



Cari amici,

*Il bollettino ospita la sintesi di due contributi significativi presentati in due eventi di aggiornamento svoltisi recentemente a Monza in collaborazione con ACPM.*

*Sono in distribuzione le ricevute del pagamento dell'iscrizione 2017 ad ACP Milano. Tali ricevute sono detraibili fiscalmente. Ricordiamo che in caso di difficoltà nella ricezione è possibile rivolgersi al Tesoriere Luciano Scotti [luciano.scotti@crs.lombardia.it](mailto:luciano.scotti@crs.lombardia.it)*

*Si ricorda inoltre che a partire dal prossimo mese di gennaio 2018 sarà possibile rinnovare l'iscrizione versando un importo di 20 euro sul conto corrente bancario dell'associazione, i cui dati sono:*

*Associazione Culturale Pediatri - Milano e provincia  
 via Biancamano 14 – 20900 Monza (MB)  
 IBAN IT14 Q056 9620 4000 0000 4618 X01  
 Banca Popolare di Sondrio*

*Raccomandiamo inoltre di precisare nella causale del versamento il nome del pediatra rinnovante e la frase "Quota associativa 2018"*

#### Date incontri

**ACPM- CI. Pediatrica 2018**

**13/01 Epatologia Pediatrica**  
**14/04 Pediatria della Disabilità**  
**17/11 Il pediatra incontra il Reumatologo**

Il prossimo numero di LetterA sarà dedicato al resoconto del XXIX Congresso Nazionale ACP svoltosi lo scorso ottobre a Cortona

Carate 7/10/2017. F. Giovannetti, Dipartimento Prevenzione Alba (Cuneo)

#### Rotavirus e Prematurità

Quanti sono i Prematuri ? in Europa il 5-9 % dei nati vivi. In Italia nel 2014 il 5,25, pari a 24.500 bambini. Considerando il peso alla nascita, < 2500 gr spesso sono pretermine, < 1500 gr quasi sempre sono pretermine.

I neonati nati prematuri, a prescindere dal peso alla nascita, dovrebbero essere vaccinati alla stessa età cronologica, con lo stesso calendario e le stesse precauzioni dei bambini nati a termine. Deve essere prevista la vaccinazione anche durante il ricovero se il bambino si trova ancora in ospedale.

Dati i benefici delle vaccinazioni in questo gruppo di bambini ad alto rischio le vaccinazioni non devono essere dilazionate. All'età cronologica di 2 mesi tutti i pretermine, a prescindere dal peso iniziale alla nascita o dall'età gestazionale, rispondono adeguatamente come i neonati a termine e di maggior peso.

*I pretermine tollerano bene le vaccinazioni.* I tassi di reazioni avverse sono simili a quelli che si riscontrano nei nati a termine.

Tutte le fonti più autorevoli concordano su questo approccio. Purtroppo in Italia si verificano molti ritardi.

L' infezione da RV nel pretermine e nel LBW è risultata associata a : Enterocolite necrotizzante, encefalopatia, batteriemia secondaria, rischio aumentato di infezione nosocomiale e rischio aumentato di morte.

Se il ricovero dura < 15 settimane è preferibile vaccinare dopo la dimissione (per evitare la circolazione di virus con le feci ). Se dura > 15 settimane è meglio vaccinare in ospedale mettendo in atto tutte le opportune precauzioni.

#### Varicella e Zoster

La Varicella, infezione primaria, ha le sue complicanze: sovrainfezione batterica delle lesioni, Polmonite, Atassia cerebellare, encefalite e PTI sono le più frequenti. Annualmente in Europa si verificano 5,5 milioni di casi, che comportano da 3 a 4 milioni di visite, 18-23000 ospedalizzazioni, 80 decessi. Tali numeri sono descrittivi anche della situazione italiana. In una ricerca in Toscana il 20% circa di donne in età fertile sono risultate suscettibili alla Varicella

*Varicella in gravidanza:* se si verifica durante le prime 20 settimane esita nel 1-2% in Sindrome da Varicella congenita. Può essere fatale per il neonato se la madre sviluppa malattia da 5 giorni prima a due giorni dopo il parto.

In Italia la soglia per Herd Immunity è circa il 70 % di Immuni.

L'efficacia del Vaccino a virus attenuato è del 70-90% verso il totale delle forme di Varicella, ma del 90- 100 % delle forme moderate e severe.

*Vaccino MPRV e rischio di Convulsioni febbrili:* il rischio di CF nei vaccinati tra 12 e 24 mesi con MPR è 4/10000 dosi, nei vaccinati con MPRV 8/10000 dosi. Si rileva quindi una CF ogni 2300-2600 vaccinati con MPRV piuttosto che MPR e Varicella monovalente. Il rischio sussiste sino ai 4 anni.

I bambini con storia personale o familiare di convulsioni febbrili o storia di epilessia hanno un aumentato rischio di convulsioni febbrili dopo la 1^ dose MPRV rispetto ai bimbi con anamnesi personale e familiare negativa. In questi casi generalmente è preferibile somministrare contemporaneamente il vaccino MPR e varicella in sedi diverse e non utilizzare MPRV. In caso di seconda dose a qualsiasi età e in caso di prima dose nei bambini di età >47 mesi, è raccomandato l'utilizzo del vaccino MPRV, in quanto non ci sono rischi aggiuntivi. Il *cutoff* di 47 mesi è stato fissato sulla base dell'epidemiologia delle convulsioni febbrili.

*Lo Zoster* è il risultato della riattivazione del varicella zoster virus. Possibile dopo anni o decenni dalla varicella. Generalmente associato all'età avanzata o a qualsiasi causa in grado di diminuire le difese immunitarie .

Le HZ e gli antivirali sono solo parzialmente efficaci nel limitare le manifestazioni della malattia e non modificano sostanzialmente il decorso della neuralgia post-erpetica, la cui gestione è complessa e spesso senza risultati evidenti.

I Vaccini VZ sono a virus vivi e attenuati: Zoster > 50 anni, Varicella > 12 mesi  
 Sicurezza del vaccino: è generalmente ben tollerato; gli eventi più frequenti sono reazioni locali e cefalea; non sono descritti casi di trasmissione secondaria del virus vaccinale.

#### Influenza

### *Quale spazio per la vaccinazione universale infantile?*

L'efficacia del vaccino influenzale inattivato nei bambini (revisione sistematica) va dal 30 all' 80 %.

Meglio vaccino trivalente o quadrivalente ? il quadrivalente contiene un virus B che si è presentato in aumento negli ultimi mesi. In Italia meno del 10% dei bambini a rischio è vaccinato contro l'influenza. Prima di pensare alla vaccinazione universale nei bambini sani, dovremmo forse partire da questo dato.

### **Monza 23/09/2017 Problemi gastroenterologici nei pazienti complessi. C. Fossati**

#### *Problemi gastroenterologici legati alla sindrome genetica*

Es. S. Gardner, Stenosi duodenale e atresia esofagea in s. Down, m. Hirshprung in s. Down, Malattia celiaca in s. Down e s. Williams, associazione VACTER.

Molto comuni irritabilità e addominalgia nella S. Cornelia de Lange nella quale l'occlusione intestinale è la prima causa di morte. Infatti una malrotazione intestinale può trasformarsi in volvolo e occlusione a causa di una scarsa espressione verbale e alta tolleranza allo stimolo dolorifico.

Nella S. di Ehlers Danlos, gruppo eterogeneo di malattie ereditarie rare (1 su 5-10000) del tessuto connettivo che hanno in comune ipermobilità articolare, estensibilità cutanea e fragilità generalizzata dei tessuti, è frequente la rottura dell'intestino (80% casi a livello del sigma).

Nella S. Williams si riscontrano ischemia anse intestinali, diverticolosi intestinale ed ernia inguinale incarcerata

#### *Problemi gastroenterologici comuni a molti sindromi genetiche*

Alimentazione e Problemi gastrointestinali associati

1) 90% dei bambini con problemi neuro-cognitivi ha disturbi alimentari. L'alimentazione è una componente che impegna molto la famiglia. L'alimentazione è un importante indice predittivo prognostico.

Bambini con ritardo neuromotorio grave se nutriti adeguatamente, sono più tranquilli e sereni e mostrano un ridotto grado di disabilità.

Bambini con ritardo neuromotorio lieve-moderato: se migliorano lo stato nutrizionale, aumentano le performance funzionali

Necessario raccogliere anamnesi dei problemi alimentari: rifiuto del cibo, disagio durante il pasto, irritabilità, durata eccessiva del pasto (>1h), tosse, respirazione rumorosa, apnee, scialorrea, frequenza defecazioni, malattie respiratorie (broncospasmo, broncopolmoniti), quadro nutrizionale e farmaci assunti.

2) Problemi legati alla deglutizione: disfagia, reflusso gastroesofageo (e rallentato svuotamento gastrico), stipsi, complicanze nutrizionali e complicanze respiratorie.

Disfagia è difficoltà nel transito di sostanze (alimenti, secrezioni, farmaci) dalla bocca allo stomaco.

Dal 30 all' 80% dei bambini con ritardo sviluppo psico-motorio ha problemi di deglutizione.

La Disfagia ha molte cause: problemi neurologici centrali, patologie dei nervi cranici, anomalie anatomiche cranio-facciali, cavità orale di piccole dimensioni, problematiche odontoiatriche, xerostomia (per ridotta produzione di saliva), macroglossia, ipotonia della regione oro-facciale, movimenti poco coordinati della lingua, scarsa coordinazione suzione/deglutizione

Segni e Sintomi di Disfagia: scialorrea, problemi masticazione e deglutizione, perdita di cibo dalla bocca, rifiuto del cibo, aumento della durata del pasto, difficoltà nella gestione di liquidi, semisolidi e solidi e cibi frullati.

Obiettivi gestione della disfagia sono: crescita adeguata, nutrizione sicura, approccio realistico e fattibile per quello specifico paziente in quella specifica famiglia.

Occorre tenere il corpo e la testa del paziente nella posizione più corretta, usare addensanti, integratori calorici e valutare miglior tempo e modalità per i pasti.

I pazienti neurologici sono ad alto rischio di MRGE. I sintomi sono: laringospasmo, broncospasmo, polmoniti ricorrenti, apnee/A.L.T.E., pianto inconsolabile e S. Sandifer.

La terapia conservativa prevede provvedimenti posturali (posizione prona con capo sollevato di 30° sul fianco sx e back to sleep) e misure dietetiche (utilizzo di ispessenti)

La terapia farmacologica utilizza Procinetici ed antiacidi

La Stipsi ha in questi bambini diverse cause: inadeguata assunzione di cibi, liquidi e fibre, scarso movimento e scarso stimolo alla defecazione.

La terapia prevede un adeguato apporto di cibi, liquidi e fibre, la prevenzione e il trattamento delle ragadi e l'uso del Polietilenglicole.

Per prevenire le complicanze nutrizionali è necessario un intervento nutrizionale "personalizzato" che garantisca adeguati apporti idrici, calorici e nutrizionali.

Si verificano anche problemi respiratori secondari non solo alla patologia di base (malformazioni, spasticità) ma anche ai problemi gastrointestinali associati (disfagia, MRGE ...)