

Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica:

ALLERGLOGIA, 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

La mamma di una mia paziente di 4 anni che è ormai a termine di gravidanza mi ha comunicato che nell'asilo della sua bambina ci sono stati, da una quindicina di giorni a questa parte, 3-4 casi di varicella. L'asilo è piccolo e ci sono solo una ventina di bambini. Non posso sapere se e da quando è avvenuto l'eventuale contagio, per cui non so se farla vaccinare, perché magari il virus è già in circolo.

Per quanto riguarda la nascita, invece, la madre ha già contratto la varicella in passato, per cui dovrebbe essere sieropositiva, quindi la situazione non è così a rischio.

Come procedere? Faccio fare comunque il vaccino alla bambina? Tratto semplicemente le bambine con aciclovir nel caso di comparsa delle lesioni virali? Oppure, se compare la varicella nella sorella maggiore quando la seconda è già nata, faccio una farmacoprofilassi alla neonata dopo 7-9 giorni dalla comparsa della varicella nella sorella maggiore?

dot.ssa Daniela Erba
Pediatra di famiglia, Sondrio

Per quanto concerne la vaccinazione post-esposizione, questa può risultare efficace, nel senso di prevenire o modificare il decorso della malattia, solo se effettuata il prima possibile entro le 72 ore (o al massimo entro 5 giorni) dopo l'esposizione al virus. Comunque sia, la vaccinazione può risultare inutile, ma mai nociva.

Per la bambina che deve ancora nascere la cosa teoricamente migliore sarebbe quella di verificare il titolo anticorpale materno per VZV che, se positivo, come probabile, toglierebbe ogni dubbio sul possibile rischio: la neonata sarà coperta dalle IgG specifiche materne per circa sei mesi.

Se invece la madre risultasse sieronegativa, il trattamento di profilassi con immunoglobuline antivariella (*VariZIG*) troverebbe indicazione solo se la madre manifestasse l'infezione entro i cinque

giorni prima del parto o nelle 48 ore immediatamente successive a esso.

Se invece la bambina avesse il contagio dopo questo tempo, non andrebbero più fatte le IgG specifiche, ma andrebbe considerata la possibilità di fare un trattamento per 5-7 giorni con aciclovir durante la seconda viremia, che si verifica dal 7° all'11° giorno dal contagio. Questo trattamento può evitare la varicella o almeno far abortire l'eruzione e non impedisce di ripetere il farmaco qualora l'eruzione dovesse comunque presentarsi.

Scriviamo in riferimento a nostra figlia di 3 mesi e mezzo per un consulto in merito alla diagnosi e al pianificato percorso di cure per displasia dell'anca. Il referto ecografico e radiografico ha riscontrato un'anca di tipo sx 2b e dx 2a-2b; assenti nuclei di ossificazione. Terapia: divaricatore di Pavlik. Visite settimanali per verificare il posizionamento dello stesso. Preventivati 3 mesi di applicazione per risolvere il problema. Questi i quesiti posti in ragione della sofferenza della bambina nel portare il tutore:

- 1. Questo tipo di cure è assolutamente indispensabile o la situazione poteva risolversi spontaneamente?**
- 2. Ci sono rischi di effetti collaterali conseguenti all'applicazione dei tutori (necrosi?)**
- 3. Una non corretta applicazione da parte nostra può produrre effetti negativi?**
- 4. Tre mesi saranno sufficienti o dobbiamo prepararci a possibili proseguimenti fino a un possibile intervento?**

Due genitori

L'ecografia dell'anca nel neonato e nel lattante ha permesso di diagnosticare le forme più lievi di displasia dell'anca, che sfuggono all'esame clinico anche del pediatra o dell'ortopedico esperto. L'esame ecografico permette di graduare la gravità della displasia, dal tipo 1 (anca nor-

male) al tipo 4 (lussazione vera e propria).

Il tipo 2 rappresenta la forma più lieve di displasia: è indicato iniziare il trattamento appena possibile, per ottenere i migliori risultati, con l'applicazione di un divaricatore. Ne esistono di diversi tipi, solitamente in questi casi vengono privilegiati i divaricatori "a mutandina" o "a cuscino", che, a parità di risultato, sono meglio tollerati dai bambini (mentre la tolleranza da parte dei genitori varia da caso a caso).

Per rispondere nel dettaglio alle domande:

1. Questo trattamento è indispensabile per permettere la reale guarigione di questa malformazione che, lasciata a se stessa, porterebbe nell'età adulta all'insorgenza di un'artrosi precoce dell'articolazione dell'anca.
2. Come in tutti i trattamenti ortopedici e chirurgici sull'anca, è possibile, anche se eccezionale dopo l'applicazione di un semplice divaricatore, la necrosi della testa del femore.
3. L'officina ortopedica che ha fornito il tutore e l'ortopedico che l'ha prescritto devono spiegare ai genitori il suo corretto impiego.
4. Il trattamento con il divaricatore viene valutato periodicamente con l'esame ecografico che, anche senza aspettare 3 mesi, può indicare se l'evoluzione della displasia è migliorativa. Così si ha la certezza di proseguire un trattamento efficace, anche se fosse necessario prolungare questo periodo oltre i 3 mesi.

Bambino di 8 anni affetto da asma bronchiale; allergico ad acaro e negativo al resto da prick test, effettuati nel 2006.

Ha iniziato con eczema nei primi anni di vita, poi ha presentato bronchiti asmatiche durante la scuola materna, con almeno 4 episodi che hanno richiesto betametazone; dall'ingresso alla scuola elementare la situazione è peggiorata: il bambino "fischia sempre" e secondo me quest'anno più dell'anno precedente e

la mamma mi dice che anche l'estate scorsa non è stato bene.

La mamma segue e ha sempre seguito cure omeopatiche anche con il fratello più grande, che ha sempre sofferto di rinite allergica molto marcata.

Nel 2006 era stato consigliato di iniziare il montelukast con salmeterolo + fluticasone x 20 gg e poi solo fluticasone per un mese e quindi, se andava bene, di continuare solo con il montelukast. La mamma in realtà ha fatto la cura consigliata solo per un breve periodo e poi, trovandosi bene con salmeterolo + fluticasone, ha deciso autonomamente di utilizzarlo "al bisogno", trovando a suo dire la risposta migliore rispetto al salbutamolo.

Un mese fa ha iniziato un'altra cura omeopatica e l'omeopata le ha consigliato di non usare salmeterolo + fluticasone al bisogno, ma solo salbutamolo. La mamma mi ha detto che da un mese fa aerosol con salbutamolo 4-5 gtt 2 volte al giorno, per tosse stizzosa e fischi, con beneficio solo momentaneo; il bambino tossisce quando corre e tossisce quando ride.

Le ho detto che questa situazione mi lasciava perplessa perché, secondo quanto ho imparato, il salbutamolo fatto a lungo determina una non risposta dei recettori; e che farei invece la terapia con salmeterolo + fluticasone e poi solo fluticasone.

Quello che chiedo è se il bambino in questa situazione è a rischio di accessi gravi (come mi verrebbe da pensare per l'uso eccessivo di salbutamolo) e se per disinfiammare è ancora più utile la terapia classica con steroidi inalatori per almeno 3 mesi totali e se il montelukast può avere la stessa efficacia dato da solo senza la terapia inalatoria.

La mamma è condizionata dall'omeopata e tende a non volere il cortisone e vorrei poterla rassicurare che le conoscenze della medicina ufficiale dicono che la terapia più sicura è l'uso del cortisone inalatorio a basse dosi (lei tenderebbe ad accettare di più un farmaco che non è il cortisone, come il montelukast).

Questo anche perché la situazione mi preoccupa per la sua instabilità.

Un pediatra di famiglia

Nel caso che propone non avrei particolari timori di esiti particolarmente gravi. Comunque sia, credo che non sarà facile convincere la mamma che sbaglia tutto e che l'unico vero pericolo per il bambino

è proprio la sua "cortisonofobia". Il montelukast in questi casi ha certamente una qualche utilità (per es. sulla labilità da sforzo), ma non sarà sufficiente a controllare completamente la flogosi bronchiale, che continuerà probabilmente a crescere.

È importante valutare se hanno adottato le misure ambientali di lotta all'acaro (essenzialmente il coprimerasso e copricuscino specifico) e, nel caso la fobia della madre per i farmaci continuasse, considererei anche l'immunoterapia specifica.

Bambina di 9 mesi con orticaria. La mamma mi racconta che fin dai primi mesi di vita ha presentato dei pomfi più o meno fugaci, più o meno estesi, con ricorrenza di circa 1 volta ogni 8-10 giorni. A cosa pensare? Devo fare accertamenti? (autoimmunità così presto?)

dott. Alberto Neri

Pediatra di famiglia, Cento (Ferrara)

A quella età per una orticaria non immediatamente collegata a un alimento metterei come prima ipotesi quella "post-infettiva". Ne ho viste anche a 20 gg di vita. Il criterio di diagnosi più forte rimane sempre la durata dell'eruzione, che nella post-infettiva di regola si ripresenta per qualche giorno di seguito.

Una precedente virale o altra infezione non è sempre evidente (a volte bastano le comuni vaccinazioni).

Che valore diagnostico dare a un'ecografia delle vie urinarie proposta per un lattante con riscontro di pielectasia di circa 10 mm, e in cui gli ureteri non vengono repertati, forse perché non visti dall'operatore?

Più in generale, quali segmenti ureterali offrono reale difficoltà alla visione ecografica e quali altri, magari con qualche accorgimento, possono essere facilmente visti?

Ho difficoltà inoltre, in bambini con enuresi, ad avere i valori dello spessore vescicale e del residuo post-minzionale (come i protocolli diagnostici prevedono). Di rimando mi viene detto che di solito essi sono numeri troppo piccoli per essere documentati.

Un pediatra

Una pielectasia isolata di 10 mm (senza associata dilatazione dei calici o degli

ureteri e con parenchima renale nella norma) non deve preoccupare. È molto improbabile che possa trattarsi di un'uropatia ostruttiva (non è chiaro se questo è un controllo di una diagnosi prenatale), mentre non è escludibile un reflusso vescicoureterale.

In assenza di infezioni urinarie non c'è comunque indicazione a ulteriori indagini strumentali.

Deve essere eseguito un esame urine in occasione di eventuali episodi febbrili e ripetuto il controllo ecografico tra un anno.

Gli ureteri, se non sono dilatati, non sono visibili in ecografia. È più facile valutare l'uretere in sede retrovescicale (vescica piena) e allo sbocco della pelvi renale, mentre è difficile esplorare il tratto medio.

La valutazione ecografica dello spessore della parete vescicale e del residuo post-minzionale (se presente) viene eseguita routinariamente e non richiede all'ecografista particolari competenze.

Se il servizio di riferimento ha o crea difficoltà, l'unico consiglio che si può dare è quello di rivolgersi a un altro Centro.

Un bambino di 2 anni presenta da tempo scialorrea. All'inizio si pensava fosse dovuta alla dentizione, ma adesso i denti li ha tutti, né sono visibili lesioni alla mucosa orale o ipertrofia tonsillare. La madre diventa pressante: cosa pensare?

dott. Antonio Guerrieri

Pediatra di famiglia, Foggia

La scialorrea è un sintomo frequente nel bambino cerebropatico (e mi sembra che non sia il suo caso) sia perché l'iper-tono muscolare produce una malocclusione e un'incontinenza orale della saliva sia perché ci può essere uno stimolo vagale, dato ad esempio dall'esofagite.

È così anche nel bambino normale, al di fuori di un'acuzie infettiva o di altro tipo, si deve pensare a una iperstimolazione vagale (arteria lusoria; reflusso gastroesofageo; malformazioni faringo-laringee) e, ancora una volta, a una malocclusione o a una macroglossia.

Potrebbe però anche (e forse è così) non essere niente ed essere comunque un evento secondario alla dentizione, anche se non si vede. Ma, se il problema è veramente importante, sarebbe difficile rinunciare a un Rx esofago-stomaco/Rx torace.