

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, VACCINI

***Vorrei un parere sull'uso della luce pulsata per l'ipertricosi in bambine in età prepubere, alle quali l'eccessiva peluria comporta un disagio psicologico; oppure un consiglio su quali altri trattamenti si possano praticare in maniera innocua, e se occorra praticare degli acceramenti preliminari.***

dott. Antonio Fazzone  
Pediatria di famiglia, Caserta

Normalmente i casi che mi si presentano sono quelli di bambine "pelose" in modo fisiologico (mediterranea, capelli neri), assolutamente disinteressate al problema, le cui madri però (spesso "affette" dallo stesso problema) vorrebbero evitare un travaglio psicologico nel tempo. Io normalmente non propongo esami (che sono ovviamente indicati in casi selezionatissimi di virilizzazione vera, in cui la peluria è uno dei sintomi presenti, o nella sindrome dell'ovaio policistico, in cui si associa spesso ad acne e sovrappeso) perché inutili. La prescrizione di accertamenti in questo caso aumenta la "sensazione di patologia" per una condizione fisiologica.

D'altronde, i peli nei maschi, tollerati fino a pochi anni fa, sono diventati peli superflui da depilare.

Sistemi di epilazione definitiva in realtà non ce ne sono, anche perché altrimenti tutte le donne li avrebbero già utilizzati e non staremmo a farci queste domande. L'epilazione laser è stata proposta, mi sembra, fin dal 1996 (*Epilight*), inizialmente con la "promessa" che si sarebbe trattato di un provvedimento definitivo. Successivamente, si è ridimensionato il fine ultimo (l'efficacia è di "alcuni mesi"). Trattandosi sempre e solo di studi e medici privati che pubblicizzano la loro attività, il dubbio però è d'obbligo. Nei casi di fototipo scuro, si era inoltre paventata la possibilità di danni permanenti (principalmente aree di iperpigmentazione post-infiammatoria).

In conclusione, penso che le adolescenti pre o post-puberi con peluria fisiologica

"marcata" debbano, se lo desiderano e le fa stare meglio, depilarsi esattamente come fanno le loro madri (con i metodi che trovano meno fastidiosi: ceretta, rasoio, crema eventualmente). A quanto mi risulta il 100% delle donne lo fa. Perché cercare soluzioni diverse per le prepuberi?

***Sono un pediatra di famiglia e stavo valutando l'ipotesi di acquistare un autorefrattometro per la mia professione di base e garantire un miglior servizio ai miei piccoli pazienti; visti i costi, volevo una vostra opinione su: affidabilità degli strumenti in commercio e magari quale è più sensibile e specifico; e se vale la pena l'acquisto di uno strumento così importante o esistono altri screening meno costosi e altrettanto affidabili.***

dott. Bruno Salvatore  
Pediatria di famiglia, Nuoro

Gli screening in età pediatrica normalmente si eseguono tramite valutazione dell'acuità visiva monoculare, il Lang stereo-test e la valutazione dell'allineamento oculare (prima tramite valutazione dei riflessi corneali e successivamente tramite cover-test). Un visus naturale differente tra i due occhi è quello che deve essere evidenziato soprattutto nei bambini piccoli.

L'uso di un autorefrattometro sarebbe cosa utile se non ci fossero molte possibilità di errore.

Se il bambino è piccolo, si può usare un autorefrattometro portatile, il cui uso è molto difficile: basta una piccola inclinazione dello strumento rispetto all'asse visivo e tutti i pazienti risultano erroneamente astigmatici. Il costo è comunque proibitivo.

Più facile da usare è l'autorefrattometro da tavolo, nel caso il bambino sia in grado di stare appoggiato senza problemi sulla mentoniera: alcuni strumenti fanno più misurazioni e danno come risultato la media, ma in questo caso il bambino

deve fissare a lungo stando fermo, altri danno un valore alla volta, per cui è possibile acquisire con più facilità, ma occorre comunque avere più misurazioni. Inoltre ci possono essere, nel bambino più piccolo, molte false positività legate all'accomodazione.

Perciò credo che la spesa non sia giustificata: l'autorefrattometro semplifica i casi dei ragazzi più grandi (dove il visus è più facile da rilevare), ma è tutt'altro che affidabile e semplificante nei bambini più piccoli.

***Vi chiedo un parere per un mio assistito di 6 anni, con storia di IPLV guarita e attualmente affetto da rinite allergica per acari, che ha sviluppato allergia alimentare per crostacei (ha avuto una reazione allergica rapida con gonfiore al viso e agli occhi) dopo ingestione di gamberi. Potrebbe essere utile il vaccino desensibilizzante per acari, data la cross-reattività? Se sì, è preferibile orale o sottocute?***

dott. Antonio Caserta  
Pediatria di famiglia, Rovigo

La vaccinazione per pneumoallergeni nell'ipotesi di migliorare l'allergia alimentare non ha mai dato risultati. Oltre tutto nei vaccini per acari non sappiamo nemmeno quanto, e se, vi è contenuta la tropomiosina, che è l'allergene comune ad acari e crostacei. Ma nemmeno sappiamo se il ragazzo è allergico a questo panallergene o ad altra proteina più specifica dei crostacei.

***Vi pongo un quesito di natura medico-legale. Molte mamme mi chiedono un certificato attestante la necessità di soggiorno marino per i loro bimbi perché desiderano recarsi al mare nel mese di giugno mentre la fabbrica dove lavorano chiude in agosto. È lo stesso ufficio del personale che richiede questo certificato per dare l'assenso, come si trat-***

*tasse di prassi regolare e codificata. Le prime volte ho accondisceso per gentilezza nei confronti delle mamme, ma poi, dato il grande numero di richieste (si tratta di una fabbrica con migliaia di dipendenti), mi sono sorti dei dubbi sulla correttezza di tale certificazione.*

*Ho già sentito telefonicamente l'ufficio del personale ma, visto il persistere delle richieste e il ricorso delle mamme a visite a pagamento da altri colleghi per ottenere il certificato, vorrei scrivere all'azienda per un definitivo chiarimento. Prima pensavo però di sentire il vostro parere sull'appropriatezza della richiesta e soprattutto sul significato di un certificato che dichiara "la necessità medica di un soggiorno marino". Esiste a quanto vi risulta qualche patologia per cui ci sia indicazione medica al soggiorno marino? lo ho fatto a volte certificati per bambini con OMA ricorrenti o*

**OME, anche se sicuramente per questi bimbi andare al mare a giugno o ad agosto non fa probabilmente differenza e l'indicazione medica è opinabile e probabilmente non EBM. La maggior parte delle richieste riguarda comunque soggetti che non presentano alcuna patologia.**

dott.ssa Antonella Sebastianelli  
Pediatra di famiglia, Sedico (Belluno)

Credo di poter dire, in accordo con le conclusioni della dott.ssa Sebastianelli, che né andare al mare a giugno rispetto ad agosto né, in assoluto, andare al mare o andare in montagna o restare in città comportino differenze misurabili sullo stato di salute e possano corrispondere a indicazioni mediche meno che opinabili, e meno che meno a conclusioni EBM. A parzialissima correzione di quanto so-

pra, va aggiunto che certamente l'esposizione ai raggi solari ha effetti biologici significativamente vantaggiosi su almeno 3 malattie della pelle: la dermatite atopica, la psoriasi, e forse l'acne (oltre che effetti negativi sul lupus).

Per quanto riguarda invece la patologia respiratoria, che è quella usualmente indicata per il soggiorno marino, va detto semplicemente che questa presenta comunque un miglioramento durante la stagione estiva, anche per la mancata frequentazione della scuola materna e dell'asilo nido.

PS. Penso che queste mie affermazioni debbano essere prese con beneficio di inventario: mi sono occupato di valutare la letteratura su questo argomento solo parecchi anni fa, e si trattava di letteratura debolissima, che non mi consta assolutamente si sia rinforzata in questi ultimi anni.

## Vaccini

a cura di Giorgio Bartolozzi

Per una più facile lettura, in questa "sottorubrica", vengono raggruppate tutte le domande riguardanti le vaccinazioni.

**Bambino di 8 anni, affetto da atresia biliare congenita, sottoposto a trapianto di fegato dopo l'anno di età e sempre in terapia antirigetto. Aveva eseguito a circa 5 anni di età una dose di Mencevax. All'età di otto mesi e poi all'età di quattro anni e mezzo eseguita vaccinazione con PNEUMO 23. Ora è in carico presso il nostro ambulatorio vaccinale e mi domando cosa è meglio fare per questo bambino.**

dott.ssa Marinella Mao  
Bolticino Sera (Brescia)

Come penso Lei sappia, oggi il vaccino Mencevax della GSK si trova in commercio sotto il nome di *Vaccino meningococcico polisaccaridico tetravalente* GSK, costituito dai polisaccaridi capsulati di *Neisseria meningitidis* A, C, W135 e Y, alla dose di 50 µg per sierogruppo. Questo bambino successivamente ha ricevuto anche una dose di vaccino PNEUMO 23, un vaccino anch'esso polisaccaridico contro lo pneumococco.

Di questo ultimo vaccino abbiamo parlato in precedenza e Lei può comportarsi:

- somministrare ogni 5 anni una dose di vaccino tetravalente polisaccaridico, senza mai riuscire a indurre risposte di tipo anamnestiche e con il rischio d'in-

durre un blocco delle difese immunitarie, oppure

- somministrare una dose di PCV7, seguita a distanza da una seconda dose di PCV7, per ottenere un'immunità attiva efficiente e duratura.

Per il vaccino contro il meningococco gli studi che io conosco non sono ancora in stadio così avanzato come quelli dello pneumococco, ma è molto probabile che valgano le stesse regole sopra ricordate. Mi dispiace quindi non essere preciso su questo punto come la Sua domanda meriterebbe.

**Dopo aver sottoposto a una dose di vaccino antipneumococcico 23-valente polisaccaridico dei soggetti adulti (alcuni con fattori di rischio come BPCO e altri con età avanzata maggiore di 65 anni), in quali casi è efficace ed è indicato un richiamo e dopo quanto tempo?**

Un pediatra

Ormai è chiaro che dopo l'uso del vaccino 23-valente, a qualsiasi età, la somministrazione di una nuova dose dello stesso vaccino determina una risposta che è uguale o minore di quella ottenuta dopo la prima dose, senza alcun segnale di in-

duzione della memoria e quindi senza risposta anamnestiche. Inoltre, se facciamo una dose di PCV7 dopo una dose di un vaccino polisaccaridico 23-valente, non abbiamo la risposta che ci saremmo aspettati, "come se le cellule immuno-competenti per la risposta fossero state "bruciate" dalla precedente somministrazione del vaccino polisaccaridico. Per avere una risposta efficace è necessario fare due dosi di PCV7 a distanza di mesi-anni l'una dall'altra. Quindi cominciare sempre con il vaccino PCV7 e richiamare sempre con il vaccino PCV7, soprattutto in pazienti che abbiano superato una malattia invasiva pneumococcica, come una polmonite batteriemiche.

**Una mamma mi segnala una grave reazione alla 1° dose del vaccino del figlio e ricoverato per questo motivo con diagnosi di: reazione post-vaccino ALTE-like. Riporto la lettera di dimissione: "... dopo 12 ore circa dalla prima dose di vaccino DTP-IPV-epatite B-Hib, reazione caratterizzata da improvviso pallore, ipotonia, ipotermia, perdita di contatto e mancata reazione agli stimoli anche dolorosi. L'episodio ha avuto una durata di 15 minuti e si è risolto spontaneamente con ripresa della reattività**

**e del pianto". All'ingresso (2 ore dopo) il piccolo appariva in buone condizioni generali. Indagini biomorali nella norma. Fundus nella norma; EEG in sonno normale per età; eco cerebrale normale. È stato sentito il Centro di riferimento di Padova per gli episodi di ALTE, che conferma la diagnosi e consiglia le prossime vaccinazioni in ambiente protetto. La mamma però non vuole più fare le vaccinazioni nemmeno in ambiente protetto. Cosa le rispondo?**

Un pediatra

Dalla descrizione sembra proprio che il bambino abbia avuto un episodio di ipotonia-iporesponsività (HHE). Queste ne sono le caratteristiche essenziali:

- insorgenza improvvisa di flaccidità e ipotonia, ridotta responsività, pallore o cianosi;
- età inferiore ai 10 anni;
- insorgenza entro 48 ore dalla vaccinazione;
- durata dell'episodio da un minuto a 48 ore, con un numero più elevato di casi fra 6 e 30 minuti.

Questo quadro, ben conosciuto da chi conosce gli effetti collaterali dei vaccini, viene comunemente definito come uno stato di shock, oppure come un collasso o come una reazione collassiale o infine, per chi ha più fantasia, come una ALTE. Dall'esame della letteratura è possibile concludere che l'HHE va considerata come una sindrome benigna, autolimitante, di natura non ricorrente, in seguito alla quale, sempre che i genitori siano d'accordo, è possibile proseguire la vaccinazione. Si tratta il più delle volte della prima vaccinazione in un bambino al terzo mese. Anche secondo il gruppo di lavoro della Brighton Collaboration (Bonhoeffer J, et al. *Vaccine* 2004;22:2046), che oggi viene considerato il più prestigioso punto di riferimento per gli effetti collaterali ai vaccini, per HHE s'intende l'inizio improvviso d'ipotonia muscolare e ridotta responsività o non responsività associata a pallore o cianosi. Questo quadro clinico può insorgere con qualsiasi vaccino: ma tuttavia il passaggio dal vaccino DTP intero al vaccino DTP acellulare ha ridotto di molte volte i ricoveri in ospedale per ipotonia-iporesponsività dopo una qualsiasi vaccinazione (Le Saux N, et al. *Pediatrics* 2003;112:e348).

Posso ben capire che i genitori rimangano fortemente colpiti da questi episodi e troviamo spesso difficoltà a riprendere

le vaccinazioni. Convieni non insistere molto con loro inizialmente, anche perché i tempi fra la prima e la seconda dose di esavalente possono essere allungati quasi a piacere, anche fino alla fine del primo anno di vita. La vaccinazione in ambiente protetto non è affatto richiesta, data la benignità della forma; tuttavia a essa sarà possibile ricorrere se utile per tranquillizzare e convincere i genitori a proseguire la vaccinazione.

**Vorrei sapere se ci sono ancora le controindicazioni a fare il vaccino della varicella a figli di madre in gravidanza che non ha avuto la varicella o a fratelli di bambini sotto l'anno che non hanno avuto la varicella.**

dott. Benedetto Rinaudo  
Pediatra di famiglia, Palermo

Sono ormai diversi anni che questo punto è stato definitivamente chiarito. È possibile vaccinare contro la varicella i figli di una madre suscettibile in gravidanza, a qualsiasi stadio della gestazione, come è possibile vaccinare un soggetto che conviva con un paziente affetto da AIDS. Gli esperti sono giunti a questa conclusione poiché, dopo decine di milioni di dosi di vaccino, solo in 4 casi è stato accertato un contagio.

**Dovendo vaccinare un paziente con l'antinfluenzale e conoscendo la sua storia di allergia certa al timerosal, posso vaccinarlo o il vaccino antinfluenzale contiene questo additivo?**

Un pediatra  
Musile di Piave (Venezia)

La sua lettera mi ha fatto tornare alla mente i problemi legati al timerosal (*alias* tiomersal) di una decina di anni fa. Venivano contestati al timerosal due diversi effetti patologici:

- 1) la tossicità diretta sul sistema nervoso centrale dei sali di mercurio, costituenti il timerosal;
- 2) l'induzione di reazioni di ipersensibilità ritardata e quadri clinici cutanei a essa collegati (Bartolozzi G, Longo G. *Medico e Bambino* 1996;15:115-6).

Ma già da molti anni, per Decreto del Ministero della Salute (GU 153 del 27 giugno 2003), il timerosal non è più utilizzabile come conservante dei vaccini; quindi può sottoporre tranquillamente il

suo paziente alla vaccinazione antinfluenzale.

**Volevo chiedere un parere sull'opportunità di eseguire la vaccinazione anti-difto-tetano-pertosse e quella contro morbillo, rosolia e parotite in un mio paziente di circa 6 anni che ha avuto diagnosi di epilessia parziale complessa. Nel marzo 2008, il piccolo viene ricoverato presso un ospedale pediatrico napoletano per aver presentato in pieno benessere episodi critici caratterizzati da perdita del contatto ambientale, rotazione del capo verso sx, sia in apiresia che febbrili. Ha familiarità per convulsioni febbrili. Chiaramente le vaccinazioni a cui deve essere sottoposto sono il richiamo che da calendario vaccinale si fanno a questa età; le dosi precedenti le ha fatte alle età consigliate senza problemi.**

dott.ssa Anna Di Costanzo  
Pediatra di famiglia, Napoli

La presenza di un'epilessia parziale complessa non controindica le vaccinazioni, né quelle con vaccini inattivati (DTPa), né quelle con virus vivi attenuati (MPR).

**Bambini adottati in età scolare, provenienti perlopiù da istituti dell'America Latina o di Paesi dell'ex URSS, con protezione accertata (tasso anticorpale) nei confronti del tetano, devono essere vaccinati (o ri-vaccinati) con IPV? E, se sì, con quante dosi?**

dott. Giacomo Toccafondi  
Pediatra, Borgo San Lorenzo (Firenze)

Dipende da quante dosi di vaccino antipolio hanno fatto.

Se hanno fatto 4 dosi e se l'ultima è avvenuta in età immediatamente prescolare, i bambini possono essere considerati come correttamente immunizzati, sia che abbiano ricevuto il vaccino Sabin (vivo attenuato per bocca) o il vaccino Salk (inattivato per via parenterale). Se avesse dei dubbi, può eseguire senz'altro un'altra dose di vaccino inattivato, senza alcun danno. Le ricordo che l'unico vaccino per il quale non conviene superare il numero di dosi previsto in calendario è il vaccino contro il tetano.