

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

Mio figlio, 2 anni, è stato operato a 18 mesi di orchidopessi bilaterale per testicoli ritenuti a 1/3 medio del canale inguinale.

Vorrei sapere se può avere qualche utilità l'uso della terapia ormonale in questa fase, per l'eventuale azione eutrofica sui testicoli (la terapia non è stata eseguita prima dell'intervento).

Pediatra di base

La terapia con HCG è ancora proposta in fase diagnostica per quella ridotta percentuale di testicoli criptorchidi che possono scendere con lo stimolo ormonale. Alcuni chirurghi utilizzavano la terapia per favorire il trofismo, aumentare le dimensioni e migliorare la vascolarizzazione delle gonadi in previsione dell'intervento. Credo sia in disuso il trattamento post-intervento. Il trofismo del testicolo è migliore quanto meno tardivo è l'intervento correttivo, ma se il testicolo è ipotrofico, non migliora sicuramente con un ciclo di HCG.

Piastrinopenia grave in corso di varicella (PTS>1000): qual è il comportamento terapeutico più corretto?

dott. Rocco Oliveto (pediatra ospedaliero)
Noventa Padovana

Indipendentemente dalla causa, la piastrinopenia inferiore alle 10.000 piastrine/mmc va trattata con immunoglobuline endovena al dosaggio di 1 g/kg/die per due giorni consecutivi.

Bambino di 6 anni con storia di encefalite (cerebellite) da varicella.

Nel decidere per le vaccinazioni facoltative (2ª dose MPR, epatite A ecc.) deve prevalere il pensiero della sua "tendenza iperergica" o quella della protezione dall'infezione?

Pediatra ospedaliero

La cerebellite da varicella non costituisce controindicazione ufficiale per la seconda dose di MPR.

Oggi l'età di sei anni è quella ritenuta giusta per la seconda dose.

Ragazza di 15 anni esegue dieta dimagrante di sua spontanea volontà. Perde 10 kg in 1-2 mesi. In seguito sviluppa polidipsia (6 litri/die di acqua) e poliuria (anche minzioni notturne). Qual è l'atteggiamento diagnostico più idoneo?

Pediatra

L'età della ragazza, a meno che non ci sia una storia recente di patologia infettiva occupante spazio al SNC, escluderebbe l'ipotesi improbabile di un diabete insipido secondario.

Mi sembra più probabile che sia una ragazza con anoressia nervosa che, dopo un'iniziale dieta dimagrante (immagino con un peso attuale al di sotto della norma), gioca sulla polidipsia per procurarsi senso di sazietà: a stomaco pieno non sente fame, e per questo lei lo riempie con l'acqua, che non comporta acquisizione di calorie. La poliuria sarebbe quindi secondaria alla polidipsia, e la polidipsia la aiuta a non mangiare.

Credo che il problema vada affrontato anche con l'ausilio di uno psicologo, e che vada approfondita la sua situazione nutrizionale per evitare rischi maggiori.

Aerosol con b2-agonisti nell'attacco asmatico grave: 1 aerosol ogni 20 minuti per tre volte.

Chiedo: il dosaggio è per tutti e tre gli aerosol di 0,15 mg/kg¹, oppure dopo il primo si deve diminuire il dosaggio a 0,05 mg/kg²?

Inoltre: ogni 20 minuti significa considerare l'orario di inizio dell'esecuzione dell'aerosol (quindi 3 aerosol in un'ora con brevissimo intervallo da uno all'altro, visto che ogni aerosol richiede circa

8-10 minuti), oppure significa che devono trascorrere 20 minuti dalla fine dell'aerosol prima di eseguire il successivo?

dott.ssa Marta Corsini,
Reggio Emilia

1. Boner A. In: Argomenti di malattie respiratorie infantili. Pacini ed. pag. 220 (e in altre pubblicazioni).

2. Marchi AC. In: Pronto Soccorso per il pediatra. NIS, pag. 69.

Il dosaggio indicato da Boner è quello giusto. Ricordo peraltro che la dose e la frequenza del salbutamolo nella crisi acuta sono soltanto indicative.

Se la crisi non recede, si continuerà con le somministrazioni ravvicinate o, come alcuni usano, in nebulizzazione continua con aerosol generato da un flusso di 0,2 alla dose di 0,5 mg/kg/ora. Se la broncoostruzione recede, la dose va ridotta di conseguenza, ma sempre senza regole precise, considerando anche che la qualità dell'inalazione è molto variabile in rapporto all'apparecchio usato e all'età del bambino.

Sono interessata a conoscere il vostro atteggiamento diagnostico e terapeutico su infezioni respiratorie ricorrenti e deficit di IgA associato ad asma.

Pediatra ospedaliero

Non adottiamo nessuno specifico o originale trattamento. Se le crisi di bronchite asmatica sono molto frequenti e specialmente associate a sintomi intercritici di elevata labilità bronchiale, consigliamo, come da linee guida internazionali, un ciclo di terapia antinfiammatoria bronchiale con cortisonici inalatori e, se le infezioni sono tanto frequenti e non si vuole allontanarlo per qualche tempo dall'asilo, perché no, anche uno o l'altro degli odiatissimi "immunostimolanti".

Sono una pediatra che lavora presso l'UO di Pediatria dell'Ospedale San Salvatore di Pesaro. Il mio interesse principale sono le malattie respiratorie del bambino.

Potreste inviarmi i protocolli in atto presso il vostro reparto riguardo alla gestione sia in fase acuta che a lungo termine dell'asma del bambino, con particolare riferimento ai quadri specifici di asma da sforzo e persistente e all'uso dei nuovi farmaci emergenti (leucotrieni, nuovi steroidi inalatori)?

Pediatra ospedaliero

Il nostro protocollo sulla terapia dell'asma è pubblicato su "Pediatria Ospedaliera" di Mauro Pocecco e Franco Panizon, Nuova Italia Scientifica, Carocci ed. Quella che segnalo è la nuova edizione, stampata in luglio 1998. Nel protocollo non troverà ancora menzionati i leucotrieni, per i quali devono ancora essere definite le indicazioni e la più opportuna collocazione nelle linee guida di terapia dell'asma. Attualmente ritengo che questi farmaci (di utilità in generale modesta) vadano considerati in aggiunta ai cortisonici inalatori per ottenere un controllo della malattia quando vi sia necessità di dosaggi elevati (superiori ai 400 microgrammi di beclometasone o equivalenti degli altri steroidi inalatori) e per tempi lunghi di cura.

Ho come paziente una ragazza di 30 anni che da piccola, e soprattutto dopo la pubertà, presenta sudorazione profusa (da "gocciolare") a mani e piedi. Alle

dita la cute appare col tempo più sottile. Col passare dell'età il disturbo cresce, e per ovvi motivi provoca un notevole fastidio.

Le terapie dermatologiche praticate non hanno dato risultato. Ho sentito parlare per televisione di un intervento chirurgico ambulatoriale. Di che si tratta? Esiste un'alternativa terapeutica?

Pediatra

Si tratta di una condizione di iperattività del sistema simpatico, denominata iperidrosi. Di norma è presente anche durante il sonno, e non è influenzata in modo rilevante da fattori psicologici. Il trattamento deve essere inizialmente conservativo, con applicazione locale di simpaticolitici o, come recentemente sperimentato con successo, con l'infiltrazione intracutanea di tossina botulinica. Questo, che è probabilmente l'intervento chirurgico ambulatoriale cui la domanda si riferisce, ha il vantaggio di limitare la sua azione alle zone interessate dall'iperidrosi e di essere ripetibile. Ai casi più gravi, e laddove gli interventi conservativi non abbiano funzionato, si può proporre la simpaticectomia (ganglio stellato, 2° e 3° ganglio toracico per la forma palmare).

Alcuni quesiti sul richiamo morbillo-rosolia-parotite, nell'adolescenza:

- 1. Ci sono dati numerici che quantifichino i casi con reazioni avverse generalizzate (neurologiche ecc.)?*
- 2. Ci sono controindicazioni specifiche alla 2° dose?*

3. Perché viene recentemente consigliato di anticipare il richiamo all'età di 5-6 anni?

Pediatra ospedaliero

Se per reazioni avverse generalizzate all'MPR intende la febbre, l'anoressia e, più di rado, una minima eruzione morbilliforme, la loro frequenza varia da una casistica all'altra, ma si colloca intorno al 15% dei vaccinati. Se intende le reazioni neurologiche gravi come l'encefalite, sono un evento eccezionale, ammesso che possa essere in qualche modo collegato.

Non ci sono controindicazioni specifiche salvo deficit immunitari congeniti, perché quelli acquisiti (infezioni da HIV) rappresentano al contrario un'indicazione.

Fino a qualche anno fa si riteneva erroneamente che la seconda dose servisse per risollevare il tasso anticorpale, in via di diminuzione dopo la prima dose, al 15° mese; per questo si aspettava fino agli 11-12 anni, per essere più vicini all'età del giovane adulto. Oggi sappiamo che non è così: i morbillo (ma anche la parotite e la rosolia) che si vedono in età adolescenziale non sono dovuti a una perdita di immunità, ma sono presenti in soggetti che non avevano risposto alla prima stimolazione all'età di 15 mesi. Impostato così il problema, è inutile attendere gli 11-12 anni, ma tanto vale anticipare la vaccinazione per evitare che questi bambini si ammalinino di una delle tre malattie. La mancata risposta alla prima vaccinazione non supera il 5% del totale dei vaccinati.

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto o comunque di prenderlo a modello di massima e indirizzare a:

Giorgio Longo, Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", via dell'Istria, 65/1 - 34137 Trieste; oppure per e-mail (longog@burlo.trieste.it)

Al Comitato Editoriale di 'Medico e Bambino'

Vorrei avere una risposta al seguente problema

.....

.....

.....

.....

Firma

Indirizzo

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

sì

no

Attività o qualifica

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