

bambino
LE VOSTRE LETTERE

PAGINA

62



Scrivi a
"Domande agli specialisti"
lo e il mio Bambino
via Rizzoli 8
20132 Milano
esperti.imb@sfera.rcs.it

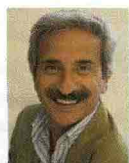
Domande agli SPECIALISTI

Un difetto della schiena da valutare.
Urine abbondanti: può avere il diabete?
I motivi della caduta dei capelli

UN'ANOMALIA DELLA SCAPOLA

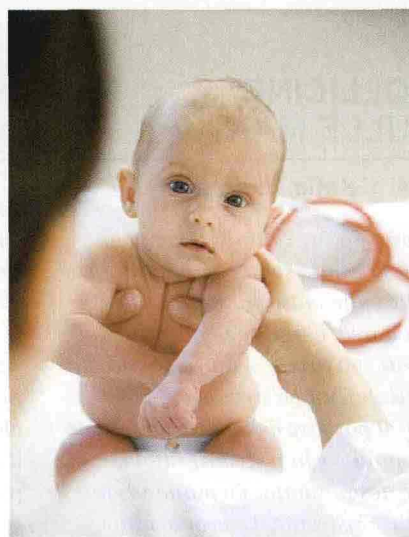
Mail di Corinna, Como

Alla mia bambina di un anno è stata diagnosticata la malattia di Sprengel o scapola alta. È seguita da un ortopedico che non esclude del tutto per il futuro la possibilità di un intervento chirurgico. Ciò mi spaventa, anche perché mi sembra si tratti di un intervento di notevole portata. È così?



il parere di
Gaetano Pagnotta
ortopedico pediatra
al Bambino Gesù
di Roma, sezione Palidoro

● **La Malattia di Sprengel, detta anche "Scapola alta congenita", è caratterizzata da un'anomala posizione della scapola** che, invece di essere situata



tra la II e la VII vertebra dorsale, si colloca più in alto, dai 2 ai 10 centimetri sopra la posizione normale. Il difetto può presentarsi da un lato solo, in genere a sinistra, oppure essere bilaterale e colpisce più frequentemente le femmine.

● **La scapola è di solito meno sviluppata del normale, di forma alterata e spostata lateralmente e spesso è attaccata alle vertebre o alle coste da anomale connessioni fibrose.** Il bambino presenta un'asimmetria del profilo delle spalle, il collo dal lato colpito appare più corto. Di solito il problema è più estetico che funzionale, e quindi non impedisce al bambino di muoversi normalmente, ma questo dipende dall'entità dell'anomalia.

● **Il trattamento di solito è chirurgico solo nelle forme più gravi (sulla base di una classificazione e della valutazione diretta da parte dell'ortopedico) e comunque non va effettuato prima dei 5-6 anni**, con lo scopo di migliorare sia l'estetica che la funzione della spalla. Nelle forme lievi si interviene in genere con la fisioterapia per favorire la mobilità dell'articolazione della spalla e lo sviluppo dei muscoli del cingolo scapolare.

Come valutare l'entità del problema

Si ricorre alla tomografia computerizzata in tre dimensioni. Con questo esame si possono studiare la forma delle scapole, il rapporto altezza su larghezza, la curvatura, il grado di rotazione e di spostamento in alto, e altri parametri. La TAC in tre proiezioni consente anche di programmare un'eventuale scapolooplastica. L'intervento secondo la tecnica di Woodward consiste nella liberazione chirurgica dei vincoli muscolari e ossei che tengono la scapola in posizione anomala. Il chirurgo poi recide la parte superiore della scapola stessa e la fissa più in basso rispetto a prima in modo da riportarla a una posizione il più naturale possibile.

bambino
LE VOSTRE LETTERE



Tanto latte...
pannolini
da cambiare
spesso!

FA TANTA PIPÌ

Mail di Giovanna, Viterbo

Il mio bimbo di 5 settimane pesa 4,200 kg. Alla nascita era quasi 3 chili. Da qualche giorno capita di frequente che lo debba cambiare completamente per fuoriuscite di pipì. Ho letto che anche i neonati possono avere il diabete (in famiglia ne soffre il nonno paterno) e che uno dei sintomi è proprio il pannolino sempre zuppo. Il piccolo viene allattato con il biberon e fa 6 poppate da 150 ml l'una. Devo preoccuparmi?



il parere di
Andrea Dotta
responsabile dell'Unità
Operativa di Terapia
Intensiva Neonatale
dell'Ospedale
Pediatrico Bambino
Gesù di Roma

Produrre un'abbondante quantità di urina è generalmente correlato a un buon apporto di latte. Infatti, ad esempio, un bebè allattato al seno è bene che bagni il pannolino con urine chiare almeno 6 volte al giorno.

● **Il suo bambino assume un'importante quantità**

di latte (214 ml/Kg/al giorno) e, se è in buona salute e cresce regolarmente, non vi sono motivi di preoccupazione.

Comunque, come controprova, si possono eseguire delle analisi delle urine per verificare che non vi siano tracce di glucosio.

SE I CAPELLI SI DIRADANO

Mail di Franca, Aosta

Il mio bambino di 3 mesi sta perdendo i capelli a chiazze. È normale o può essere il segnale di un problema?



il parere di
Magda Belmontesi
dermatologa
a Milano e membro
dell'Associazione
Italiana Dermatologi
Ambulatoriali
e dell'Associazione
Donne Dermatologhe
Italiane

Se il fenomeno descritto accade entro i primi 6 mesi di vita, si possono distinguere due situazioni.

● **Nella prima, i capelli cadono verso il secondo-terzo mese, sul dietro della testolina e si parla di alopecia occipitale.**

È dovuta a una caduta di capelli sincronizzati in telogen (cioè entrati contemporaneamente nella fase di caduta). La frizione sulla prominenza dell'osso occipitale causata dalla posizione supina del piccolo può contribuire a questo fenomeno. In alternativa, traumi perinatali dovuti alla pressione, durante il parto, del cuoio capelluto del neonato contro le pelvi della madre o strumenti ostetrici (forcipe, ventosa), possono causare zone di alopecia soprattutto lungo la cresta occipitale. Entrambe le condizioni, pur suscitando la preoccupazione dei genitori, guariscono completamente senza bisogno di terapia.

● **Esiste poi una seconda situazione, che non è il caso in questione. Verso il sesto mese, i capelli del bebè possono cadere da tutta la testa.** Anche in questo caso il fenomeno è normale: infatti, nel primo anno di vita, i capelli, che sono "nati" tutti insieme, cadono in maniera sincrona e solo con la crescita cadranno in tempi diversi. Ricresceranno da soli a partire dai sei mesi e mezzo-sette, iniziando dalla zona frontale, poi dalle laterali e infine da quella occipitale. ◆

Varie forme di diabete

Il diabete neonatale permanente (che richiede terapia insulinica) è una rara condizione che colpisce un bambino ogni 400.000 circa entro i primi sei mesi di vita.

Esistono altre forme di diabete neonatale: quella transitoria, che necessita di terapia insulinica per un periodo variabile di tempo (500 giorni circa), e quella transitoria ricorrente, che ha un lungo periodo di remissione clinica ma che recidiva in genere durante la pubertà. Per poter parlare di diabete neonatale, occorre che il bambino abbia un'iperglicemia (superiore a 125 mg/dl dopo 4 ore di digiuno) trattata con l'insulina per almeno 3 giorni, e che compaia nel primo mese di vita.