

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

ALLERGLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETE-ENDOCRINOLOGIA, EMATOLOGIA-ONCOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFRO-UROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPE- DIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, REUMATOLOGIA, VACCINAZIONI

Bambino di 4 anni e 6 mesi con sospetta epilessia parziale benigna idiopatica (prima crisi a 2 anni) che presenta familiarità materna. Le crisi (6 in tutto) compaiono al primo mattino, sempre nel sonno o al risveglio, con perdita di coscienza e disturbi orofaringei autorisolventisi in 10-15 minuti. Da un anno presenta anche crisi generalizzate cloniche all'emisoma sx.

EEG: onde puntute in sede frontale dx (quindi non presenta il quadro tipico con numerose punte intercritiche in sede rolandica o medio-temporali: contraffazione da diazepam?). RMN nella norma.

Da un anno è in terapia con sodio valproato (50+100+200) 20 mg/kg/die con massima somministrazione serale: scomparsa della positività all'EEG effettuato a maggio e successivamente a dicembre 2007.

Febbraio 2008: ultima crisi risoltasi con 2 dosi di diazepam (10 mg) con dosaggio ematico del valproato (effettuato il giorno successivo) sotto il range terapeutico del 25%.

Mie domande e perplessità:

- 1. Possiamo ragionevolmente confermare la diagnosi?**
- 2. È indispensabile la terapia con sodio valproato, vista la prognosi molto favorevole della malattia, con la scomparsa delle crisi comunque entro il 13° anno come da letteratura ed esperienza materna del ragazzo?**
- 3. Se consigliabile terapia cronica continuare il sodio valproato? Aumentare il dosaggio? Aumentare solo il dosaggio serale? O passare alla carbamazepina?**
- 4. Quali antibiotici utilizzare in questi pazienti? (non sono i macrolidi gli antibiotici da usare con maggior cautela?).**

dott. Salvatore Cimino
Pediatra di famiglia, Manduria (TA)

1. Direi di sì; il tipo di crisi, la negatività dell'obiettività neurologica, l'assenza di problematiche di tipo neuropsicologico (non è indicata ma la do per scontata),

la normalità della RMN, orienterebbero per una forma disfunzionale (sarebbe interessante conoscere i referti degli altri esami EEG perché, talvolta, i foci epilettici variano la localizzazione topografica).

2. Non vi è una risposta univoca; generalmente se le crisi si "limitano" alla fase di sonno, si preferisce non iniziare un trattamento di profilassi, sapendo appunto che è una forma di epilessia che tende a guarire. Qualche volta però si decide di trattare: se le crisi sono anche diurne, se l'equilibrio familiare rischia di essere sconvolto in maniera significativa, se la qualità di vita del bambino - leggi opportunità sociali, sport ecc. - rischia di essere modificata in senso peggiorativo, se vi sono deficit neuropsicologici attribuibili all'attività parossistica (su questo argomento i dati sono meno concordi), allora si considera la terapia.

3. Se si decide per la terapia, la terapia deve essere somministrata alla posologia necessaria per ottenere un adeguato livello plasmatico, altrimenti è una "fatica" inutile. L'acido valproico qualche volta non è efficace, in questo caso può essere considerata la carbamazepina (non tutti sono concordi su quest'ultimo punto).

4. Le interazioni note per quanto riguarda il valproato sono le seguenti: l'eritromicina e l'INI lo incrementano, la rifampicina lo riduce.

Una mia paziente, di 5 anni, nell'ultimo anno ha avuto 4 episodi di ingrossamento notevole delle logge parotidiche, con febbre, dolore e arrossamento della cute sovrastante. La prima volta è stata anche ricoverata per l'importanza del quadro clinico e l'alterazione importante degli esami ematologici (VES, PCR neutrofilia). La ricerca degli anticorpi per forme virali ha sempre dato esito negativo.

La risposta clinica agli antibiotici fino ad ora è sempre stata buona e rapida.

Ho provato a cercare in letteratura ma non ho trovato molto. A cosa posso pensare? Quali accertamenti possono essere utili?

dott.ssa Elena Teresa Aimini
Pediatra di famiglia

Nel bambino piccolo la parotite ricorrente è di regola idiopatica (dopo la pubertà c'è da pensare ovviamente alla Sjogren e alla calcolosi dello Stenone). La calcolosi va comunque esclusa (eco) ma non ha una cura specifica. Va esclusa anche una disgnazia (specie il morso incrociato grave).

Si ritiene che la malattia sia dovuta a un esito di qualche infezione virale, che produce una sproporzione tra lo sviluppo degli acini e dei dotti maggiori. La sovrainfazione durante gli episodi acuti è la regola se non si ottiene rapidamente lo svuotamento della saliva (ed è quello che succede nella bambina in questione e che spiega l'utilità dell'antibiotico).

L'approccio terapeutico più utile è quello di insegnare ai genitori (e al bambino se è grandicello) a massaggiare la ghiandola ai primi sintomi o, in termini preventivi, a tenere la secrezione salivare fluida e a svuotare le parotidi due-tre volte al dì, stimolando la secrezione con applicazione di limone in bocca nel fornice gengivale e massaggiando la parotide dall'alto al basso e dall'avanti all'indietro.

Eccezionalmente non si tratta di parotiti recidivanti ma di pseudoparotiti pneumatiche (pneumoparotite, quando il bambino per gioco e malizia impara a riacciarsi l'aria nello Stenone). È una forma di Munchausen diretta.

Penso che di fatto non ci siano novità sostanziali rispetto all'articolo del 1992 (*Medico e Bambino* 1992;11:627-33).

Sono una donna di 35 anni... non proprio una bambina... ma non so a chi ri-

volgermi per questo mio problema: spero mi possiate consigliare voi. Sono appena rientrata da un viaggio in Africa (Camerun) dove sono stata morsa da una zecca. L'ho dolcemente staccata e per ora sto bene ma sono preoccupata: potrei aver contratto qualche malattia? Che analisi mi consigliate di fare per escludere qualsiasi malattia? Che sintomi hanno le malattie trasmesse dalle zecche africane? Che tempi hanno di incubazione?

Gloria

Bisognerebbe sapere, per prima cosa, se la zecca è stata rimossa subito dopo il "morso" o se ne è accorta casualmente; nel qual caso potrebbe essere stata lì da più di 24 ore (sotto le 24 ore la possibilità di trasmissione di qualsiasi infezione è del tutto remota).

Comunque le malattie possibili (anche se non probabili) in questo caso sono la febbre ricorrente da *Borrelia* e la rickettsiosi (*Rickettsia africae*); altre possibilità sono talmente rare che non vale la pena parlarne. La prima può avere una incubazione più lunga, fino a 20 giorni e raramente anche oltre, ma è molto meno frequente di *Borrelia*.

In entrambi i casi il primo sintomo sarebbe una febbre elevata, ma naturalmente, se questo accadesse, la cosa più probabile non sarebbe nessuna delle due, ma l'influenza, o la malaria se non ha fatto profilassi.

Lattante di 2 mesi, ricoverato per diarrea con muco e sangue, vomito, e febbricola; dopo 4 giorni diarrea risolta, feci formate, non più vomito, mangia latte materno, ha acquistato circa 60 g di peso in 4 giorni; alla dimissione arriva coprocultura positiva per salmonella di gruppo D. A questo punto è opportuno metterlo in terapia antibiotica?

dot. Alberto Neri
Pontegradella (Ferrara)

La terapia antibiotica non è abitualmente indicata in gastroenteriti non complicate, dato che non abbrevia la durata della malattia. In generale, bambini al di sotto dei 3 mesi sono considerati una delle categorie a rischio di forma invasiva, per cui la terapia avrebbe potuto essere indicata in fase acuta, anche se il suo valore non è comprovato. Una volta che il bambino è guarito, viene comunque meno

anche questa indicazione, dato che una terapia allungherebbe solo la durata dell'escrezione fecale della salmonella.

Bambina di 16 mesi con accrescimento staturale-ponderale < 3%, con alvo diarroico persistente, scarso appetito, frequenti episodi febbrili, presenta AGA-IgG patologici (28%) e deficit di IgA (< 6). Viene sottoposta a biopsia digiunale che fornisce esito negativo (villi normali, rapporto villo/crypta normale, enterociti di superficie di altezza normale, linfociti intraepiteliali normali, cripte normali). A un'ulteriore indagine risultano però positivi gli HLA-DQ2/DQ8. Che fare? È opportuno sottoporre anche i genitori allo stesso screening? Sottoporre la bambina a indagini annuali (AGA, EMA)? O pensare a una dieta senza glutine?

dot. Pasquale Priore Oliva
Pediatra di famiglia, Brindisi

Il sospetto di celiachia nella bambina è veramente molto forte, per quanto riguarda la clinica: arresto della crescita (ha smesso di crescere dall'introduzione del glutine nella dieta o è sempre stata al di sotto del terzo centile?), la diarrea, il difetto totale delle IgA, e la positività alla genetica della celiachia. La biopsia è negativa pur in presenza delle IgG anti-glutine, che sono il marcatore sierologico forse più sensibile in questa età, assieme alle IgG anti-transglutaminasi che in questo caso non sono state dosate. Per rimanere nell'ipotesi celiachia, sarebbe interessante conoscere l'emocromo (Hb e volume degli eritrociti) e la concentrazione della ferritina che spesso sono alterati in corso di celiachia. Personalmente proverei a ripetere fra sei mesi gli AGA-IgG e le anti-transglutaminasi IgG e ad aumentare l'introduzione del glutine nella dieta. Se i test sierologici saranno entrambi positivi, penserei a una seconda biopsia in un centro dove venga eseguita anche l'analisi delle popolazioni linfocitarie intraepiteliali gamma-delta. Per adesso lascerei stare genitori o fratelli, non essendo in presenza di rischi per la malattia celiaca. Vista la presenza di un difetto delle IgA, penserei anche a una colonizzazione alta dell'intestino quale causa della diarrea e del malassorbimento (sappiamo qualcosa riguardo ai grassi fecali: presenti, assenti?). Non conosco il caso, ma immagino che la fibrosi cistica sia stata esclusa come causa di importante difetto della crescita, come

pure siano state dosate le classi delle Ig per escludere difetti immunologici, la cui spia sta nel difetto totale delle IgA.

Un allergologo ha diagnosticato allergia alla polvere di casa a una bambina di 5 anni, affetta da asma bronchiale. Ha consigliato di escludere dalla dieta il latte vaccino, sostituendolo con latte di riso. Egli sostiene, infatti, che una proteina del latte vaccino ha somiglianza antigenica con una proteina dell'acaro.

dot. Alfonso Lombardo
Pediatra di famiglia, Raffadali (Agrigento)

Mai sentito nulla di simile, ma anche se fosse (lo escluderei), la dieta senza latte sarebbe comunque una scelta sbagliata.

Figlio di madre positiva per RNA-HCV; è utile dosare gli anticorpi anti-HCV a 3, 6, 9, 12 mesi di vita? Il dosaggio dell'RNA virale nel lattante dà risultati attendibili? E, infine, dosare precocemente le transaminasi, nei primi mesi di vita, per documentare un'eventuale epatite in atto, che benefici pratici può dare al bambino?

dot. Alberto Neri
Pontegradella (Ferrara)

Il rischio di infezione per questi neonati è di circa il 5%. Anticorpi passivi materni anti-HCV possono persistere nel bambino fino a un massimo di 18 mesi. Non ha quindi senso ripetere la sierologia prima di questa età. Una diagnosi mediante HCV-RNA può essere fatta più precocemente, cioè verso i 2 mesi di vita.

Vorrei una risposta ai seguenti quesiti.

- 1. In quali situazioni cliniche o solo strumentali, correggere un'ipermetropia?**
- 2. E la miopia, sempre?**

dot. Nunzio Lardaro
San Felice a Cancellò (Caserta)

1. In linea generale, l'ipermetropia è da correggere sempre: in caso di strabismo convergente; in caso di acuità visiva ridotta (o, se l'età non permette la sua valutazione, nel caso di difetto refrattivo elevato, cioè sopra le 4-5 diottrie); in caso di anisometropia ipermetropica (cioè di differenza di ipermetropia

pia fra i due occhi, per non far insorgere un'ambliopia); in caso di disturbi astenopeci, cefalea (di solito dopo applicazione), cioè nel bambino in età scolare.

La maggior parte delle persone ipermetropi, anche in età adulta, non sanno di esserlo, in quanto, se non presentano disturbi, non ricorrono all'oculista o questi non prescrive correzione.

2. La miopia è da correggere sempre in caso di strabismo divergente; in caso di anisometropia (differenza superiore a una diottria); nel caso di difetto elevato (superiore alle 3-4 diottrie) e da portare a permanenza, cioè sia per lontano che per vicino (per non compromettere le capacità accomodative). Nel caso di bambino molto piccolo, entro i due anni, è possibile (la valutazione è dell'ocu-

lista) non correggere difetti fino a 3-4 diottrie in quanto il bambino può vedere comunque per vicino. Quando il difetto è minimo (iniziale: entro una diottria), la correzione può essere portata solo per lontano se non insorgono disturbi astenopeci e l'acuità visiva naturale è buona (la valutazione è dell'oculista) fino a quando non avverrà un ulteriore peggioramento.

VACCINI

a cura di Giorgio Bartolozzi

Le domande, sempre numerose, in tema di vaccinazioni sono aggregate in una sotto-rubrica di Domande e Risposte curata dal prof. Giorgio Bartolozzi, che è da sempre il consulente ufficiale di *Medico e Bambino* per questo argomento.

Vorrei un consiglio per una mia paziente di otto anni e mezzo in relazione all'indicazione alla somministrazione del vaccino antimeningococco C. La bambina, all'età di quasi sette mesi, in concomitanza con la prima dose di vaccino anti-Haemophilus (Act Hib), ha presentato importante rialzo febbrile per circa 24 ore e pianto. Con la somministrazione della 2° dose, avvenuta dopo cinque settimane, la bambina ha ripresentato iperpiressia protratta per 36 ore con pianto stridulo e movimenti reiterati di flessione-estensione del capo. Per tale motivo il ciclo vaccinale non è stato completato. Con gli altri vaccini (compreso l'antipertosse) ha presentato solo modesti rialzi febbrili e con MPR non ha manifestato alcuna sintomatologia. Essendo il vaccino antimeningococco della medesima tipologia dell'anti-Haemophilus, è consigliabile comunque la vaccinazione e, in caso affermativo, con quale fra i vaccini in commercio? La mamma della bambina ha avuto all'età di dieci anni una sepsi da meningococco, guarita senza esiti.

dott.ssa Maria Pia Buschini
Pediatra di famiglia

Il vaccino coniugato contro il meningococco C è, come il vaccino coniugato contro *Haemophilus influenzae* tipo b, un vaccino costituito da un polisaccaride coniugato con una proteina di trasporto. Nell'Act Hib di cui lei parla la proteina di trasporto era l'anatossina tetanica: dico "era" perché questo vaccino non è più in commercio. Per la vaccinazione contro il meningococco C con vaccino coniugato, ha a disposizione 4 vac-

cini: in tre (Meningitec, Meninvact e Menjugate) la proteina di trasporto è la proteina CRM197 e nel quarto (Neisvac C) la proteina di trasporto è l'anatossina tetanica.

Il polisaccaride capsulare dell'Hib è completamente diverso dal polisaccaride del meningococco C.

Per finire di rispondere alla sua domanda, senz'altro sono favorevole alla vaccinazione contro il meningococco C con vaccino coniugato (una sola dose) e userei uno dei tre vaccini, coniugati con la proteina CRM197, per escludere qualsiasi tipo di rischio: tuttavia la mancanza di reazioni importanti alla somministrazione del vaccino DTP (lei cita il vaccino contro la pertosse, ma probabilmente è stato usato il DTPa) farebbe escludere un nesso di causa/effetto dell'anatossina tetanica.

L'esperienza della mamma, anche se ha avuto un esito favorevole, non è ovviamente da ripetere.

Signora di 37 anni beta-talassemica, splenectomizzata all'età di 7 anni, trasfusioni mensili. Eseguiti Menjugate il 12-02-08 e Prevenar l'11-03-08. Sono necessarie altre dosi? Se sì, a quale distanza di tempo e quali vaccini utilizzare?

dott.ssa Marinella Mao
Botticino Sera (Brescia)

Come ho già affermato nella risposta a una domanda simile (*Medico e Bambino* 2008;27:196), la splenectomia da sola rappresenta un fattore di rischio semplice, che richiede la somministrazione di una sola dose del vaccino meningococ-

cico C, pneumococcico e contro *Haemophilus influenzae* tipo b. Esistono tuttavia alcune condizioni che aumentano il rischio:

- splenectomia eseguita in età inferiore ai 7 anni: le malattie invasive, anche di tipo fulminante, sono tanto più facili quanto minore è l'età del soggetto;
 - splenectomia eseguita per una malattia ematologica coinvolgente la milza (talassemia, drepanocitosi e altro), nel sospetto che la funzionalità della milza sia compromessa fin dalla prima infanzia.
- In queste due situazioni l'aumento del rischio consiglia un richiamo a distanza di tempo dalla prima dose.

Sulla base di queste premesse, le consiglio di praticare una seconda dose a distanza di 4-5 anni dalla prima sia per il meningococco C che per lo pneumococco. Poiché la prima dose di vaccino è stata eseguita di recente, è probabile che in questo spazio di tempo siano già entrati in commercio il vaccino quadrivalente coniugato contro il meningococco (A, C, W135 e Y) e il vaccino pneumococcico coniugato 13-valente, di enorme importanza perché contiene il polisaccaride dello pneumococco 19A che si associa a elevate resistenze verso la penicillina G e derivati.

Vedo dalla sua lettera che non ha eseguito alcuna dose del vaccino contro *Haemophilus influenzae* tipo b; questo vaccino non è necessario in soggetti, peraltro normali, al di là dei due anni; ma nel suo caso, trattandosi di un soggetto ad alto rischio di complicità batteriche invasive, le consiglio di eseguirne almeno una dose (*Acthib* della Sanofi Pasteur o *Hibiter* della GlaxoSmithKline).