

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

Vorrei sapere se il trattamento della varicella con aciclovir nei bambini debba necessariamente diventare sistematico nel presupposto, avanzato da qualche Autore che, essendo il farmaco in grado di eradicare dall'organismo il virus VZ, si possa così prevenire lo zoster nell'età adulta.

dott. Ilario Attisani (Libero professionista)
Locri (RC)

Non ci risulta che siano disponibili evidenze concrete sulla prevenzione dello zoster in seguito al trattamento della varicella con aciclovir nei bambini. Per tale motivo le raccomandazioni sull'uso dell'aciclovir restano quelle note (secondo il *Red Book*), ovvero i casi in cui esiste il rischio di forme più gravi, come il bambino grande di oltre 12 anni, i pazienti con malattie respiratorie o cutanee croniche, quelli in terapia con salicilati o in trattamento breve o intermittente con steroidi, e ovviamente i bambini immunodepressi. Inoltre la terapia con aciclovir può essere ragionevole nei casi secondari familiari, che di solito hanno un decorso più grave.

L'EBM ha dimostrato un'efficacia della somministrazione del *Lactobacillus GG* nella terapia dell'enterite e nella profilassi dell'enterite post-antibiotica (*Pediatrics* 2002;109:678; *BMJ* 2002;24:1361).

Qual è il nome commerciale? Io non riesco a trovarlo.

Pediatra ospedaliero

Ogni trattamento antibiotico, alterando la flora batterica intestinale, può favorire la proliferazione di germi patogeni e l'insorgenza di diarrea. Per ovviare a tale inconveniente negli ultimi anni si è cercato di utilizzare batteri vivi, i probiotici appunto, in grado di favorire l'equilibrio della flora microbica dell'ospite, attraverso un'azione legata ad alcune loro proprietà, come la resistenza all'

acidità gastrica e al pH biliare e la capacità di aderire efficacemente alle cellule epiteliali dell'intestino, colonizzandolo. Tra i probiotici impiegabili in terapia, il *Lactobacillus casei rhamnosus* (*Lactobacillus GG*) è quello per cui sono maggiori le evidenze nella letteratura scientifica internazionale, ma sono disponibili dati convincenti anche per altri probiotici, tra i quali il lievito *Saccharomyces boulardii* (*BMJ* 2002;324:1361) e il *Lactobacillus reuteri* (*Ped Inf Dis J* 2002; 21:417).

Il *Lactobacillus GG* è stato largamente studiato in protocolli clinici internazionali, se ne conoscono in dettaglio le caratteristiche di sicurezza e l'efficacia sia per prevenire la diarrea da antibiotici che in corso di diarrea acuta infettiva. In riferimento a quest'ultimo impiego è disponibile almeno una meta-analisi che racchiude 9 trial randomizzati controllati in doppio cieco vs placebo, da cui risulta un effetto statisticamente significativo dei lattobacilli (non solo GG) nella riduzione della durata della diarrea acuta e nella riduzione della frequenza di scariche/die a partire dal 2° giorno di trattamento (*Pediatrics* 2002;109:678).

Per tornare alla sua domanda, il *Lactobacillus GG* viene attualmente prodotto dalla VALIO Ltd, un'azienda finlandese da sempre coinvolta nello sviluppo di prodotti nutrizionali innovativi, e viene da loro venduto per la commercializzazione in tutto il mondo su licenza esclusiva. Il *Lactobacillus GG* esiste in due differenti forme che si distinguono per il grado di purezza, il "dairy grade" (meno puro perché contiene i residui del latte impiegato come starter nel processo di produzione, caratterizzato da una maggiore dimensione particolata e da una minore presenza di cellule vive per grammo di prodotto, usato per applicazioni alimentari) e il "pharmaceutical grade" (contraddistinto da un grado di purezza superiore, una standardizzazione ottimale nei parametri tecnici di produzione e un maggior numero di cellule vive per grammo di prodotto).

In Italia il *Lactobacillus GG* è presente con purezza "dairy grade" nello yogurt

ViviVivo (Granarolo); è invece presente sotto forma di "pharmaceutical grade" in diversi prodotti:

- **Dicoflor 60** (Dicofarm SpA, Roma), probiotico, disponibile in buste e capsule, in cui il batterio è presente in forma stabile, in quantità pari ad almeno 6 miliardi di cellule vive per dose;

- **Dicoflor 30** (Dicofarm SpA, Roma), probiotico, disponibile in buste e capsule, in cui il batterio è presente in forma stabile, in quantità pari ad almeno 3 miliardi di cellule vive per dose;

- **Giflorex** (Errekappa Euroterapici, Milano), probiotico, disponibile in buste e capsule, in cui il batterio è presente in forma stabile, in quantità pari ad almeno 6 miliardi di cellule vive per dose;

- **Floridral** (Dicofarm SpA, Roma), soluzione reidratante orale, disponibile in buste, in cui il batterio è presente in forma stabile, in quantità pari ad almeno 5 miliardi di cellule vive per dose;

- **Nutramigen 2 LLG** (Mead Johnson Nutritionals SpA), alimento di proseguimento per lattanti, in polvere.

Prevenzione in caso di meningite da meningococco:

1. Chi è da considerare contatto?

2. Quale profilassi deve fare?

3. Esistono delle finestre temporali al di fuori delle quali la profilassi non ha più senso?

4. In questi ultimi casi (e in tutti gli altri, anche quelli sottoposti a profilassi) ci sono dei tempi in cui l'osservazione clinica ci può suggerire il ricovero?

5. Quali sono i tempi di incubazione nei contatti?

6. È necessario procedere alla disinfezione delle aule?

dott. Salvatore Bruno (Specializzando)

1. Quali sono i contatti? Solo i contatti stretti (rischio aumentato di 300-500 volte in confronto a quello della popolazione generale):

- i familiari o meglio i conviventi, specialmente se si tratta di bambini piccoli;

• i bambini della stessa classe, sia nell'asilo nido che nella scuola materna che nella scuola dell'obbligo, nei 7 giorni precedenti l'inizio della malattia invasiva;

• i soggetti che abbiano avuto contatti con le secrezioni orali del paziente, anche nei 7 giorni precedenti l'inizio dell'infezione invasiva (meningite e/o sepsi).

La profilassi non viene consigliata:

- per i bambini della stessa scuola;
- per i contatti secondari o indiretti;
- per il personale di assistenza, tranne per quelli che abbiano avuto contatti molto stretti (intimi?) come la respirazione bocca a bocca non protetta, l'intubazione o aspirazione, prima che sia stata introdotta la terapia antibiotica specifica.

La coltura dalle vie aeree superiori, per l'individuazione dell'agente patogeno, non è utile per valutare il rischio.

2. Quale profilassi deve fare?

Rifampicina:

- nei lattanti in età inferiore a 1 mese: 5 mg/kg per bocca, ogni 12 ore, per due giorni

- nei lattanti oltre il mese e nei bambini: 10 mg/kg (dose massima 600 mg) per bocca, ogni 12 ore, per due giorni.

In alternativa: Ceftriaxone (125 o 250 mg IM in dose singola, rispettivamente a 12 anni o meno e a più di 12 anni) oppure Ciprofloxacina (500 mg per bocca in dose singola, per soggetti di età superiore ai 18 anni).

3. Esistono delle finestre temporali, al di fuori delle quali la profilassi non ha più senso?

La profilassi è da iniziare entro 24 ore dal contagio, ma a essa si può ricorrere entro 7 giorni dal contatto.

4. In questi ultimi casi (e in tutti gli altri, anche quelli sottoposti a profilassi) ci sono dei tempi in cui l'osservazione clinica ci può suggerire il ricovero?

L'osservazione clinica in ogni caso è utile nei 7 giorni successivi al contatto stretto, indipendentemente dalla profilassi, la cui efficacia va dal 70% e più per la rifampicina, al 97% per il Ceftriaxone, fino al 90% e più per la Ciprofloxacina.

5. Quali sono i tempi di incubazione nei contatti?

I soliti 7 giorni.

6. È necessario procedere alla disinfezione delle aule?

In realtà pratiche del genere servono a poco o nulla.

Vorrei sapere quale può essere il comportamento più corretto (senza rischiare di trascurare qualcosa di più importante) in caso di vomito acuto con franca componente emorragica. Mi è capitato di vederlo in un bambino febbrile di 7 anni che aveva assunto soltanto paracetamolo. In quel caso non ho fatto nulla e il tutto si è risolto spontaneamente. Ma mi chiedo: devo inviare con urgenza all'ospedale per una gastroscopia; oppure iniziare subito con un farmaco anti-H2; o ancora verificare a distanza l'eventuale anemia? Vi ringrazio per la risposta.

Medico di base, Ancona

Il sanguinamento (sangue rosso vivo e in parte coagulato) in caso di vomito ripetuto è relativamente frequente e dovuto il più delle volte a piccole lesioni della mucosa gastrica o esofagea (fondo e zona pericardiale) tipo Mallory-Weiss.

Se il sanguinamento non è abbondante e non ci sono fattori di rischio (assunzione di FANS, epatopatia, splenomegalia), è ragionevole non fare nulla di invasivo dal punto di vista diagnostico (la gastroscopia non è obbligatoria), come è ragionevole fare un breve ciclo di ranitidina (5-7 giorni).

Quando un bambino, dopo aver presentato forte mal di denti, viene all'ambulatorio con la classica "cicca" alla mandibola, come ci si deve comportare? Impacchi di ghiaccio o impacchi caldi? Non far nulla o dare un antibiotico? Mandare subito dal dentista - richiesta urgente - o aspettare che la tumefazione si sgonfi?

Pediatra di base, Mestre

È importante intanto sapere se la causa della "cicca" è un dente permanente o un dente deciduo.

Se è permanente, bisogna fare una valutazione radiografica per poi iniziare un'adeguata terapia con drenaggio dell'ascesso e in seguito una cura endodontica (del nervo) per mantenere il dente in arcata.

Quando la causa della cicca è un dente deciduo, se possibile, è utile drenare la

raccolta ascessuale attraverso la camera pulpale (lo fa l'odontostomatologo) e in questo caso, se non c'è febbre, non è necessario somministrare antibiotici; è indispensabile mantenere una buona igiene orale con pulizia accurata della cavità aperta. Se il bambino è particolarmente piccolo e non collaborante e presenta dolore, febbre ed edema della guancia, è necessaria la terapia antibiotica accompagnata da impacchi freddi sulla guancia e, se possibile, risciacqui della bocca con acqua e sale tiepidi più volte nella giornata per accelerare il drenaggio dell'ascesso verso la cavità orale.

Vorrei sapere se la comune abitudine di mettere del ghiaccio su una caviglia storta o su una qualsiasi altra botta agli arti o alla testa ha qualche significato, una volta che tutto il gonfiore si è già formato? In altre parole, se il freddo attraverso la vasocostrizione ostacola il formarsi dell'edema, come fa sempre il freddo ad aiutare il processo inverso e cioè il riassorbimento dell'edema stesso? Lo ritengo che dopo le prime 12 ore il ghiaccio non serva proprio più. Sbaglio?

Pediatra di base, Ancona

È proprio così, come da Lei affermato: il ghiaccio serve nelle prime ore per impedire l'edema, non per farlo riassorbire. Poi, a quanto esattamente corrispondano le "prime ore", non credo ci siano margini esattamente codificati e credo siano diversi da caso a caso, da trauma a trauma. Ci vuole pur sempre anche il buon senso.

Vorrei dei chiarimenti sulla metodica del prick by prick, di cui ho sentito parlare per la diagnosi di allergia ad alimenti. Come si pratica e di che cosa si tratta?

Medico di base

Il prick by prick si pratica, come dice la parola, pungendo la pelle dopo aver punto l'alimento da testare. È molto utile sia perché di molti alimenti non vi sono gli estratti diagnostici, sia perché molti allergeni alimentari, in particolare dei vegetali, frutta e verdura, sono estremamente labili e non si prestano a

essere preparati (estratti commerciali) o conservati. Il prick by prick è un test altamente affidabile e di facile esecuzione; la lettura del risultato, come per il prick test, si fa dopo 15 minuti, e sono positivi i ponfi di diametro superiore o uguale ai 3 mm.

L'uso della associazione beta-2 long acting (LA) e cortisonici inalatori (CI) è vantaggioso rispetto all'uso del solo CI?

In altre parole, esiste un vero bisogno di cercare vie alternative di controllo dell'asma nel bambino già ben controllato con dosi medio-basse di CI?

dott. Rosario Cavallo (Pediatria)
Salice Salentino (Lecce)

Due sono le motivazioni che giustificano l'utilizzo delle associazioni. La prima, che Lei ricorda, è quella di ottenere un migliore controllo dell'asma. È stato infatti ampiamente dimostrato, sia su adulti che su bambini, che l'associazione permette un miglior controllo dell'accessualità, ed è da preferire all'aumento della dose di CI, e questo anche per l'ovvio vantaggio sugli effetti secondari di questi ultimi. Bisogna però anche sottolineare che nel bambino è eccezionale non riuscire a controllare l'asma con il CI alle dosi raccomandate. Quando capita di vedere un bambino che non risponde al CI, bisogna sempre pensare in prima istanza che non fa la terapia (poca compliance da parte dei genitori per steroidofobia) o che non fa

bene la terapia (inalazione scorretta). Molto più spesso succede invece di utilizzare l'associazione con l'obiettivo di ottenere un immediato controllo dell'accessualità in attesa che il cortisone inalatorio inizi a dare i suoi frutti. Mi spiego meglio. Se un bambino si sveglia ogni notte per i sintomi asmatici, non ha senso aspettare una o due settimane che il cortisonico inalatorio cominci a essere efficace; è molto meglio associare, fin dalla prima sera, anche un beta-2 a lunga emivita, che permetterà di far dormire tranquillo quel bambino già dalla prima notte.

Stesso discorso per l'asma da sforzo: se un bambino ha labilità da sforzo (che è l'indicazione più frequente per iniziare il CI), non ha senso aspettare tre-quattro settimane (è il tempo medio nel quale il CI corregge la labilità) prima di raccogliere i risultati del trattamento, dal momento che basta associare il beta-2 a lunga emivita, e questo gli permetterà di giocare liberamente a pallone già dal primo giorno. In questo caso, se non ci sono disturbi notturni ma soltanto la labilità da sforzo, il beta-2 LA può essere associato alla dose del CI del mattino, non a quella della sera (di notte il bambino non ha bisogno di correre, ma di dormire). Personalmente questo utilizzo dei beta-2 agonisti in prima battuta, con l'obiettivo di controllare da subito la sintomatologia asmatica, lo considero quasi obbligatorio ogni volta che inizio un trattamento con CI. Per gli stessi presupposti non sembra logico continuare con l'associazione dopo le prime settimane (diciamo dopo il primo mese), quando l'effetto antinfiammatorio

del cortisonico inalatorio avrà già dato i suoi frutti e il controllo dell'accessualità può essere mantenuto con questo solo farmaco e a dosi basse. Nelle linee guida non è così esplicitamente raccomandato questo utilizzo "in prima battuta", anche se in più parti viene sottolineata la necessità di raggiungere il prima possibile il controllo dell'accessualità. Un buon risultato "da subito" favorisce infatti anche la compliance del paziente verso il trattamento.

In età pediatrica, per correggere la stipsi ostinata, è meglio ricorrere al Laevolac o al Portolac.

Gradirei inoltre conoscere le dosi approssimative consigliate per iniziare e le dosi massime, eventualmente utilizzabili in mancanza di risultato, e se queste terapie sono esenti da effetti collaterali, e in particolare se non danno assuefazione.

Gianfranco Mattina (Medico di famiglia)
Bari

Il lattulosio (Laevolac) e il lactitolo (Portolac) funzionano entrambi con effetto osmotico, richiamando acqua nel colon e, di conseguenza, aumentando il volume delle feci e rendendole più morbide.

I dosaggi variano da 0,5 a 1 grammo/min/die (i dosaggi più elevati nelle stipsi più ostinate). In caso di comparsa di diarrea (unico effetto collaterale importante) il dosaggio va ovviamente diminuito. Nelle stipsi gravi può essere ne-

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto o comunque di prenderlo a modello di massima e indirizzare a:

Giorgio Longo, Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", via dell'Istria, 65/1 - 34137 Trieste; oppure per e-mail (longog@burlo.trieste.it)



Al Comitato Editoriale di 'Medico e Bambino'

Vorrei avere una risposta al seguente problema

.....

.....

.....

Firma

Indirizzo

.....

Attività o qualifica

- libero professionista
- medico di base
- medico consultoriale
- medico generico
- pediatra di base
- ospedaliero
- universitario

Accetto che il mio nome compaia sulla rivista in calce

al quesito (barrare sì o no)

sì

no

cessario risolvere l'impatto fecale (con clismi o Isocolan o, nei casi molto gravi, anche ricorrendo al wash-out manuale in sedazione) prima di iniziare la terapia che, in caso contrario, rischia di risultare inefficace.

Questi prodotti non producono assuefazione perché non agiscono con meccanismo farmacologico ma soltanto fisico (osmotico). Mantenere la terapia per tempi lunghi (3-6 mesi) è oltre tutto fondamentale per poter uscire dal circolo vizioso: feci dure, dolore alla defecazione, ragadi, ritenzione ostinata.

Utile infine combinare il trattamento con un semplice programma di "toilette training", che consiste nel mettere regolarmente sul water il bambino 5 minuti dopo i pasti e in posizione corretta, con le gambe flesse sul bacino e non penzolanti. Per far questo al bambino più piccolo è necessario fargli appoggiare le gambe su uno sgabello.

Volendo effettuare un prick test con latte e uovo, ad esempio, a bambini con eczema atopico, devo procurarmi gli estratti del commercio o posso avere risposte altrettanto valide usando una goccia di latte di latteria o una di bianco d'uovo? Ho avuto a questo proposito risposte contrastanti.

Pediatra, Novara

Il prick con questi, come con altri alimenti freschi, ha la stessa sensibilità (o forse anche maggiore) degli estratti del commercio.

Utilizzando il latte come tale, non si può ovviamente distinguere se la sensibilità allergica è verso l'una o l'altra delle proteine (caseina, beta-lattoglobulina, lattoalbumina), ma questo non riconosce alcun interesse pratico.

Ho un piccolo assistito a cui è stato diagnosticato un mollusco contagioso sul collo: ha una decina di elementi.

Vorrei sapere se è veramente certa la natura virale (infettiva) della lesione e quanta la probabilità di contagiare altri bambini.

In casa vi sono tre fratellini, di cui uno sotto l'anno e il bambino dovrà quest'anno frequentare l'asilo. Posso assicurare la famiglia o la scuola o devo prendere precauzioni (togliere le lesioni, mettere una copertura con garza e cerotto ecc.)?

Pediatra, Asti

Il mollusco contagioso è sempre e solamente causato da un virus a DNA del gruppo dei POX virus, di cui sono conosciuti più sottotipi con diversa distribuzione geografica, ma con la stessa espressività clinica. Anche se non vi sono dimostrazioni documentate in maniera incontrovertibile, molte sono le evidenze che la trasmissione avviene per contatto diretto o per autoinoculazione; la permanenza in piscine è un fattore favorente, come dimostrato da varie segnalazioni di piccoli cluster epidemici in bambini che frequentano la stessa piscina; la presenza di eczema atopi-

co è un fattore favorente sia della comparsa dei molluschi che della loro maggiore estensione. Gli immunodepressi gravi (pazienti trapiantati o affetti da HIV) hanno lesioni più diffuse e persistenti.

La possibilità del contagio di altri bambini è tanto maggiore quanto maggiori sono i contatti diretti; nel caso dei fratellini si possono comunque prendere ragionevoli precauzioni, come evitare di far fare il bagnetto tutti insieme e tenere separati gli asciugamani. L'applicazione di garze e cerotti non mi pare indicata.

I molluschi sono asportabili in maniera estremamente facile con un curettage superficiale, ed è in genere praticabile in bambini che forniscono un minimo di collaborazione, avendo cura di far precedere la manovra dall'applicazione di un anestetico locale: EMLA crema.

Poiché la diffusione per autoinoculazione è un evento frequente, è consigliabile asportare i molluschi all'inizio della loro comparsa, quando sono in numero molto limitato.

Particolari sedi come la zona periorale, periculare, palpebrale e perigenitale, la presenza di lesioni estremamente diffuse e/o il rifiuto per paura del bambino, soprattutto se piccolo, sono un fattore limitante. In questi casi la scelta è tra l'attesa della regressione spontanea e l'asportazione in sedazione.

Da ricordare comunque sempre l'assoluta benignità di questa virosi e la certezza di una risoluzione spontanea senza alcun esito, anche se dopo mesi o qualche anno.

IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste - Centro Collaboratore dell'OMS per la Salute Materno-infantile

AMBIENTE E SALUTE DEL BAMBINO: PROBLEMI E RISPOSTE

Corso per pediatri e operatori dei servizi di prevenzione (accreditato ECM)

Trieste, 12-13 dicembre 2003

Venerdì (ore 15.00 - 18.30)

Perché il bambino è particolarmente vulnerabile; rischi ambientali ed effetti sulla salute nei vari stadi di sviluppo; approfondimenti su: inquinamento dell'aria; incidenti; raggi UV; Agenti neurotossici; effetti endocrini.

Presentazione del libro su Ambiente e salute del bambino

Sabato (ore 9.00 - 13.00 e 14.00 - 17.00)

Problemi del trasporto e del vivere urbano: le proposte
Incorporare gli aspetti ambientali nel lavoro quotidiano dei pediatri e dei servizi di prevenzione

Le azioni raccomandate per la Regione Europea

Attori e partners in Italia: rete italiana per il diritto del bambino a non essere inquinato

Relatori: F. Barbone, Università di Udine; F. Raccioppi, OMS; A. Mantovani, Istituto Superiore di Sanità; M. Martuzzi, OMS; L. Nemer, OMS; R. Romizi, ISDE; G. Tamburlini, IRCCS "Burlo Garofolo"; F. Valent, Università di Udine

Quota di partecipazione: euro 120

Per informazioni e iscrizioni: 040 3785567 (direzione del corso); 040 300151 (segreteria)