

Si ringraziano gli "esperti" che hanno contribuito con le loro risposte e i loro pareri alla rubrica dell'anno 1998.

CARDIOLOGIA: Alessandra Benettoni; CHIRURGIA: Antonio Messineo, Antonio Giannotta; DERMATOLOGIA: Fabio Arcangeli, Filippo Longo; DIABETE-ENDOCRINOLOGIA: Giorgio Tonini, Mauro Pocecco; EMATOLOGIA-ONCOLOGIA: Paolo Tamaro; EPATOLOGIA: Giuseppe Maggiore; FARMACOLOGIA: Fulvio Bradaschia, Federico Marchetti; GASTROENTEROLOGIA: Stefano Martellosi, Alessandro Ventura; GENETICA: Bruno Bembi, Antonio Amoroso; GINECOLOGIA PEDIATRICA: Alberta Bacci; Giuseppe Ricci; IMMUNOLOGIA: Loredana Lepore, Marino Andolina; NEFROUROLOGIA: Leopoldo Peratoner, Marco Pennesi; NEONATOLOGIA: Umberto de Vonderweid, Riccardo Davanzo; NEUROLOGIA: Furio Bouquet; OCULISTICA: Paolo Perissutti; ODONTOLOGIA: Gabriella Clarich; ORTOPEDIA: Giuseppe Maranzana; OTORINOLARINGOIATRIA: Elisabetta Zocconi; PNEUMOLOGIA: Dino Faraguna; VACCINAZIONI: Giorgio Bartolozzi.

Seguo qualche piccolo paziente che presenta episodi di "pavor nocturnus".

Vorrei chiedere a riguardo:

1. È una problematica completamente benigna?
2. Se così fosse, sino a che età si può considerarla tale (benigna)?

Medico cardiologo

Se la domanda si riferisce a un dubbio neurologico, possiamo affermare che "pavor nocturnus" e "incubi notturni" sono sempre benigni. Se invece ci riferiamo al versante emotivo-relazionale, dobbiamo tener presente che il sonno assolve anche alla funzione di esprimere delle situazioni di conflitto nella relazione bambino-ambiente.

La frequenza degli episodi, la coesistenza di altri segni del bambino e/o di evidenti situazioni di conflitto nella/della famiglia, il loro prolungarsi oltre i 5 anni costituiscono dei segnali d'allarme e richiedono un approfondimento.

Desidererei avere chiarimenti sull'efficacia della cetirizina nella prevenzione dell'asma allergico nei bambini con dermatite atopica.

dott. Antonio Guerrieri (pediatra di base)
Cagnano Varano (FG)

Non mi risulta che sia mai stato dimostrato questo effetto preventivo con la cetirizina nel bambino con dermatite atopica. Alcuni anni fa è stata pubblicata un'esperienza con la ketotifene che, somministrata, mi sembra di ricordare, per tre anni nei bambini con dermatite atopica, aveva quasi dimezzato il numero di coloro che avevano manifestato asma entro i 5 anni. Ma sarà un effetto utile a distanza? O, in altre parole, siamo autorizzati a trattare un bambino con un antistaminico per tanti anni per una malattia (l'asma), meglio e più facilmente trattabile con altri farmaci antinfiammatori to-

pici (disodiocromoglicato e cortisonici inalatori)?

I lattanti antirigurgito hanno o no ragione di esistere?

Pediatra

I lattanti antirigurgito vengono proposti per il lattante sano con troppi rigurgiti ("cosmesi") o nel lattante con reflusso gastroesofageo come primo passo della terapia, in assenza di complicazione esofagica. L'ispessimento è diversamente ottenuto nelle varie formule. Sono molto venduti (fino al 15% del mercato in alcune aree). La letteratura è povera, il rumore di fondo molto forte.

Ho ricevuto qualche settimana fa il notiziario SIPPS (Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale) con accluse due "schede" di prevenzione. Una di queste riguardava la puntura di zecche.

A parte il fatto che la scheda si apre con la frase «la possibilità di contagio è massima in primavera-estate» che mi sembra scorretta, perché la zecca si attacca alla pelle, non ci «contagia», e scorretta anche perché non si menziona la possibilità di prevenire l'attacco della zecca con l'uso della permetrina sugli abiti o di altri repellenti specifici, mi sembra che la scheda contenga dei suggerimenti assolutamente scorretti e da censurare.

Il primo riguarda il consiglio di disinfettare la pelle dopo aver rimosso la zecca, con "acqua distillata"! Ma forse è solo un errore di stampa e si voleva scrivere "acqua ossigenata".

Il secondo, e più grave, errore è quello di raccomandare una profilassi con amoxicillina dopo ogni "puntura" di zecca. Questo comportamento non è raccomandato da nessuno, in quanto il rischio di infezione da Borrelia è troppo

basso anche nelle zone endemiche (ed è poi quanto scrive lo stesso Red Book citato in bibliografia).

Per finire, nella scheda si omette di segnalare che la trasmissione della Borrelia può avvenire solo dopo un tempo prolungato di attacco della zecca (maggiore delle 18-24 ore).

Vorrei sentire il vostro autorevole parere su queste mie osservazioni.

Pediatra

Le sue osservazioni mi sembrano assolutamente condivisibili, ma dovevo scriverle alla redazione del Notiziario SIPPS.

Mi sono capitati almeno due casi di bambini che presentavano tonsillite lacunare, esantema scarlattiniforme, febbre elevata, ottima risposta alla terapia per mezzo di penicillina intramuscolo. Il titolo, sia anti-streptolisinico sia anti-stafilolisinico, risultava tuttavia negativo.

Quale altra eziologia sarebbe possibile ipotizzare per questi casi scarlattino-simili?

Pediatra ospedaliero

Il titolo anti-streptolisinico non è il test per la diagnosi di tonsillite streptococcica (lo è invece il tampone faringeo). E poi, che cosa vuol dire "negativo"? Un'infezione streptococcica determina un movimento anticorpale, non un titolo "positivo". In conclusione, sarei certo che sono stati due casi di scarlattina. Perché poi dosare il TAS quando aveva due criteri praticamente certi di diagnosi: l'esantema scarlattiniforme è la risposta pronta alla terapia penicillinica (lo sfebbramento in meno di 24 ore è tipico della faringotonsillite streptococcica, ed è uno dei criteri diagnostici che io considero "infallibili" per questa diagnosi).

Per finire alcune osservazioni:

1. lo stafilococco non è mai causa di tonsillite;

2. perché continuare a fare la penicillina intramuscolo (va così bene la penicillina V per bocca)?

3. il *Corynebacterium* (*Arcanobacterium*) *haemolyticum* e il *Mycoplasma pneumoniae* sono rari agenti causali della faringotonsillite nell'adulto, che possono produrre esantemi simil-scarlattiniformi.

Bambina di 6 mesi è stata allattata al seno per 3 mesi e ha presentato un eczema lieve al viso fin dal primo mese di vita. Dal 3° mese introduce latte HA con comparsa di eczema diffuso; passa quindi a latte di soia con completa remissione del sintomo.

Un collega consiglia RAST per alimenti prima di iniziare lo svezzamento: latte, classe III; soia, classe I; glutine, classe III.

1. Ha senso chiedere RAST per modulare l'introduzione di cibi nello svezzamento?

2. Ora che fare? La bambina ha una classe III al glutine senza averlo mai assunto.

È corretto rimandare la sua introduzione e fino a quando?

Pediatra

Non ha senso eseguire il RAST per programmare lo svezzamento. Nel caso in questione si comporti come se non l'avesse fatto.

Un problema minore, ma fastidioso. Una bambina di 9 anni, è affetta da ossiuriasi da 5-6 anni. Ogni 2-3 mesi è costretta a prendere, lei e la sua famiglia, qualche anti-elmintico. Ha provato tutti quelli in commercio, ripetendo la dose a distanza e prendendola per più giorni. Il problema disturba molto sia la bambina (che ha paura di andare in gita scolastica per paura degli "ospiti"), sia la famiglia, ormai ossessionata dall'igiene.

Mi chiede la mamma: è possibile che con il tempo passi? E comunque, non si può fare nulla di più?

dott.ssa Anna Maria Costantini (pediatra)
Cerveteri (Roma)

Le ipotesi sono due, probabilmente vere entrambe:

1. esiste una fonte di contagio (ci si contagia anche fuori della famiglia, anche a scuola);

2. la bambina presenta una qualche condizione che favorisce l'attecchimento ovvero l'espressione clinica della ossiuriasi.

Il caso riferito non è così raro.

Propongo di prendere le cose con filosofia e di trattarla quando è sintomatica.

Nella bronchiolite viene raccomandata l'adrenalina per aerosol come terapia sicuramente efficace: con quale dosaggio? Va bene l'adrenalina nelle fiale in commercio 1/1000 con dosaggio di

0,1-0,5 ml/kg/dose come nella laringite ipoglottica? Diluita in quanti ml di soluzione fisiologica e in quante somministrazioni al giorno?

Si può impiegare con una certa "serenità" a domicilio? (un esempio pratico: un lattante di 5 mesi, 60 atti respiratori per minuto, in condizioni generali non gravissime: posso trattarlo a domicilio con adrenalina se non mostra segni di peggioramento?)

dott. Bruno Carassini (pediatra convenzionato)
Cento (FE)

Il dosaggio che noi utilizziamo è di 0,25 mg/kg; una fiala da 1 mg ogni 4 kg di peso da diluire in soluzione fisiologica in modo da ottenere almeno 3 ml di volume.

L'aerosol può essere ripetuto anche ogni due ore in considerazione della breve durata d'azione dell'adrenalina; ci si regola sulla dispnea e sulla saturazione di ossigeno.

Ci sono esperienze positive ormai consolidate di molti pediatri di base che hanno utilizzato il farmaco anche a domicilio.

Bisogna però considerare che, nella bronchiolite, quella vera da virus respiratorio sinciziale, specie se sotto i sei mesi di età, il cardine della terapia è l'ossigeno, che difficilmente riusciremo a dare a domicilio; senza parlare della supplementazione idrico-nutrizionale per via parenterale nei casi più gravi con difficoltà ad alimentarsi.

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto o comunque di prenderlo a modello di massima e indirizzare a:
Giorgio Longo, Clinica Pediatrica, Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo", via dell'Istria, 65/1 - 34137 Trieste

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 Saub
- medico consultoriale
- medico generico
- pediatra
- ospedaliero
- universitario