

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

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETE-ENDOCRINOLOGIA, EMATOLOGIA-ONCOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFRO-UROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, REUMATOLOGIA, VACCINAZIONI

**Per quanto riguarda la vaccinazione antitetanica negli adulti, se è stato eseguito correttamente un ciclo completo vaccinale di base di tre dosi, e sono passati 15-20 anni e anche più, è sufficiente fare un richiamo e fissare il prossimo dopo 10 anni oppure è meglio fare un dosaggio degli anticorpi e agire di conseguenza?**

**E ancora, se lo stato vaccinale antitetanico è sconosciuto, è meglio fare in contemporanea vaccinazione e prelievo per dosaggio degli anticorpi oppure fare la vaccinazione e poi dopo almeno un mese fare il dosaggio degli anticorpi?**

**Ovviamente in entrambi i casi il comportamento successivo sarà guidato dal livello degli anticorpi.**

dott.ssa Marinella Mao  
Pediatra di famiglia

Se un soggetto ha praticato la vaccinazione contro il tetano con tre dosi, è sufficiente una dose di richiamo, qualunque sia il tempo intercorso dalla terza. È inutile andare a dosare gli anticorpi. Se lo stato vaccinale è sconosciuto, prima di fare qualunque tipo di vaccinazione è meglio andare a dosare gli anticorpi.

**I genitori di un bambino che ha presentato pianto persistente dopo la prima dose di vaccino esavalente rifiutano di proseguire il calendario vaccinale con l'esavalente.**

**Preso atto della volontà (irremovibile) dei genitori, richiedo se è possibile continuare la vaccinazione difterite-tetano con la dose adulti (unica possibilità fornita attualmente dal mercato farmaceutico: non sono reperibili dosi di difterite-tetano in dose pediatrica) oppure utiliz-**

**zare la sola dose di antitetanica (il bambino, in tal caso, avrebbe effettuato una sola dose di difterite).**

dott. Severino Lorenzetti

Purtroppo la quantità di anatosina difterica contenuta nel vaccino dT tipo adulti è solo un decimo di quella che è contenuta nell'esavalente: quantità assolutamente insufficiente per la vaccinazione primaria.

Le ricordo che la grande epidemia di difterite (250.000 casi e 2500 morti) si è verificata nell'Unione Sovietica qualche anno fa per errori nella vaccinazione contro la difterite, fra i quali proprio quello al quale Lei allude.

Tuttavia, come si dice, meglio che nulla... In altre parole meglio il vaccino dT che il vaccino costituito da solo tetano.

Ha provato a ricordare ai genitori che il pianto inconsolabile per più di 3 ore è una evenienza relativamente frequente (un caso su 300 vaccinazioni), che quasi sempre (per non dire sempre) non si manifesta più dopo la prima volta e che mai, proprio mai, ha delle conseguenze durature sul bambino? La prego, torni alla carica, prima di arrendersi.

**Paziente diabetico che presenta comparsa di reazione locale dopo iniezione di insulina rapida (sia con Novorapid che con Humalog). Si instaura anche una insulino-resistenza con aumento del suo fabbisogno. Tale reazione locale non si presenta con insulina Lantus lenta.**

**Come procedere?**

• **Eseguire anticorpi anti-insulina e fare un prick test con l'insulina?**

**Attualmente il bambino riceve terapia antistaminica con parziale beneficio.**

dott. Antonello Pagani

Bisognerebbe comprendere quale reazione locale è presente: può essere un "ponfo" non arrossato, indice spesso di iniezione fatta intradermo e non sottocute: opportuno quindi verificare la lunghezza dell'ago e le modalità di somministrazione. Non ho mai visto un paziente con allergia all'insulina, mentre è di solito la Lantus a dare bruciore in sede di iniezione.

Suggerisco di riscaldare l'insulina con il palmo della mano (se è fredda brucia e forse dà reazione locale).

Gli anticorpi anti-insulina è difficile averli e oltretutto una resistenza per anticorpi è poco probabile.

**Bambino di 2 anni, portatore di ginocchio varo bilaterale e anche antiverse. Seguito in un ambulatorio di ortopedia infantile dall'età di un anno, non ha migliorato nonostante le calzature ortopediche. Il bambino inciampa nei suoi piedi quando corre e quando calcia il pallone. All'ultima visita, fine estate 2005, mi hanno richiesto esami per escludere il rachitismo.**

**Qual è l'evoluzione spontanea del ginocchio varo?**

**L'antiversione dei colli femorali dovrebbe migliorare con la crescita?**

**Occorrerà l'intervento correttivo di osteotomia tibiale?**

Pediatra di famiglia

È consigliabile, se non ancora fatto, sottoporre il bambino a una radiografia agli arti inferiori, completo in antero-posteriore sotto carico, per poter escludere un morbo di Blount.

Se si trattasse soltanto di una tibia vara intratorcia, il miglioramento è prevedibile entro due-tre anni.