

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

ALLERGLOGIA, 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

Vorrei conoscere la vostra opinione sull'opportunità di un richiamo del vaccino anti epatite B all'età di 12 anni (anche se è stato già fatto il ciclo completo di 3 dosi in precedenza) e inoltre se, in caso positivo, basta una sola dose.

dott. Vittoria Profiti (Pediatra di base)
Siderno (RC)

No, non è necessario nessun richiamo, quando una persona abbia ricevuto la vaccinazione primaria del vaccino contro l'epatite B (3 dosi) (*Lancet* 2000;355:138-42).

Anche nel soggetto che abbia risposto alla vaccinazione primaria e, a un controllo a distanza di anni, risultasse privo di anticorpi, non è necessaria alcuna altra dose di vaccino, perché egli continua a essere protetto e, a un eventuale contatto con il virus dell'epatite B (HBV), produrrebbe una risposta anticorpale adeguata (Resti M, et al. *Vaccines* 1997;15:1338-40).

Riguardo al richiamo MMR in bambini che hanno già eseguito la prima vaccinazione a 15 mesi, è più opportuno farlo a 5-6 anni oppure verso i 12 anni?

dott. Vittoria Profiti (Pediatra di base)
Siderno (RC)

La seconda dose di MMR non la chiamerei richiamo, ma piuttosto, semplicemente, seconda dose: la sua funzione non è infatti quella di richiamare il livello anticorpale o cellulare indotto dalla prima dose, ma viene usata per coprire quel 5% di "fallanze", caratteristiche della prima dose. La seconda dose, anche per questa ragione, è bene venga eseguita a 5-6 anni (ma va bene anche prima, purché sia passato almeno un mese dalla prima dose), per non lasciare troppo a lungo la possibilità di ammalarsi di morbillo a quel 5% di bambini che non hanno risposto immunologicamente alla prima dose. Per questi motivi è bene che sia presa

in considerazione in tutti i casi una vaccinazione da somministrare in due dosi.

Paziente nato (da madre con oligodramnios) con piede talo valgo e retro-piede addotto, risolto con diverse sedute di trattamento fisiatrico, cranio allungato tipo scafocefalia, morfologicamente immodificato dalla nascita, con normale incremento delle dimensioni, dal 2° mese sempre tra 90-97° percentile.

Al 6° mese Rx cranio ha evidenziato: non alterazioni patologiche a carico della teca cranica e della sella.

È il caso di indagare ulteriormente per avere la certezza che non ci sia una precoce saldatura della sutura sagittale?

dott. Giorgio Sanna
via e-mail

La scafocefalia può essere espressione della saldatura precoce della sutura sagittale. L'Rx cranio non è un metodo sensibile per la diagnosi. Il sospetto clinico viene piuttosto avvalorato dalla misurazione delle due distanze occipitoglabellare e trago-tragale, distanze che in assenza di craniostenosi sono praticamente uguali (il metro va ovviamente fatto passare sopra la testa!).

Se vi è asimmetria tra le due misurazioni, il sospetto di craniostenosi è forte e l'intervento correttivo va proposto al neurochirurgo, tenendo conto che avrà significato solo estetico (e non quello di prevenire un danno cerebrale).

La diagnosi di craniostenosi può essere dunque fatta solo sulla clinica (e i bravi neurochirurghi solo su questa si basano). È certamente vero, peraltro, che una TAC spirale con ricostruzione tridimensionale può dare la certezza diagnostica.

Vorrei sapere la prognosi e le eventuali indicazioni chirurgiche di una formazione esostotica di piccole dimensioni

(circa 12 mm), a larga base di impianto, in corrispondenza del profilo mediale della diafisi distale del femore sinistro in una ragazzina di 12 anni e mezzo. Assenti aree di osteolisi focali con caratteri radiologici di attività.

L'esostosi provoca unicamente una moderata dolenzia alla palpazione, per una probabile borsite reattiva delle fasce muscolari.

La diagnosi è stata posta mediante una ecografia seguita da radiografia. Sono necessari altri accertamenti?

dott. Fabio dal Monte (Pediatra di base)

Si tratta verosimilmente di una esostosi sessile, che di solito ha un accrescimento modesto e non dà grossi problemi. Va tenuta sotto controllo con una radiografia ogni anno e, solo se l'esostosi aumenta, deve essere rimossa.

Vorrei conoscere le indicazioni all'uso dell'analogo lispro dell'insulina in pediatria.

È giustificato utilizzarlo in associazione all'insulina pronta per correggere eventuali iperglicemie?

Si può somministrare nel diabete di nuova diagnosi in scompenso metabolico?

La correzione rapida della glicemia, in questo caso, può spiegare l'insorgenza di ipokaliemia?

dott. Matilde Fattori (Pediatra)
via e-mail

La lispro (*Humalog Lilly*, modificata in due aminoacidi con LISina e PROlina) ha il vantaggio di un assorbimento immediato, picco elevato e rapida azione; la durata è limitata a 2.5-3 ore. Ha una rapidità di azione simile all'insulina aspartato (*Novorapid*), anch'essa un analogo, anche se quest'ultima raggiunge un picco meno elevato e ha una durata un po' più lunga.

Vanno bene per le correzioni estemporanee di iperglicemie (la scarsa durata

elimina il rischio tardivo di ipoglicemia) e per lo stesso motivo può essere utile alla sera, a cena, associata a una intermedia che può essere fatta anche più tardi.

Può essere di utile impiego quando sono necessarie dosi frazionate con assunzione di zuccheri a rapido assorbimento per l'impossibilità a mangiare normalmente, come ad esempio in corso di malattie gastroenteriche acute.

Qualcuno la usa al posto delle regolari (*Actrapid* e *Humulin R*) già all'esordio del diabete, associate con una o due inoculazioni di insulina intermedia.

La tendenza a produrre ipokaliemia non è diversa da quella dell'insulina regolare; dipende sempre e comunque dall'ingresso del glucosio nella cellula.

In una bambina di 11 anni, allergica all'acaro, con ottimo controllo dell'asma che si presenta episodicamente (pressoché ancora solo in concomitanza con episodi flogistici delle prime vie aeree); buona profilassi ambientale, non asma da sforzo (se non è raffreddata), ma con spiccata broncoreattività con tosse secca, stizzosa, in presenza di fumo e con le risate "forti", tosse che recede subito col broncodilatatore: è indicata la terapia di fondo con cortisonico inalante?

Altrimenti, che cosa è indicato fare? Da quasi 4 anni fa immunoterapia specifica sottocute, merita di essere ancora continuata? Per quanto?

dott. Rosario Cavallo
via e-mail

La decisione se trattare o meno va fatta valutando, caso per caso, quale è la reale ricaduta sulla qualità di vita dei sintomi riferiti. È un discorso di costi, benefici e di risultato atteso. Probabilmente il cortisonico inalatorio potrebbe rimediare i disturbi della ragazza, come probabilmente anche un semplice antileucotrieno.

Ma anche la terapia steroidea inalatoria, come il dover assumere giornalmente un farmaco, ha il suo costo e non solo biologico, e soprattutto in età prepuberale-puberale. E poi non dimentichiamo che tutto quello che si ottiene con il trattamento farmacologico viene perso in tempi brevissimi alla sospensione della terapia, senza aver modificato in nessun modo la storia naturale della malattia (che in questo caso è comunque veniale).

L'immunoterapia specifica, quello che deve dare (vantaggio clinico), lo dà essenzialmente nei primi 2-3 anni. Mantenere la terapia per 4-5 anni ha soltanto l'obiettivo di garantire una più lunga persistenza dei risultati. Più oltre non è conveniente andare.

Tra i miei pazienti riscontro sempre più di frequente neonati (poi lattanti) che nei primi mesi di vita "convivono" con un'ostruzione nasale a volte isolata, altre volte che evolve in focolaio di insorgenza di otiti o di altre infezioni delle vie respiratorie.

Spesso questi bambini (a detta delle madri) non rispondono al trattamento con lavaggi nasali di soluzione fisiologica, anche se associati a trattamenti

topici di breve durata con i soliti preparati. È esagerato pensare ad allergia, magari al latte? Oppure è più conveniente, in assenza di altri sintomi e se il bambino cresce bene, tranquillizzare la mamma sulla "benignità" della condizione?

dott. Vittoria Profiti (Pediatra di base)
Siderno (RC)

Penserei a cose "difficili" e rare (allergia alle proteine del latte vaccino) soltanto se il problema fosse realmente importante. Nel caso una valutazione degli eosinofili nel muco nasale può essere dirimente.

Alcuni bambini che si "intasano" con muco torbido-purulento al primo raffreddore, soprattutto se in stagione invernale, non riescono più a liberare le vie respiratorie, anche dopo l'uso prolungato di irrigazioni nasali e anche dopo idonea terapia antibiotica (ammesso che questa sia davvero utile nella cura della sinusite!).

Non parlo dei casi con dubbia compliance, che sono la maggior parte, ma di quei pochi casi che hanno in genere spiccata familiarità "adenoidea" o comunque familiarità di grave difficoltà respiratoria nasale: trova indicazione un'adenoidectomia precoce? Se no, cosa fare?

Pediatra di base

Si può anche non far niente, perché tutto passa. Se però l'ostruzione adenoidea

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 (lonego@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 di base
- medico consultoriale
- medico generico
- pediatra di base
- ospedaliero
- universitario

(e tonsillare) comporta gravi problemi respiratori, specie nel sonno con apnee, va senz'altro considerata l'ectomia a qualsiasi età. Ma, se tutto è limitato al "moccolo" giallo, eviterei interventi maggiori. Infine ricordo di guardare in tutti i casi di "naso chiuso" l'occlusione dentale.

Neonato alla 34° settimana, con esiti di anossia cerebrale, arresto respiratorio per 3-4 secondi in 3° giornata di vita, un episodio di tremore e sguardo fisso di brevissima durata, EEG non significativo, ma con RMN positiva per leucomalacia parieto-frontale non progressiva. Attualmente, al secondo mese di vita con esame neurologico clinico normale, già sorride spesso e segue i movimenti, Può essere vaccinato con la schedula vaccinale completa, oppure rimandare la vaccinazione antiptossica con vaccino acellulare?

dott. Ennio Cupaiolo
Cupello (CH)

No, nessun rimando. Dato che la situazione neurologica sembra assolutamente stabilizzata, procederei secondo la schedula vaccinale corrente, quindi: esavalente al terzo, quinto mese e dopo il compimento del primo anno, insieme alla prima dose di MPR, e così via.

A proposito di certificati di idoneità a svolgere normale attività sportiva non agonistica, poiché spesso i genitori fanno qualche fotocopia del certificato originale, vi chiedo:

1. La semplice fotocopia ha lo stesso valore legale dell'originale?
2. Oppure perché la fotocopia sia valida, chi la rilascia deve aggiungere di proprio pugno "copia conforme all'originale" e controfirmare?

dott. Francesco Alibrandi (Pediatria di base)
Feltre (BL)

Ovviamente, se il medico controfirma la copia, questa è valida come l'originale; il medico farebbe bene anche ad aggiungere la data nella quale appone la sua nuova firma (la certificazione per l'attività non agonistica ha validità di un anno dal rilascio).

La sola fotocopia non ha invece alcun valore, ma si sa come vanno queste co-

se, tutto dipende da chi riceve il certificato che il più delle volte si accontenta. Personalmente condivido questo "coraggioso" atto di intelligente disubbidienza alla normativa che vorrebbe che anche per andare in triciclo ai giardini si abbia l'autorizzazione (certificato) del curante.

Quali vaccini contro la meningite consiglia?

È utile fare campagna di vaccinazione di massa per tutti e tre i tipi di vaccino oppure è preferibile farlo soltanto per le categorie a rischio? E ha un senso (come sentito da qualche parte) farlo dopo i 12 mesi di vita per risparmiare sul numero di dosi?

dott. Vittoria Profiti (Pediatria di base)
Siderno (RC)

Come Lei sa, i vaccini "contro la meningite" sono tre.

Per il primo di questi (il vaccino contro l'*Haemophilus influenzae* - Hib) ogni discussione è inutile al giorno d'oggi, perché è stato inserito, diciamo d'autorità, fra i vaccini contenuti nell'esavalente, in uso ormai così diffuso, da poterlo considerare universale. Per l'Hib, grazie all'effetto di "trascinamento", conseguente alla coesistenza nella stessa preparazione delle vaccinazioni cosiddette obbligatorie, si sono raggiunte coperture elevatissime, superiori di qualche punto al 90%.

Come secondo vaccino contro la meningite consideriamo il vaccino eptavalente coniugato contro lo pneumococco. Al momento attuale non è prevista una vaccinazione di massa per tutti, come negli Stati Uniti: per ora l'indicazione è per le categorie a rischio, comprendendo fra queste i bambini con impianti cocleari e quelli che frequentino l'asilo nido.

Su quelli che frequentano la scuola materna la discussione è ancora aperta.

Per il vaccino coniugato contro il meningococco gruppo C valgono le considerazioni fatte in precedenza per lo pneumococco, aggiungendo fra le categorie a rischio i bambini che presentino alterazione di uno o più dei fattori del complemento.

Rimane, per noi pediatri, l'obbligo di informare i genitori dell'esistenza di questi vaccini, soffermandoci sulle indicazioni.

LE AZIENDE INFORMANO

UNA NUOVA FORMULAZIONE PER IL MONTELUKAST

I leucotrieni sono i più potenti mediatori dell'infiammazione asmatica. Determinano, a livello delle vie aeree, contrazione della muscolatura liscia, edema, iperproduzione di muco e richiamo di cellule dell'infiammazione. I leucotrieni altro non sono se non quella che era chiamata *Slow Reacting Substance of Asthma* (SRSA), il promotore della fase tardiva, o lenta, o flogistica dell'asma, quella che mantiene la crisi per ore o giorni anziché per minuti, che trasforma un disturbo reattivo, acuto, riproducibile, rapidamente reversibile degli epitelii (secrezione), dei vasi (edema) e del muscolo (bronco-costrizione) in una malattia flogistica, cronica, con un rimodellamento bronchiale e una ipersensibilità acquisita, tendenzialmente in continuo aumento, che si sovrappone alla ipersensibilità di fondo, genetica, stabile dell'asmatico.

Il Montelukast è un inibitore dei leucotrieni, quindi un inibitore della fase infiammatoria dell'asma e della sua evolutività. Si lega selettivamente al recettore CysLT-1 dei leucotrieni, e trova il suo razionale d'impiego nel «dimostrato effetto clinico additivo a quello degli steroidi, riflesso di un'attività anti-infiammatoria complementare, come dimostrato in maniera costante sui marker surrogate dell'infiammazione» (Lipworth BJ. *Br J Pharm* 2002;54:231).

Il Montelukast è stato sperimentato su una popolazione di oltre 1200 pazienti pediatrici, di età inferiore ai 5 anni (oltre che, naturalmente, a una larghissima popolazione adulta). I risultati nell'età pediatrica, e segnatamente nell'età prescolare, sono stati: una riduzione del 31,9% delle riacutizzazioni d'asma virus-indotta (studio PREVIA, settembre 2003); un miglioramento significativo dei sintomi diurni (tosse, respiro sibilante, dispnea, limitazione delle attività) e notturni (tosse); una riduzione dei giorni con sintomi asmatici e dell'utilizzo dei beta-agonisti e dei corticosteroidi (*Pediatrics*, settembre 2001); una protezione dagli effetti dell'inhalazione di aria fredda e secca e dall'asma da sforzo (*Am J Resp Crit Care* 2000).

In Italia, il Montelukast è disponibile nella formulazione di 10 mg per i soggetti di età superiore ai 15 anni, nella formulazione da 5 mg per i bambini di età compresa tra i 6 e i 14 anni, e da oggi nella formulazione da 4 mg in compresse masticabili al gusto di ciliegia per i bambini dai 2 ai 5 anni.