a cura di Giorgio Longo

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.

Accertamenti infettivologici nel neonato (sano). *Sono una giovane pediatra e sempre più frequentemente mi trovo in difficoltà e perplessità davanti ai numerosi esami ematici cui vengono sottoposti i neonati (si parla di neonati a termine). In letteratura esistono lavori che dimostrino la necessità di sottoporre neonati nati con liquido amniotico tinto (tinto 1, 2 o 3) ad accertamenti infettivologici (emocromo, PCR)? Ovviamente mi riferisco a neonati che stanno bene, nati con Apgar nella norma, senza alcun segno clinico di inalazione e senza alcun altro fattore di rischio ostetrico. Dove lavoro ho "ereditato" questa prassi. Di conseguenza, in tali occasioni, qualcuno dei miei colleghi intraprende dalla nascita, senza attendere l'esito degli esami (eseguiti di solito a poche ore dalla nascita), una terapia antibiotica con ampicillina + sulbactam, qualcun altro si regola in base ai risultati degli esami (basta anche un aumento dei GB all'emocromo con una PCR nei limiti!). Come interpretare, in questi casi, un aumento della PCR e/o dei GB? Come un segno precoce di sepsi? Ovviamente il neonato gode sempre di ottima salute "apparentemente".*
Ma allora, quante sepsi ci sarebbero capitate davanti? Troppe secondo me, se ci si basa solo sui dati della PCR e, di conseguenza, quanti neonati sottoposti a terapia iniettiva inutilmente? Troppi secondo me! E poi questa terapia antibiotica quanto dovrebbe durare? Quanto previsto per le sepsi (quelle "vere") del neonato? Cioè almeno 10 giorni?
Altra "chicca": è capitato, sempre per il solito sovrabbondare di esami fatti senza motivazione clinica, che abbiano richiesto anche per sbaglio, in prima giornata di vita, PCR a neonati senza alcun fattore di rischio. Ebbene, inaspettatamente, ci siamo trovati PCR a valori patologici, peraltro riconfermati con un altro prelievo, e ci siamo visti "costretti" a inserire doppia terapia antibiotica. Ma che frustrazione sottoporre a tante iniezioni un bimbo che spruzza salute da tutti i pori! Che considerazioni dobbiamo fare davanti a questi casi? Ma la clinica... dove la dobbiamo mettere... sempre dopo questi "maledetti" esami?

dott.ssa Giuseppina Candido
Pediatra ospedaliero

1. Il liquido amniotico tinto di meconio non è considerato un fattore di rischio per sepsi precoce neonatale. L'unica eccezione è la triade prematurità, febbre materna e liquido tinto, che indica un rischio di sepsi da *Listeria*.
2. Non c'è differenza nella frequenza di emocolture positive tra chi nasce con liquido amniotico tinto di meconio (0,8%) e chi nasce con liquido amniotico chiaro (0,7%).
3. Dopo una nascita fisiologica, tutti gli indici di infiammazione (globuli bianchi, neutrofili, proteina C reattiva, procalcitonina) aumentano normalmente nelle prime 48 ore di vita. Conseguentemente, se si dosa un qualsiasi reattante in un bambino sano, nelle prime 48 ore di vita, è pressoché inevitabile trovarlo positivo. I reattanti di fase acuta hanno una buona specificità, ma una mediocre sensibilità in questo periodo. È pertanto inutile dosarli nelle prime 48 ore.
4. Le decisioni su una eventuale terapia antibiotica vanno prese sulla presenza di segni clinici di possibile infezione, unitamente alla presenza, o meno, di fattori di rischio (es. corioamnionite, febbre materna >38 °C, membrane rotte >18 ore, positività materna per streptococco B).
5. Se si decide di iniziare un trattamento, ogni terapia antibiotica deve essere preceduta da un'emocoltura (volume ideale: 2,0 ml). Dopo 48 ore, se le condizioni del bambino sono buone e l'emocoltura è negativa, la terapia antibiotica può essere sospesa senza rischi.

Il naso sempre chiuso. *Un mio piccolo assistito di 5 anni, con storia di importante ipertrofia adenoidea e rinite cronica, ha ricevuto diagnosi di allergia agli acari (3 crocette). Non ha mai sofferto di asma. L'allergologo gli ha prescritto in prima battuta ketotifene, cortisone, montelukast, immunostimolante, e ordinato subito, a carico dei genitori, vaccino antiallergico per acari. Mi sono stupito per tanta aggressività terapeutica e ho pertanto contattato telefonicamente il collega allergologo che mi ha confermato che il bambino è allergico agli acari e che deve iniziare tutta la terapia indicata, compreso il vaccino che gli arriverà a casa fra un mese.*
Io sono sconcertato e credo che debba operarsi alle adenoidi, attivare le consuete misure ambientali di profilassi per gli acari, eventualmente provando con un antistaminico (cetirizina) e basta. Tu che ne pensi? È sempre difficile quando ci sono di mezzo gli specialisti, e allora ho bisogno di conferme.

Un pediatra

Quello che avresti consigliato è quello che avrei fatto anch'io e che ritengo, e mi auguro, avrebbe fatto qualsiasi persona di buon senso. Nei bambini dell'età prescolare le infezioni respiratorie ricorrenti, l'ipertrofia adenoidea e, spesso, una disgnazia con conseguente palato ogivale, sono le cause principali del "naso sempre chiuso e moccolante". L'allergia, di norma, inizia a dare il suo contributo con l'età della scuola, tuttavia, anche se così non fosse, l'intervento curativo va fatto sempre per gradi e le misure antiacaro, con un buon coprimaterasso e copricuscino, rappresentano il primo e fondamentale passo terapeutico. Dopo questo, bene la cetirizina, anche come intervento ex adiuvantibus, ma forse, ancora meglio sulla componente "ostruttiva", uno steroide topico nasale. Nel bambino piccolo si possono utilizzare come gocce nel naso anche i flaconcini dei composti per aerosol (budesonide o beclometasone). Tre-quattro gocce per narice, alla sera, mantenute per uno o due mesi, potrebbero servire anche per ridurre l'ipertrofia adenoidea. Aspetterei invece per l'ectomia, a meno che non ci siano importanti disturbi re-

spiratori nel sonno con apnee ripetute e prolungate (e, nel caso, far togliere sempre anche le tonsille, mai solo le adenoidi).

Scoliosi e sport. *Un ragazzo di 15 anni, che pratica abitualmente nuoto e calcio, è stato visitato da un ortopedico per un mal di schiena e gli è stata diagnosticata una scoliosi strutturata a doppia curva (curva principale sinistra convessa lombare). Viene richiesta teleradiografia; proposto busto ortopedico e vietato il nuoto. È giusto tutto questo?*

Un pediatra

Tra i tanti luoghi comuni riguardanti la scoliosi, il nuoto mantiene intatta la sua posizione privilegiata. Nel corso degli anni infatti si è passati da raccomandare questa disciplina, intesa come terapia delle deformità vertebrali, a condannarne un presunto effetto nocivo (secondo alcune leggende il risultato positivo o negativo dipenderebbe dallo stile praticato…). Sono tutte affermazioni prive di fondamento scientifico, spesso provenienti da ambienti con competenza sanitaria limitata (insegnanti di ginnastica, allenatori, massaggiatori, tecnici ortopedici ecc.).
Di fatto, le "Linee Guida Nazionali" per il trattamento delle deformità del rachide, condivise anche dalle più importanti Società Scientifiche della specialità (e reperibili facilmente in rete), confermano come l'attività sportiva non possa in nessun modo influenzare l'evoluzione della scoliosi e, pertanto, sia il nuoto che il calcio non devono essere vietati, ma nemmeno prescritti come una cura.
Per quanto riguarda gli altri dati nella storia di questo quindicenne, è corretta la richiesta della telespinoradiografia da parte dell'ortopedico curante per confermare il sospetto clinico di scoliosi; se la curva evidenziata supera i 20° ci può essere l'indicazione all'utilizzo di un busto ortopedico. Non è in sintonia con la diagnosi il dolore: la scoliosi idiopatica compare e si aggrava insidiosamente; la deformità del tronco, e non il dolore, è il segno che la caratterizza; in presenza quindi di rachialgia insistente lo specialista ortopedico deve porre la diagnosi differenziale con le forme secondarie a patologie infiammatorie, o tumorali.

Turbinati pallidi. *Mi capita spesso di trovare referti dei colleghi ORL che segnalano una "ipertrofia pallida dei turbinati", associando immancabilmente questo segno clinico a un sospetto diagnostico di allergia. Così i bambini ritornano dal pediatra con una (pressante) richiesta di esami allergologici (come d'altra parte alla diagnosi di faringotonsillite i colleghi ORL fanno seguire, quasi sempre, la richiesta di TAS, VES e PCR!). Ricordando quanto credo di avere letto che le malattie allergiche nell'infanzia con "sintomi respiratori" sono l'asma e la rinite e che questi sintomi lapalissianamente "devono esserci", mi chiedo, in un bambino di 5 anni come nell'ultimo caso, in assenza di ostruzione, o scolo nasale, e/o prurito, persistenti o ricorrenti, il pallore della mucosa nasale è sempre dovuto a un'allergia? Non può essere un segno aspecifico di edema ricorrente da flogosi anche di altra natura (virosi, ecc.)? In altre parole, in assenza di altri segni clinici, l'ipertrofia pallida dei turbinati è indicazione per fare le prove allergiche?*

dott. Alberto Neri
Pediatra di famiglia, Ferrara

Succede anche dalle nostre parti e, neanche a farlo apposta, il più delle volte il prick di questi bambini risulta negativo. Detto questo, non so spiegare perché questa solerte attitudine a segnalare i "turbinati pallidi". Probabilmente, quando non si trova altro da dire, l'ipotesi di allergia rimane la più probabile e, magari se poi viene confermata (statisticamente una probabilità su 4), permette anche di fare bella figura. Condivido pertanto le sue affermazioni, se un bambino ha una allergia clinica deve avere un sintomo che la richiami; anche se più corretto sarebbe dire: se un bambino non ha alcun sintomo perché viene mandato (o va) dall'ORL? Credo che alla fine questo sia il vero problema: quello delle troppe visite specialistiche per problemi minori che il pediatra di famiglia dovrebbe sapere gestire facilmente da solo. Spesso si ha l'impressione che si usi lo specialista per liberarsi dall'insistenza delle mamme, o delle nonne, che non si è riusciti a tranquillizzare sulla venialità di un naso "sempre moccolante", o di una tosse "troppo ricorrente".

Si ringraziano gli "esperti" che hanno contribuito con le loro risposte e i loro pareri alla rubrica dell'anno 2012.
CARDIOLOGIA: Alessandra Benettoni; CHIRURGIA: Jürgen Schleef, Antonio Giannotta; DERMATOLOGIA: Irene Berti, Mario Cutrone; DIABETE-ENDOCRINOLOGIA: Giorgio Tonini, Gianluca Tornese; EMATOLOGIA-ONCOLOGIA: Paolo Tamaro, Marco Rabusin; EPATOLOGIA: Giuseppe Maggiore; FARMACOLOGIA: Federico Marchetti; GASTROENTEROLOGIA: Grazia Di Leo, Stefano Martelossi; GENETICA: Paolo Gasparini; GINECOLOGIA PEDIATRICA: Giuseppe Ricci; IMMUNOLOGIA: Alberto Tommasini; NEFROUROLOGIA: Marco Pennesi; NEONATOLOGIA: Riccardo Davanzo, Sergio Demarini; NEUROLOGIA: Marco Carrozzi; OCULISTICA: Riccardo Frosini, Stefano Pensiero; ODONTOSTOMATOLOGIA: Gabriella Clarich; ORTOPEDIA: Marco Carbone; OTORINOLARINGOIATRIA: Eva Orzan; PNEUMOLOGIA: Furio Poli; REUMATOLOGIA: Loredana Lepore.