

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

ALLERGOLOGIA, 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

Vedo trattare tutti i pazienti ricoverati per gastroenterite, indipendentemente dalla gravità clinica, con idrocortisone endovena. Esistono dei protocolli di riferimento? Non sarebbe sufficiente la sola reidratazione parenterale ben condotta?

Libero professionista

È la prima volta che sento parlare di terapia steroidea nella gastroenterite acuta. La reidratazione per via orale, e non per via parenterale, è l'intervento di elezione in questa condizione.

Gli anticorpi antimorbillo, antiparotite e antirosolia trasmessi da una donna vaccinata contro tali malattie, proteggono il figlio di quest'ultima per lo stesso periodo di tempo e con la stessa efficacia degli anticorpi di una donna che ha contratto tali malattie nell'infanzia?

Pediatra

Tutti i ricercatori sono d'accordo che il comportamento degli anticorpi dopo la vaccinazione è diverso, come altezza e come durata, da quello che si riscontra dopo la malattia naturale: ma bisogna anche ricordare che dopo la vaccinazione esiste una piccola percentuale di soggetti (dal 2-3% per il morbillo e la rosolia al 10-20% per la parotite) che non rispondono affatto alla vaccinazione e che quindi rimangono suscettibili alla malattia naturale.

Possiamo dunque ritenere che il figlio di una madre che abbia superato le malattie ricordate ha maggiori probabilità di difendersi del figlio di una madre vaccinata.

Ho letto con molto interesse nella rubrica "Lettere" di Medico e Bambino la corrispondenza relativa alla displasia dell'anca (n. 7/97), sia quella del prof. Panizon che quella del dott. Giuseppe

Atti. Il mio quesito è:

a) quando mi arriva un referto ecografico di tipo 2a e 2b, quale terapia e quali controlli si devono fare;

b) è un problema che può gestire il pediatra autonomamente o è sempre meglio inviare il piccolo dall'ortopedico pediatra?

Potete inviarmi qualche lavoro a proposito della displasia dell'anca?

Pediatra di base

Sia il tipo 2a che 2b di Graf non necessitano in prima battuta di trattamento ortesico. Per quanto riguarda il tipo 2a è opportuno a distanza di un mese rifare l'ecografia. Per il tipo 2b è necessario valutare clinicamente se l'anca si destabilizza o meno. Credo sia conveniente, se il pediatra non è esperto, consultare un ortopedico. Di solito faccio eseguire ecografia delle anche dal 2° al 3° mese di vita.

Nello numero di settembre della rivista (*Medico e Bambino* 7, 431, 1998) è stato pubblicato un aggiornamento monografico sull'argomento, scritto proprio dal dottor Atti e coll.

Quando si parla di interferenza tra vaccini a virus attenuati, lo stesso discorso e quindi la stessa attesa di 30 giorni nella somministrazione tra i due, se non praticati assieme, riguarda anche l'OPV?

Pediatra neonatologo

L'interferenza tra più infezioni virali, quindi anche tra vaccini vivi, è dovuta alla risposta generale antivirale dell'organismo (interferone). Ma poiché la via di somministrazione dell'OPV è orale, e coinvolge settori immunitari in parte diversi da quelli attivati dall'introduzione parenterale, l'interferenza è minore. D'altra parte, se viene seguito regolarmente il calendario, un'evenienza del genere non si verifica mai.

Vacanze in montagna: quali sono le massime altitudini consigliate ai neonati e ai lattanti?

Fino a che età o a che mese esistono questi limiti? E, se tali limiti esistono, per quale ragione?

Pediatra

Non esistono limiti massimi di altitudine (almeno nell'ambito delle località turistiche di montagna usualmente frequentate) per le vacanze del piccolo lattante.

Spesso con referto di tipo 1a mi viene segnalata l'assenza del nucleo di ossificazione della testa femorale. Di solito mi astengo sempre dal ripetere successiva ecografia. Sarebbe invece più giusto ripeterla per documentare la comparsa di detti nuclei?

Pediatra di base

La comparsa dei nuclei di ossificazione delle teste femorali avviene tra il terzo e quarto mese di vita.

Non è necessario ripetere l'ecografia per documentare la presenza dei nuclei di ossificazione se l'anca è matura e ben centrata.

Per la corretta esecuzione del Boel test, ritenete che sia indispensabile l'uso del kit (con relativi campanelli d'argento), o che sia utilizzabile in alternativa il più pratico campanello elettronico tarato a diverse tonalità (basse, alte) che ho visto usare da diversi colleghi?

Pediatra

Sì. Ma il Boel test, nelle intenzioni di chi lo ha creato, dovrebbe essere usato come screening delle ipoacusie, dei disturbi visivi e dei ritardi psicomotori; e il campanellino elettronico sostituisce solo la componente uditiva del test.

Quale significato attribuire a una leucocituria massiva (500) con urinocoltura ripetuta negativa, assenza di nitriti, GR, e senza nessuna sintomatologia, in una ragazza di 16 anni?

Medico generico

La causa più comune di leucocituria è l'infezione urinaria; la presenza di un'infezione batterica è di facile valutazione, ma la *Chlamydia*, i virus (soprattutto adenovirus) e l'infezione da *Trichomonas* (anche la vaginite con leucorrea) sono occasionalmente causa di leucocituria nel bambino (e la disuria? è presente?). Da ricordare, anche se rara, che la tubercolosi renale può presentarsi con piuria "sterile" poiché il batterio non cresce nei comuni terreni di coltura. Ancora, una leucocituria può accompagnare un tumore delle vie urinarie con erosione della mucosa.

Credo che la leucorrea vaginale sia la causa più probabile. Se non c'è e la leucocituria perdura, bisogna indagare.

Vorrei sapere se esistono studi circa la possibilità di somministrare insieme nella stessa siringa, e quindi in un'unica sede, DTPa, anti-epatite B e anti-emofilo, in considerazione della scarsa praticità

di eseguire ben tre buchi nella regione antero-laterale della coscia.

Inoltre vorrei sapere qualcosa sui vaccini anti-emofilo consigliati, visto il ritiro dal commercio in via precauzionale di quei vaccini che utilizzavano come terreno di coltura il tessuto cerebrale di bovino e il calendario vaccinale consigliato per questi ultimi.

Pediatra

È stato dimostrato che non è corretto mescolare estemporaneamente vaccini diversi nella stessa siringa prima dell'iniezione: sono state dimostrate interferenze verso l'uno o l'altro componente. D'altra parte, è entrato recentemente in commercio un vaccino combinato costituito da DTPa + Epatite B: si tratta del vaccino della SKB, Infarix HepB, che costa 2.000 lire meno della somma dei due vaccini acquistati separatamente. E questo già permette di semplificare molto il nostro lavoro.

Quando è stato tentato di mescolare nella stessa fiala DTPa e vaccini contro l'Hib è stata riscontrata un'interferenza degli antigeni della *Bordetella pertussis* con l'immunogenicità dell'Hib. Perciò, almeno per ora, è opportuno fare due iniezioni separate, una DTPa + Hep B e una di vaccino contro l'Hib. In qualche paese esiste un vaccino che unisce DT-

Pa + HepB + Hib, ma il vaccino contro la pertosse è un vaccino intero.

Esiste un quadro radiologico del torace che possa confermare o escludere la diagnosi di bronchite acuta? Può essere tale una risposta del tipo: a) "Rinforzo diffuso della trama"; b) "Interessamento (che tipo di interessamento?) perilare"?

dott. Luciano Arru (medico generico)
Villanova Mont. (SS)

Quadri radiologici che possono coincidere con quelli da Lei riferiti sono stati effettivamente associati, da osservatori in cieco, a infezioni respiratorie clinicamente definibili come "bronchite". Tale associazione era presente nella metà dei casi, dunque è significativa; tuttavia la presenza di questi quadri (di difficile interpretazione anatomopatologica e comunque alquanto confondenti) non è abbastanza specifica né abbastanza sensibile per confermare o escludere la diagnosi di bronchite. Forse, però, non è nemmeno importante confermare o escludere una diagnosi clinica (tosse "non laringea" + reperto ascoltatorio di rumori bronchiali) come quella di bronchite, che non richiede, di per sé, alcuna terapia.

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