

Ogni lettore può utilizzare la rubrica "Domande e risposte" per porre i quesiti che riterrà utili. Si raccomanda che il problema sia esposto in forma sintetica, possibilmente contenuto in non più di 10 righe, a mano o dattiloscritto. Verranno pubblicati i quesiti e le risposte che saranno di interesse generale, ma risponderemo personalmente, comunque, a tutti i quesiti inviati. Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale, che potrà contare sulle seguenti consulenze:

ALLERGOLOGIA: Cavagni, Vierucci; CARDIOLOGIA: Fonda, Visconti; CHIRURGIA: Alessandrini, Guglielmi, Verga; DERMATOLOGIA: Arcangeli, Longo F.; DIABETOLOGIA: Pocecco, Tonini; EMATOLOGIA: Sansone, Schettini; ENDOCRINOLOGIA: Cacciari, De Santis; EPATOLOGIA: Bali, Zancan; FARMACOLOGIA: Assael, Bradaschia, Marchetti, Tognoni; GASTROENTEROLOGIA: Guandalini, Torre; GENETICA E MALFORMAZIONI: Cao, Mastroiacovo; GINECOLOGIA PEDIATRICA: Bacci, Ricci; IMMUNOLOGIA: Andolina, Ugazio; NEFROLOGIA: Peratoner, Rizzoni; NEONATOLOGIA: Marini, de Vonderweid; NEUROLOGIA: Bouquet, Cavazzuti; NUTRIZIONE: Auricchio, Nordio; OCULISTICA: Auricchio, Perissutti; ODONTOSTOMATOLOGIA: Celato, Furlani; ORTOPEDIA: Maranzana, Vigliani; OTORINOLARINGOIATRIA: Polazzon, Zocconi; PATOLOGIA INFETTIVA: Principi, Roscioli; PNEUMOLOGIA: Faraguna; PSICHIATRIA: Del Carlo-Giannini, Paci; PSICOLOGIA: Canestraro, Mammano; RADIOLOGIA: Dalla Palma, Perale; VACCINAZIONI: Bartolozzi

Si suggerisce di utilizzare il tagliando a fine rubrica 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 - 34100 Trieste

Fino a che età si deve attuare la chemioprolifassi con isoniazone a Mantoux positiva?

Mi spiego meglio: gli adulti (per esempio insegnanti), che casualmente risultino positivi, con Rx e resto negativi, vanno trattati?

d.ssa Carmela Di Maio (medico consultoriale)
Napoli

L'American Thoracic Society (1992) raccomanda la terapia farmacologica di prevenzione in caso di viraggio tubercolinico recente anche negli adulti fino ai 35 anni di età, con positività di almeno 10 mm, e dopo i 35 anni di almeno 15 mm. Ma devono essere persone di cui si è certi che erano Mantoux negativi meno di due anni prima.

Se una donna in gravidanza contrae una malattia infettiva negli ultimi mesi (es. varicella, parotite), il bambino sarà parzialmente immunizzato per cui, quando successivamente contrarrà la malattia, questa si manifesterà in maniera attenuata?

Pediatra di base

La risposta immunologica è tanto più debole quanto più immaturo è il bambino. Questo comporta sia un rischio di malattia grave, o molto grave, sia un rischio di immunità incompleta. Incidentalmente Le riferisco di un nostro caso

la cui madre si è ammalata di varicella nell'ultimo trimestre di gravidanza, e che ha avuto a 3 anni uno zoster che sappiamo essere manifestazione di immunità compromessa (o, nel nostro caso, insufficiente).

È entrato in commercio un latte A.R. (anti-rigurgito), con una formula a base di farina di semi di carrube che ne determina la maggiore viscosità.

Vi chiedo se questa soluzione è valida e sufficientemente collaudata per il trattamento del reflusso gastroesofageo; se è migliore del vecchio sistema di aggiungere il Medigel; se permette di evitare la somministrazione di farmaci procinetici.

Pediatra consultoriale

Esiste un solo lavoro su pochi lattanti che dimostra una migliore efficacia (valutata con pH-metria) dell'associazione "posizione" più latte ispessito con farina di carrube, rispetto alla sola terapia posizionale. L'ispessimento dei pasti è d'altra parte "da sempre" il primo provvedimento per i bambini con reflusso e una preparazione già formulata semplifica sicuramente le cose (il costo è superiore del 25% rispetto a una formula normale). L'ispessimento dei pasti è sicuramente il primo e più facile provvedimento per il lattante con reflusso semplice ma se sospettiamo una "malattia da reflusso" il

solo ispessire i pasti non può essere sufficiente; in questi casi la terapia prevede l'uso del procinetico e della ranitidina.

Nei lattanti con allergia alle proteine del latte, l'uso dei latti terapeutici (idrolisati, soia, capra) comporta una regressione della sintomatologia (vomito, diarrea, eczema ecc.), ma non osservo quasi mai una ripresa della crescita ottimale.

È normale? Oppure, anche in assenza di sintomi, bisogna pensare ad un'ulteriore sensibilizzazione?

d.ssa Rosa Comi (pediatra)
Montecalvo Irpino (AV)

La mancata ripresa della crescita durante la somministrazione di diete speciali è un evento non raro e attribuibile il più delle volte alla ridotta assunzione delle stesse (cattivo gusto) da parte del bambino e alla riduzione globale di calorie offerte dalla famiglia (angosciata dalla sproporzionata paura di offrire alimenti dannosi), ma non va nemmeno escluso un errore diagnostico. Come regola pratica tenderei a non prendere in considerazione l'eventualità di nuove sensibilizzazioni, ma non possiamo tacere la possibilità che, nel caso di un allergico al latte, il latte di capra o gli stessi idrolisati non rappresentino una reale dieta di esclusione (antigeni cross-reattivi).

Una mia piccola paziente di 4 anni, affetta da microcefalia, cataratta congenita e ritardo psico-motorio, da circa due anni presenta ripetuti episodi di IVU, la cui frequenza si è accentuata in quest'ultimo periodo.

Un'ecografia delle vie urinarie non ha dimostrato alcuna malformazione, mentre una cistouretrografia minzionale ha mostrato una minzione intermittente e abbondante ristagno post-minzionale. Pratica profilassi antibiotica e terapia con ossibutina, ma continua a presentare IVU.

Cosa fare?

dott. Giacomo Tinervia (pediatra)
Corleone (PA)

Episodi recidivanti di infezione urinaria in un bambino con una neuropatia centrale devono far sospettare l'esistenza di un'anomalia funzionale vescico-sfinterale (dissinergia o pseudo-dissinergia); tale sospetto in questo caso specifico è sostanziato dal rilievo di un importante residuo post-minzionale all'ecografia.

Anche in mancanza di altri dati anamnestici, in particolare sul comportamento minzionale della bambina, sembra di poter dire che certamente non c'è un'indicazione al trattamento con ossibutina, che potrebbe anzi aggravare la situazione mediante l'induzione di un'atonìa del detrusore e conseguente aumento del residuo post-minzionale.

Semmai un trattamento con urofarmaci fosse indicato, potrebbe essere per quelli utili a ridurre le resistenze uretrali; ma varrebbe la pena in questo caso documentare meglio prima di ogni intervento terapeutico la situazione funzionale con uno studio urodinamico.

Nei confronti delle recidive di un'infezione, il trattamento in ogni caso sicuramente corretto è la profilassi antibatterica, almeno fino a risoluzione del problema disfunzionale.

In caso di malattia del proprio bambino, gradirei sapere:

1. Entro quanti giorni il genitore deve consegnare al datore di lavoro il certificato del medico?

2. Questo limite vale per tutti i lavoratori o è diverso da categoria a categoria (operai, impie-

gati statali, impiegati non statali ecc.)?

Pediatra di base

Il datore di lavoro va avvisato "tempestivamente" e il certificato medico deve arrivare entro tre giorni. Questo vale per tutto il pubblico impiego.

Bambino di 14 mesi con deficit parziale di IgA (valore in un laboratorio=7 mg/dl, valore in un altro laboratorio=16).

Può essere sottoposto al vaccino triplo contro morbillo-rosolia-parotite?

dott. Giovanni Cosimo Indirli (pediatra ospedaliero)
San Donaci (BR)

Certamente sì. Non è controindicazione a questo vaccino nemmeno il difetto completo di IgA (al limite questa potrebbe essere un'ulteriore indicazione a farlo). Per questo tipo di vaccini con

virus vivi attenuati vi è controindicazione soltanto nei difetti gravi di immunità cellulo-mediata, ma non nel sieropositivo HIV.

Una bambina di 7 mesi, ex prematura, che complessivamente sta bene, comincia recentemente a presentare stipsi.

Nonostante il tentativo di introdurre fibre vegetali, che del resto la bambina accetta con difficoltà, la stipsi persiste con sporadica presenza di sangue esterno alle feci (piccole quantità).

All'esame della regione anale non ho riscontrato delle evidenti ragadi, ma solo un diffuso lieve arrossamento. Ho però rilevato un ano decisamente anteriorizzato.

Oltre ai consueti provvedimenti anti-stipsi, ci sono da adottare specifiche misure diagnostiche o terapeutiche, in considerazione

della forte anteriorizzazione dell'ano?

Pediatra di base

La stipsi che insorge a 7 mesi difficilmente può essere imputabile a una malformazione maggiore: l'ano anteriorizzato è sicuramente causa di stipsi, ma la cura resta sempre di tipo medico.

Nel caso specifico è probabile che l'ano anteriorizzato, assieme al rifiuto delle verdure, abbia provocato la stipsi con successiva insorgenza di una ragade (che sicuramente c'è, forse interna, o c'è stata) e avvio del circolo vizioso stipsi-ragade-dolore-stipsi. Utile applicare delle pomate cicatrizzanti e anestetiche all'orifizio anale (ad esempio il Proctolin). In questi casi, oltre ai consigli dietetici, noi utilizziamo lattulosio e cisapride (0,2 mg/kg/dose per 3 volte al giorno), previo svuotamento del retto (clisterini con soluzione fisiologica e glicerina). Sia il lattulosio che la cisapride vanno mantenuti per alcuni mesi, in modo da permettere al retto di riprendere la sua anatomia e funzione normale.

Quali sono le sedi ideali di inoculazione dei diversi vaccini e perché?

C'è un rischio concreto, e quale, a praticare una vaccinazione intramuscolo invece che sottocutanea o viceversa?

dott. Stefano Chiappe (medico universitario)
Cagliari

La via di somministrazione è scelta e raccomandata in base ai risultati di studi clinici controllati che hanno identificato la massima sicurezza ed efficacia.

Alcuni esempi:

1. Le iniezioni intramuscolari vengono fatte in sedi diverse a seconda del volume da iniettare e delle dimensioni del muscolo. Nel bambino che ancora non cammina la zona supero-esterna del gluteo non va utilizzata perché costituita prevalentemente di grasso e vi è il rischio di lesioni del nervo sciatico. Per questa età la parte antero-laterale della coscia è da preferirsi.

2. L'inoculazione del vaccino anti-epatite B e antirabbico nel gluteo determina una minore risposta anticorpale, e pertanto va preferito il deltoide.

3. I vaccini che contengono come coadiuvante l'idrossido di alluminio (per

esempio DT e DTP) non vanno somministrati per via sottocutanea, ma profondamente nella massa muscolare per evitare reazioni irritative locali e granulomi con necrosi.

A proposito di aerosol-terapia dell'asma bronchiale, leggo che i sistemi a ultrasuoni vanno assolutamente evitati poiché possono indurre anziché alleviare l'ostruzione delle vie aeree. Gradirei un chiarimento sulla questione.

dott. Antonio Guerrieri (pediatra di base)
Cagnano Varano (FG)

No, non è il sistema di produzione della nebbia, ma eventualmente la sua costituzione che può provocare broncostruzione. Per esempio, alcuni farmaci mucolitici e l'uso di acqua distillata al posto della soluzione fisiologica possono stimolare una risposta broncostruttiva con meccanismo rispettivamente irritativo e osmotico.

La durata della diarrea, conseguenza dell'uso dell'azitromicina, è in relazione alla persistenza del farmaco nei tessuti? In altri termini, questa diarrea dura non meno di 10 giorni?

Pediatra di base

La diarrea non è evento comune con la terapia a base di macrolidi e nemmeno con azitromicina.

Non ho esperienze in merito, ma immagino con difficoltà una diarrea che persiste con questa terapia, tanto più considerando che l'azitromicina è un antibiotico a diffusione intracellulare e quindi verosimilmente meno propenso a creare dismicrobismo intestinale.

Cause di macchie rosse sul pannolino e manifestazioni patologiche della "Serratia marcescens" in età pediatrica.

Pediatra di base

Le macchie rosse sul pannolino sono il più delle volte legate a ematuria (cistiti,

uretriti). A volte, se il colorito è più sull'arancio, si tratta di semplici urati.

La *Serratia* è un saprofito comune, praticamente mai causa di infezione delle vie urinarie, se non raramente in soggetti con vescica neurologica.

È un germe "cromogeno" che durante la sua moltiplicazione produce pigmento di colore rosso. Il pigmento, per formarsi, ha però bisogno dell'esposizione alla luce. Può succedere pertanto che il germe colonizzi i residui organici di un pannolino e questo dopo qualche ora che è stato tolto ed esposto alla luce assuma una colorazione rossa. Come aneddoto ricordo che la *Serratia marcescens* era chiamata anche *Bacillus prodigiosus* perché in causa nel fenomeno delle ostie colorate di rosso.

Cause di prevalenza della diarrea acuta nei mesi caldi rispetto a quelli freddi.

Pediatra di base

L'epidemiologia dei virus enteropatogeni è prevalente nei mesi estivi. I motivi sono facilmente comprensibili: maggiore promiscuità; o facilmente immaginabili: trasmissione oro-fecale, favorita dal vivere in costume da bagno nelle località balneari, dal consumare più verdure e frutta fresche (possibili veicoli di infezione), dall'alta temperatura che favorisce la crescita dei batteri enterotossici (stafilococchi e salmonelle).

Orticaria-angioedema ricorrente in bambina con tiroidite autoimmune (8 anni di età): sviluppi e terapia dell'orticaria.

dott. Daniele Bove (pediatra ospedaliero)
Alezio (LE)

L'orticaria, specie se persistente (cronica), ha il più delle volte una patogenesi autoimmune: anticorpi rivolti verso il recettore delle IgE dei mastociti. Il soggetto con questo tipo di orticaria ha frequentemente associate, e non obbligatoriamente nello stesso periodo della vita, altre malattie autoimmuni di cui la tiroidite è la più comune. Credo di poter ipotizzare questa eziologia anche nel suo caso. Come tutte le malattie autoimmuni vi è una tendenza alla risoluzione spontanea. La terapia si basa sull'antista-

minico e sul cortisone, che però è conveniente utilizzare soltanto per periodi limitati di tempo, durante le fasi di maggiore insistenza del disturbo. Da ultimo le segnalazioni che nelle forme di orticaria "autoimmune" può risultare positivo (ponfo istaminico) il test fatto con inoculazione intradermica dello stesso siero della paziente (ricco appunto di anticorpi anti-mastocita), e questa positività è ripetibile anche iniettando il siero su un'altra persona (per es. la madre).

Ho letto sul numero di gennaio di Medico e Bambino l'ottimo articolo di Davanzo e Rabusin sulla profilassi con vitamina K, ma non sono riuscito a trarne conclusioni certe per la mia attività di pediatra di base.

Esiste un "consensus" sulla somministrazione della vitamina K nel periodo neonatale e nei primi mesi di vita? Se tale consensus non esiste, come suggerite di comportarsi?

Pediatra di base

Ribadendo l'utilità della vitamina K, ammettiamo di non aver dato nel nostro articolo indicazioni precise su come effettuare la profilassi neonatale, lasciando un certo disorientamento nei lettori, ma al momento attuale, crediamo non ce ne possiamo essere. Tutto sommato, la vecchia somministrazione intramuscolare di 1 mg di vitamina K resta da preferire

perché più sicura; 2 dosi orali ravvicinate da 1 mg di vitamina (1 goccia in prima giornata e una al momento della dimissione dall'ospedale) possono invece rappresentare una soluzione alternativa, facile da applicare, ma meno sicura nell'evitare la malattia emorragica tardiva.

Se inizio ciclo vaccinale con una o due dosi di vaccino antipolio orale e per sopraggiunte controindicazioni si deve passare al Salk, come completare il ciclo?

d.ssa Marinella Mao (medico consultoriale)
Botticino Sera (BS)

Può passare senza rischio dall'OPV all'IPV potenziato (Salk); dubito che sia in grado oggi di trovare l'IPV normale. Se ha avuto 1 sola dose di OPV, ne eseguirà 3 di IPV (dopo 1-2 mesi dall'OPV, dopo 6-12 mesi dalla prima IPV e infine a 6 anni al momento di entrare nella scuola elementare); se ha già somministrato 2 dosi di OPV, ne eseguirà altre 2 di IPV, secondo gli intervalli indicati. Mentre per l'OPV gli intervalli tra le dosi possono non essere rispettati, perché ogni dose corre da sola e non sono richiesti, per l'IPV il rispetto degli intervalli è necessariamente più rigoroso.

Mi potrebbe spiegare perché il vaccino antipolio è controindicato per soggetti con patologie al

SNC croniche, convulsivanti. E quali sono realmente le patologie che lo controindicano?

d.ssa Marinella Mao (medico consultoriale)
Botticino Sera (BS)

Intorno alle vaccinazioni sono sorte spontaneamente molte personali iniziative, con la creazione o la cancellazione delle vere regole internazionalmente riconosciute. Fa testo il *Libro rosso* ("Red book") e molte altre pubblicazioni (*Vaccine*). In nessuna si parla della controindicazione da lei citata; non esiste d'altra parte una patologia del sistema nervoso centrale che controindichi in senso assoluto l'uso del vaccino antipolio (penso si riferisca all'OPV).

Si può somministrare il vaccino Sabin a soggetti con deficit selettivo IgA? Da risposte date su "Vaccinazione 2000" aprile 94, "linea verde", parrebbe di no.

d.ssa Marinella Mao (medico consultoriale)
Botticino Sera (BS)

Il *Libro rosso* ("Red book") non cita queste controindicazioni, mentre ricorda le altre immunodeficienze acquisite (AIDS) e congenite. Basti pensare che il deficit selettivo di IgA è relativamente frequente (oltre l'1% della popolazione), mentre i casi di polio da vaccino sono rarissimi e inoltre quei pochi erano attribuibili a un deficit di IgA.

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