

Qual è l'utilità del "Diosmectal" nel trattamento delle enteriti acute?

Pediatra

Il Diosmectal è un silicato di alluminio naturale (argilla).

Le sue proprietà sono adsorbenti e "co-prenti" la mucosa intestinale e su tali presupposti si basa il suo uso nella diarrea. Nel trattamento delle enteriti acute, non mi sembra trovi un razionale, può avere al massimo un effetto "cosmetico" (compattazione delle feci).

Riprendendo il discorso sulla "spremitura delle tonsille", dalle Domande e Risposte di Medico e Bambino del 28/2/94: «Tale metodica, almeno nella zona dove lavoro, è praticata da moltissimi medici, soprattutto otorini, anche clinici universitari, sia come criterio diagnostico di tonsillite cronica (le cosiddette "tonsille marce"), sia con scopi curativi in corso di tonsillite purulenta acuta con febbre persistente e non responsiva alla terapia antibiotica, perché -si guarisce prima e meglio-, tanto che è invalso l'uso di chiederne l'effettuazione da parte di pazienti al medico "bravo" che la sa praticare. Il casuale e aneddótico sfebbramento, il giorno dopo la spremitura, ha "creato" un ingiustificato inserimento nel "Prontuario della pratica del medico" di tale metodica».

Personalmente l'ho praticata alcune volte in passato, ma ormai, leggendo anche articoli di Medico e Bambino, l'ho abbandonata, ma vedo praticare la spremitura associata alla terapia inettiva antibiotica molte volte anche a bambini ai quali è già stata diagnosticata un'infezione da virus di Epstein-Barr o da altro virus (es. adenovirus). Mi chiedo se c'è un rischio, anche ipotetico, di diffusione con la spremitura di germi per via ematogena? Il quesito è vecchio, ma una risposta con dati scientifici incontrovertibili può essere utile per evitare uno dei tanti metodi di intervenire scorrettamente sulla "pelle" del bambino.

dott. Saverio Ferraro (pediatra)
San Giuseppe Vesuviano (NA)

Difficile avere a disposizione "dati clinici incontrovertibili" per controbattere questo tipo di medicina "magica". Ma l'onere della prova spetta a chi fa qualcosa;

dunque dovrebbero essere gli "spremitori" a portare una dimostrazione "incontrovertibile", sperimentale, o letteraria, dell'efficacia del loro intervento. Lo sfido a farlo.

Diverso tempo fa ho letto su Il Giornale del Medico del 26 gennaio 1993 un estratto da un incontro Shering-Plough tenutosi a Parigi alla fine del '92 su alcune patologie e sulle strategie terapeutiche emergenti.

Per brevità riporto quanto espresso dalla Prof. Sheila Sherlock sul tema dell'epatite C: «Ci si domanda come si siano infettate con il virus tante persone che non rientrano in fasce a rischio, tra cui i donatori di sangue. È possibile che in passato sia avvenuto un contatto nella popolazione dovuto a somministrazione per via parenterale di preparati "ricostituenti" come quelli vitaminici».

I quesiti sono:

1. come è stato possibile questo?
2. come erano preparati tali prodotti?
3. c'era una vera farmaco-sorveglianza?
4. erano possibili infezioni con altri virus?

Personalmente ritengo che in passato (negli anni '60-'70 era una moda fare "terapie" soprattutto nel periodo di fine estate) il rischio fosse maggiore perché si utilizzavano siringhe e aghi non monouso.

dott. Saverio Ferraro (pediatra)
San Giuseppe Vesuviano (NA)

Sono perfettamente d'accordo con l'interpretazione dell'interrogante, ma aggiungerei che in quegli anni si facevano anche molte terapie con gammaglobuline non controllate per l'epatite C e forse anche queste possono aver contribuito al "misfatto".

Sul bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli e provincia, numero di agosto 1997, viene presentato un articolo col titolo: "Direttive del Ministero della Sanità sul tetano e misure di profilassi". Nel paragrafo "Trattamento dei traumatizzati" si legge: "un'accurata toilette chirurgica e un'adeguata copertura antibiotica si impongono, qualunque sia lo stato vaccinale del soggetto e di conseguenza l'immunoprofilassi attuata".

Domando:

1. è veramente necessaria l'adeguata copertura antibiotica?
2. può l'antibiotico impedire lo sviluppo del Clostridium tetani?
3. Queste direttive sono frutto di un elaborato del Ministero e con quale data e numero sono state pubblicate?

dott. Saverio Ferraro (pediatra)
San Giuseppe Vesuviano (NA)

La Circolare Ministeriale è la n° 16 dell'11-11-96 (Dipartimento di Prevenzione - Ufficio Profilassi Malattie Infettive n° 6367) e nel punto da lei ricordato riporta proprio la frase citata. La penicillina è utilissima per combattere adeguatamente il *Clostridium tetani* e quindi è capace di impedirne lo sviluppo; tuttavia non va utilizzata in ogni tipo di ferita. Convieni, come stabilito ormai da anni (OMS, *Libro Rosso* e altri), suddividere le ferite in due grandi gruppi: ferite pulite minori, e tutte le altre ferite, cioè quelle contaminate con sporcizia, terriccio, feci, saliva (morsi di animali), come le ferite penetranti profonde, le avulsioni dentarie, le ferite da schiacciamento, le ustioni e i congelamenti (in pratica le ferite profonde e tutte quelle accompagnate da mortificazione e necrosi dei tessuti). Nelle prime (quelle pulite minori) l'uso dell'antibiotico non è assolutamente indicato, mentre è utile nel trattamento delle seconde.

Un bambino di sei anni ha praticato un controllo ematologico perché il nonno è affetto da epatite C cronica. Il test per anti-HCV è risultato positivo. Dopo solo due giorni abbiamo ripetuto l'esame presso lo stesso laboratorio di analisi (Centro di Radioimmunologia di ottima professionalità) e il risultato è stato "debolmente positivo". Il responsabile del centro ha rassicurato i genitori del bambino affermando che la positività è dovuta alla pregressa vaccinazione anti-epatite B praticata alcuni anni prima. Quale atteggiamento debbo avere?

dott. Saverio Ferraro (pediatra)
San Giuseppe Vesuviano (NA)

La risposta in parte diversa (positivo e debolmente positivo) dallo stesso laboratorio, nello stesso soggetto, a distanza di pochi giorni, è un'evenienza relativamente frequente e non deve sorprendere.

Sorprende invece quanto è stato affermato dal responsabile del centro che probabilmente è stato mal compreso dai genitori.

È vero che in un passato abbastanza remoto è stato osservato che l'anti-HBc (cioè l'anticorpo verso il "core") poteva risultare positivo in soggetti affetti da epatite C (allora chiamata non-A, non-B), come reperto assolutamente isolato; ma non risulta sia assolutamente vero il contrario, cioè che un soggetto vaccinato contro il virus dell'epatite B (con l'HBsAg) possa risultare positivo alla ricerca dell'anti-HCV.

Un noto clinico di una Clinica Pediatrica Universitaria di Milano tratta con 3 iniezioni di benzatin-penicillina il TAS se superiore a 700, anche "isolato" (clinica silente, VES normale, tampone faringeo negativo). È corretto fare così? Se sì, per quale scopo?

Pediatra di base

È certamente un comportamento scorretto. Difficile capire perché viene fatto. Probabilmente per rendere la prestazione più "pesante" (per il sedere del bambino e per le tasche dei genitori).

Ci sono possibili rapporti tra fimosi e infezioni delle vie urinarie?

Pediatra di base

Sì, è dimostrata questa associazione ed è dimostrato che la circoncisione riduce il numero delle infezioni urinarie.

Ma è un problema da prendere in considerazione solo quando infezioni ricorrenti alle vie urinarie in un maschio non hanno altre cause che le giustifichino.

Mi è capitato in ambulatorio di vedere una bambina di tre anni e mezzo che, a detta della mamma, andava soggetta a episodi febbrili ricorrenti (asilo?).

Le sono stati prescritti antibiotici vari in occasione di tali episodi e, almeno a detta della mamma, c'era diagnosi chiara (otite, faringite, infiammazione, influenza ecc.).

Per risolvere il problema della ripetitività febbrile è stato proposto dal suo pediatra di base un "trattamento preventivo" costituito da azitromicina per tre giorni al mese per sei mesi. Non sono stati fatti esami di sorta; non sono a conoscenza dell'utilità di un simile trattamento e gradirei un vostro parere a proposito.

Pediatra

Non si tratta certamente di un trattamento sostenuto da evidenza o razionalità scientifica.

Nell'otite media ricorrente il Prof. Principi ha dimostrato l'utilità della prevenzione con azitromicina in un'unica dose settimanale (10 mg/kg): forse il trattamento sopra riportato è una libera interpretazione di questo schema?

CONVEGNO DI PEDIATRIA

ABC PER IL PEDIATRA PRATICO: OLTRE LA CLINICA

Alghero, 11-12 settembre 1998

Venerdì 11 settembre mattina

9.00 Lettura magistrale
Progressi nella valutazione del rischio genetico - A. Cao

Celiachia oggi - Moderatori: T. Meloni, C. Vullo

9.30 Novità sulla patogenesi della celiachia - S. De Virgiliis

10.15 La celiachia nel mondo - G. Fanciulli, C. Catassi

11.10 Una malattia per quale specialista? - A. Ventura

Piano sanitario nazionale, piani regionali e salute del bambino
Moderatore: G. Tamburlini

12.00 Osservazioni al piano sanitario nazionale e proposte per la riorganizzazione delle cure pediatriche - G.C. Biasini

12.30 La salute infantile nel piano regionale - A. Bracciotti, Assessorato Sanità Regione Sardegna

Venerdì 11 settembre pomeriggio

Itinerari di prevenzione del disagio giovanile - Moderatore: F. Panizon

1. L'EPIDEMIOLOGIA

15.00 I dati disponibili - D. Baronciani

Uno sguardo alla realtà locale - V. Lamieri, Assessorato Sanità Regione Sardegna

2. GLI INTERVENTI POSSIBILI

17.10 Fattori di rischio e protezione - G. Tamburlini

La legge 285 e il ruolo dei servizi - V. Belotti, Firenze

Il ruolo della scuola - G.C. Arru, Provveditorato Studi di Sassari

Il ruolo dell'Associazione - P. Demartis, Associazione Primavera, Alghero

Sabato 12 settembre mattina

Asma Moderatori: F. Panizon, C. Vullo

9.00 Prevenzione primaria e secondaria - A. Boner

9.45 Immunoterapia specifica - G. Longo

10.30 Uso degli steroidi topici - A. Corrias

11.30 Vaccinazioni: domande e risposte - B. Assael

12.15 Dalla lezione all'interazione: l'utilizzo di Internet per il medico
S. Fedele, F. Dessi

Sabato 12 settembre pomeriggio

Colloqui con lo specialista - Moderatori: A. Ventura, G.C. Biasini

15.00 Casi clinici - F. Panizon

15.40 La comunicazione di malattia grave alla famiglia - C. Vullo

16.10 Stenosi ipertrofica del piloro: esistono spazi per una terapia medica conservativa? - A. Dessanti

16.40 Il piede nell'età evolutiva: bisogna sapere che... - G. Maranzana

17.20 Casi clinici - F. Panizon o A. Ventura

18.00 La pratica della genetica medica in Pediatria - F. Pasquali

18.30 Quando il bambino deve essere indirizzato all'oculista?
F. Carta

19.00 Chiusura dei lavori

COMITATO SCIENTIFICO: ACP Sezione sarda

Franco Dessi - Tel 0783/57401

Giovanni Fanciulli - Tel. 079/996270

Quota d'iscrizione fino al 30/6 Lire 200.000

Si parla sempre più di "testicoli" e sempre meno si capisce bene cosa fare. Mi riferisco ovviamente a situazioni limite. È chiaro che un testicolo ritenuto debba essere operato quanto prima, dopo eventualmente una terapia ormonale di supporto. Ma per quel testicolo che "sale e scende", che può essere portato nello scroto, ma che subito risale: cosa si deve fare? quale terapia? quando? Va usato l'LHRH intranasale?

C'è chi dice (lavori alla mano) che non serve a niente; c'è chi dice che può servire. E poi, il testicolo che improvvisamente risale nel canale, quando invece era sempre stato palpato nello scroto, va trattato? A Montecatini '96, un noto chirurgo diceva che, se il testicolo scende ma non raggiunge il fondo dello scroto, va operato.

Pediatra

È vero, la materia è complessa, e il bene è nemico del meglio. Crediamo però che negli ultimi anni sia in atto un certo chiarimento:

1. come Lei dice, il testicolo non disceso (poco più di 1/1000 nati) va operato entro i 2 anni;
2. il testicolo in ascensore, che sta fuori dallo scroto più tempo che dentro, deve considerarsi alla stregua di un testicolo ritenuto: presenta alterazioni istologiche e disturbi della spermatogenesi simili (vedi *Medico e Bambino* n.4, 239, 1993); una orchidopessi è legittima;
3. un testicolo disceso può sicuramente risalire e restare stabilmente alto; merita una orchidopessi;
4. il testicolo deve raggiungere il fondo dello scroto: se no, va operato;
5. la terapia ormonale a dosi giuste (LHRH + gonadotropina corionica, o anche soltanto la gonadotropina corionica) fa sempre bene: può correggere (spesso però solo transitoriamente) la situazione anatomica; migliora la situazione trofico-funzionale anche per il futuro. È quindi giusto che venga fatta preliminarmente alla decisione dell'intervento, possibilmente da prendere in accordo con il chirurgo.

Nella sindrome di Down, l'alterazione dei T linfociti è quantitativa o funzionale? Quali sono le infezioni più frequenti e quali più temibili nel bambino Down?

dott. Nicola Di Pierno (medico generico)
Lucera (Foggia)

Nella sindrome di Down sono stati documentati i seguenti difetti immunitari:

1. ridotto numero di linfociti T4 (ridotto rapporto T4/T8) e scarsa risposta ai mitogeni;
2. difetto della sottoclasse IgG4;
3. alterata chemiotassi dei polimorfonucleati.

Il Down è più soggetto alle infezioni respiratorie, sia batteriche che virali, e in particolare nei primi 5 anni di vita.

Una madre, che non appartiene a nessun gruppo a rischio, si è accorta di avere l'epatite C dopo una settimana dal primo parto. Non ha allattato se non per qualche giorno prima della diagnosi. Nel corso degli anni successivi ha praticato terapia con interferone che ha normalizzato le sue transaminasi. Il bambino, che ora ha 5 anni, è HCV negativo. Questa madre è ora al settimo mese della sua seconda gravidanza, e mi chiede se potrà allattare il suo bambino. Attualmente il suo stato immunitario è HCV positivo. HCV RNA

quantitativo: assente; transaminasi nella norma da almeno 3 anni dopo la terapia con interferone.

N.B. Anche il papà è HCV positivo, ma le sue transaminasi, controllate frequentemente dall'epoca dell'infezione materna, sono state sempre normali.

dott.ssa Lucia Amato (pediatra ospedaliero)
Scafati (SA)

Gli studi di follow-up (alcuni piuttosto piccoli, già terminati; altri, più ampi, ancora in corso) indicherebbero l'assenza di trasmissione madre-figlio dell'HCV in periodo perinatale o con il latte materno, se la madre è HCV-RNA negativa. Esiste probabilmente la possibilità di infezione del figlio se la madre è HCV RNA positiva, ma il rischio sembra essere molto basso, dell'ordine dell'1-3%, e non è chiaro se la trasmissione è prenatale, intrinatale o postnatale attraverso il latte materno. In sostanza non vi sono al momento motivi per scoraggiare l'allattamento al seno in caso di positività per HCV.