

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

Soggetto affetto da salmonellosi che dopo qualche giorno dalla fase acuta sta apparentemente bene. Vengono fatte eseguire, come mi sembra preveda la legge, delle coproculture di controllo; però, come succede di tanto in tanto, ne compare una positiva.

Se il bambino continua a stare apparentemente bene (è diventato un portatore sano), come stabilire a vostro giudizio e secondo la legge italiana quando può ritornare a scuola?

Pediatra di base

È chiaro che, se ogni tanto una coltura dalle feci viene positiva per la salmonella, vuol dire che il bambino alberga ancora nel suo intestino (o più spesso nella cistifellea) questo germe. Come Lei sa di sicuro, ormai siamo tutti convinti che non è necessario in questi casi fare alcun tipo di trattamento antibiotico, perché con molta probabilità non servirebbe a nulla, o peggio, secondo alcune pubblicazioni, prolungherebbe lo stato di portatore.

Il Ministero della Salute, il 13 marzo 1998, emise una circolare (n. 4) sulle misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica, ma senza fare alcun accenno a proposito della riammissione di un bambino a scuola, e non dir nulla vuol dire che non esiste alcuna limitazione in proposito.

Negli anni successivi all'emanazione di questa circolare le discussioni su cosa fare per i bambini che vanno a scuola sono state però frequentissime. La conclusione fu che, non essendoci scritto niente per i bambini che frequentano una comunità (asilo nido, scuola materna e scuola dell'obbligo), il minore poteva essere riammesso solo con un certificato del pediatra, attestante la buona salute del bambino, senza nemmeno fare alcun riferimento a coproculture negative o positive. Ovviamente per la riammissione di un bambino, che non aveva ancora il controllo dello sfintere anale venne ritenuta una buona norma raccomandare al personale dell'asilo nido di

seguire le più strette norme igieniche nei confronti del piccolo.

Sorse nel corso di quegli anni qualche controversia, perché l'asilo nido e la scuola materna dipendono dal sindaco e qualche sindaco (mi sembra di una grande città dell'Adriatico) aveva emanato una circolare che richiedeva due o, peggio, tre colture negative per il ritorno in comunità. Ma la scuola dell'obbligo è al di fuori della giurisdizione del sindaco e quindi valeva quanto scritto nella circolare.

Se pensiamo che è possibile, e giustamente, ammettere in comunità un bambino portatore di HBsAg o di HIV, non vedo come si debba impedire che frequenti la scuola un bambino che è portatore di una salmonella minore.

Penso che non le rimanga che parlare con la/il responsabile dell'asilo o della scuola per poi regolarsi di conseguenza. Mi ricordo che qualche pediatra suggeriva di portare a esaminare le feci di un soggetto indenne, dando al laboratorio il nome del bambino portatore: una pratica assolutamente da non seguire anche quando i familiari e il pediatra siano presi dalla disperazione.

Sempre più bambini dopo i 3-4 anni non prendono più il latte (lo si scopre solo con domande specifiche); per una corretta integrazione dei casi che non si riescono a "recuperare" alla alimentazione corretta, è sufficiente l'uso di acque minerali? Comporta qualche rischio? È preferibile l'uso di sostituti farmacologici?

Pediatra

Se non prendono latte né derivati, è opportuno calcolare una dose di calcio sostitutiva intorno ai 500-1000 mg/die e garantirsi che sia raggiunto. Con acque dure o con calcio farmacologico non importa, basta fare i calcoli.

Più di una volta mi è capitato che una madre in allattamento mi riferisse l'in-

tenzione da parte del suo ginecologo di farle sospendere l'allattamento prima che il figlio avesse un anno, per il persistere dell'amenorrea.

Vorrei sapere se c'è un razionale in tutto questo, perché io ho sempre manifestato apertamente seri dubbi.

dot. Antonio Guerrieri, Pediatra di libera scelta
Cagnano Varano (FG)

L'amenorrea da lattazione anche oltre l'anno è fisiologica ed è del resto il segno della messa a riposo dell'ovaio, che sembrerebbe essere il motivo della riduzione del cancro del seno e dell'ovaio in chi allatta.

Non c'è alcun rischio che l'amenorrea si prolunghi dopo sospensione dell'allattamento, a meno che non ci siano altre concomitanti cause patologiche.

Madre ORh+, figlio ARh+, test di Coombs positivo (non quantificato, né con il segno + né con il titolo). Bilirubinemia tot. in 3° giornata 2,4 mg%. Non segnalato l'eventuale ittero. Non fototerapia o altro. Allattamento misto (con formula) per ipogalattia materna. Consiglio alla dimissione: controllo del test di Coombs dopo 20-30 giorni. È corretto? Perché? Il bambino ha ora due mesi e sta benissimo.

Liborio Serafini, Pediatra libero professionista
Busto Arsizio (VA)

L'entità dell'ittero da isoimmunizzazione ABO è molto variabile, generalmente modesta e comunque disgiunta dal titolo anticorpale anti-A o anti-B. Le ragioni citate sono: a) la presenza di antigeni A e B in tutti i tessuti; b) la neutralizzazione degli anticorpi da parte degli antigeni placentari A e B; c) il fatto che gli anticorpi anti-A e B sono piuttosto "deboli". Gli anticorpi IgG di qualunque tipo hanno un'emivita di circa 21 giorni. Sono quindi necessariamente destinati a scomparire. Verificarne la scomparsa, in un neonato senza ittero, non sembra

avere molte implicazioni cliniche. Eventualmente, nei casi in cui l'ittero sia stato clinicamente significativo e/o ci sia stata evidenza di emolisi, può essere utile monitorare l'effetto degli anticorpi, controllando l'emoglobina a 3-4 settimane di vita.

Gradirei sapere riguardo a un ragazzo di 13 anni con varicocele di 3° grado:

1. È sempre indicato l'intervento chirurgico?

2. È preferibile l'intervento classico di legatura dei vasi oppure la scleroembolizzazione?

3. Quali sono i rischi, gli effetti collaterali e la percentuale di insuccesso e di recidiva della scleroembolizzazione?

dott. A. Nicastro
Avellino

1. Un varicocele di 3° grado è un'indicazione per l'intervento chirurgico.

2. Tutte le tecniche hanno lo stesso rischio di "recidiva". A Trieste si preferisce la sclero-terapia sec. Tauber. C'è il vantaggio che possa essere fatto in anestesia locale, con un po' di sedazione con risultati paragonabili.

3. I rischi sono: recidiva (10-20%); necrosi testicolari (molto raro).

È noto come la porpora di Schönlein-Henoch sia una vasculite dovuta al deposito di immunocomplessi contenenti prevalentemente IgA nelle arteriole, nelle venule, nei capillari della cute e di altri organi (rene, articolazioni, intestino ecc.). Questo fatto depone per un incremento delle IgA sieriche in soggetti che presentano tale patologia.

La domanda: in quanti soggetti affetti da tale patologia le IgA sieriche sono aumentate? Un tale incremento può considerarsi un marker di laboratorio che conferma la diagnosi clinica?

Pediatra di libera scelta

L'incremento delle IgA sieriche non è un evento sempre presente e comunque può essere di diverso grado. L'aumento delle IgA non può essere considerato un dato di laboratorio sensibile e specifico per la conferma della diagnosi ma, qualora presente insieme a segni clinici compatibili, può semplicemente aiutare a sospettarla.

Come proseguire un calendario vaccinale interrotto dopo la 1° dose di esavalente per importante reazione alla componente pertossica (pianto persistente e inconsolabile per più di tre ore a circa 8 - 9 ore dalla vaccinazione), visto che il nostro servizio farmaceutico non riesce a trovare in commercio dosi di vaccino difto-tetano in formulazione pediatrica?

È possibile, è etico ecc. proseguire con la formulazione per adulti di questa vaccinazione? Se sì, con quale cadenza?

dott. Severino Lorenzetti

Come fa a dire che la reazione osservata è dovuta alla componente antipertossica? Quando usavamo il vaccino intero antipertosse e non utilizzavamo molti altri vaccini, questo effetto collaterale e molti altri erano attribuiti al vaccino antipertosse intero. Ma ora, con il vaccino antipertosse acellulare, messo insieme ad altri antigeni (nel vaccino ucciso della polio, per esempio, ce ne sono più di 50), come si fa a essere sicuri che dipenda dal vaccino acellulare? Comunque sia, il fenomeno da Lei osservato è abbastanza frequente (1 caso su 300-500 bambini) ed è assolutamente certo che non ha alcuna conseguenza per il bambino. La definizione è proprio quella che Lei descrive: pianto intenso, persistente e inconsolabile (a volte a tonalità alta), che dura più di 3 ore, insorto a distanza anche di ore dalla vaccinazione.

Alla seconda dose (di esavalente o di qualsiasi altro vaccino che sia stato la causa del pianto) è un'eccezione che il pianto si ripresenti e nessun'altra conseguenza può essere attesa.

Quindi, stando così le cose, ripeterei l'esavalente, alla scadenza fissata dal calendario, in tutta tranquillità. Ci sappia dire.

Vorrei descrivere in poche parole un problema di tipo gastroenterologico che è stato riscontrato a mia sorella e sapere se mi potete indirizzare con nominativi su medici o istituti che potrebbero aiutarmi a avere un po' più di chiarezza sul problema. Alla fine dell'estate le è stata diagnosticata un'esofagite eosinofila mediante il prelievo delle biopsie effettuato con gastroscopia.

A oggi ancora non siamo riusciti a scoprire la causa scatenante di questa rara malattia.

Le sono stati fatti esami di tipo allergologico e attualmente si sta curando con Fluspiral spray e da poco con Montegen.

Dalle documentazioni che ho effettuato ho visto che la cura è pressoché quella, ma volevo anche con il vostro aiuto avere qualche contatto per indagare ulteriormente.

Pediatra

La causa dell'esofagite eosinofila non è sempre e solo allergica.

La scaletta terapeutica prevede che nei casi più gravi e resistenti alla terapia si usi per periodi medio-brevi il cortisone per via generale.

Noi possiamo ritenerci (Clinica Pediatrica di Trieste) un centro di riferimento con una certa esperienza specifica (i casi non sono comunque moltissimi da nessuna parte). Se vuole, può contattarci direttamente.

È vero che il prurito palmo-plantare è un indicatore molto attendibile di imminente shock anafilattico, tanto da autorizzare la somministrazione di adrenalina e il ricovero, quando si verifichi in seguito a una qualche somministrazione parenterale?

Pediatra di base

Il prurito palmo-plantare è tra i sintomi possibili nelle reazioni allergiche generalizzate, ma non è un segno guida delle reazioni più gravi.

Dopo un intervento chirurgico per torsione di testicolo in un bambino di 7 anni, la cicatrice ha formato un voluminoso cheloide di circa 4 cmx2x1,5; non c'è stata risposta alla terapia steroidea né alla compressione. Un chirurgo plastico interpellato ha sconsigliato l'intervento di rimozione, temendo una recidiva forse peggiorativa. Cosa fare?

Pediatra di base

Si deve valutare se la cicatrice è fissa oppure mobile, se c'è stata un'infezione o se può essere una reazione a corpo estraneo verso il filo usato.

Personalmente ritengo siano molto rari i casi nei quali non si possa fare un reintervento con un buon risultato.

Domande & Risposte

Ragazza di 12 anni, regolarmente vaccinata nel primo anno di vita con le tre dosi del vaccino antiepatite B, a un controllo dei markers ha evidenziato un titolo anti-HBs inferiore a 10 mUI/ml. Va somministrata una dose di richiamo?

Pediatra ospedaliero
Napoli

La situazione che Lei descrive è una situazione abbastanza frequente che non richiede la somministrazione di una dose di richiamo.

Vi sono già diversi studi che dimostrano che nei soggetti che hanno risposto alla prima serie di vaccino (96-98% dei vaccinati, a seconda dell'età), anche se negli anni successivi si assiste a un'evanescenza dei livelli anticorpali, non è necessario eseguire una dose di richiamo. Nelle esperienze in cui è stata, per studio, somministrata una nuova dose, si è assistito a una risposta anamnesticamente vivacissima a distanza di qualche giorno. Questo ci ha dimostrato che un eventuale incontro di quel paziente con l'HBV avrebbe trovato le cellule della memoria ancora stimolate e capaci di un'ottima risposta.

Con quella che ritengo sarà la vostra risposta, mi propongo di convincere alcuni colleghi che operano nella mia

ASL, della scorrettezza di una loro procedura. Consigliano a tutti i bambini che devono essere sottoposti a vaccino MMR (la vaccinazione in questa ASL è praticata a 12 mesi insieme con le altre) di assumere l'uovo (albume e rosso) prima della vaccinazione, in modo da escludere dal vaccino quelli che manifestano qualche reazione dopo questo "challenge".

Ora, a parte un episodio quasi anafilattico dopo la prova casalinga, capitato a un bimbo giunto alla mia osservazione (che è stato poi vaccinato in ambiente ospedaliero senza manifestare alcunché), mi sembra scorretta, inutile e pericolosa questa pratica, molto più dei rischi (ormai sappiamo quasi inesistenti) di vaccinare un bambino allergico all'uovo.

dott. Antonio Rizzi
Pediatra ospedaliero, Crema (CR)

Sono completamente d'accordo con quanto Lei afferma. Quella adottata dai suoi colleghi è una pratica potenzialmente pericolosa, ma soprattutto inutile. Molti lavori provano che i bambini allergici all'uovo NON hanno per questo motivo un rischio aumentato di reazioni avverse alla vaccinazione MMR. Chi ha la reazione allergica alla vaccinazione non lo fa per colpa dell'uovo: la quantità di proteine dell'uovo, se eve-

tualmente presenti nel vaccino, è infatti trascurabile e non sufficiente a provocare una reazione nemmeno nei più gravi allergici all'uovo.

Sono invece più a rischio i bambini che hanno avuto, a prescindere dall'allergene in causa, una crisi anafilattica importante nella loro storia. Il rischio è aumentato rispetto alla popolazione generale (in cui comunque ogni vaccinazione può causare reazioni avverse), ma resta comunque molto molto piccolo.

Una mia piccola paziente, figlia unica di 7 anni con dermatite atopica e prick positivi per Dermatophagoides, vorrebbe regalato un gattino. La madre mi ha detto che le vorrebbe comprare un gatto senza peli o con pochi peli ricci (razza sphynx o cornish rex). Ma l'antigene non è nella saliva che il gatto spalma sul pelo o sulla pelle? Che cosa rispondere?

dott.ssa Daniela Indovina

L'allergia è verso un antigene (Fel d1) presente nella forfora del gatto. Non fa differenza pertanto se l'animale è a pelo lungo o corto, se si lecca o non si lecca il pelo. La possibilità che la bambina si sensibilizzi è elevata. Giusto, quindi, scoraggiare l'acquisto.

XIX CONGRESSO NAZIONALE

CONFRONTI IN PEDIATRIA 2006

Protocolli in Pediatria: 10 anni "dopo"

Trieste, Palazzo dei Congressi della Stazione Marittima, 1-2 dicembre 2006

VENERDÌ 1 DICEMBRE

9.00 SESSIONE PLENARIA modera F. Panizon
L'accesso acuto d'asma (G. Longo, F.M. De Benedictis)
Il ritardo mentale (G. Corsello, P. Gasparini)
Le dislipidemie (R. Bellù, L. Cattin)

12.00 SESSIONI PARALLELE

L'ipertensione (A. Benettoni, F.M. Picchio)
La scoliosi (G. Tagliavero, G. Maranzana)
Dolori addominali ricorrenti (G. Magazzù, L. Greco)

14.30 SESSIONE PLENARIA modera A. Ventura

Il linfonodo ingrandito (M. Rabusin, P. Macchia)
Disturbi del linguaggio e dislessia (S. Millepiedi, M. Carozzi)
Emorragia intestinale (S. Martellosi, M. Fontana)

17.20 SESSIONI PARALLELE

Il criptorchidismo (M. Maghnie, J. Schleeff)
Le artriti, infettive e non (L. Lepore, F. Falcini)
La dermatite atopica (M. Cutrone, G. Longo)

SABATO 2 DICEMBRE

9.00 SESSIONE PLENARIA modera F. Panizon
Precocità e ritardo puberale (G. Tonini, F. Chiarelli)
Neutropenie e piastrinopenie (M. Aricò, P. Tamaro)
Il bambino acutamente "giallo" (G. Maggiore, L. Zancan)
La sindrome di Munchausen by proxy (A. Ventura, P. Benciolini)

Venerdì 1 dicembre, ore 14.30 Sessione in contemporanea
Sala Tommaseo - Jolly Hotel

CONFRONTI "GIOVANI"

Specializzandi a tu per tu "senza il professore"

Per questo Congresso saranno richiesti i crediti formativi ECM

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Giorgio Longo (longog@burlo.trieste.it), Alessandro Ventura (ventura@burlo.trieste.it)

SEGRETERIA SCIENTIFICA "CONFRONTI GIOVANI"

Laura Badina (lau.bad@gmail.com) cell. 347 5825178
Jenny Bua (jbu@tiscali.it); Laura Travan (ltravan@libero.it)



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

QUICKLINE Traduzioni&Congressi
Via S. Caterina da Siena n. 3, 34122 TRIESTE
Tel. 040 773737-363586 - Fax 040 7606590
e-mail: congressi@quickline.it http://www.quickline.it