

Si ringraziano gli "esperti" che hanno contribuito con le loro risposte e i loro pareri alla rubrica dell'anno 2003.

CARDIOLOGIA: Alessandra Benettoni; CHIRURGIA: Antonio Giannotta; DERMATOLOGIA: Fabio Arcangeli, Filippo Longo; DIABETE-ENDOCRINOLOGIA: Giorgio Tonini, Mauro Pocecco; EMATOLOGIA-ONCOLOGIA: Paolo Tamaro, Marco Rabusin; EPATOLOGIA: Giuseppe Maggiore; FARMACOLOGIA: Fulvio Bradaschia, Federico Marchetti; GASTROENTEROLOGIA: Grazia Di Leo, Stefano Martellosi; GENETICA: Bruno Bembì, Antonio Amoroso; GINECOLOGIA PEDIATRICA: Alberta Bacci, Giuseppe Ricci; IMMUNOLOGIA: Loredana Lepore, Marino Andolina; NEFROUROLOGIA: Leopoldo Peratoner, Marco Pennesi; NEONATOLOGIA: Riccardo Davanzo, Sergio De Marini; NEUROLOGIA: Marco Carrozzi; OCULISTICA: Paolo Perissutti; ODONTOSTOMATOLOGIA: Gabriella Clarich; ORTOPEDIA: Giuseppe Maranzana; OTORINOLARINGOIATRIA: Elisabetta Zocconi; PNEUMOLOGIA: Dino Faraguna, Furio Poli; VACCINAZIONI: Giorgio Bartolozzi.

Vorrei sapere il vostro punto di vista sull'abitudine, penso abbastanza diffusa tra i chirurghi italiani, di prescrivere terapia antibiotica prima e dopo un intervento (ad esempio di appendicectomia), anche in assenza di raccolte purulente, con indici infiammatori nella norma.

dott. Giorgio Collo (Pediatria ospedaliero)
Milano

Esistono in letteratura molte linee guida, sostanzialmente coincidenti, sulla profilassi antibiotica in chirurgia (vedi anche la recente versione italiana al sito www.pnlg.it).

Presso l'Ospedale Infantile di Trieste, per la chirurgia pediatrica, adottiamo il seguente protocollo (aggiornato al giugno 2003):

□ Non sono da profilassare tutti gli interventi così detti "puliti":

- interventi di superficie (lesioni cute-sottocute e piani muscolari)
- patologia inguinoscrotale
- ferite traumatiche di lieve entità, non contaminate
- laparoscopia.

□ Vanno profilassati con cefazolina, alla dose di 25 - 30 mg/kg ev nei casi pediatrici e di 20 mg/kg ev nei casi neonatali, i seguenti interventi:

- chirurgia del cavo orale
- chirurgia addominale senza apertura di visceri cavi (es: funduplicatio)
- PEG
- chirurgia urologica senza uso di catetere.

□ Sono profilassati con cefoxitina (maggiore attività sulla flora anaerobica) alla dose di 30-40 mg/kg ev nei casi pediatrici e di 30 mg/kg ev nei casi neonatali, i seguenti interventi:

- chirurgia coloretale
- appendicectomia non complicata (iperemica-fibrinosa).

In tutti due i casi si tratta di profilassi extra-short term (singola dose trenta minuti prima dell'intervento). Se l'intervento si prolunga oltre le 2 ore e/o si ve-

rificano perdite ematiche abbondanti, va eseguita una seconda dose di antibiotico durante l'intervento stesso.

Ragazza di 13 anni e 8 mesi, menarca all'età di 13 anni.

Lieve scoliosi dorsale destra con COBB di 3 gradi. Arto inferiore destro più lungo di 18 mm, RISSER allo stadio 3.

Consigliate un rialzo (e se sì, di quanti millimetri) sotto l'arto inferiore sinistro?

dott. Angelo Adorni (Pediatria)
Collecchio (PR)

Per quanto riguarda la lieve scoliosi in una ragazza di 13 anni e 8 mesi con mestruazioni da otto mesi, si consiglia il rialzo solo se questo non produce una rotazione a livello del rachide lombare. L'altezza del rialzo deve essere graduata in rapporto all'equilibrio della colonna stessa.

A proposito di chemioprolifassi antimalarica, per chi viaggia in aree endemiche, viene consigliato l'uso della cloroquina per chi si reca in zone dove non sono riportate specie malariche che sono clorochino-resistenti.

Per chi si reca in zone dove il P. falciparum è presente in forma resistente alla cloroquina, viene consigliato l'uso della meflochina.

Allora vi chiedo: dove può un medico informarsi e sapere subito in che zona vi è la resistenza alla cloroquina e così indirizzare il proprio assistito prima che si metta in viaggio?

dott. Francesco Alibrandi (Pediatria di base)
Feltre (BL)

Il lettore ha ragione: la profilassi antimalarica deve tener conto delle più aggiornate informazioni in merito alla resistenza ai farmaci, nonché dell'età e caratteristiche del paziente, compresi gli even-

tuali effetti collaterali di antimalarici assunti in precedenti occasioni: la meflochina, ad esempio, risulta poco tollerabile per i suoi effetti collaterali in una piccola ma significativa percentuale di pazienti, ed è anche per questo motivo che si consiglia di iniziare la profilassi almeno una settimana prima della partenza, onde evitare di avere dubbi sulla natura e la causa di eventuali effetti collaterali. Ogni azienda dovrebbe avere un ufficio di sanità internazionale in grado di fornire queste informazioni; in ogni caso le informazioni sono anche reperibili presso il sito www.who.int o presso il sito del Ministero della Salute.

In un bambino nato da madre HbsAg positiva, viene eseguita la vaccinazione antiepatite B: alla nascita, la 2a dose dopo un mese, dopo altre sei settimane la 3a dose, la 4a dose dopo altre sei settimane.

Un ciclo così, in cui la 4a dose è stata somministrata prima, anziché dopo sei mesi (quindi quando il piccolo aveva cinque mesi), si può considerare valido, oppure occorre una dose aggiuntiva? Se sì, dopo quanto tempo?

Medico consultoriale

Meglio 4 che 3 (dosi), ma meglio 4 dosi secondo il calendario ufficiale che 4 dosi, diciamo, "in libera uscita". Cosa fare? Penso che quello che è stato fatto sia sufficiente e che il lattante non debba fare un'ulteriore dose; negli Stati Uniti (libro rosso) sono raccomandate solo 3 dosi (0, 1 e 6 mesi). Tuttavia niente di male se i genitori, per sicurezza, volessero praticarne una quinta a 13-15 mesi. Non si tratta, infatti, dell'anatossina tetanica, per la quale non è bene esagerare nella somministrazione, ma di vaccino anti-HBV, per il quale una dose in più non crea problemi. Certo, bisogna di nuovo affermare che la realtà è molto più fantasiosa della fantasia più sfrenata.