

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

ALLERGLOGIA, 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

Un mio paziente di 6 anni circa, affetto da sindrome di Hallermann, presenta da alcuni mesi dolori addominali di frequenza quasi quotidiana con caratteristiche di natura non organica. Da quello che ho potuto leggere non ho trovato i dolori addominali ricorrenti (DAR) compresi nel quadro sintomatologico della sindrome di cui è portatore.

Vorrei sapere se eseguire indagini di ulteriore livello e in tal caso quali.

dott.ssa Vittoria Profiti (Pediatria di base)
Siderno (RC)

Mi comporterei come per un bambino normale. Se in altre parole il dolore è troppo frequente e insistente, farei alcuni accertamenti per escludere almeno le cause più frequenti di DAR: gastrite da *Helicobacter pylori*, reflusso gastroesofageo, malattia infiammatoria cronica dell'intestino, ulcera duodenale, difetto di lattasi.

È il primo caso che osservo di sindrome del doppio Y. È un bambino di poco più di due anni con tratti del viso caratteristici (naso a pappagallo, microgenia, orecchie displasiche ecc.) e ipogonadismo marcato (criptorchidismo, testicoli piccoli, ipoplasia dello scroto ecc.). I genitori hanno avuto assicurazione di un futuro normale, nonostante vi sia già ritardo psico-motorio e del linguaggio, disattenzione, irrequietezza.

Vorrei conoscere il parere dei vostri esperti.

dott. Emilio Santaroni (Pediatria)
Monte San Giovanni Camp. (FR)

Il consulto, secondo il quale veniva "assicurato" un futuro normale, è da ritenersi fondamentalmente corretto. Anche noi, in casi analoghi, tendiamo a tranquillizzare i genitori, poiché la condizione (il termine sindrome andrebbe

riservato alle vere e proprie sindromi malformative) ha un'espressione fenotipica "classica", rappresentata da: possibile accelerazione dell'accrescimento in età pediatrica, ritardo dello sviluppo, ritardo dell'acquisizione del linguaggio, lieve riduzione del QI (10-15 punti rispetto ai fratelli con cariotipo normale), aumento dell'incidenza delle difficoltà dell'apprendimento, possibile presenza di alcuni segni neurologici (ipotonia, tremore intenzionale).

Nei casi diagnosticati dopo la nascita la principale indicazione all'esecuzione del cariotipo è rappresentata da un ritardo psicomotorio.

La fertilità viene, di solito, conservata ed è possibile che i soggetti XYY abbiano figli con un cariotipo normale.

Dalla letteratura scientifica emergono alcuni (rari) casi di criptorchidismo associato a un cariotipo 47 XYY. Vengono, altresì, riportati alcuni casi di associazione a vari dismorfismi, nonché ad alcune malformazioni maggiori, senza però la possibilità di delineare un quadro sindromico univoco. La condizione non è nemmeno inserita nel data-base POSSUM, che raccoglie le sindromi malformative conosciute.

È da sottolineare che, di fronte a condizioni relativamente frequenti (si stima che l'eccesso dei cromosomi sessuali sia presente in circa 1 ogni 400 maschi nati vivi), è difficile stabilire o prevedere l'esatta evoluzione, in quanto gli studi clinici sono gravati da "bias" da selezione.

Quali rischi ha il bambino vaccinato contro la varicella di contagiare o di trasmettere in qualche modo il virus, verso il quale è stato vaccinato?

dott. Angelo Adorni (Pediatria)
Collecchio (PR)

Diversamente che per il vaccino MPR, può essere eccezionalmente trasmesso il virus della varicella per cui, anche se

si tratta di un virus attenuato, bisogna tener conto di questa possibilità quando vi siano soggetti ad alto rischio tra le persone vicine al bambino.

Riguardo alla scoliosi: se una ragazza di 12-13 anni, che non ha ancora le mestruazioni, presenta un angolo di COBB di 17°, quando deve fare il controllo clinico e/o radiologico?

Quando va messo il rialzo sotto l'arto più corto?

dott. Angelo Adorni (Pediatria)
Collecchio (PR)

Il controllo clinico in una scoliosi di 17° in una ragazza non ancora mestrata deve essere eseguito ogni 4 mesi. La radiografia va fatta se aumenta la rotazione vertebrale e l'eventuale squilibrio. Non essendo state specificate né la sede della scoliosi né l'età scheletrica mediante il test di Risser, non è possibile dare una valutazione del rischio di aggravamento.

Il rialzo va messo quando riequilibra la colonna vertebrale e non fa aumentare o apparire una rotazione vertebrale controlaterale.

Gradirei soddisfare una mia banale curiosità: è vero che il metilfenidato è stato scoperto da un italiano? Se sì, da chi?

Pediatria di base, Feltre (BL)

È vero. Il metilfenidato, farmaco classificato tra gli stimolanti ad azione sul sistema nervoso centrale e utilizzato come terapia di scelta nell'ADHD (disordine da difetto di attenzione con iperattività), è stato scoperto nel 1950 da un americano e da un italiano. L'americano si chiamava M. Hartmann, e l'italiano... L. Panizzon (L, non F, e con due z!). Curioso vero?