

Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica:

ALLERGLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETOLOGIA, EMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA E MALFORMAZIONI, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, VACCINAZIONI

Come è possibile che la dose del vaccino per l'epatite B sia di 5 µg per soggetti di età inferiore a 16 anni e di 10 µg per soggetti di età superiore a 16 anni? Non si dovrebbe osservare il peso corporeo?

Se ho un ragazzo di 15 anni e 80 kg di peso e un adulto di 50 kg, al primo dovrei somministrare una dose pari alla metà del secondo?

dott. Noel Polignano (medico generico)
Ostia Lido (Roma)

Per i vaccini la dose da somministrare non è strettamente in relazione col peso (come d'altra parte avviene per i diversi farmaci). L'aver esteso la dose di 5 µg (per il Recombivax) o di 10 µg (per l'Engerix B) fino ai 16 anni è il frutto di una decisione abbastanza recente. L'ultima edizione del *Red Book* (3ª ed. italiana, CIS, 1997) parla addirittura di soggetti fino a 19 anni.

In fondo questo ha permesso di risparmiare (e quando il risparmio non viene fatto a carico dell'intensità della prevenzione deve sempre essere accolto con favore) qualche centinaio di milioni per regione e qualche miliardo per l'Italia.

Dopo una "malattia infettiva dei bambini", in particolare morbillo, parotite, rosolia, varicella, quanto tempo è necessario lasciare trascorrere prima di sottoporre il bambino a un intervento chirurgico, anche se di modesta invasività (ad esempio adenoidectomia)?

dott. Felice Sorrentino (pediatra di base)
Cava dei Tirreni (SA)

Non esiste una regola "standardizzata": aspettare che si rimetta in forma.

Una bambina di 9 anni presenta rinorrea mucopurulenta (muco giallo-verdastro) e cefalea frontale con frequenza quasi quotidiana da circa 4 mesi.

Ho eseguito Rx e TAC cranica che hanno escluso una sinusite. Non ha ipertrofia adenoidea e non è allergica.

Ho consigliato ex adjuvantibus (da qualche giorno) un trattamento con beclometasone topico e antistaminici per via sistemica.

Quali sono le cause di rinorrea mucopurulenta cronica?

dott. Felice Sorrentino (pediatra di base)
Cava dei Tirreni (SA)

Mi viene impossibile credere che non abbia una sinusite. Personalmente l'avrei trattata con un antibiotico (ex adjuvantibus) piuttosto che con il beclometasone e l'antistaminico (che avrei fatto soltanto se nel muco vi fossero molti eosinofili, esame comunque da fare per escludere una NARES).

Ha senso allontanare il lattosio dalla dieta di un lattante con documentata intolleranza alle proteine del latte vaccino?

Pediatra di base

Evidentemente no. L'intolleranza al lattosio dipende da una carenza più o meno completa della lattasi (essenzialmente secondaria a danno della mucosa nel lattante e costituzionale nel più grandicello o nell'adulto). Nella cosiddetta intolleranza alle proteine del latte vaccino è invece in causa un meccanismo immuno allergenico, essenzialmente rivolto verso le proteine del latte, che si risolve ovviamente togliendo queste ultime, e non l'incolpevole lattosio.

Sto seguendo un bambino di un mese di vita la cui madre presenta esiti paralitici da polio (che ebbe in età di 8 mesi; l'età attuale è di 39 anni).

Dovendo vaccinare il piccolo per la polio, è preferibile usare l'IPV ed evitare l'OPV (per il rischio "Vaccine Associated

Paralytic Poliomyelitis", Red Book 1997, p. 432)?

dott. Saverio Ferraro (pediatra di base)
San Giuseppe Vesuviano (NA)

Il fatto che la madre di un bambino di un mese abbia, a suo tempo, sofferto di polio paralitica da virus selvaggio, non indica l'uso di un vaccino (IPV) piuttosto che di un altro (OPV), ma indubbiamente "sensibilizza" l'intervento vaccinale.

Pertanto è necessario fare, nel caso specifico, alcune considerazioni:

1. Probabilmente la madre, che porta ancora i segni della pregressa polio, teme che per il suo bambino possa realizzarsi il rischio teorico di 1 caso di polio paralitica post-vaccinazione su 650-700.000 prime dosi, quando venga usato il vaccino vivo attenuato, tipo Sabin. E di questo bisogna tener conto.

2. Vediamo cosa succede nel mondo. In USA la situazione attuale è la seguente (Calendario vaccinale 1998, comparso su *Pediatrics* e su *MMWR*): il pediatra propone e discute con i genitori una delle seguenti possibilità, considerate tutte ugualmente efficaci:

a) vaccino vivo attenuato, tipo Sabin;
b) vaccino inattivato e potenziato, tipo Salk;

c) vaccinazione sequenziale, costituita da due dosi di vaccino Salk di tipo potenziato, seguite da due somministrazioni di vaccino Sabin.

Penso quindi che sarebbe utile, nel suo caso, che Lei discutesse apertamente il problema della scelta del vaccino con i genitori, soprattutto con la madre, ricordando che le tre opzioni sono in effetti intercambiabili nei riguardi del bambino che deve essere vaccinato, ma che, considerando la popolazione nel suo insieme, non sono perfettamente identiche. Se i genitori mostrano qualche perplessità nei confronti dell'opzione a), opterei per l'opzione c), che ha il vantaggio di non far correre rischi al bambino, ma che d'altra parte inserisce il bambino in quella famosa rete, a maglie fitte, che riduce o annulla la possibilità di circolazione del virus polio selvaggio.

Se la copertura vaccinale fosse in Italia, a 2 anni di età, del 95% o più, per le prime 3 dosi, e se avessimo le prove che anche nel nostro Paese il virus selvaggio non circola più, allora potremmo tranquillamente passare anche noi all'opzione b) (come in Francia, Olanda, Finlandia e altre nazioni) o all'opzione c), come viene consigliato da più parti.

Nell'asma lieve-moderato è utile associare o iniziare con i cromoni o ketotifene e/o antistaminici?

dott. Franco Sissa (medico generico)
Virgilio (MN)

Nei più moderni protocolli di terapia dell'asma del bambino si consiglia di iniziare il trattamento di fondo (se la numerosità degli episodi broncostruttivi lo richiede) con i cromoni e di passare ai corticosteroidi inalatori soltanto dopo 4-6 settimane di non sufficiente risultato. Personalmente (vedi *Medico e Bambino* 6, 367, 1998) non condivido affatto questa scaletta, che si basa sul presupposto che i cromoni, diversamente dai cortisonici inalatori, siano esenti da effetti secondari. Ma il disaccordo non è soltanto mio, e anche tra gli stessi estensori dei protocolli ci sono stati molti (ma evidentemente non la maggioranza) che non hanno condiviso questa scelta. Anche la Società Italiana di Malattie Respiratorie,

in un recente "consensus" tenutosi a Catania, ha sposato la linea del cortisonico inalatorio "da subito". E questo perché, ai dosaggi bassi e nei tempi brevi usualmente necessari nell'asma del bambino, non ci sono effetti negativi da temere, e per contro si riesce a ottenere un più rapido e costante controllo della sintomatologia (presupposto oltre tutto fondamentale per garantirsi una buona "compliance" con la terapia). Se proprio si vuole, il cromone può essere introdotto successivamente per la terapia di mantenimento a lungo termine (quando, raramente, indicata).

Il ketotifene o l'oxatomide o, ancora più recentemente, la citirizina sono alternative nel trattamento di fondo del bambino asmatico nei primi anni di vita; sono però molto meno efficaci rispetto ai GC-Si (che con l'aerosol o con gli spray + distanziatore possiamo fare a qualsiasi età) e con effetti secondari (effetto sedativo e sull'appetito) che non ritengo insignificanti, considerato che il trattamento va mantenuto per molti mesi all'anno.

Per bambini che hanno contratto già morbillo o rosolia o parotite, consigliate di somministrare MPR gratuito o vaccini separati?

Pediatra

Va bene il vaccino MPR, non tanto per-

ché gratuito, ma perché è sicuramente il più adatto a conferire difese al bambino contro morbillo, parotite e rosolia anche nel caso che dall'anamnesi risultasse che il bambino ha già sofferto di una o di un'altra o di tutte e tre le malattie citate.

Se si esclude il morbillo infatti, per il quale la diagnosi, come il ricordo anamnestico, sono quasi sempre sicuri, per la parotite e la rosolia il riconoscimento clinico non è altrettanto certo.

È ormai sicuro d'altra parte che la somministrazione di un vaccino a un bambino, che abbia già superata la malattia, non si accompagna ad alcun rischio.

Il ritardo di calcificazione della testa del femore riscontrato radiograficamente in bambini di 5-6 mesi di età, in assenza di patologie note come causa del suddetto difetto, deve essere sottoposto a terapia? Se la risposta è affermativa, in che cosa consiste tale terapia?

Pediatra di base

Un ritardo di comparsa nel nucleo cefalico del femore isolato non richiede alcuna terapia e non necessita di ulteriori controlli.

È necessario, ovviamente, che l'ecografia per displasia dell'anca risulti negativa e che il soggetto non sia ipotiroideo.

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto o comunque di prenderlo a modello di massima e indirizzare a:
Giorgio Longo, Clinica Pediatrica, Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo", via dell'Istria, 65/1 - 34137 Trieste



Al Comitato Editoriale di 'Medico e Bambino'
Vorrei avere una risposta al seguente problema

.....
.....
.....
.....
.....

Firma

Indirizzo

.....

Attività o qualifica

- libero professionista
- medico Saub
- medico consultoriale
- medico generico
- pediatra
- ospedaliero
- universitario

Accetto che il mio nome compaia sulla rivista in calce
al quesito (barrare sì o no) sì no