

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, VACCINAZIONI

**Due domande sull'epiglottidite: nel corso di un seminario sulle emergenze respiratorie ho sentito dire del prevedibile calo di casi in seguito all'estensione della vaccinazione contro Hib; ho sentito anche però di casi attribuibili ad altri germi; quali sono i germi in causa? Cambia l'approccio terapeutico?**

**Vorrei anche sapere se c'è qualche criterio clinico per confermare o viceversa escludere il sospetto di epiglottidite davanti a un bambino con dispnea inspiratoria prima che si presenti con il quadro classico (aspetto settico, ortopnea, scialorrea...).**

dott. Rosario Cavallo (Pediatra di famiglia)  
Lecce

Malgrado quello che si può pensare, il bambino con epiglottidite non presenta problemi di diagnosi differenziale con il croup. Il bambino che ha l'epiglottidite si presenta da subito con un aspetto settico, altamente febbrile, con scialorrea e la tipica voce a "patata bollente" e che rifiuta la posizione distesa; non è preponderante, invece, la dispnea inspiratoria con *cornage* e *tirage* tipica del croup. È quindi un bambino che non colpisce tanto per la dispnea inspiratoria, quanto per le gravi condizioni generali e la postura.

Il quadro clinico evolve rapidamente e si sviluppa in poche ore, diventando subito grave: pertanto non esistono sintomi "premonitori" dell'epiglottidite.

La sua incidenza è diminuita nettamente dopo l'avvio della vaccinazione anti-Hib. Sono stati comunque segnalati casi da *H. influenzae* in bambini vaccinati, nei quali la copertura anticorpale vaccinale è risultata essere sotto il livello protettivo. Sono possibili, anche se molto rare, epiglottiditi da germi diversi quali lo streptococco di gruppo A, ma anche B, C e G, oltre che pneumococco, *Haemophilus parainfluenzae* e *Staphylococcus aureus*.

L'approccio terapeutico resta comunque

il medesimo: avviare una terapia antibiotica endovena (ceftriaxone), garantire la pervietà delle vie aeree con una tempestiva applicazione di un tubo endotracheale, ed eventualmente una terapia con steroidi endovena (quest'ultima forse ancora ai limiti di una vera EBM).

**Chi deve utilizzare i latti 2 o di proseguimento? Il latte vaccino diluito con l'aggiunta di zucchero o polisaccaridi non è la stessa cosa?**

dott. Carlo Giacomini (Pediatra)  
Venezia Lido

Scienza e prudenza continuano a suggerire l'uso delle formule di proseguimento nel secondo semestre di vita in assenza del latte materno.

Si eviteranno così:

1. il maggior rischio di anemia (da microperdite intestinali e da deficit di assorbimento);
2. l'eventuale necessaria correzione-integrazione del latte vaccino diluito, che più facilmente porta a dimenticanze ed errori.

**Quali sono le normali dimensioni ecografiche dell'utero e dell'ovaio prepuberi nell'ambito della valutazione di una bambina con telarca?**

dott.ssa Daniela Sambugaro  
Valdagno (VI)

Utero e ovaio si modificano con l'età e sono correlati alla statura del soggetto. Un volume ovarico inferiore a 2 ml potrebbe essere considerato prepubere. Per quanto riguarda l'utero, oltre alla lunghezza, va considerato il rapporto tra diametro A/P di corpo e collo che nei prepuberi è inferiore a 1, e va cercata anche la linea di "vacuità" endometriale. La lunghezza può essere aumentata anche in una condizione di esposizione

estrogenica senza progressione della pubertà; pertanto, la morfologia del corpo, più piccolo in epoca prepuberale rispetto al collo, prevalente in epoca prepuberale, può essere più utile (in epoca prepuberale il rapporto corpo/collo è inferiore a 1).

**Desidererei che mi chiarisse il punto riguardante l'attendibilità della Mantoux praticata dopo due giorni dall'iniezione dell'MMR; posso considerare attendibile la negatività della Mantoux o è bene rifarla? Dopo quanto tempo?**

dott. Franco Cazzulo

A ben considerare, due giorni sono troppo pochi per attribuire la negatività alla vaccinazione, ma non è possibile in questi casi essere sicuri al 100%, poiché, a quanto Lei dice, l'intradermo è stata fatta come screening (tanto valeva in questo caso farla a distanza di almeno un mese dalla vaccinazione).

Ma, in assenza di fattori di rischio, direi che non è necessario ripetere il test.

**Che significato dare a un valore elevato della fosfatasi alcalina (800 invece che max 450) in paziente peraltro asintomatico?**

dott. Franco Cazzulo

Come Lei sa, il valore della fosfatasi alcalina è legato all'età; per poter dare un giudizio sul rilievo che lei riporta è necessario sapere se i valori di riferimento sono quelli dell'adulto o del bambino e in particolare se essi sono, per il suo laboratorio, corrispondenti a 1 o a 2 deviazioni standard.

Se il valore di 450 (si faccia dire 450 cosa?) si riferisce all'adulto, la cifra di 800 può essere considerata normale per un bambino in crescita ossea rapida (6 cm per anno in più di altezza); se si riferisce a bambini della stessa età del pro-

## Domande & Risposte

bando, conviene andare a ricercare altri enzimi della colestasi e del metabolismo muscolare.

In linea di principio, il dosaggio delle fosfatasi (come peraltro qualunque altro esame) non sarebbe un esame da chiedere di routine (cosa ci aspettiamo?): si tratta infatti di un valore molto alto in coincidenza con alcune infezioni, in particolare con la gastroenterite (detta anche, da qualcuno, influenza intestinale).

**Ho sentito che l'antitetanica che era consigliata ogni 10 anni negli adulti, viene ora consigliata di routine soltanto a gruppi a rischio. Questo perché comunque nel caso di ferita "sospetta" al soggetto può essere sempre fatto un richiamo efficace anche dopo molti anni dall'ultima dose.**

**Corrisponde questo a verità?**

dott. Carlo Giacomini (Pediatra)  
Venezia Lido

Penso che Lei scrivendo antitetanica intenda riferirsi alla "vaccinazione" antitetanica e non alla somministrazione di immunoglobuline specifiche contro il tetano, come nel parlar comune si intende sotto il nome "antitetanica". A parte questo, non mi risulta che le indicazioni ufficiali siano quelle che Lei dice. Anzi sono proprio l'opposto.

Esiste un recente Decreto del Presidente della Repubblica, n°464 del 7 novembre 2001 (GU, serie generale, 9 gennaio 2002), con questo titolo: "Regolamento recante modalità di esecuzione delle rivaccinazioni antitetaniche".

All'articolo 1, dice espressamente "i successivi richiami vengono eseguiti a pe-

riodi intervallati di 10 anni". E dice: "eventualmente in combinazione con anatossina difterica e/o con altri antigeni" (alludendo sicuramente alla vaccinazione contro la pertosse con vaccino acellulare).

Tuttavia, mi ricordo che nel Veneto un paio di anni fa, su iniziativa regionale, venne proposto qualcosa di simile a quanto Lei dice, ma spero che non abbia avuto seguito.

**Bambina di 4 anni affetta da schisi posteriore della laringe e tracheomalacia portatrice di cannula tracheale. Gradirei conoscere un adeguato percorso diagnostico-terapeutico e l'eventuale assistenza tecnica specialistica nell'inserimento della piccola nella scuola dell'obbligo.**

dott. Giulio Lucenteforte  
Pediatra consultoriale

La sindrome di Benjamin-Inglis può presentarsi con un'ampia variabilità che va dalla forma asintomatica a quella incompatibile con la vita. Il tipo III è considerata una forma grave, tanto che la bambina è stata tracheostomizzata. La gestione del tracheostoma viene di solito insegnata ai genitori insieme alle misure da adottare in caso di cannula che si tappa. Immagino che i genitori siano stati informati e dotati di aspiratore, cannule di ricambio ecc. Se la situazione si è ormai stabilizzata, i problemi potrebbero essere ridotti. Consiglio comunque di seguire le indicazioni date da chi ha fatto diagnosi e che conosce meglio la situazione della bambina (tipo di cannula, tipo di riduzione comunicativa ecc., neces-

sità di apparecchiature e di eventuale training del personale della scuola).

**A una bambina di due mesi di mia conoscenza è stato prescritto un "bottone" per comprimere un'ernia ombelicale che la piccola ha presentato fin dalla nascita; l'ernia ha un diametro di 3 cm. Le è stato detto anche che a tre anni, se l'ernia non sarà scomparsa autonomamente, verrà eseguito un intervento chirurgico per ridurla.**

**Dalle mie scarse conoscenze sull'argomento, so che l'ernia ombelicale è un fenomeno assolutamente benigno, dovuto a un'ipotonìa e alla distanza dei muscoli retti, che qualunque "bottone" o aggeglio utilizzato per comprimere i visceri addominali dietro i muscoli retti è totalmente inefficace o addirittura dannoso per la possibilità di rendere meno elastica la porta d'ernia, continuamente sollecitata da vari strumenti utilizzati per la compressione. Anche l'intervento è di natura prettamente estetica, quindi comunque non obbligatorio, e da farsi, caso mai (almeno così ho sentito all'ultimo "Confronti" a Trieste), dopo i cinque anni. Chi ha ragione? Dove sta la verità?**

dott.ssa Irene Bruno (Pediatra)  
Trieste

L'ernia ombelicale è di natura completamente benigna. Ci sono pochi casi con strozzamento che richiedono la chirurgia in età <5 anni. Se persiste l'ernia oltre i 5 anni e presenta un problema estetico, si discute l'intervento. Siamo sulla linea com'è stato detto da parte di tutti gli specialisti durante i "Confronti". Il "bottone" è una cosa storica e non va mai utilizzato.



## MADRI E BAMBINI IMMIGRATI

### Aspetti di integrazione sanitaria e socioculturale

Mestre (VE), 13-14 ottobre 2005  
Sala Convegni Cassa di Risparmio

Il congresso è gratuito.

Saranno richiesti i crediti formativi ECM.

Responsabile scientifico del congresso: Francesca Maschio

Segreteria organizzativa: Silvia De Prato Congressi  
Corso del Popolo 86/d - 30172 Mestre (VE)  
Tel e fax 0415442113; Cell. 335486927  
E-mail: info@silviadeprato.it; http://www.silviadeprato.it