

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

**Vi scrivo in merito a un bambino di 7 anni, che da due anni soffre di asma. Allergico ad acari, graminacee e gatto (quest'ultimo ora allontanato), esegue una corretta profilassi ambientale. Ha attacchi di asma piuttosto importanti che richiedono l'osservazione ospedaliera, la terapia con cortisone endovena oltre che aerosolica con broncodilatatore e ossigeno-terapia.**

**Nonostante la terapia con Aliflus e poi con Fluspiral a lungo termine, in marzo e maggio altri due episodi rilevanti con desaturazione, e altri gestiti a domicilio senza cortisone. L'impressione è che l'utilizzo del cortisonico inalatorio non abbia modificato la storia asmatica. Possiamo procedere ancora con il Fluspiral 50, 2 puff x 2? Aspettiamo ancora per l'eventuale terapia iposensibilizzante? Che altro?**

dott.ssa Nilde Francano  
Pediatria di famiglia

Penserei:

1. Di rivalutare se fa e se fa bene la terapia inalatoria (la non risposta agli steroidi inalatori ha sempre questa come prima causa).
2. Di continuare la terapia aggiungendo anche l'antileucotriene o aumentando la dose di fluticasone (scolasticamente, come da linee guida).
3. Di considerare l'attendibilità della famiglia (il gatto è a volte "devastante" e non è immediatamente sufficiente allontanarlo).
4. Da ultimo, ma proprio da ultimo, di ipotizzare un'altra cosa (ad esempio, una sindrome di Churg-Strauss o una polmonite eosinofila).

**Donna sessantenne che 25 anni fa per una ferita veniva sottoposta a siero antitetanico (la donna non ricorda perché il siero, ma evidentemente non era vaccinata o non sapevano se lo fosse stata). Comunque, attualmente, non ha alcun certificato relativo alle vaccinazioni fatte. Il giorno dopo aver fatto il siero (questo**

**lo ricorda bene) presenta orticaria e angioedema (nulla di grave). Si presenta dove le avevano fatto il siero e le viene praticata una dose di vaccino antitetanico; la stessa dose viene ripetuta dopo sei mesi (sic!) e mai più. La signora ricorda che avrebbe dovuto farne un'altra, ma non l'ha fatto.**

**Ora, sul posto di lavoro, le richiedono di mettersi in regola con questa vaccinazione. Su richiesta di un altro medico, esegue il dosaggio di IgG antitetano che risulta negativo.**

**La domanda che faccio è questa: dopo averle iniettato la dose di Td (che eseguo subito) posso considerare questa un richiamo o devo riprendere dall'inizio la vaccinazione primaria, visto che probabilmente non ha fatto che le due inoculazioni 25 anni fa e mai più nulla prima e dopo?**

Pediatria ospedaliero

Per considerare una vaccinazione contro il tetano eseguita completamente è necessario praticare tre dosi.

D'altra parte, dopo due dosi, anche a distanza di tempo ci dovrebbe essere una minima quantità di anticorpi.

I valori di IgG antitetano, quando andiamo a cercarli, possono essere:

≤ 0,01 UI/ml = il soggetto non è stato mai vaccinato e deve ricevere le 3 dosi;  
0,01-0,099 = il soggetto ha ricevuto il vaccino, ma è bene fare una dose di richiamo;

≥ 0,1 UI/ml = il soggetto è stato vaccinato e la quantità di anticorpi è sufficiente a difenderlo. Non è necessario fare niente.

La signora in questione (sessantenne) di sicuro, da piccola, non è stata vaccinata, perché nata prima della obbligatorietà della vaccinazione antitetano (legge 5 marzo 1963 n. 292 e DPR 7 settembre 1965, n. 1301). Oggi il tetano e le morti per tetano colpiscono essenzialmente le donne di una certa età, che non sono state vaccinate e ovviamente non hanno fatto il servizio militare.

Nel caso specifico, con la particolarità dell'assenza di anticorpi dopo 2 dosi a

distanza di anni, mi comporterei in questo modo: vaccinazione con dT (o dTpa); se questa dose va considerata un richiamo o come prima dose di una serie in un soggetto che non ha risposto alle prime due dosi, si vedrà a seconda della risposta immunologica.

Se dopo 7 giorni, si trova un valore ≥ 0,1 UI/ml, tutto bene; non si dovrà fare niente. Magari una nuova dose ogni 10 anni successivamente. Se non si trovano anticorpi o se questi sono a un livello basso, si deve fare una nuova dose dopo un mese e dosare di nuovo gli anticorpi, regolandosi di conseguenza (una dose dopo 6-10 mesi o niente).

**Bambina di 10 anni con sindrome di Down, vaccinata ogni anno contro l'influenza dall'età della scuola materna per infezioni respiratorie ricorrenti. Ad agosto 2006 ha effettuato esami ematologici di routine per la patologia di cui è affetta (circa ogni 3 anni), da cui è comparsa neutropenia lieve con neutrofili a 1530 con GB totali e linfociti nelle norma (non segnalate dalla mamma virosi recenti). Nell'emocromo ripetuto dopo 2 mesi si conferma neutropenia a 1460 su 4170 GB. Non altri dati che per ora facciano pensare a una causa specifica della neutropenia, che saranno ricontrattati nel tempo.**

**Riguardo alla vaccinazione antinfluenzale, che pensavo di farle fare ancora per 1-2 anni, la dott.ssa dell'ambulatorio vaccinazioni mi ha consigliato di farla vaccinare con vaccino antinfluenzale a subunità. Posso farla vaccinare tranquillamente?**

dott.ssa Antonella Genero  
Pediatria di famiglia

Come si sa, nella sindrome di Down esistono numerose anomalie ematologiche, praticamente per tutti i tipi di cellule. Esiste una leucocitosi, abbastanza frequente nel periodo neonatale ed esiste un rischio aumentato di leucemia linfoide acuta e mieloide di oltre 20 vol-

te. La punta d'incidenza della leucemia è nel 2°-3° anno di vita (la bambina in questione ha già superato fortunatamente questa età); esistono nel Down delle leucemie congenite che si risolvono spesso spontaneamente. Alla comparsa di manifestazioni leucemiche transitorie veniva dato il nome di reazioni leucemoidi. Anche le piastrine mostrano una varietà di alterazioni morfologiche e biochimiche (bassi livelli di serotonina, aumentato contenuto di sodio e diminuito contenuto di potassio) con una funzione quasi normale. La sequenziazione del cromosoma 21 ha messo in evidenza più di un gene, responsabile del numero e della funzione dei globuli bianchi.

Anche se in letteratura predominano le segnalazioni di leucocitosi nei Down, non mi meraviglia che possa aver rilevato in un caso un numero basso di neutrofilo. Il numero riportato è tuttavia sufficientemente alto per assicurare delle buone difese da parte dell'immunità innata, della quale la funzionalità dei neutrofilo fa parte. In senso stretto, si parla di neutropenia quando i neutrofilo sono al di sotto di 1000/mm<sup>3</sup> e di forma grave quando sono al di sotto di 500.

Si può vaccinare la bambina tranquillamente con una sola dose, avendo un'età superiore a due anni. Indifferentemente può utilizzare un vaccino split o subunità (uno vale l'altro). Non vedo, in linea teorica, la necessità di utilizzare un vaccino adiuvato.

**Bambino di 9 anni, sano, ha presentato negli ultimi 5 mesi 2 episodi di tachicardia insorta a riposo, con sudorazione, della durata di 2' il primo e di 5' il secondo, risoltisi spontaneamente. Ormoni tiroidei nella norma. Ecocardio ed ECG nella norma, ma il cardiologo ha proposto un "segnalatore di eventi" da applicare sul precordio in caso di nuovo episodio-studio con stimolazione transesofagea per provocare di nuovo la tachicardia. Sono un po' perplessa; non avevo dato la giusta importanza a questi episodi. Che cosa ne pensate?**

dott. F. Barletti  
Pediatra di famiglia

La brevità degli episodi e la sporadicità nell'arco di 5 mesi giustificano un atteggiamento di scarsa aggressività diagnostica, anche perché, sulla base di questa sintomatologia, con cuore normale, comunque, non vi sarebbero indicazio-

ni a dare farmaci. Il segnalatore di eventi è già probabilmente una procedura eccessiva per un sintomo che si manifesta meno di una volta al mese. Tuttavia, oggi, ve ne è una certa disponibilità presso tutti i centri di cardiologia ambulatoriale e lo si considera appropriato come indagine di primo livello per distinguere i pazienti che necessitano di valutazioni cardiologiche più approfondite da quelli che non richiedono nessuna ulteriore indagine diagnostica.

**Un lattante di 3 mesi, 24 ore dopo aver praticato la prima dose di esavalente, ha dimostrato una sonnolenza continua per 3 giorni, interrotta solo per prendere dosi di latte nettamente inferiori a quelle che prendeva di solito. In questi 3 giorni avrebbe anche evacuato molto poco, e questo stato di torpore si sarebbe interrotto dopo una scarica alvina normale.**

**A suo avviso occorre prendere qualche precauzione per quanto riguarda la seconda dose di esavalente?**

dott. Antonio Serena

È difficile essere certi di poter correlare una sintomatologia di questo tipo all'esavalente, ma la comparsa di un sonno profondo a distanza di ore dalla vaccinazione (di qualsiasi vaccinazione) è un evento relativamente frequente. È un fenomeno che ho incontrato più volte nella mia pratica professionale.

Purtroppo, in letteratura, di questo fenomeno non se ne parla che indirettamente, per cui non sono in grado di offrire delle pezze d'appoggio bibliografiche a quanto sopra affermato.

Secondo la mia esperienza le successive somministrazioni di vaccino non sono mai accompagnate da una ripresa della sintomatologia, nemmeno di minimo conto. Ritengo perciò che sia possibile la ripresa delle vaccinazioni secondo la schedula regionale. Le sarei comunque grato se volesse comunicarci come intende proseguire con le vaccinazioni e quali risposte cliniche abbia avuto nel caso segua il consiglio da me avanzato.

**Un ragazzo con asma veramente grave (tre ricoveri, di cui l'ultimo con 24 ore di rianimazione) non fa praticamente né profilassi né terapia.**

**Attualmente ha 11 anni, allergico ad**

**acarico e parietaria, in pratica rifiuta aerosol, spray e polveri, nonostante le assillanti insistenze e le evidenze dei loro benefici.**

**Si può sperare qualcosa dagli antileucotrieni (ammesso che accetti terapia per os per tempi prolungati)? Ovviamente parlo di terapia isolata e non associata ai cortisonici inalatori che rifiuta accanitamente.**

**C'è qualche trucco del mestiere?**

**Ovviamente la situazione familiare non permette una gestione un minimo attendibile del problema.**

Pediatra di famiglia

Ritengo che, se rifiuta le terapie inalatorie, non prenderà nemmeno gli antileucotrieni, ma ritengo anche che questi siano inefficaci nell'ambito di un asma grave persistente come quello descritto (o perlomeno non c'è alcuna evidenza che lo siano).

Credo però anche che un caso così debba essere immediatamente segnalato alle autorità competenti e ai servizi di assistenza sociale.

**Lattante di 2 mesi, allattata al seno, presenta fontanella anteriore piccola (0,5 x 0,5 cm), ma normale crescita della circonferenza cranica e nessuna asimmetria cranio-facciale: è opportuno sospendere temporaneamente la profilassi quotidiana con le 400 unità di vitamina D? In caso di precoce chiusura della fontanella (prima dei 6 mesi) la profilassi va sospesa definitivamente?**

Pediatra di famiglia

Le dimensioni della fontanella sono molto variabili e così anche i tempi di chiusura (Kiesler J, *American Family Physician*, 15 giugno 2003): a 3 mesi circa l'1% delle fontanelle anteriori si chiude; da notare che l'apertura della fontanella certe volte è difficile da apprezzare: sembra chiusa, ma non lo è realmente! Tutto è normale se non vi sono anomalie di sviluppo generali, di crescita del cranio o del massiccio cranio-facciale. A 12 mesi si chiude circa il 38% delle fontanelle anteriori, a 2 anni il 96%. Non deve quindi essere motivo di preoccupazione trovarsi nelle condizioni espresse nella domanda e non si deve attribuire alcuna responsabilità alla bassa dose quotidiana di vitamina D assunta.