

Le domande vanno inviate alla redazione preferibilmente via mail (e-mail: domanderisposte@medicoebambino.com) oppure per posta (via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste). 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.

Allattamento al seno e anestetici locali.

La madre di un mio piccolo paziente di sette mesi dovrà prossimamente sottoperso ad alcune sedute odontoiatriche in cui è prevista l'anestesia locale. Si ritiene necessario sospendere l'allattamento materno per questo motivo?

dott. Antonio Guerrieri

Pediatra di famiglia, Cagnano Varano (Foggia)

Gli anestetici locali non passano che in minima quantità in circolo e hanno un'eminita così breve da non avere il tempo di dare effetti farmacologici al lattante. Per via orale, con il latte, peraltro, non potrebbero essere nemmeno efficacemente assorbiti. Pertanto nessun problema, indipendentemente dall'anestetico locale utilizzato.

Dismetria (eterometria) arti inferiori.

Una mia paziente di 6,5 anni presenta atteggiamento scoliotico e dismetria arti inferiori (sinistro inferiore del destro di 0,5 cm).

L'ortopedico che ha posto diagnosi non ha prescritto alcuna terapia, ma ha consigliato un controllo a distanza di circa 6-7 mesi.

Gradirei sapere se anche voi in questi casi aspettate, o se intervenite subito e, se sì, cosa consigliate.

Pediatra di famiglia

La diagnosi di atteggiamento scoliotico, per definizione, non richiede alcuna terapia, appunto perché si tratta di atteggiamento e non della "scoliosi malattia", della quale oggi sappiamo qualcosa di più riguardo alla eziopatogenesi. Classicamente, per distinguere una postura scorretta dalla scoliosi vera e propria, si utilizza il test di Adams o "forward bending test": in posizione eretta, nella flessione anteriore del tronco effettuata a ginocchia estese eventuali asimmetrie dovute all'atteggiamento spariscono; in presenza di una vera scoliosi si può in-

vece evidenziare il gibbo, toracico o lombare, a seconda della sede della curva. Il dato che viene riferito come associato, di una dismetria (meglio detto oggi: eterometria) degli arti inferiori di 0,5 cm rientra nella più completa normalità. Un'alta percentuale di persone (a seconda delle diverse casistiche dal 30% a oltre il 40%) non ha gli arti inferiori della stessa lunghezza; queste differenze sarebbero ancora più frequenti nell'età evolutiva, dove spesso possono essere solo transitorie. Non è necessario applicare un rialzo in questi casi se l'eterometria è inferiore al centimetro, e se non causa un evidente slivellamento del bacino con apparente scoliosi (che viene definita "scoliosi statica": si risolve con un adeguato rialzo sotto il piede del lato più corto). In altre parole non sono condivisibili le prescrizioni di "plantari ortopedici con rialzo" per differenze di 5 mm, o simili: una lieve eterometria può essere del tutto fisiologica e non è in grado di causare alcuna conseguenza sull'armonica crescita e sullo sviluppo del rachide.

Streptococco e resistenza alle penicilline.

Normalmente faccio il tampone rapido e, se positivo, uso l'amoxicillina. Mi è successo di suggerire al telefono per una bambina di 10 anni portatrice di cardiopatia congenita che lamentava intensa faringodinia senza febbre di eseguire un tampone. La mamma ha fatto fare un esame culturale con antibiogramma. Il tampone è risultato positivo per streptococco beta-emolitico di gruppo A (SBEA) e sono rimasto molto sorpreso dal risultato dell'antibiogramma che ha mostrato resistenza per amoxicillina + ac. clavulanico e sensibilità per ampicillina + sulbactam; era pure resistente a tutti i macrolidi testati e al cefaclor, intermedio al cefixime, sensibile al ceftriaxone e al cefuroxime.

Mi è crollato un mito. Ho chiamato il laboratorio che mi ha confermato la validità del kit usato e che dalla stessa con-

fezione erano uscite, su altre colture, a volte sensibilità e altre volte resistenze per SBEA con amoxicillina + ac. clavulanico e che negli ultimi tempi (non è stata più precisa) questo fenomeno succedeva spesso.

Le domande che vi pongo sono: 1) come si spiega la differenza tra amoxicillina e ampicillina, visto il loro medesimo meccanismo d'azione? (in teoria sullo streptococco né l'acido clavulanico né il sulbactam dovrebbero agire); 2) per il futuro devo cambiare comportamento e chiedere a tutti, o perlomeno ai soli pazienti a rischio, l'antibiogramma e lasciare così il test rapido?

dott. Paolo Nardini

Pediatra di famiglia, Roma

Ad oggi tutti i ceppi di SBEA isolati si sono dimostrati sensibili alle concentrazioni di penicillina e derivati (comprese le cefalosporine) ottenibili in vivo con i dosaggi abitualmente consigliati. In altre parole non esiste la resistenza dello SBEA alle penicilline. Per questo motivo non serve chiedere l'antibiogramma e pertanto continui con il tampone rapido, come ha sempre fatto.

In vivo la non eradicazione dello streptococco dopo trattamento adeguato è stimabile nel 5-20% dei casi. Questo non è un fenomeno legato alla resistenza alle penicilline, ma è ipotizzato derivare da cause diverse come una possibile reinfezione; la presenza di una condizione di portatore sano; la copresenza nell'orofaringe di germi produttori di betalattamasi (mai confermata peraltro con certezza) o, ancora, a una banale non aderenza alla terapia. Ritengo che il laboratorio in causa dovrebbe verificare le metodiche adottate con un controllo interno di qualità. In alternativa, se fosse veramente vero, il dato andrebbe segnalato immediatamente sulla letteratura internazionale come il primo caso di SBEA al mondo resistente alle penicilline. Non sarà così.