

Le domande vanno inviate alla redazione preferibilmente via mail (e-mail: [domanderisposte@medicoebambino.com](mailto: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.

**Reflusso vescico-ureterale e intervento chirurgico.** Seguo un piccolo paziente di circa 4 mesi a cui è stata riscontrata ecograficamente, a un mese di vita, una ectasia pelvica del rene sx con diametro AP di 16 mm senza altri reperti degni di nota. In una seconda ecografia, eseguita a circa 4 mesi di vita e presso un altro Centro, il bacinetto renale sx è di 12 mm con il tratto distale dell'uretere, retrovescicale, di circa 7 mm. Il lattante ha eseguito una minzione durante l'ecografia e in questa occasione si è rilevato un aumento della dilatazione pelvica, 16,4 mm, e ureterale distale, 12 mm. Il rene in questione ha normale morfologia e spessore parenchimale. I genitori hanno consultato un noto chirurgo urologo della capitale che ha prospettato una serie di indagini, quali cisto-uretrografia, scintigrafia renale ed eventuale intervento chirurgico da valutare successivamente. Alla luce delle attuali conoscenze sulla storia naturale delle ectasie renali in generale e del reflusso vescico-ureterale, può essere giustificato un atteggiamento così invasivo o si può adottare un comportamento attendista sorvegliando eventuali episodi febbrili e rivalutando ecograficamente il bambino nel tempo, come ho consigliato ai genitori? Peraltro il bambino è sempre cresciuto ottimamente e non ha mai presentato episodi febbrili.

dott. Leonardo Mantovani  
Pediatria di famiglia, Roma

L'ecografia non è certamente l'indagine per la diagnosi di reflusso vescico-ureterale, ma in questo caso è evidente che il bambino presenta un reflusso vescico-ureterale sinistro di grado medio-elevato. Vista la presenza di dilatazione pelvica e ureterale, possiamo stimare un grado tra il III e il IV. L'ecografia mostra inoltre reni di normali dimensioni, ecostruttura e spessore parenchimali. Gli accertamenti consigliati (cisto-uretrografia ed eventuale scintigrafia renale con DM-SA) possono essere formalmente corretti, ma non aggiungerebbero in realtà molto a quanto già sappiamo e non mo-

dificherebbero in modo sostanziale il programma terapeutico che, a mio parere, potrebbe essere il seguente: 1) esecuzione di un esame urine a ogni episodio febbrile, o altra sintomatologia sospetta per infezione urinaria; 2) controllo ecografico tra un anno, a vescica piena, per valutare l'accrescimento renale e la persistenza, o meno, di dilatazione delle vie escrettrici; 3) penserei all'intervento chirurgico (in cistoscopia) soltanto in caso di frequenti infezioni urinarie, magari dopo aver prima trattato con pomata steroidea il prepuzio, se ancora fisiologicamente adeso al glande, per favorirne l'apertura e permettere una buona igiene locale, cosa che certamente riduce il rischio di infezione urinaria.

**Accesso acuto d'asma.** Il protocollo SIP per la gestione dell'attacco d'asma (Area Pediatrica, maggio 2008) prevede, indipendentemente dalla gravità, salbutamolo ogni 20 minuti per 3 volte e poi una rivalutazione. Si possono fare fino a 10 puff ogni 20 minuti. I protocolli inglesi sono più aggressivi (un'ora di aerosol in continuo). Per una sopravvalutata pericolosità del salbutamolo si parte spesso con salbutamolo ogni 4-6 ore. Questo porta a un aggravamento dovuto, almeno in parte, a una terapia insufficiente. Gli effetti collaterali cardiaci del salbutamolo sono stati molto ridimensionati dalla bibliografia. L'ipopotassiemia è effetto collaterale del salbutamolo endovena, di rarissimo utilizzo. La terapia adeguata evita dispnee gravi e ricoveri inutili. Non ricordo di aver ricoverato bambini con asma, dopo averli trattati adeguatamente. Una Vostra autorevole opinione servirebbe per evitare gravi dispnee e ricoveri inutili, dannosi e costosi.

dott. Ivo Mabboni  
Pediatria, Rovereto

Sono d'accordo con Lei sulla sostanziale innocuità del salbutamolo a tutte le dosi; a questo proposito sono solito rassicurare le mamme dicendo loro che: "con il

salbutamolo non ci si può suicidare". Come pure sono d'accordo sull'importanza di non risparmiare il farmaco quando serve e di non esitare a dare il betametasona se la risposta al salbutamolo non è immediatamente buona e/o quando il bambino ha avuto già precedenti esperienze di crisi impegnative. Meno d'accordo sulla stereotipata prassi, da alcuni suggerita e da Lei riportata, di somministrare le dosi di salbutamolo ogni 20 minuti nella prima ora, comunque sia l'intensità dell'accesso e comunque vada (indipendentemente dalla risposta).

Questa indicazione discende da una distorta lettura delle Linee Guida (*vedi* BTS SIGN) che prevedono, sia a domicilio che in Pronto Soccorso, di far inalare il beta-2 agonista (in dose variabile da 2 a 10 puff, a seconda della gravità della dispnea) anche ogni 20 minuti, ma non prima di aver valutato la risposta al trattamento. Valutazione che viene suggerita ogni 15 minuti nei casi più gravi e ogni ora nei casi lievi. La dose del beta-2 agonista va pertanto ripetuta soltanto se la risposta alla prima, o alla seconda dose, non è soddisfacente. Mentre se la risposta alla terapia è buona, l'inalazione di salbutamolo va rimandata a non più di una dose ogni 4 ore (ma, direi io, "al bisogno", senza fermarsi a rigidi schemi di comportamento). Tutto questo appare molto ragionevole, quasi ovvio; anche perché, per un buon esito della terapia, è molto importante che questa sia attuata tempestivamente: il che significa che i genitori devono essere in grado di riconoscere e trattare una crisi di broncospasmo prima possibile, al suo iniziare (che dopo una, o due esperienze, se istruiti adeguatamente, lo sanno fare benissimo). Pertanto non sarebbe né ragionevole né conveniente consigliare di mettere in atto uno schema aggressivo, come quello da Lei suggerito, alla prima "tossetta sospetta", quando un paio di puff di salbutamolo sono più che sufficienti (la frequenza successiva delle dosi e il numero dei puff potranno sempre essere aumentati e variati seguendo l'andamento della crisi).