

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

*Desidero conoscere la sierologia dell'epatite A nella fase acuta della malattia e nella remissione clinica, e la sierologia di un vaccinato contro HAV.*

dott. Ennio Cupaiolo  
Monteodorisio (CH)

Nella fase acuta dell'epatite A compaiono le IgM che durano in genere 4 mesi, ma possono persistere fino a 6 mesi; le IgG si sviluppano poco dopo le IgM e durano un tempo indefinito. Le IgG sono indice di passata infezione e sono presenti nei soggetti vaccinati.

I titoli anticorpali raggiunti dopo vaccinazione sono inferiori a quelli raggiunti in seguito all'infezione; sono rilevabili tramite immunoassay, e sono espressi in mille unità internazionali per millilitro: sono considerate protettive concentrazioni di 20 mUI/ml. La durata della protezione a lungo termine non è ancora stabilita. Dopo la somministrazione del vaccino anticorpi titolabili persistono per almeno 4 anni; i modelli di cinetica suggeriscono che esistono concentrazioni protettive per almeno venti anni.

*Un recentissimo episodio di shock anafilattico occorso a una bambina di 3 anni sottoposta a terapia con ceftriaxone (cefalosporina iniettiva) ci induce a chiedere all'esperto come possiamo tutelarci dal punto di vista medico-legale quando prescriviamo un antibiotico per via parenterale.*

Pediatra

I  $\beta$ -lattamici (penicilline naturali e semi-sintetiche, cefalosporine) sono gli antibiotici piú frequentemente responsabili di reazioni allergiche e anafilattiche, seguiti da sulfamidici e tetracicline.

Il dosaggio delle IgE specifiche è limitato alla sola penicillina mentre per le cefalosporine possiamo soltanto eseguire il test in vivo (prick test) utilizzando concentrazioni fino a 3 mg/ml di soluzione fisiologica che non sembrano provocare false

positività. Non sono invece mai da considerare i cosiddetti ponfi di prova con l'antibiotico indiluito, sia perché possono provocare reazione anafilattica nel soggetto allergico sia perché producono frequentemente false positività per irritazione diretta del farmaco.

Ma il test diagnostico per l'allergia agli antibiotici va considerato soltanto se vi è un'anamnesi positiva o sospetta di allergia verso quel farmaco e non ci sono valide alternative per quella patologia in atto, oppure se l'anamnesi è positiva per una allergia a una classe di antibiotici con possibile cross-reattività con quello da utilizzare, come per esempio nel caso di allergia nota alla penicillina e necessità di trattare il paziente con una cefalosporina (*Memorandum della Società Italiana di Allergologia e Immunologia Clinica sulla diagnosi di allergia/intolleranza a farmaci*, 1998).

Da quanto sopra si può dedurre che, se l'anamnesi per allergia alle cefalosporine (o penicillina) è negativa, non vi sono motivi per temere conseguenze medico-legali per non aver eseguito il test cutaneo. Ma è anche vero, però, che se l'utilizzo di una cefalosporina iniettiva è stato fatto con una indicazione clinica debole (una semplice broncopolmonite o magari una banale otite), allora potrebbe non essere piú così semplice spiegare al giudice il perché abbiamo scelto un antibiotico iniettivo per trattare una otite o una malattia infettiva banale e facilmente affrontabile anche con un antibiotico per via orale. Dobbiamo infatti ricordare che ogni nostro intervento deve essere sempre guidato da un attento rapporto costi/benefici, e tra i costi dobbiamo considerare il rischio, anche se molto raro ma non certo impossibile (come dimostra la sua esperienza), di una reazione anafilattica.

*A proposito di convulsioni febbrili (CF) in un soggetto che ha già avuto un episodio, quali accorgimenti bisogna attuare per ridurre il rischio di recidive? Quando somministrare l'antipiretico? Dai*

*37°C in su, dai 38°C in su? Bisogna a ogni episodio febbrile dare il diazepam, o non serve darlo? A questo proposito ci sono due correnti di pensiero, gradirei sapere la vostra opinione.*

*L'EEG va in ogni caso eseguito, ma va ripetuto a distanza di 15-30 giorni, anche se il primo è risultato negativo?*

Pediatra

Per ridurre il rischio di recidive non è dimostrato che gli interventi proposti per abbassare la temperatura siano realmente efficaci. Questo a fronte di un'opinione corrente, molto diffusa (sia nei genitori che in alcuni medici), che l'evento CF è tanto piú frequente quanto piú alta è la temperatura corporea raggiunta. Questa convinzione è una delle principali cause di "panico" in caso di febbre elevata. L'evento CF si verifica di solito in presenza di brusco rialzo della temperatura. Non c'è relazione evidente tra il valore di temperatura raggiunto e la frequenza della convulsione.

È altresì dimostrato che, se l'episodio si verifica in corso di relativamente bassi valori di temperatura, il rischio di ricorrenza è maggiore. Questo perché, molto verosimilmente, vi è una soglia piú bassa per il manifestarsi dell'evento "elettrico" causa delle CF. È pertanto ipotizzabile che qualsiasi tentativo di tenere il piú possibile bassi i valori di temperatura è destinato a fallire, proprio perché il rialzo brusco della temperatura è difficilmente controllabile. In letteratura sono stati pubblicati 3 studi clinici controllati (RCT) sulla efficacia dei farmaci antipiretici nella prevenzione delle recidive di CF. I risultati non hanno mostrato differenze, in termini di frequenza di recidive, tra i bambini che assumevano l'antipiretico in modo "sistematico" (indipendentemente dai valori di temperatura, ogni 4-6 ore) e quelli in cui era previsto un uso al bisogno o un non uso (somministrazione del placebo).

Alla luce di questi risultati, è forse ragionevole informare i familiari dei bambini con CF che l'uso degli antipiretici potrà essere anche sistematico (se l'emotività è

più forte della ragione), ma che questa scelta non sembra ridurre il rischio di ricorrenza.

La profilassi intermittente con il diazepam è parzialmente efficace, in quanto è difficile riuscire a utilizzarla nei tempi giusti prima e durante il rialzo della temperatura. La dimostrazione di efficacia riguarda inoltre schemi di somministrazione a dosi di 1-1,5 gtt/kg/dose per un numero di 3 somministrazioni/die. A questi dosaggi come profilattici, gli effetti collaterali che si verificano (irritabilità, sonnolenza, atassia) riguardano circa il 30-40% dei casi. Qualsiasi uso diverso, a dosaggi di solito inferiori, non ha chiara dimostrazione che possa servire. Alla luce di queste considerazioni il suo utilizzo, da discutere con i genitori, andrebbe riservato in casi molto selezionati, come ad esempio nei bambini con frequenti recidive, in modo particolare se di lunga durata, tenendo anche conto del vissuto della famiglia riguardo al problema. La somministrazione del diazepam per via retta-

le all'insorgenza della crisi rappresenta l'alternativa rassicurante ed efficace da consigliare operativamente in tutti i casi. Per quanto riguarda l'EEG non vi è la necessità di eseguirlo in tutti i casi di CF, né tantomeno di ripeterlo in caso di negatività (che rappresenta di solito la regola). L'indicazione per l'EEG andrebbe riservata alle situazioni in cui non si è sicuri della diagnosi di CF e/o in presenza di crisi convulsive febbrili con carattere di atipicità (lateralizzate, di lunga durata, subentranti).

---

*Un bambino di 8 anni, con allergia agli acari (RAST classe III) e alle graminacee (classe IV), con asma primaverile che ha richiesto l'anno precedente due brevi cicli di terapia cortisonica, è stato in contatto con un parente che abita nello stesso palazzo, in terapia da un mese per tubercolosi polmonare aperta. Rx torace negativa; Mantoux positiva (3-*

*4 mm). È da mettere in chemiopprofilassi con isoniazide? E per quanto tempo?*

dott.ssa Ester Pizio (Pediatria base)  
Vicenza

Una Mantoux si considera positiva se raggiunge almeno i 5 mm di diametro (ma in un bambino di 4 anni in assenza di sospetto clinico e di significativi fattori di rischio, si richiede una reazione >15 mm). La Mantoux in generale si positivizza dopo 2-12 settimane dall'infezione iniziale (in media un mese dopo). Nel caso in questione non esistono i presupposti per un trattamento di prevenzione (raccomandato soltanto per i bambini di meno di 4 anni di età, anche se Mantoux-negativi, se esposti al contagio protratto da familiari infetti).

Personalmente comunque consiglieri un nuovo controllo della Mantoux tra un paio di mesi; se risultasse ancora negativa il problema va chiuso.

## CONFRONTI IN PEDIATRIA 2002 UNA MALATTIA, UNA TERAPIA

Trieste, Stazione Marittima, 6-7 dicembre 2002

La semplificazione dei protocolli diagnostico-terapeutici è da sempre tra le principali finalità dei Confronti in Pediatria. Questa esigenza si fa in realtà sempre più viva quanto più numerose sono le soluzioni terapeutiche che la ricerca ci propone come efficaci o possibilmente efficaci. "Una malattia, una terapia" è certamente uno slogan difficilmente raggiungibile ma che molto bene si adatta alla richiesta di razionalizzazione delle conoscenze che viene chiesta agli esperti che guideranno il dibattito. E per dare a questo una maggiore concretezza, abbiamo

pensato di far partire ogni confronto da un caso concreto presentato da un pediatra di famiglia. Ci sarà anche una tavola rotonda sulla terapia antibiotica delle malattie infettive. Il confronto qui sarà tra pediatri di famiglia che porranno in discussione in "tutta sincerità" le loro scelte operative in tema di terapia antibiotica, e alcuni esperti adiuvati a loro volta dai "sacri testi".

Arrivederci a dicembre!

Giorgio Longo, Alessandro Ventura

### Venerdì 6 dicembre

SESSIONE PLENARIA - modera F. Panizon  
Accesso acuto d'asma - A. Boner, G. Longo  
presenta il caso-domanda A. Longo  
OSAS - M.P. Villa, E. Zocconi; presenta il caso-domanda M.G. Pizzul  
Quando l'allattamento al seno è un problema  
R. Davanzo, B. Dalla Barba; presenta il caso-domanda M. Spaccini

### SESSIONI PARALLELE

Diarrea cronica e sindrome dell'intestino infetto  
S. Martellosi, M. Fontana; modera A. Ventura  
Caviglia storta e altra traumatologia minore  
G. Maranzana, G. Tagliavoro; modera G. Longo  
Il bambino col batticuore - A. Benettoni, F. Picchio; modera G.F. Sinagra

### SESSIONE PLENARIA modera P.A. Macchia

La sindrome emicranica - C. Bogliolo, A. Scabar  
propone il caso-domanda - D. Ferrara  
L'orticaria - M. Cutrone, F. Arcangeli; propone il caso-domanda F. Fusco

### Teste piccole (craniostenosi)

L. Genitori, P.P. Guastalla; propone il caso-domanda L. Loschi

### SESSIONI PARALLELE

Pene piccolo - G. Tonini, F. Chiarelli; modera G. Bartolozzi  
Rinocongiuntivite - F. De Benedictis, F. Poli; modera G. Longo  
Infezione urinaria - M. Pennesi, G.F. Rizzoni; modera L. Peratoner

### Sabato 7 dicembre

### SESSIONE PLENARIA - modera F. Panizon

Febbri ricorrenti e di lunga durata - A. Tommasini, E. Cortis  
presenta il caso-domanda L. Basile  
ADHD - V. Nuzzo, S. Millepiedi; presenta il caso-domanda D. Rosenwirth

### TAVOLA ROTONDA

Infettivologia ambulatoriale (broncopolmonite, faringite, sinusite, piodermite, OMA, congiuntivite): una malattia, un antibiotico  
D. Sambugaro, G.F. Besoli, M. Mayer  
commentano F. Marchetti e B. Assael con l'aiuto di I. Berti e C. Trevisiol

Per questo Congresso sono stati richiesti i crediti formativi (ECM)

Segreteria scientifica: Giorgio Longo, Alessandro Ventura - Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Segreteria organizzativa: Quickline sas - via S. Caterina da Siena, 3 - 34122 Trieste

Tel. 040 773737 - 363586 Fax 040 7606590 cell. 333 5223519 e-mail: info@quickline.it