

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

Il ritardo di chiusura della fontanella anteriore può avere significato patologico?

Medico consultoriale

Certo, può essere un segno di rachitismo o di ipotiroidismo e, nel caso di un eccessivo aumento della circonferenza cranica, di idrocefalo.

Ma prima di tutto va ricordato che vi è una variabilità molto ampia nel tempo della chiusura fisiologica della fontanella anteriore: a 14 mesi la metà dei bambini ha la fontanella chiusa, a 20 mesi l'80% e a due anni il 96%.

Non ci sono differenze significative nei tempi di chiusura tra i due sessi o tra i nati a termine o pretermine. O ancora non vi è correlazione tra le dimensioni della fontanella e la circonferenza cranica, né tra la grandezza di quest'ultima nei primi mesi e il tempo della successiva chiusura.

Nelle infezioni ricorrenti delle vie urinarie, per quanto tempo è indicata la profilassi antibiotica? Da quale grado di reflusso vescico-ureterale è indicato l'intervento chirurgico?

dott. Leonardo De Luca (pediatra di base)
San Giovanni Rotondo (FG)

Nella domanda non è specificato se si tratta di infezione delle vie urinarie basse (cistite), o alte (pielonefrite).

In sintesi:

1. Accertarsi che siano vere IVU (leucocituria ed evidenti indici di flogosi oltre alla batteriuria);
2. Nelle IVU alte ricorrenti va cercata la presenza (30-40% dei casi) di un RVU, ed escluso un possibile danno parenchimale (DMSA dopo 4-6 mesi dall'ultima infezione). In caso di RVU la profilassi va in genere proseguita finché il RVU persiste. Se le recidive avvengono nonostante la profilassi, va presa in considerazione la correzione chirurgica del reflusso;

3. Nelle IVU ricorrenti basse (o alte senza RVU) è indicato un periodo di profilassi di 3-6 mesi; se si tratta di bambini grandicelli, particolare attenzione va posta alle abitudini minzionali (ritenzionisti) e alla eventuale stipsi, che vanno corrette.

Il RVU, secondo l'International Reflux Study Committee (*Ped Radiol* 15, 105-9, 1985), è suddiviso in 5 gradi. Certamente più il reflusso è di grado elevato, più è difficile la risoluzione spontanea. Ma anche in un RVU di 4° grado bilaterale si può attendere, mantenendo una corretta profilassi farmacologica, per valutarne l'evoluzione spontanea negli anni. È infatti sempre possibile la guarigione del reflusso almeno fino ai 6 anni. Nel caso di infezioni recidivanti nonostante la profilassi, anche in un reflusso di grado medio-lieve (2°-3°), soprattutto se sono presenti scar (cicatrici) alla scintigrafia (DMSA), può essere indicata la correzione chirurgica.

In caso di dermatite atopica del bambino, di notevole gravità, vi è indicazione all'uso della PUVATERAPIA?

Se sì, con quali modalità va condotta? Quali le eventuali controindicazioni? È davvero utile inoltre usare i cortisonici topici per cinque giorni a settimana, seguiti nei rimanenti giorni da creme emollienti per evitare una possibile insorgenza di tachifilassi?

dott. Gaetano Pinto (pediatra ospedaliero)
Torre Annunziata (NA)

I raggi ultravioletti (UVA-B), eventualmente dopo pretrattamento con psoraleni (PUVA), hanno un dimostrato effetto favorevole sulla dermatite atopica (effetto probabilmente mediato dalla riduzione delle cellule di Langerhans nell'epidermide). In generale si ricorre a questa terapia nel bambino più grandicello con diffusa lichenizzazione, con cattiva risposta (o cattiva compliance) ad altro tipo di terapia, e in particolar modo se si verifica un rallentamento

della crescita. Il trattamento va fatto comunque con irradiazione totale (proteggere gli occhi!) e, nella valutazione dei costi e benefici, non va dimenticato anche il rischio di un possibile effetto oncogeno.

Più che per evitare la tachifilassi, l'uso non regolare, alternato degli steroidi topici, viene fatto per evitare l'effetto atrofizzante di questi sul derma. Vanno sempre preferiti pertanto prodotti non alogenati (gli alogenati sono più potenti, ma anche più dannosi e più assorbibili), per il tempo minimo necessario alla risoluzione delle lesioni (due giorni sì e cinque no, piuttosto che il contrario) e con una singola applicazione serale (la replicazione cellulare è maggiore al mattino).

A proposito dei farmaci ad azione immunostimolante (qualcuno li chiama "ricostituenti" del sistema immunitario), gradirei sapere il vostro parere circa la loro utilità. Quando prescriberli? Quali i risultati del loro uso?

Pediatra di base

Nel 1988 *Medico e Bambino* pubblicava i risultati dello studio italiano sulle infezioni respiratorie ricorrenti (IRR) promosso dall'ACP, e al quale avevano partecipato più di 150 pediatri di base. Questo studio aveva tra gli obiettivi anche quello di valutare l'efficacia del trattamento con farmaci "modificatori della risposta immune". Sono stati confrontati, verso il non trattamento, la Leucotrofina, il Buccalin e Lantigen B, per un totale di circa 800 bambini con infezioni respiratorie ricorrenti, arruolati.

Le conclusioni sono state:

1. che i bambini con IRR superano da soli e per lo più in tempi brevi questo problema;
2. nei casi con ricorrenza molto elevata (due episodi al mese) i farmaci mostrano la loro utilità, anche se non ci sono criteri a priori che facciano prevedere quale bambino si gioverà maggiormen-

te di questi farmaci. La riduzione prevedibile si aggira attorno al 30% quanto a diminuzione dei giorni di febbre e numero di episodi, ma questo beneficio è risultato significativo nello studio sopra menzionato soltanto per il gruppo in trattamento con Leucotrofina e Lantigen B.

In caso di cefalea, in quale misura un esame del fondo oculare negativo permette di escludere un'ipertensione endocranica?

dott. Giacomo Toccafondi
(pediatra e medico consultoriale)
Borgo San Lorenzo (FI)

Se la domanda si riferisce strettamente a un'ipertensione endocranica in atto, la sola situazione in cui il fondo oculare può risultare normale è quella del lattante e del bambino fino ai due-tre anni, in cui la diastasi delle suture, e il conseguente aumento della circonferenza cranica, compensano l'aumento della pressione.

Se invece si riferisce più in generale alla presenza di un processo espansivo endocranico, la normalità del fondo oculare non è sufficiente a escluderla.

Problema: pubarca prematuro nella femmina ed età ossea aumentata, per la diagnosi differenziale con una sindrome adreno-genitale (SAG) non classica, è sempre necessaria una valutazione ormonale (test dell'ACTH, o che altro)?

Fino a che punto un aumento dell'età ossea può essere compatibile con un pubarca precoce benigno?

dott. Giacomo Toccafondi
(pediatra e medico consultoriale)
Borgo San Lorenzo (FI)

Il pubarca prematuro, di solito isolato, rappresenta un evento che spesso possiamo considerare fisiologico, specialmente quando non si accompagna a un significativo avanzamento della maturazione scheletrica.

È comunque un problema che va affrontato, in quanto può essere espressione di una forma non classica di difetto enzimatico congenito della ghiandola surrene, o addirittura espressione di una forma classica senza perdita di sali

riconosciuta tardivamente (sembra impossibile, ma può capitare). In questi ultimi due casi la maturazione scheletrica può essere decisamente avanzata, ancora può esprimere quella condizione che definirei quasi "parafisiologica" che è rappresentata dall'adrenarca esagerato, il che potrebbe anche giustificare un incremento di maturazione scheletrica.

Un pubarca prematuro nella femmina può essere anche il primo atto di una pubertà precoce vera, che solitamente inizia con il telarca, o ancora, può essere associato a obesità grave, in tal caso con avanzamento dell'età scheletrica, che di solito risulta avanzata anche nell'obesità senza pubarca.

È comunque un problema che va indagato con il dosaggio degli ormoni surrenalici e con la valutazione della secrezione soprattutto del 17-OHP, che è il metabolita che si accumula nel difetto di 21-OH. Può essere sufficiente dosare il 17-OHP in condizioni basali, ed effettuare un test con ACTH quando il livello risultasse ai limiti alti della norma o al di sopra dei limiti. Il test serve a sensibilizzare la risposta nei casi dubbi. Ci si può affidare per l'interpretazione dei risultati al monogramma della NEW.

Va ricordato che situazioni di iperandrogenismo in età pediatrica possono condizionare la comparsa di iperandrogenismi in epoca adolescenziale e adulta quali iperandrogenismo funzionale ovarico, sindrome dell'ovaio policistico con sintomi di iperandrogenismo quali irsutismo, acne ecc.

Più difficile è decidere cosa fare.

In caso di sindrome surreno-genitale, la terapia steroidea sostitutiva è indicata; nel caso di pubertà precoce vera iniziata con il pubarca, il problema è differente e riguarda il trattamento della pubertà precoce; negli altri casi, che la maturazione scheletrica sia poco avanzata o un po' più avanzata, non ci sono indicazioni in età prepubere al trattamento.

Non è detto che in adolescenza o in età adulta, in caso di manifestazioni cliniche di iperandrogenismo, iniziate in età pediatrica, non sia necessario effettuare una terapia con anti-androgeni.

Efficacia della penicillina per via orale (Fenospen) ai fini dell'eradicazione dello streptococco beta-emolitico di gruppo A (SBEA) nei confronti delle più recenti cefalosporine.

Ha sicuramente il pregio del costo. Ha

anche una buona diffusione tissutale?

dott. Giorgio Collo
(pediatra ospedaliero e libero professionista), Milano

La penicillina V (Fenospen) ha mantenuto inalterata negli anni la sua attività nei confronti dello SBEA: è sempre efficace clinicamente e riesce con 10 giorni di terapia a eradicare lo streptococco dal faringe nel 90% dei casi circa. Le esperienze con le nuove cefalosporine orali hanno dimostrato percentuali di eradicazione leggermente più elevate, ma questo non sembra avere nessun vantaggio pratico nella prevenzione del reumatismo articolare acuto, anche in considerazione della bassissima incidenza attuale della malattia. Più interessante potrebbe essere il discorso riguardante la possibilità di tempi più brevi di terapia con le nuove cefalosporine. Sono numerosi ormai i lavori che hanno documentato una eguale percentuale di eradicazione dello SBEA dal faringe con 4 giorni (cefuroxime axetil) o 5 giorni (cefadroxil, cefpodoxime) di terapia, rispetto alla penicillina V mantenuta per i soliti 10 giorni.

La penicillina V (o la oramai sempre più abbandonata benzatin-penicillina intramuscolo) rimane in ogni caso saldamente il farmaco raccomandato come prima scelta (*gold standard*) nella terapia della faringotonsillite da SBEA dall'American Academy of Pediatrics, dall'American Heart Association e dalla Food and Drugs Administration. È una scelta che valuta giustamente tutti i costi (costo del farmaco, costo sull'ecosistema batterico e sulla produzione di nuove resistenze, effetti secondari indesiderati) e tutti i benefici (efficacia clinica, eradicazione dello SBEA, capacità reale di prevenzione del reumatismo articolare acuto) di ogni trattamento.

A Trieste, da sempre, abbiamo utilizzato e continuiamo a utilizzare il Fenospen: si trova facilmente in ogni farmacia e non ci ha mai "tradito".

Capita di osservare neonati che, già alla nascita o nelle prime ore dopo la nascita, presentano manifestazioni cutanee in tutto simili a quelle che vengono riferite all'esantema allergico del neonato («Eruzione che si presenta nei primi 3-4 giorni di vita, caratterizzata da aree eritematose del diametro di 5-15 mm, al centro delle quali spesso compare una piccola papula bianchiccia»,

V. Maglietta, Puericoltura, 2^a ed. pag. 78, II colonna).

Poiché questi neonati per il resto appaiono in ottime condizioni, quando non sussistano problemi di possibile contagio da virus herpetici, da parte nostra non effettuiamo accertamenti né terapie.

Trascuriamo forse qualcosa sia in fase diagnostica sia per eventuale terapia? Sono note eziologie dell'esantema allergico del neonato che a noi sfuggono?

Pediatra ospedaliero

L'eruzione cutanea a cui il collega fa riferimento, peraltro più nota come eritema tossico, è una condizione frequente, dato che interessa in grado variabile fino al 70% dei neonati. La presenza alla nascita è meno comune, ma non rara (circa il 10% dei neonati).

L'aspetto è caratteristico: papule e pustole di 1-2 mm, circondate da un alone eritematoso anche piuttosto esteso, possono interessare ogni sede con l'eccezione delle palme delle mani e delle piante dei piedi. La causa è sconosciuta. Non è richiesto alcun intervento. In particolare non sono giustificate pratiche ancora abbastanza diffuse ma irrazionali, come l'uso di disinfettanti locali o antibiotici, o isolamento.

Molto più raramente si possono incontrare alla nascita o nei primi giorni altre condizioni, benigne (miliaria neonatorum, acne neonatale, acropustolosi neonatale) o più serie (incontinentia pigmenti) o anche infettive (impetigo neonatale, epidermolisi bollosa stafilococci-

ca, candidiasi connatale, sifilide, infezione da HSV o varicella).

Generalmente la distinzione sulla sola base clinica è facile (aspetto delle lesioni, dimensioni delle papule-pustole e rapporto con l'alone eritematoso, distribuzione con risparmio di palme e piante, anamnesi positiva per patologia materna ecc.); nei casi atipici, però, può essere il caso di effettuare alcune indagini. In particolare, la predominanza di eosinofili nello striscio del materiale prelevato da una pustola orienta verso un eritema tossico.

Prestando servizio in due maternità, osservo che in una di esse quasi tutti i neonati presentano ittero (fisiologico?), nell'altra, solo pochi.

Quale può essere il motivo?

dott. Francesco De Benedetto (pediatra)
Taranto

È difficile fare ipotesi senza ulteriori elementi circa le possibili differenze tra le popolazioni di neonati delle due maternità.

È possibile che in una maternità gran parte dei neonati vengano allattati esclusivamente dalla mamma, senza usare formule o altro nemmeno nelle prime giornate (il che è molto bene), e che quindi i valori di bilirubina di questi neonati siano leggermente più alti (il che non è pericoloso e forse fa bene). Nell'altra maternità forse si fa maggior uso di soluzione glucosata o formula, e

meno di latte materno, nel qual caso i livelli di bilirubina nella prima settimana saranno lievemente più bassi (inutile) e si avranno più insuccessi dell'allattamento materno (grave).

Spesso, a causa del loro sapore, i bambini si rifiutano di prendere le medicine, antibiotici in particolare.

Gradirei sapere quale sistema usare per renderle più gradevoli: gelato, yogurt, succhi di frutta, spremute di agrumi, ecc.

È vero che i succhi di frutta e le spremute contengono alcune sostanze acide che possono interferire con il corretto assorbimento dei principi attivi dei farmaci stessi?

Pediatra di base

Crede che non ci sia un metodo che vada bene per tutti. Sarà la mamma che, conoscendo le abitudini e i gusti del proprio figlio, adatterà il sistema più idoneo. Quando i farmaci erano veramente "amari" le infermiere più esperte del nostro reparto usavano mascherarli con il Becozyn sciroppo. Ma il rifiuto di assumere un farmaco per bocca non è certamente, o solo in minima parte, un problema di sapore cattivo.

Non mi risulta, né posso ipotizzare un meccanismo di inibizione dell'assorbimento da succhi di frutta che, per quanto acidi, lo saranno sempre molto meno del succo gastrico.

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