

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

**In un maschio di anni 15 e mezzo, con scatto staturale all'età di anni 13 e mezzo (fosfatasi alcalina rientrata da qualche mese ai limiti superiori dei valori normali), fino a che età ci si può aspettare una, seppur lenta, crescita?**

dott. Giacomo Tinervia  
e-mail: giacomotinervia@tiscalinet.it

Lo sviluppo puberale nella femmina dura due anni, nel maschio tre; lungo questo periodo si ha una crescita prima più rapida, poi più lenta. È verosimile aspettarsi una crescita anche lenta fino a 16-16,5 anni; se lo sviluppo è iniziato a 13,5 anni, cresce ancora il rachide quando gli arti si fermano, dipende sempre dalla maturazione ossea.

**Ho due piccoli pazienti poliallergici con rino-congiuntivite e asma persistenti. Essi sono in profilassi per tutto l'anno ma, mentre l'asma è ben controllato con il cortisonico+beta2 long acting inalatorio (Aliflus), la rinite non era ben controllata dagli antistaminici di ultima generazione. Per questo motivo ho provato il Polaramin, con immediato successo sulla rinorrea e il prurito. Ora è circa un mese che lo assumono, senza problemi di sonnolenza e lieve aumento dell'appetito. Posso continuare? Mi devo aspettare problemi? Tachifilassi? Non ho esperienza con questi farmaci per periodi prolungati. Aggiungo che gli steroidi nasali non hanno avuto effetto sul prurito e sulla rinorrea (come era da aspettarsi).**

Pediatra

L'effetto sull'appetito non è certamente trascurabile, mentre l'effetto sedativo nel bambino piccolo non è facilmente misurabile, non viene denunciato dall'interessato e non giurerei che non ci sia. Se aggiungiamo che questa molecola non è mai stata sperimentata per tem-

pi lunghissimi, avrei più di una perplessità a continuare il *Polaramin* a tempo indefinito. Forse potrebbe semplicemente provare ad aumentare il dosaggio dell'antistaminico di 2° generazione (la cetirizina è il più collaudato in età pediatrica anche per tempi lunghissimi e con dosaggi doppi). Dubito poi che lo steroide topico sia stato veramente fatto bene se è risultato inefficace. Tutti gli studi che hanno comparato le due terapie hanno sempre dimostrato la superiorità di questo sull'antistaminico e per tutti i disturbi considerati.

Forse la Sua poca convinzione su questi farmaci ha suggestionato il parere dei genitori.

**Ho l'impressione che ci sia un aumento della pertosse. È vero? A cosa è dovuto? Scarsa efficacia del vaccino?**

dott. Valentino Indrio (Pediatra)

Giusta osservazione la Sua, che non fa che confermare quanto da qualche anno risulta in letteratura anglosassone: un aumento sia in percentuale che in assoluto dei casi di pertosse nei bambini di 9-12 anni, negli adolescenti, negli adulti e anche negli anziani.

Il fenomeno, descritto per la prima volta in quegli Stati che da più tempo avevano introdotto la vaccinazione contro la pertosse fra le vaccinazioni raccomandate e che avevano raggiunto da lustri tassi di copertura superiore al 90-95%, sta cominciando a evidenziarsi anche da noi.

Questo perché l'immunità lasciata dalla vaccinazione non dura più di 8 anni e quella lasciata dalla malattia non più di 15 anni. La vaccinazione stimola le cellule della memoria, ma, al contrario di quanto avviene con altri vaccini, la durata di questa memoria è piuttosto breve.

Ma a questo punto sorge naturale un'al-

tra domanda: perché dieci anni fa questo fenomeno non si manifestava?

Perché, quando la copertura vaccinale non era così alta, come in questi ultimi 5-10 anni (oltre il 95% secondo ICONA 2 del 2003, grazie all'effetto di trascinarsi delle vaccinazioni obbligatorie), la circolazione della *Bordetella pertussis* era così abbondante da permettere un contatto frequente con l'agente infettivo, per cui erano molto frequenti le reinfezioni endogene, assolutamente asintomatiche, ma tali da richiamare per tempo il livello anticorpale e l'immunità cellulare, così importante nella pertosse.

Il problema è reso più acuto dal fatto che l'adulto con pertosse (sempre di difficile riconoscimento) introduce la *Bordetella* nella famiglia, infettando e facendo ammalare (la pertosse ha un R0 di 18) il piccolino di pochi mesi che non è stato ancora vaccinato, il lattante che ha ricevuto una sola o due dosi, il ragazzo di 9-12 anni, che ha saltato la quarta dose a 5-6 anni o che comunque non è più difeso, o infine l'adolescente. Sarebbe quindi il momento, sulla base di questa patomorfosi della malattia, di cambiare strategia nella vaccinazione contro la pertosse: bene l'esavalente per le prime 3 dosi, bene il vaccino DT-Pa a dose piena a 5-6 anni, ma poi stabilire di eseguire dosi di richiamo, inizialmente a 12-14 anni e successivamente, ogni 10 anni, per la vita. Fino a un paio di anni fa era impossibile praticare una prevenzione nell'adulto, ma ora disponiamo di un vaccino dTpa (*Boostrix*) da usare nell'adolescente e nell'adulto per i richiami.

Ma, al solito, fra il dire e il fare c'è di mezzo il mare. Bisogna parlarne di continuo e bisogna imparare che i calendari vaccinali non devono cessare a 6 o 12 anni, ma devono prolungarsi per tutta la vita e comprendere quindi anche le vaccinazioni dell'adulto e dell'anziano.



# LE MOLTE FACCE DELLA FIBROSI CISTICA: CONFRONTO TRA SPECIALISTI

Trieste, 9-10 settembre 2005 - Jolly Hotel

Saranno richiesti i crediti formativi ECM



## 9 SETTEMBRE

### 9.00 Presentazione e razionale del congresso

A. Ventura, F.M. de Benedictis, F. Poli

### 9.15 La fibrosi cistica e la pediatria (Modera F. Marchetti, Trieste)

- Cosa vorrebbe sapere un pediatra sulla fibrosi cistica: interrogativi da una esperienza "periferica" (B. Sacher, San Daniele del Friuli)
- Il pediatra di famiglia e il bambino fibrocistico: troppo, troppo poco o mai? (R. Cavallo Lecce)
- Cosa deve sapere un pediatra della fibrosi cistica (G. Magazzù, Messina)

### 10.15 Ventilazione invasiva e non invasiva (modera F. Pardo, Palermo)

- Ventilazione non invasiva: ci sono novità veramente utili per il fibrocistico? (B. Fauroux, Parigi)
- Ventilazione invasiva: quando, come e perché (G. Bugio, Palermo)
- Dalla teoria alla pratica: un caso che insegna (E. Barbi, Trieste)

### 11.45 Fibrosi Cistica e genetica (modera G. Mastella, Verona)

- Genotipo vs fenotipo: a che punto siamo (C. Castellani Verona)
- Quando la genetica apre la strada alla terapia, ovvero farmacogenetica della fibrosi cistica: dagli aminoglicosidi al curcumino e ...altre storie (M. Conese, Milano)

### 14.30 Un confronto "classico" per dire molte cose sulla fibrosi cistica: lo screening neonatale (modera D. Faraguna, Trieste)

- Le ragioni del sì, le ragioni del no (Corbetta, Milano)

### 15.00 Andiamo dentro i problemi (modera F.M. de Benedictis, Ancona)

- La prima infezione da Pseudomonas - G. Taccetti (Firenze)
- TOBI: i risultati di uno studio postmarketing (F. Marchetti, Trieste)

- Cicli di terapia endovenosa: quando, come e perché (C. Braggion, Verona)

- "Cortisone": no, sì, quando, come (B.M. Assael, Verona)

### 16.30 La parola al fisioterapista: confronto e domande libere (S. Zuffo, Firenze; R. Sartori, Trieste; L. Pietroni, Ancona)

### 17.30 Nutrizione e dintorni (modera L. Giglio, Trieste)

- Vere e false indicazioni alla nutrizione clinica nel fibrocistico (V. Lucidi, Roma)
- I problemi della nutrizione attraverso i casi

## 10 SETTEMBRE

### 8.45 modera L. Zancan, Padova

### Fibrosi cistica e fegato: punti caldi a confronto con l'epatologo a partire da 3 domande (M. Cipolli, Verona; S. Martellosi, Trieste)

### 9.40 Il diabete nel fibrocistico: domande e confronto tra specialisti

- ...della fibrosi cistica (L. Minicucci, Genova)
- ...del diabete (G. Tonini, Trieste)

### 10.20 L'osso nel fibrocistico: è un problema?

Dalla teoria alla pratica (ML Bianchi, Milano)

### 11.00 modera F. Poli

### Fibrosi cistica: tre casi che fanno discutere

Fibrosi cistica: uno per tutti, tutti per uno (R. Motta, Messina)

Fibrosi cistica: "trucchi del mestiere" (V. Raia, Napoli)

### 12.30 Sottolineature e "ordine del giorno" per un prossimo incontro (F.M. de Benedictis, A. Ventura)

**PRESIDENTI DEL CONGRESSO:** Fernando Maria de Benedictis (Ancona), Alessandro Ventura (Trieste)

**SEGRETERIA SCIENTIFICA:** Furio Poli, Federico Marchetti



**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:** Quickline sas

via S. Caterina da Siena 3 - 34122 TRIESTE

Tel. 040 773737-363586; Fax 040 7606590;

e-mail: congressi@quickline.it; <http://www.quickline.it>

P