

Le domande vanno inviate alla redazione preferibilmente via mail (e-mail: domanderisposte@medicoebambino.com) oppure per posta (via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste). Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale di *Medico e Bambino*, che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica.

Le domande di maggior interesse generale potranno essere pubblicate nella rubrica "Domande e Risposte". Per questo, è opportuno che il mittente segnali anche la città in cui lavora e la qualifica e/o il tipo di attività svolta.

Se, al contrario, non si desidera che il proprio nome venga indicato in calce al quesito posto, è sufficiente specificarlo.

Bronchiti asmatiche ricorrenti e gravi. Un mio piccolo paziente di 2 anni ha già avuto due ricoveri per insufficienza respiratoria nel periodo autunno-invernale, il primo nel 2010 e l'ultimo circa due settimane fa è stato tale da richiedere l'intubazione con degenza in terapia intensiva. Non ha sensibilizzazioni allergiche. Presenta numerosi episodi di bronchite asmatiforme nel periodo invernale. Test del sudore negativo, buon accrescimento staturo-ponderale. Non ho ancora dosato l'alfa-1 antitripsina. È il secondo figlio di una famiglia di origine nord africana, vive in un appartamento con macchie di umidità e la famiglia presenta scarsa compliance (il padre, unico a parlare italiano, è fuori casa per tutto il giorno per lavoro). La mia intenzione è quella di consigliare una profilassi. Durante la degenza è stato iniziato il montelukast: alla luce anche degli ultimi lavori pubblicati tale profilassi risulterebbe scarsamente efficace. Sarebbe dunque meglio istruire la famiglia sull'uso del distanziatore pediatrico e consigliare una profilassi con steroide inalatorio a basse dosi per il periodo invernale? Manterebbe, comunque, come terapia di fondo il montelukast, nell'ipotesi che la terapia inalatoria non venga eseguita con continuità? Avrei anche pensato di preparare un piano terapeutico scritto, tradotto dal mediatore culturale, per affrontare le crisi di tosse-dispnea alla prima insorgenza.

dott.ssa Nicoletta De Paulis
Pediatra ospedaliero, Piacenza

Una cosa sono le regole (le evidenze scientifiche), un'altra è il caso singolo. Una ricorrenza alta, ma in particolare crisi molto gravi rendono ragionevole adottare tutti i presidi terapeutici che abbiamo a disposizione. In un caso così non avrei dubbi nel consigliare il cortisonico per os al primo accenno di un nuovo episodio. Ovviamente è fondamentale che il salbutamolo per via inalatoria sia fatto bene e a dosi adeguate (importante sottolineare le errate indicazioni posologiche del foglietto illustrativo). Ma al-

trettanto, se non più importante, è verificare l'adeguatezza dell'apparecchio di aerosol in dotazione, perché è improbabile che una famiglia con scarse possibilità economiche disponga di un apparecchio adeguato. Meglio allora ricorrere allo spray con distanziatore, ma anche in questo caso è fondamentale accertarsi che le indicazioni all'uso siano state comprese e adottate correttamente (verificare, in ambulatorio, che sappiano fare bene la terapia inalatoria è un momento fondamentale per il buon esito delle terapie prescritte). Molto buona e opportuna l'idea di preparare un piano terapeutico scritto e tradotto dal mediatore culturale. Infine, per lo stesso principio sopra ricordato, in un caso di questa gravità, non avrei esitazione a prescrivere un trattamento di base con entrambi i farmaci disponibili (montelukast e fluticazione, o altro steroide inalatorio) e per tempi lunghi. Comunque vada, tranquillizzerò la famiglia perché casi così ne ho visti più di uno (bronchi costituzionalmente stretti?) e la loro evoluzione nel tempo è di norma favorevole.

Andatura falciante. Bambina di 15 mesi che presenta lieve andatura falciante. La radiografia comparativa dei piedi è risultata negativa. All'esame obiettivo al piede destro si nota un accenno di slittamento all'interno del calcagno e all'avampiede modesta adduzione, varismo e supinazione. A causa dell'età è stata sconsigliata la scarpetta "Bebax" da un consulente ortopedico. Gradirei sapere se il piccolo difetto con il tempo guarirà spontaneamente o se esiste altro trattamento.

dott. Emilio Santaroni
Monte San Giovanni Campano (FR)

L'andatura "falciante" è caratteristica della deambulazione dell'epiparettico; in un bambino di 15 mesi, che ha iniziato da poco la deambulazione autonoma può essere solo un segno di immaturità. L'esame obiettivo segnala la presenza di un varismo dell'avampiede che potrebbe

essere riferibile a un metatarso varo congenito. Questa malformazione, presente alla nascita, ma spesso misconosciuta, comporta principalmente un danno estetico ed è una delle cause di deambulazione "a punta in dentro" (l'esame radiografico dovrebbe poter confermare questa diagnosi). Non tende alla correzione spontanea con la crescita, ma richiede un trattamento ortopedico nei primi mesi di vita. Questo viene tradizionalmente effettuato con apparecchi gessati correttivi a stivalotto o, nelle forme più lievi, con tutori "Bebax" (scarpe nelle quali è regolabile l'angolazione dell'avampiede rispetto al retropiede). Questa patologia, contrariamente al ben più grave piede torto congenito, una volta curata, ha scarsa tendenza alla recidiva. All'età di 15 mesi, se la deformità è molto evidente, un tentativo di correzione con apparecchi gessati potrebbe essere ancora giustificato.

Terapia con tiroxina e digiuno. Chiedo se è provato un ruolo negativo degli isoflavoni della soia nei pazienti con distiroidismo.

dott.ssa Paola Azzolin
Pediatra

L'assunzione di soia, ma anche del caffè, in prossimità della somministrazione della terapia può alterare l'assorbimento della L-tiroxina che avviene essenzialmente nel tratto di intestino prossimale. L'attesa dei 30' prima di assumere un pasto, sia per la soia sia per il caffè, dovrebbe essere portata ad almeno 60'. Sul caffè avrei peraltro una piccola riserva in quanto è vero che la letteratura anglosassone consiglia di attendere 60 minuti, ma il loro caffè è ben diverso dal nostro "espresso", per il quale forse non occorre essere così rigidi nei tempi. Per completezza ricordo che nel soggetto in terapia sostitutiva, per il controllo periodico degli ormoni tiroidei, la terapia non va assunta il giorno del prelievo, per non interferire con il dosaggio degli stessi.