

Le domande vanno inviate alla Redazione via mail (e-mail: domanderisposte@medicoebambino.com). Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale di *Medico e Bambino*, che si avvale del contributo di Esperti per ogni singola disciplina pediatrica.

Le domande di maggior interesse generale potranno essere pubblicate nella rubrica Domande e Risposte. Per questo, è opportuno che il mittente segnali anche la città in cui lavora e la qualifica e/o il tipo di attività svolta.

Se, al contrario, non si desidera che il proprio nome venga indicato in calce al quesito posto, è sufficiente specificarlo.

Spirometria, asma, terapia di fondo

Una ragazza di 12 anni, asmatica, allergica agli acari, è stata messa in terapia di fondo dall'allergologa, per la ricorrenza degli episodi nell'ultimo anno. All'ultimo controllo dopo due mesi di salmeterolo e fluticasone 25-50 µg, 2 puff per 2 volte al giorno, il miglioramento clinico è evidente, non ha più crisi durante il sonno né da esercizio fisico. Tuttavia alla spirometria dopo salbutamolo si riscontra ancora un miglioramento della curva e, in base a questo, la collega ha consigliato di continuare con salmeterolo e fluticasone fino al controllo dopo 3 mesi. Mi chiedo se l'effetto del beta-2-stimolante sia il punto di discriminare per continuare o meno la terapia di fondo, se lo sia a partire da un certo miglioramento percentuale del flusso, o se questo miglioramento dopo stimolo non possa rappresentare a volte un "artificio", se temporaneamente con il salbutamolo non si possa anche superare i limiti fisiologici dei parametri spirometrici. Mi viene in mente l'ultimo contributo di Medico e Bambino sulla spirometria, nel quale si presenta, fra altri, il caso di un miglioramento del flusso dopo beta-stimolante, ottenibile in realtà anche con la maggiore compliance del paziente all'uso dello spirometro (Udina C, et al. Guida pratica alla spirometria attraverso i casi. Medico e Bambino 2021;40(7):450-6. doi: 10.53126/MEB40450).

dott. Alberto Neri
Pediatria di famiglia, Ferrara

Certamente, come da Lei sottolineato, una quota di broncodilatazione fino al 12% del FEV1 può essere fisiologica e non va valorizzata ai fini della diagnosi e/o del monitoraggio dell'asma dopo avviato il trattamento di fondo con steroidi inalatori. Altrettanto vero è che ci sono bambini che non sono capaci di produrre un espirio forzato sufficiente per produrre un corretto tracciato spirometrico. Inoltre, specie in età adolescenziale, è frequente che l'emotività (ansia da prestazione) impedisca una buona esecuzione e basta attendere qualche minuto e, al secondo tentativo, il tracciato risulta per-

fetto. Un fenomeno del tipo "pressione alta da camice bianco", tanto banale e frequente quanto importante da ricordare perché, in caso contrario, se si procede con il test di bronco-dilatazione, il merito del miglioramento spirometrico verrà erroneamente attribuito al salbutamolo. Altrettanto importante ricordare, come ben sottolineato nell'articolo sulla spirometria da Lei citato, che: "la spirometria è un valido supporto alla diagnosi, ma deve sempre essere contestualizzata alla clinica". Ma anche e specialmente che: "la spirometria di un bambino con asma lieve è quasi sempre normale: la diagnosi resta clinica e la terapia si basa sull'andamento e le caratteristiche dei sintomi riportati". Da tutto questo, e per tornare al caso in oggetto, avrei molti dubbi che a fronte di una completa negativizzazione dei parametri clinici possa persistere una bronco-dilatabilità del tracciato spirometrico (ancora più improbabile se il giorno dell'esame la bambina aveva già fatto la sua dose di salmeterolo e fluticasone mattutina). E per finire ricordo che il test di reversibilità dopo salbutamolo comporta una predittività per asma tutt'altro che ottimale mentre, nel dubbio, un test di provocazione allo sforzo fisico risulta dirimente. Ma anche, più banalmente, alla bambina bastava togliere il solo salmeterolo per uno *step-down* controllato, valutando la ricomparsa, o meno, dell'accessualità e/o dell'asma da esercizio fisico.

Sindattilia

Un bambino di 5 mesi presenta sindattilia bilaterale 2° e 3° dito dei piedi in assenza di altre problematiche.

Merita un approfondimento oppure non disturba la deambulazione futura e rimane solo un problema estetico?

dott.ssa Vincenza Mastromauro
Pediatria di famiglia, Bari

La sindattilia, delle mani e dei piedi, è una malformazione che interessa due o più dita contigue, che non si sono separate nel corso dello sviluppo. La fusione può riguardare unicamente i tessuti molli (sindattilia membranosa, a sua volta distinta



in serrata e lassa), o anche le strutture scheletriche (sindattilia ossea). Può essere una malformazione isolata, in un paziente sano, o far parte di una sindrome, spesso in questo caso con una gravità maggiore. Al proposito si possono ricordare la sindrome di Apert (nella quale si osserva una sindattilia serrata delle 5 dita delle mani e dei piedi); la sindrome di Poland (associata a ipoplasia della mano e delle dita); la malattia delle briglie amniotiche (con sindattilia "apicale", che riguarda solo l'apice delle dita, di solito delle mani). Quando è indicata la correzione chirurgica di questa deformità? Nella mano sempre, sia per motivi di funzionalità che di estetica. È una chirurgia che viene affrontata solitamente dall'ortopedico pediatrico e consiste in una plastica cutanea per la quale sono quasi sempre necessari innesti cutanei (con prelievi più frequentemente dall'inguine dello stesso paziente). Nel piede l'indicazione alla chirurgia è certa quando la fusione interessa il primo dito, l'unico ad avere una funzione rilevante nella deambulazione. Nelle dita lunghe del piede la presenza di una sindattilia non comporta nessuna limitazione nella deambulazione, e occorre valutare bene se un eventuale intervento correttivo effettuato con finalità cosmetiche, con gli esiti cicatriziali di un innesto cutaneo, migliori realmente l'aspetto estetico complessivo.

Nel caso particolare in esame, si tratta di una sindattilia "basale" (interessa solo il livello delle prime falangi) del secondo e del terzo dito. È una malformazione frequente, bilaterale, che interessa sempre solo il secondo e terzo dito, invariabilmente familiare. Non comporta nessuna limitazione nella deambulazione e nell'utilizzo di calzature di qualsiasi tipo, sia nell'età pediatrica che nell'adulto; il danno estetico è minimo. In nessun caso può essere posta l'indicazione a un trattamento chirurgico.