare a meno di prendere il farmaco.

Inoltre può una puerpera con tassi molto elevati di transaminasi di natura non accertata, messi casualmente in evidenza durante la gravidanza, e con markers negativi per epatite A, B e C, dare il proprio latte al neonato?

dott. Francesco De Benedetto
(pediatra libero professionista), Taranto

Il trattamento con fenobarbital della madre è compatibile con l'allattamento al seno. La quota di farmaco trasmessa al neonato è molto bassa, un centesimo di quella assunta dalla madre o, in altri termini, circa un decimo della dose terapeutica. Questa assunzione attraverso il latte può avere nei primi giorni di vita anche il benefico effetto di evitare manifestazioni da astinenza (vi è un passaggio transplacentare del fenobarbital).

L'epatite è una controindicazione formale all'allattamento. Non lo sono invece lievi modificazioni delle transaminasi, specie se non definibili nell'eziologia infettiva.

È possibile e opportuno, in disturbi addominali caratterizzati da dolore e vomito, associare un antispastico (ad esempio il Buscopan) con un antiemetico (ad esempio il Plasil)?

Medico generico

Non mi risulta che vi siano controindicazioni specifiche all'uso associato dei due farmaci citati.

Considerato il meccanismo di azione, sembrerebbe peraltro un'associazione irrazionale: il Plasil agisce come procinetico, mentre il Buscopan sugli stessi recettori svolge un'azione inibitoria ("antispatistica").

Ma prima di tutto mi sembra di dover dire che un soggetto con dolori addominali e vomito necessita di una diagnosi (almeno per escludere un ileo o un'appendicite acuta).

A proposito di allattamento e di epatite C, è stato sempre detto che la mamma positiva, se ci sono solo anticorpi, può allattare.

Ultimamente ho letto sul "Bollettino SIGEP" della Società Italiana di Gastroenterologia ed Epatologia Pediatrica (vol. 1, aprile 1997, pag. 21, Corrispondenza) che, alla domanda di un lettore «L'allattamento al seno è controindicato nei figli di madre con epatite C?» è stato risposto (sulla base di alcuni lavori): «Si potrebbe non controindicare l'allattamento al seno nei figli di madre anti-

HCV positiva con assenza di HCV-RNA nel siero e con normalità degli indici di necrosi epatocitaria».

Dice poi testualmente: «Considerato però che l'infezione cronica da HCV può avere delle fasi di recrudescenza in assenza di sintomatologia clinica, è opportuno, qualora si consigli l'allattamento al seno, un attento monitoraggio della replicazione virale. Per quanto riguarda i figli di madre con presenza di viremia, nonostante il rischio di contagio sia basso, riteniamo prudente sconsigliare l'allattamento al seno».

A questo punto mi chiedo che cosa dobbiamo fare: ogni mese la PCR quantitativa? Non converrebbe sconsigliare l'allattamento materno, visto che c'è comunque una possibilità di contagio anche se minima?

dott.ssa Serenella Castronuovo (pediatra di base)
Nettuno

Si è sempre detto che la mamma può allattare se ha soltanto gli anticorpi anti-epatite C e non è RNA positiva.

C'è un lavoro di due anni fa, pubblicato sul *Lancet* (studio policentrico condotto in Lombardia), che dimostra che anche le madri RNA positive non trasmettono con l'allattamento l'infezione da virus dell'epatite C.

Sinechie delle piccole labbra: favorisco veramente le infezioni delle vie urinarie? Dopo lo sbrigliamento, si rifor-

mano quasi sempre, e l'utilizzo delle creme agli estrogeni (soprattutto Premarin) favorisce il telarca precoce.

Pediatra di base

Non mi pare che la sinechia delle piccole labbra comporti problemi alle vie urinarie. Certamente l'adesione tende a riformarsi.

Per evitare gli effetti secondari da eccesso di estrogeni basta utilizzare le minime dosi necessarie, passando una sottile quantità di pomata nella sola sede di contatto. Utile a questo scopo il comune "cotton fioc".

È opportuno eseguire terapia con Targosid in un bambino di 3 anni, dopo aver eseguito tampone nasale e faringeo è risultato positivo per *Staphylococcus aureus*?

Pediatra

Assolutamente no, in primo luogo perché lo stafilococco nel naso e nel rinofaringe è un comune commensale privo di significato (non è praticamente mai in causa nelle infezioni ORL in pediatria), e in secondo luogo perché è assolutamente da censurare e da condannare anche il solo pensare di poter utilizzare un antibiotico così "prezioso" se non per infezioni molto gravi e sostenute da germi resistenti ad altri antibiotici.

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

.....

Accetto che il mio nome compaia sulla rivista in calce al quesito (barrare sì o no)

sì

no

Attività o qualifica

- libero professionista
- medico Saub
- medico consultoriale
- medico generico
- pediatra
- ospedaliero
- universitario