

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

Sintomi: leucorrea in bambina di 5 anni; tampone vulvare: diverse colonie di stafilococco.

La biologa del centro dice che bisogna eseguire la terapia con antibiotico per 7 giorni perché, se c'era dicitura "alcune" voleva dire scarsa presenza, con "diverse colonie" vuol dire che l'infezione è cospicua e va curata.

Vorrei il vostro parere, se possibile, anche su vaginiti aspecifiche e loro interpretazione.

Pediatra

Una leucorrea in una bambina di 5 anni difficilmente nasconde un quadro infettivo infiammatorio.

Per lo più una leucorrea è indice di un ipoestrogenismo che altera la flora vaginale e quindi determina leucorrea, ma che non va necessariamente curato.

Se il problema è veramente importante, con leucorrea abbondante, vengono suggeriti lavaggi vaginali con soluzioni estrogeniche diluite. Prima però valuterai attentamente la reale necessità di farlo.

Il richiamo difterite-tetano e DTPa bambini non si può effettuare dopo il 7° anno. Il settimo anno si intende dopo il compimento del settimo compleanno?

Le pongo questa domanda perché nelle schede tecniche (Infanrix DTPa, DIF-TET della Chiron) per l'uso pediatrico si parla di 6 anni di età, mentre in varie pubblicazioni (Nelson, Red book) si parla di 7 anni.

dot.ssa Marinella Mao (medico generico)
Botticino S. (BS)

Come capita spesso in medicina, non esiste sempre un confine netto fra un modo di comportarsi e un altro.

È questo quello che capita nello stabilire il limite fra la difterite in dose infantile e la difterite in dose giovanile: lei sa che la differenza sta nella quantità di

anatosina, che in dose infantile è di 10-20 volte superiore a quella che si fa in età giovanile e adulta. I tre vaccini Td, tipo adulto, si sono appunto attenuti a questa regola generale, che ha lo scopo di ridurre l'insorgenza degli effetti secondari al vaccino o almeno di attenuare la loro intensità. Qualcosa del genere capita anche per la pertosse acellulare, ma ancora i vaccini DTPa sono di là da venire, anche se in letteratura sono già comparse pubblicazioni sull'argomento. Ma lei domanda a che età cade il "prima e il dopo"?

La decisione è resa ancor più complessa perché molti ancora non hanno riflettuto sul fatto che il sesto anno inizia non appena un soggetto abbia compiuto i 5 anni e finisce quando li abbia finiti.

A 6 anni vuol dire al compimento del sesto anno, dopo il quale si entra nel settimo. Per fare un esempio: oggi è il 4 agosto 2001 e siamo già nel terzo millennio (ma non siamo ancora nel 3000).

E allora?

La Commissione Toscana per le vaccinazioni ha fatto una scelta, che potrà essere criticata, ma è una scelta e come tale è uniforme, vale cioè per tutti i pediatri e i servizi di vaccinazione toscani. Ha deciso che si deve passare al vaccino tipo "adulti" al compimento dei 6 anni, cioè non appena siamo entrati nel settimo anno.

Penso che avremmo gli stessi risultati se fosse stato deciso "dopo il compimento dei 7 anni", ma la scelta è stata quella. Penso anche che, nella sua Regione, la Commissione regionale vaccini, se esiste, attraverso i rappresentanti dei pediatri di famiglia (se sono stati ammessi nella Commissione), dovrebbe esprimersi in proposito. Un limite probabilmente vale l'altro, purché sia ben stabilito, diffuso e seguito.

Ci sono interferenze tra somministrazione non contemporanea di immunoglobuline antitetaniche e vaccinazione antitetanica?

Mi è capitato che alcune persone adul-

te che avevano ricevuto immunoglobuline antitetaniche al pronto soccorso (in seguito a traumi) si siano rivolte al nostro servizio vaccinale dopo una settimana-dieci giorni, per eseguire la vaccinazione antitetanica.

Senza dubbio il metodo più concreto sarebbe stato la contemporanea somministrazione di vaccino+immunoglobuline (ovviamente nelle persone senza vaccinazioni precedenti o comunque con ciclo vaccinale non corretto). Ma, in questi casi, non è utile vaccinarli il più presto possibile? (secondo me, sì).

Le rivolgo questa domanda perché ci sono nella mia realtà comportamenti difformi, c'è chi attende un mese, chi sei settimane dalla somministrazione delle IgG tetano prima di eseguire la vaccinazione.

Ma questo non comporta un rischio ipotetico perché l'immunità passiva termina e nel frattempo non c'è stata iniziale produzione di anticorpi.

Mi scusi se mi sono dilungata ma volevo essere il più chiara possibile.

dot.ssa Marinella Mao (medico generico)
Botticino S. (BS)

Le esperienze cliniche e sperimentali hanno stabilito delle regole sulla profilassi del tetano in occasione di una ferita; queste regole sono state approvate dall'OMS e dal nostro Ministero della Sanità (vedi una circolare in proposito).

La prima cosa da sapere, di fronte a una ferita sospetta, è se il soggetto non sia stato vaccinato o abbia ricevuto meno di 3 dosi, oppure se ha avuto 3 dosi o più (da oltre 5 anni o da oltre 10 anni).

Se non è stato vaccinato (oppure se il suo stato immunitario sia sconosciuto o sia incerto) o se ha ricevuto meno di 3 dosi di vaccino (DTP oppure DTPa oppure DT oppure Td), in caso di ferita sospetta (cioè se non si tratta di ferita minore, pulita), è necessario che riceva una dose di vaccino e insieme immunoglobuline; successivamente con il vaccino va completata la vaccinazione (in tutto 3 dosi) o va eseguita completamente. Le immunoglobuline da sole non sono

sufficienti per assicurare una buona prevenzione (vedi il cosiddetto tetano post-ferico).

Se il soggetto è stato vaccinato con 3 dosi o più di vaccino contro il tetano da più di 5 anni, in caso di ferita sospetta, basta fare una dose di vaccino di richiamo. Per il *Libro Rosso*, se sono passati più di 10 anni dal completamento della vaccinazione, basta fare una sola dose di richiamo (sia che la ferita sia minore e pulita o sia sospetta), mentre per il Ministero della Sanità in caso di ferita sospetta e di un lasso di tempo superiore a 10 anni dalla vaccinazione contro il tetano, con 3 dosi o più, oltre al richiamo con il vaccino è necessario somministrare anche le immunoglobuline (un atteggiamento più prudente, comprensibile). Le immunoglobuline umane antitetano e il vaccino contro il tetano vanno eseguiti contemporaneamente, in sedi anatomiche diverse.

Se la somministrazione non avviene contemporaneamente, non ci sono interferenze; ma gli effetti benefici che andiamo cercando sono minori, quanto più aumenta il tempo fra le due somministrazioni.

Queste sono le regole, ma lei sa come sia difficile uniformare i comportamenti. Quali le conseguenze? La prima e la più importante, anche perché la più costosa, è quella di un uso eccessivo di immunoglobuline umane antitetano, come avviene correntemente nei pronto soccorsi. È inutile appendere nei locali la tabellina dell'OMS; richiede tempo fare un'indagine sulla vaccinazione anti-tetano, anche perché spesso il soggetto non ha con sé i documenti che la comprovino, e comporta delle responsabilità. Molto più facile, ma meno corretto, eseguire una fiala di immunoglobuline (in ogni caso questo risparmia anche da conseguenze legali, in caso di tetano) e invitare il paziente a rivolgersi al servizio vaccinazioni per fare, se del caso, il richiamo contro il tetano.

Bambino di 8 anni con nevo perianale. Cosa consigliare ai genitori? Seguirne l'evoluzione o asportarlo considerata la sede?

dott.ssa Rossella Sneghi
via e-mail

Non ci sono "sedi a rischio" per i nevi, e tantomeno lo è quella da Lei descritta.

Che indicazioni dare ai genitori di un bambino di 4 anni con piede cavo bilaterale asintomatico?

dott.ssa Rossella Sneghi
via e-mail

Il piede cavo asintomatico non va trattato, ma va ricontrollata la situazione verso i 4 anni. Escludere una sindrome di Charcot-Marie.

Quanto tempo è necessario aspettare per eseguire una qualsiasi vaccinazione dopo malattie infettive quali mononucleosi infettiva, varicella, morbillo, in cui sembra esserci una riduzione delle risposte immunitarie?

dott.ssa Marinella Mao (medico generico)
Botticino S. (BS)

Il tempo necessario per il superamento della malattia di base: una decina di giorni. L'effetto anergizzante del morbillo, si riferisce alla negativizzazione della risposta alla tubercolina per via intradermica, cioè alla riduzione o al blocco della ipersensibilità ritardata.

Sembra una domanda banale, ma visto che ci sono indicazioni contrastanti, come è meglio trattare le reazioni locali determinate da vaccino? Chi dice di evitare il massaggio, chi lo consiglia, chi dice di applicare ghiaccio, chi di evitarlo (su schede tecniche vaccino tetano).

dott.ssa Marinella Mao (medico generico)
Botticino S. (BS)

Non esiste una metodica sicura per ridurre l'incidenza degli effetti collaterali locali. Può andar bene tutto e il contrario di tutto. È stato discusso anche sulla lunghezza dell'ago.

Se succede che vengano somministrate solo immunoglobuline antitetaniche, quanto tempo bisogna attendere per eseguire la vaccinazione? Ci sono interferenze? Ovviamente sarebbe corretto farle contemporaneamente, ma spesso mi capita che presso il Distretto ASL in cui lavoro, giungano dopo una settimana, dieci giorni ecc. per la vaccinazione tetano persone a cui sono state sommi-

nistrate Ig tetano in Pronto Soccorso.

dott.ssa Marinella Mao (medico generico)
Botticino S. (BS)

La regola dice, come lei ben ricorda, che immunoglobuline e vaccino vanno somministrati insieme. Non è tanto questione d'interferenze, quanto del fatto che senza la somministrazione del vaccino, viene a mancare la risposta anamnesticamente attiva, ammesso che il bambino abbia già iniziato la vaccinazione contro il tetano, o viene a mancare la risposta immunologica primaria al vaccino, nel caso in cui questo non sia stato mai somministrato.

Bisogna ricordarsi che esisteva il tetano post-serico: si trattava di casi in cui insorgeva un tetano, con un'incubazione più lunga del solito, in soggetti che in occasione di una lesione avevano ricevuto solo immunoglobuline (a quel tempo di cavallo).

Quindi bene le Ig (solo quando vi sia la precisa indicazione, secondo la scheda OMS e Ministero della Sanità e non semplicemente per scarico di responsabilità), ma meglio il vaccino. E per la somministrazione di questo, meglio tardi che mai.

Penso che se le capitano spesso casi uguali a quelli di cui lei parla, sia bene che entri in contatto con il Pronto Soccorso, dove viene fatto un grande abuso di immunoglobuline umane e poco uso del vaccino contro il tetano, scaricando sui Servizi di vaccinazione l'esecuzione della vaccinazione.

Ho sentito parlare del laser a eccimeri utilizzato per la cura della psoriasi e della vitiligine con ottimi risultati.

Vorrei sapere se è veramente efficace e quali sono i centri in Italia che lo praticano.

Pediatra di base

L'uso di laser a eccimeri, già impiegato in oculistica per la cura della miopia, è molto recente per quanto riguarda il trattamento di vitiligine e psoriasi. In questo caso la laser-terapia è un perfezionamento della fototerapia mirata con raggi ultravioletti a banda stretta che da alcuni anni si pratica in particolare nella vitiligine. Infatti, con l'uso del laser sono sufficienti solo poche sedute terapeutiche rispetto alle molto numerose applicazioni necessarie per ottenere un buon

risultato con la fototerapia mirata; questo perché l'energia dei raggi emessi è circa 150 volte superiore.

Non ci sono o non mi sono noti lavori già pubblicati in questo senso, ma i risultati preliminari riferiti dai colleghi esperti di laser sono molto buoni.

Nei centri elencati il laser a eccimeri viene usato nelle patologie in questione: Clinica Dermatologica della II Università di Roma, Ospedale Sant'Eugenio; una struttura privata: Centro San Giovanni, Piazza San Giovanni, Roma.

Ho letto il simpatico caso di "Lucky Luke dermatitis", dermatite allergica da contatto (DAC), attribuita a MBT o a resina para-tert-butilfenol-formaldeidica (MeB 2001;1.33).

Le due sostanze citate sono noti "contattanti" che prendo in considerazione quando osservo sospette DAC nell'adulto (non sono pediatra).

La bimba del caso, a giudicare dalla fotografia, potrebbe avere non più di 4-5 anni. Mi/vi chiedo quindi:

1. Qual è in età pediatrica il tempo di contatto necessario e sufficiente affinché si instauri una sensibilizzazione cellulo-mediata? Per l'adulto si ammettono 14-21 giorni; la cute dei bimbi non è però da considerarsi tout court uguale a quella degli adulti.

2. A partire da quale età (dei pazienti), si possono iniziare a vedere delle autentiche DAC?

3. Ammesso che la risposta alla seconda domanda indichi un'età molto pre-

coce, per buon senso, nonché per una "ecologia della cute" mi limiterei in un caso come quello descritto, ad accontentarmi del sospetto diagnostico. Non effettuerei cioè patch test. Mi limiterei a valutare la risposta clinica all'allontanamento del probabile "offender". Gradirei la vostra opinione in merito.

dott. Antonio Caviglia (medico allergologo)
Saronno (VA)

Non ci sono differenze per quanto riguarda il meccanismo e il tempo di sensibilizzazione nei bambini rispetto agli adulti. La dermatite da contatto si può verificare a qualsiasi età, anche nelle prime settimane di vita. È ovvio che con gli anni aumentano le possibilità per l'individuo di venire a contatto con vari agenti sensibilizzanti, ma è altrettanto chiaro che ciò è legato alle singole condizioni ambientali.

Sebbene l'incidenza e la prevalenza della dermatite allergica da contatto (DAC) nella popolazione pediatrica non siano definitivamente note, gli studi effettuati su gruppi di vari bambini altrimenti sani scelti in maniera random hanno dimostrato che circa il 20% dei pazienti reagisce positivamente a uno o più antigeni comuni. Questo anche entro i primi due-tre anni di età.

Ad ogni modo un patch test positivo significa solamente che il paziente si è sensibilizzato a una data sostanza, la sua rilevanza patogenetica nei confronti di una lesione cutanea va valutata in base all'aspetto, alla localizzazione e alla risposta che si ottiene allontanando l'al-

lergene. È ovvio che in alcuni casi il sospetto è più chiaro, ad esempio nella dermatite del dorso dei piedi (allergia a calzature) e nella dermatite del lobo auricolare e zona periombelicalica (allergia al nichel per orecchini e fibbie di cinture o bottone dei pantaloni). In altri casi ciò è meno evidente, per cui, patch test possono risultare utili.

Il sospetto per una DAC viene più che dall'aspetto delle lesioni, dalla loro forma e distribuzione, qualsiasi dermatite di forma inusuale o distribuzione caratteristica, come già detto, deve farlo pensare.

Quanto può incidere nell'eziopatogenesi delle cefalee l'allergia alimentare?

dott. Giorgio Collo (pediatra ospedaliero)
Milano

Ci sono numerosi disturbi, tra i quali l'emigrania, che sono stati attribuiti ad allergia alimentare ma per i quali mai è stato dimostrato un meccanismo patogenetico su base immunologica. Rimangono pertanto per lo più segnalazioni aneddotiche raramente suffragate da un test in doppio cieco contro placebo. In uno studio (non recente) su adulti sono stati stimati in un 15% i casi che hanno avuto un beneficio dalla dieta di eliminazione, ma non ci sono state successive conferme in letteratura, e questa causa non è considerata nelle più accreditate classificazioni delle cefalee.

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

.....

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