

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

A una bambina di 7 anni, già sottoposta all'età di 6 anni a intervento di adenotonsillectomia e che attualmente presenta palato ogivale e malocclusione di III grado, è stato consigliato di iniziare terapia con apparecchio ortodontico fra circa 1 anno, dopo la caduta dei 4 incisivi superiori e inferiori. Desidero sapere se tale consiglio è corretto o se si debba iniziare il prima possibile per correggere la protrusione mandibolare.

dott.ssa Maria Cecilia Capoccia
Pediatra di famiglia, Veglie (Lecce)

È necessario iniziare quanto prima il trattamento delle III classi, per avere maggior possibilità di correggere la malocclusione.

Importante è la collaborazione del piccolo paziente a usare le apparecchiature consigliate dallo specialista.

Si può cominciare la cura in dentatura decidua o mista.

Lo scopo del trattamento ortodontico in questo caso è quello di potenziare la crescita del mascellare "contenendo" lo sviluppo della mandibola.

Le sarei grato se volesse rispondere a questo semplice quesito: nell'esame clinico del neonato, che eseguo al Nido alla nascita e alla dimissione, valuto i polsi femorali. Poiché spesso il bambino non è molto tranquillo e l'esame si prolunga, spesso mi accontento di aver apprezzato il polso da un solo lato: è corretto oppure devo sempre ricercare entrambi?

dott. Maurizio Branchi
Pediatra ospedaliero, Sondrio

In pratica, il motivo per cui si cercano i polsi periferici è l'esclusione della coartazione aortica. Ciò detto, non è quindi molto importante sentirli alla nascita, quando il dotto di Botallo è sempre aperto e può mascherare un'eventuale coar-

tazione. È invece importante farlo alla dimissione (48-72 ore) quando il dotto è praticamente sempre chiuso. La simmetria tra il polso ascellare destro e uno dei due polsi femorali, in assenza di PDA, rende improbabile la presenza di una coartazione aortica. Non è quindi indispensabile sentire ambedue i polsi femorali, ma uno ascellare (destro) e uno femorale.

Bambino di 3 anni ha avuto, a distanza di due mesi, a fine inverno, due episodi di polmonite basale sinistra con versamento pleurico, documentato con la radiografia. Adesso sta clinicamente bene. Ha eseguito un'ecografia del torace che parla di guarigione. È un esame validato per tali patologie? Devo approfondire il caso, visto che si tratta di un bambino che sostanzialmente è stato sempre bene?

dott. Nunzio Lardaro
Pediatra di famiglia, San Felice a Cancellò (Caserta)

L'ecografia è un esame valido per verificare e quantificare il versamento pleurico, ma non è certo obbligatorio per sancire la "guarigione". Due polmoniti nella stessa sede non richiedono approfondimenti ulteriori, ma se ne facesse una terza sarebbe, al contrario, obbligatoria una valutazione con una TAC ad alta risoluzione (corpo estraneo, bronchiectasia ecc.).

Ho letto un articolo in "Medicina pratica" sul protocollo di desensibilizzazione alimentare verso latte e uovo che fate a Trieste e mi ha molto incuriosito in quanto sono la mamma di una bambina di 4 anni e mezzo, alla quale è stata diagnosticata una elevata allergia al pesce (anche al contatto e all'odore) e mi chiedevo se questo tipo di cura potesse andare bene anche con l'allergia diagnosticata a mia figlia. Abbiamo scoperto tutto a gennaio 2007, dopo aver

ricoverato d'urgenza mia figlia per un edema palpebrale per aver toccato il piatto del pesce di una compagna di scuola ed effettuando le analisi di rito (esami del sangue, prick test).

Nel mese di maggio 2008 abbiamo effettuato di nuovo i prick e la situazione sembra immutata (anzi sembra aver sviluppato nuove allergie, per es. al cacao). All'ospedale ci hanno raccomandato l'esclusione del pesce dalla dieta e ci hanno dato una penna adrenalinica in caso di contatto accidentale. La bimba cresce, anche se ha spesso la tosse, ma noi siamo preoccupati perché ci hanno detto che si tratta di un'allergia che non è destinata a scomparire con la crescita.

Vorrei capire se c'è la possibilità di superare questo tipo di allergia.

Una mamma

A Trieste, limitiamo il nostro protocollo di desensibilizzazione orale a latte, uovo e frumento, per una considerazione di costi/benefici. La desensibilizzazione orale è infatti sempre molto faticosa e con rischi, mentre il pesce, al contrario del latte, si può evitare con facilità. La nostra esperienza non ricorda nessun errore che possa aver portato a reazioni gravi un bambino allergico al pesce. Per questo personalmente, in questi casi, non prescrivono nemmeno mai l'adrenalina. Infine, le segnalo che all'età di 4 anni si può ancora guarire dall'allergia al pesce e poi tenga presente che la medicina in questo campo sta facendo passi da gigante.

Non ci vorranno molti anni perché anche questi problemi di allergia alimentare siano risolti e senza rischi. Per questo sono certo di non sbagliare nel dire che un bambino, oggi, con allergia alimentare non diventerà adulto senza aver superato il problema.

L'allergia al cacao mi sorprende, è una vera rarità, mi verrebbe da non credere. La tosse isolata non è mai un sintomo guida di una allergia, tanto più all'età di

4 anni e mezzo, quando le cause comuni di tosse stanno dietro ogni angolo. Non mi preoccuperei.

Sono la mamma di una bimba di 10 anni con problemi di asma.

L'inverno è andato sostanzialmente bene e gli episodi di asma sono stati rari e ben risolti. Purtroppo però negli ultimi tempi la somministrazione di Ventolin spray o Broncovaleas spray (con distanziatore) è mal sopportata. Infatti, anche dopo la somministrazione di soli due puff, il cuore batte fortissimo per circa un'ora. Il fenomeno si verifica anche mettendo 6 gocce nell'aerosol.

Esiste qualche farmaco alternativo privo del suddetto effetto collaterale? Come possiamo affrontare eventuali episodi acuti? La pediatra ha consigliato di usare il cortisone.

Potrei avere un consiglio in merito?

Una mamma di Modena

La tachicardia (o cardiopalmo) con salbutamolo è evento frequente, ma non grave: non è infatti un segnale di rischio. Comunque indica che l'interessato è ben rispondente a questi farmaci e questo di norma caratterizza le asma meno importanti.

Per ovviare al fastidio potrebbe utilizzare Brevia spray che contiene anche l'ipratropio bromuro e nel quale il salbutamolo è a dose ridotta (75 mg per puff invece che i 100 mg nel Ventolin/Broncovaleas spray).

Mia figlia di 7 mesi è stata ricoverata per 3 giorni in ospedale per laringotracheite acuta e dimessa con una cura di aerosol da eseguire per 7 giorni a casa. Sul foglio delle dimissioni risulta che dalla radiografia del torace c'è una tenue velatura di entrambi gli emitoraci. Sono preoccupatissima perché mia figlia alla nascita è stata operata di ernia diaframmatica sx. È un soggetto a rischio, specialmente per i polmoni? L'ospedale non ha prescritto nemmeno una radiografia di controllo.

Una mamma di Benevento

La laringotracheite acuta è una malattia su base infettiva virale e non ha nulla a che vedere con il problema dell'ernia diaframmatica. La velatura descritta alla radiografia del torace è un reperto senza significato e va dimenticato (giusto non fare alcun controllo).

Non deve nemmeno più preoccuparsi degli esiti dell'ernia diaframmatica che, una volta operata, non può dare più alcun disturbo.

Riguardo ai protocolli per l'asma, siamo sempre di più sottoposti a "pressioni mediatiche" riguardo all'uso degli anti-leucotrieni, che ora vengono proposti anche da soli nell'asma da sforzo e nelle bronchiti asmatiche ricorrenti da infezioni virali. Io non li prescrivevo mai (a differenza di molti colleghi) seguendo le indicazioni che emergono dalla vostra rivista, che si è mostrata sempre molto scettica, evidenziando come il "rispar-

mio" di episodi acuti in un anno sia quasi ridicolo...

Sono rimasto quindi sorpreso da una consulenza fatta a un mio paziente che, nonostante dose piena protratta di Aliflus, ha un asma non controllato: il collega ha aggiunto il montelukast, consigliando una graduale riduzione dell'Aliflus, con (per me) prevedibile ricaduta a breve distanza. È l'eccezione che conferma la regola? O "l'ultima spiaggia"?

dott. Paolo Pellegrini

L'eccezione che conferma la regola deve comunque avere un ragionamento alle sue spalle, magari solo come ipotesi. In linea di massima però va detto che il montelukast è considerato come farmaco da aggiungere al paziente non ben controllato con i composti di prima scelta (steroidi inalatori più o meno beta2 long acting).

Questo dicono le linee guida. Poi che sia un farmaco realmente incisivo in questi casi è raro, ma comunque è giustificato il suo utilizzo. Quello che invece appare veramente non giustificato è l'utilizzo comunque, sempre, con il presupposto che è: "tanto male non fa". La nostra posizione sugli antileucotrieni collima esattamente con quanto indicato da tutte le linee guida. Quindi non è il nostro "scetticismo" che va sottolineato, perché è perfettamente coerente con EBM e linee guida, quanto piuttosto la disponibilità eccessiva di molti, troppi, altri colleghi a trovare sempre un motivo per prescriberlo.

Vaccini

a cura di Giorgio Bartolozzi

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

In un recente Congresso organizzato nella mia ASL (NA3) si è parlato a 360 gradi di vaccinazioni e il relatore è stato il nostro grandissimo prof. Bartolozzi, che ancora una volta mi ha stupito per la lucidità che riesce ad avere su tutti gli argomenti posti in discussione (e ormai sono diversi anni che lo sento in tutt'Italia).

Vengo all'argomento: il nostro prof. ha ribadito una cosa che sostengo da tempo, e cioè che, passato più di un anno

tra prima e seconda dose, o più di cinque anni tra seconda e terza dose delle vaccinazioni di base del primo anno di vita, non è più obbligatorio ricominciare da capo l'intero ciclo vaccinale, ma si riparte dal punto in cui si era arrivati. Solo che i responsabili per le vaccinazioni nel mio DS, di fronte a cotanto parere, mi hanno ribattuto che in assenza di qualcosa di ufficiale loro continueranno a comportarsi come sempre. Per cui chiedo se esiste un documento

ufficiale che suffraghi tale affermazione o è solo puro buon senso?

dott. Ubaldo D'Errico
Pediatra di famiglia, Grumo Nevano (Napoli)

No, hanno ragione loro: non esiste! Ma oggi noi sappiamo bene che, per l'induzione della memoria immunologica B e T, intervalli superiori a quelli stabiliti ufficialmente nei calendari vaccinali nazionali o regionali, non riducono la

risposta anticorpale. Ne consegue che l'interruzione, anche prolungata, delle serie d'inoculazione della vaccinazione primaria o dei richiami non comporta mai la necessità di ricominciare da capo. Fa eccezione a questa regola generale il vaccino attenuato contro la febbre tifoide (Ty21a), la cui serie primaria non sopporta intervalli di tempo superiori alle tre settimane.

Purtroppo, proprio come lei dice, non tutti la pensano nello stesso modo e soprattutto i Servizi di vaccinazione seguono ancora regole "sbagliate".

Tutto deriva da una "maledetta" Circolare ministeriale dell'allora Ministero della Sanità del 9 agosto 1982, n. 152, che suona così:

- Se fra la prima e la seconda dose corre più di un anno, bisogna ricominciare da capo.
- Se fra la seconda e la terza dose corrono più di 5 anni è sempre necessario ricominciare da capo.

Questo diktat viene seguito, come lei dice, pedissequamente da molti Servizi di vaccinazione (fortunatamente non da tutti), anche perché questi concetti sono stati ripresi in Circolari successive sia a proposito dei vaccini DTPa che dei vaccini contro l'epatite B.

Purtroppo queste pseudo-regole sono state estese, senza alcuna ragione valida, anche ad altri vaccini, non riportati in altre Circolari.

Ma chi legge la moderna letteratura internazionale sa che non c'è niente di più sbagliato di queste regole generali. Nell'ultimo Piano Nazionale Vaccini 2008-2010 è stato dedicato un paragrafo intero ai ritardi nell'esecuzione delle seconde e terze dosi, ricordando i nuovi punti di vista, ma, come lei sa, il Piano, per mancata copertura economica, è stato bloccato e quindi hanno ragione i Servizi quando affermano che non c'è niente di ufficiale, per cui il personale addetto alle vaccinazioni è tenuto a regolarsi

secondo le Circolari esistenti, mai ufficialmente contraddette.

Una situazione del genere non è nuova in Sanità pubblica, ma anche in altri settori della nostra società: spesso le conoscenze acquisite non possono essere applicate per l'esistenza di disposizioni sorpassate, che solo molto lentamente vengono corrette e modificate. È questo il nostro quotidiano fardello: non possiamo per esempio vaccinare con *Prevenar* soggetti al di sopra dei 5 anni, perché la stessa scheda tecnica del prodotto indica di usare oltre questa età il vaccino polisaccaridico 23-valente: non ci rimane spesso che saltare le difficoltà dei Servizi facendo comprare direttamente il vaccino ai genitori. E anche questo non è eticamente corretto.

Alcune Regioni e alcuni Servizi sono più elastici e accettano le nuove regole; altri, ma non si possono accusare per questo, rimangono aderenti alle disposizioni come "Remigio alle leggi ligio".