

Si ringraziano gli "esperti" che hanno contribuito con le loro risposte e i loro pareri alla rubrica dell'anno 1999.

CARDIOLOGIA: Alessandra Benettoni; CHIRURGIA: Antonio Messineo, Antonio Giannotta; DERMATOLOGIA: Fabio Arcangelini, Filippo Longo; DIABETE-ENDOCRINOLOGIA: Giorgio Tonini, Mauro Pocecco; EMATOLOGIA-ONCOLOGIA: Paolo Tamaro; EPATOLOGIA: Giuseppe Maggiore; FARMACOLOGIA: Fulvio Bradaschia, Federico Marchetti; GASTROENTEROLOGIA: Stefano Martelossi, Alessandro Ventura; GENETICA: Bruno Bembì, 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; ODONTOSTOMATOLOGIA: Gabriella Clarich; ORTOPEDIA: Giuseppe Maranzana; OTORINOLARINGOIATRIA: Elisabetta Zocconi; PNEUMOLOGIA: Dino Faraguna; VACCINAZIONI: Giorgio Bartolozzi.

Gradirei conoscere l'esatta tecnica di esecuzione del massaggio del sacco lacrimale per la dacriostenosi congenita, e fino a quale età è consentito attendere la risoluzione spontanea.

dott. Antonio Fazzone (pediatra di base)
Celleole (CE)

Il più leggero possibile, lento, ritmico e continuato sino a deplezione. In caso di dolore, segni di flogosi sovrastanti, assenza di deplezione, non insistere. Controversa è l'età limite, comunque entro i 18 mesi al massimo.

Il Tine Test positivo è sufficiente per poter fare diagnosi, insieme al quadro polmonare, di infezione tubercolare, o è necessario eseguire la Mantoux per confermarla?

dott. Michele Porrello (pediatra ospedaliero)
Sciacca (AG)

Di regola si chiede la conferma della Mantoux (più specifica), se il Tine Test è effettuato come screening (si suppone con radiologia negativa). Se il quadro radiologico fosse molto suggestivo o tipico di TB, la Mantoux potrebbe essere anche non necessaria di fronte a un Tine Test. Ma perché rinunciare? Si tratta comunque di una malattia che richiede tempi lunghi di cura e controlli.

Quale terapia consigliare in un bambino di 5 anni che presenta, in piena salute, encopresi?

Quali possono essere le cause? Vanno fatte delle indagini?

Pediatra

È rara l'insorgenza di encopresi in un bambino di 5 anni "in piena salute". Di

solito l'encopresi (perdita involontaria di piccola quantità di feci o, più raramente, un'intera evacuazione involontaria nelle mutandine) è preceduta da una situazione di stipsi cronica, manifesta o anche occulta (cioè quella a cui i genitori non hanno mai pensato); se è questo il caso, la terapia è quella della stipsi cronica: emollienti fecali (lattuloso, lactilolo) per un periodo prolungato (mesi), preceduti da un disimpatto fecale (un clisma alla sera per 5 giorni di seguito, fino a ottenere uno svuotamento completo dell'ampolla rettale); utile a questa età iniziare anche il toilette-training (bambino messo a sedere ogni giorno sul vasino per 5 minuti alla fine di un pasto).

Un'alternativa alla stipsi può essere una causa psicodinamica (inserimento o cattiva accettazione della scuola materna, nascita di un fratellino, periodo di tensione in famiglia ecc.): in questo caso ovviamente, la risoluzione dell'encopresi passerà attraverso la risoluzione della causa scatenante.

Per quanto riguarda l'eventuale programma di indagini, se il bambino è in buona salute e non ha presentato in passato e non presenta al momento distensione addominale, non sono necessari esami di nessun tipo. Va fatta un'ispezione della regione anale (per escludere fissurazioni del margine anale, che possono essere la causa della ritenzione fecale) e un'esplorazione rettale per documentare l'eventuale impatto fecale.

Sui testi di pediatria si parla poco e in modo non convincente dell'eziopatogenesi dell'alitosi ricorrente nel bambino. Il disturbo è solitamente e vagamente attribuito a cattiva igiene orale, carie dentale, dismicrobismo intestinale, malattie sistemiche. Nel mio studio medico molte mamme mi pongono spesso la domanda: «Perché mio figlio presenta ogni tanto l'alito cattivo?»

A mio parere l'alitosi ricorrente, quasi sempre è un disturbo neurodistonico da

ansia, con il seguente meccanismo eziopatogenetico: ansia-antiperistalsi gastroenterica-alitosi.

Sulla base di questa ipotesi prescribo da alcuni anni e sempre con successo farmaci procinetici, alle dosi abituali, mattino e sera per cicli di circa 10 giorni. Gradirei il vostro parere.

dott. Antonio Mariggio (pediatra)
Manduria (TA)

La causa più comune di alitosi nel bambino è il ristagno di muco-pus nel rinofaringe, secondario a sinusite o semplicemente a cattiva respirazione (il bambino respira e russa a bocca aperta, favorendo l'accumulo di muco a livello adenoidico).

Di fatto l'alito cattivo si avverte molto al mattino e molto meno alla sera.

La terapia più idonea è in questi casi il semplice "lavaggio nasale" ma, se la sinusite insiste, ci vuole l'antibiotico.

Mi viene molto difficile comprendere e credere all'effetto del procinetico: provi con un placebo.

Vorrei acquistare un kit completo di estratti allergenici per eseguire il prick test cutaneo. Mi hanno detto che il costo del kit è elevato e nel bambino la qualità degli estratti è indispensabile per ottenere una buona risposta.

È vero che i patch test sono più attendibili del prick test?

Pediatra di base

Condivido l'importanza di eseguire il prick test con estratti di qualità per non incorrere in falsi negativi e non avere mai bisogno di eseguire il RAST di conferma. Non Le consiglio invece di comperare un kit completo perché nel bambino sono meno di 10 gli estratti clinicamente utili: bianco d'uovo, latte, acaro, epitelio di gatto (e cane?), polline delle graminacee (mix) e della parietaria, la

muffa alternaria e infine al Nord Italia il polline delle betulle, e al Sud quello dell'olivo. Un flaconcino di estratto diagnostico costa sulle L. 30.000 e permette all'incirca una cinquantina di test.

Il patch non è né più né meno attendibile del prick, ma semplicemente serve per evidenziare un altro tipo di sensibilizzazione allergica, quella da contatto, ritardata (il cerotto del patch test si tiene sulla pelle 48 ore). In pediatria sono relativamente molto poche le occasioni nelle quali è indicato il patch test: dermatiti ai piedi da allergia ai componenti della gomma; dermatiti da orecchini (nichel) nelle adolescenti; e anche in questo caso per dimostrare quello che clinicamente già si sa, e poco più.

Più recentemente è stato proposto il patch test all'acaro della polvere e agli alimenti nella dermatite atopica per evidenziare una sensibilizzazione (cellulo-mediata), anche in quei soggetti che risultano prick negativi. La ricaduta pratica di questo esame è però ancora da definire: la dieta va fatta o non va fatta infatti, seguendo essenzialmente criteri clinici piuttosto che l'esito dei test, e la profilassi antiacaro va consigliata comunque a tutti gli eczemi e a qualunque età.

Per quali tipi di aeroallergie è stato sperimentato e utilizzato con successo il vaccino iposensibilizzante orale in età pediatrica?

dott. Nicola di Pierno (libero professionista)
Lucera (FG)

Nell'ultima Position Paper sull'immunoterapia specifica non iniettiva ("Local Immunotherapy", Allergy 1998;53:933-44), prodotta dall'European Academy of Allergology and Clinical Immunology in collaborazione con l'European Society of Pediatric Allergy and Clinical Immunology, vengono accreditati scientificamente soltanto tre lavori che hanno studiato l'efficacia dell'immunoterapia specifica per via orale sublinguale in età pediatrica. Tutti e tre sono stati condotti con l'acaro della polvere di casa. In uno di questi non è stata dimostrata l'efficacia statistica del "vaccino", in un altro i risultati sono diventati significativi contro il placebo dopo il secondo anno di trattamento e nel terzo l'efficacia clinica si è accompagnata a un rilevante numero di effetti secondari (diarrea, orticaria e accessi asmatici, alcuni dei quali an-

che severi). Da ciò le raccomandazioni contenute nella Position Paper di non considerare ancora l'immunoterapia "locale" come alternativa all'ITS sottocutanea nella pratica corrente in età pediatrica. Sono necessari molti altri studi per poter definire il grado di efficacia, le schedule e le dosi vaccinali più appropriate, la durata del trattamento, la sicurezza e l'efficacia nel lungo termine.

Ragazza di 16 anni con precedenti personali di dolori addominali ricorrenti, dolori articolari-muscolari, cinetosi, ha sofferto per alcuni anni di crisi cefalalgiche, tipo emicrania aura. Recentemente non accusa più cefalea, ma presenta ogni 15-20 giorni episodi anche altamente febbrili, protratti per alcuni giorni, asintomatici, con obiettività negativa, esami ematologici negativi (indici di flogosi, esami sierologici, autoanticorpi), colturali, sempre negativi. È possibile che si tratti di una sindrome periodica anche con febbre elevata e protratta?

dott. Giorgio Collo (pediatra ospedaliero)
Milano

Mi sembra improbabile, penserei in prima battuta a una banale "maligering".

Desidererei un consiglio per alcuni testi che dovrei acquistare: Semeiotica pediatrica, Dermatologia pediatrica (con immagini), Puericultura e Neonatologia-Terapia pediatrica e Pronto soccorso pediatrico.

dott.ssa Marinella Mao (medico consultoriale)
Botticino (Brescia)

Per la dermatologia pediatrica un buon testo è il B. A. Cohen, *Atlante di dermatologia pediatrica* edito da UTET Periodici. L'atlante veniva dato in omaggio dalla Lilly (forse riesce a farselo ancora regalare).

Le segnalo poi "Pronto soccorso per il pediatra" di A. G. Marchi, edito da La Nuova Italia Scientifica.

Per il testo "pediatrico" le consiglio di prendere come riferimento la "bibbia" della pediatria o in altre parole il "Nelson Textbook of Pediatrics" del quale esiste, se ha problemi con l'inglese, anche l'edizione italiana.

In una scolaresca si verificano alcuni (3-4) casi di scarlattina. Viene eseguito il test faringeo a tutti i bambini. Tra questi alcuni, anche se asintomatici, risultano positivi (colonie da 200 a 2000).

Chiedo: sono da trattare con terapia antibiotica?

Tra quelli affetti da scarlattina, qualcuno dopo la terapia antibiotica (10 giorni di amoxicillina o di cefaclor), eseguito il tampone faringeo di controllo (come stabilito dall'Ufficio di Igiene), risulta ancora positivo.

Allora vi chiedo: come mai? Perché il paziente diventa portatore sano, e perché la cura non è stata efficace? In questo caso sono utili altri 10 giorni di cura o, essendo un portatore sano, si lascia stare?

Pediatra di base

La presenza dello streptococco emolitico di gruppo A è frequente nell'ambito della flora saprofita orofaringea anche nei bambini sani, con percentuali che possono arrivare e superare il 30% dei soggetti in corso di epidemie, e specie in ambito ristretto come quello della classe da Lei segnalata dove si sono avuti 3-4 casi. Ma il portatore sano non va comunque trattato con l'antibiotico e a mio modo di vedere non dovrebbe nemmeno essere ricercato (per far cosa?). In realtà la più recente disposizione in tema di profilassi delle malattie infettive (Circolare ministeriale del 13 marzo 1998) risulta su questo specifico argomento molto enigmatica, recitando testualmente: «Sorveglianza sanitaria di conviventi e contatti stretti inclusi compagni di classe e insegnanti per 7 giorni dall'ultimo contatto con il caso, ed esecuzioni di indagini colturali (tamponi faringei) nei soggetti sintomatici. L'esecuzione sistematica di tamponi faringei è indicata nelle situazioni epidemiche e in quelle ad alto rischio (più casi di febbre reumatica nello stesso gruppo familiare o collettività ristretta, casi di febbre reumatica o di nefrite acuta in ambito scolastico, focolai di infezione di ferite chirurgiche, infezioni invasive da streptococco emolitico di gruppo A)».

Come si vede, vi sarebbe l'indicazione all'esecuzione del tampone faringeo in caso di "situazioni epidemiche" (nel suo caso, indicazione evidentemente raccolta con eccesso di zelo dall'Ufficio di Igiene competente), ma non è specificato a che fine questa ricerca dovrebbe essere fatta. Non sono previsti infatti,

per i soggetti "tampone positivi", né l'isolamento né la terapia antibiotica (che nel portatore sano, come è noto, ha scarsissime probabilità di risultare efficace), come non è richiesta la negativizzazione del tampone per la riammissione a scuola. L'isolamento domiciliare è previsto soltanto "per 48 ore dall'inizio di un'adeguata terapia antibiotica". Infine, è noto che la terapia antibiotica, anche se fatta correttamente per 10 giorni, riesce a estirpare lo streptococco in non più del 90% dei casi. In conclusione: a) la ricerca sistematica dello streptococco non è ragionevole e produce soltanto confusione, come mi pare sia successo, b) la terapia dei portatori sani non va fatta, c) la ricerca dell'avvenuta eradicazione dopo terapia antibiotica non ha indicazione: sappiamo che risulterà positiva in almeno il 10% dei soggetti.

Vorrei avere delucidazioni sugli eventuali vantaggi o svantaggi derivanti dall'esposizione dei bambini all'aria condizionata sia in ambito domestico che in altre situazioni (viaggi in auto, frequenza in ambienti che ne siano dotati ecc.).

dot. Francesco De Benedetto (pediatra)
Taranto

Non conosco svantaggi: i bambini stanno bene al fresco come lo stiamo noi.

Negli ospedali gli spazi dedicati ai pazienti più gravi, dai neonati ai bambini con tumore ecc., sono i primi a essere forniti di aria condizionata.

È vero, come penso, che attualmente i bambini si ammalano di infezioni delle vie aeree, febbrili, più di alcuni anni fa? Se è vero, a che cosa è dovuto secondo voi?

All'uso improprio degli antibiotici? A prescrizione impropria degli antibiotici da parte dei medici su pressione dei familiari?

A un inadeguato periodo di convalescenza e ritorno a scuola non ancora guariti?

All'accoglienza nelle scuole materne di bambini con il flaconcino di antibiotico? O ad altro?

Pediatra di base

Mi sembra difficile poter confermare la sua impressione.

La frequenza delle infezioni respiratorie è correlata all'affollamento e alla precoce socializzazione dei bambini. In una società dove continuano ad aumentare i figli unici, è improbabile che siano in aumento le infezioni respiratorie. Di fatto, nei reparti pediatrici, sono diminuiti e continuano a diminuire i ricoveri per tutte le malattie infettive, dalla bronchiolite alla gastroenterite.

Recentemente ho chiesto all'allergologo di eseguire i prick test per pneumoallergeni stagionali alla fine di giugno, ma egli ha rimandato l'esame a settembre, sostenendo che ormai era trascorso il periodo ideale per effettuare i test, senza addurre altre motivazioni al rifiuto. Pertanto, al fine di chiarirmi le idee sull'argomento, vorrei sapere se è vero che esistono mesi ideali per eseguire i prick test e i test di provocazione nasale specifici al fine di diagnosticare le allergie respiratorie stagionali e, di conseguenza, perché.

Pediatra di base

I prick test si possono fare in qualsiasi momento e quindi certamente anche in stagione primaverile.

Anzi, se proprio volessimo, in primavera vi è un innalzamento dei valori delle IgE specifiche e quindi, almeno in teoria, una maggiore espressività delle positività allergiche.

Un motivo possibile per rimandare l'esame è che spesso il paziente a primavera è in terapia antistaminica (che, com'è noto, altera, inibisce il prick test) e quindi, senza fargli interrompere il trattamento, può essere ragionevole rimandare il test a fine stagione.

Il test di provocazione nasale specifico, fuori da una eventuale motivazione di ricerca, non ha motivo di essere considerato nella diagnostica routinaria di questi pazienti.

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 (longog@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 Saub
- medico consultoriale
- medico generico
- pediatra
- ospedaliero
- universitario