

Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica:

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETOLOGIA, EMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA E MALFORMAZIONI, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, VACCINAZIONI

*L'American Academy of Pediatrics ha ridotto le dosi di fluoro da supplementare nella dieta dei bambini in considerazione dell'aumento di incidenza di fluorosi che viene attribuito all'aumentato apporto di fluoro da altre fonti (come per esempio i dentifrici fluorati). Ma in questo caso non sarebbe meglio, piuttosto che ridurre le dosi nella fluoroprofilassi, aumentare l'attenzione da parte dei genitori?*

*Vorrei sapere il vostro parere su questa mia considerazione e, in caso di sospetta fluorosi, quali esami richiedere per confermare la diagnosi, ed eventualmente quale terapia effettuare.*

Pediatra

Siamo perfettamente d'accordo con lei. Di fatto l'Accademia Americana di Pediatria raccomanda tutte due le cose:

1. riduzione delle dosi di fluoro per la profilassi,
2. maggiore attenzione nella quota introdotta con "beverages and dentifrices".

Non ci sono esami che possano confermare il sospetto di fluorosi, né terapie utili.

*Uso dell'adrenalina in caso di reazione anafilattica postvaccinale: su Terapia pediatrica pratica di Magliente (3a ed. pag.210) si legge: «Diluire una fiala di adrenalina 1 mg=1 ml in 10 cc di fisiologica, quindi somministrare 1 cc di quanto ottenuto ogni 10 kg di peso».*

*Mi chiedo: Occorre aggiungere 10 o 9 ml di fisiologica? Meglio la via intramuscolare o sottocutanea? Qual è la dose massima somministrabile in cc della soluzione?*

*Ho sentito che in ospedale somministrano l'adrenalina pura, non diluita. Qual è la procedura corretta?*

Pediatra

L'adrenalina non va diluita se somministrata sottocute o intramuscolo, ma sol-

tanto per iniezione endovenosa. L'inoculazione di adrenalina può essere fatta sottocute se siamo al primo segno sospetto di una reazione incipiente, mentre va fatta intramuscolo se vi è già una condizione anafilattica conclamata: con la via sottocutanea si ottiene infatti un assorbimento troppo lento e variabile del farmaco.

La dose da somministrare in entrambi i casi è 0,01 ml (o mg che è la stessa cosa nelle fiale in commercio da 1 mg/ml) per kg di peso (dose massima 0,5 mg, cioè mezza fiala). Questa dose può e deve essere ripetuta anche dopo pochi minuti se non vi è stata una risposta sufficiente.

Nei casi più gravi e/o resistenti a questo primo intervento può essere necessario ricorrere alla via endovenosa. Per questo si diluisce 1/10 di fiala (cioè 0,1 mg) in 10 cc di soluzione fisiologica. L'inoculazione endovenosa va fatta lentamente in 5-10 minuti.

Per maggiori informazioni: G. Longo, F. Bradaschia: "Adrenalina: tante vie per tante indicazioni", *Medico e Bambino* 1, 17, 1997).

*Il dottor Longo ha parlato a Tabiano degli steroidi inalatori. Se ho ben capito, la miglior molecola nella terapia dell'asma è ancora il beclometasone più del fluticasone. Perché?*

*E ancora, quali sono la posologia e le indicazioni d'uso del Clenil A associato al Lomudal per uso aerosolico?*

dott. Angelo Adorni (pediatra di base)  
Collecchio (PR)

Gli steroidi inalatori sono tutti equivalenti nella loro efficacia terapeutica, o meglio, le differenze di potenza (il fluticasone ha attività circa doppia rispetto al beclometasone, e questo ha attività pari alla budesonide, ma circa doppia rispetto alla flunisolide) possono essere facilmente corrette aumentando o riducendo la dose da somministrare (questo vale anche per i cortisonici sistemici: il

betametasona si usa in dosi 10 volte inferiori al prednisone).

Il fluticasone ha la minore biodisponibilità, e quindi determina minori effetti sistemici. Questa minore biodisponibilità riguarda però soltanto la dose che viene assorbita dall'intestino: circa l'80% della dose "spruzzata" si impatta sul faringe e viene successivamente deglutita. Ma utilizzando come dovremmo sempre i distanziatori a valvola, azzeriamo la dose "ingerita" (che rimane nel distanziatore) e con questa tutto il vantaggio del fluticasone. Rimangono soltanto le differenze nel prezzo.

La budesonide può anch'essa essere utilizzata a dosaggio dimezzato rispetto al beclometasone in virtù non di una maggiore potenza terapeutica ma della doppia deposizione polmonare ottenibile con il dispositivo "Turbohaler" rispetto allo spray. Anche questa molecola, però, a parità di efficacia e di effetti secondari, viene a costare un po' di più del "vecchio" beclometasone dipropionato. Venendo alla seconda parte della domanda, se, come deve essere, l'apparecchio di aerosol-terapia a disposizione è altamente efficace (nebulizzatore jet che produce una nebbia a goccioline inferiori a 5 micron), il dosaggio del Clenil A è lo stesso di quello che utilizziamo con il beclometasone spray. La dose massima non soppressiva è di 800 microgrammi/1,73 m<sup>2</sup>/die, che corrisponde più o meno a 14 microgrammi/kg/die. L'associazione con il Lomudal non è ortodossa ma nemmeno sbagliata, dal momento che nell'aerosol con nebulizzatore la quantità di soluzione non deve essere inferiore ai 3 ml e quindi abbiamo la necessità di diluire il Clenil A; lo si fa nel Lomudal al posto della soluzione fisiologica: darà anch'esso il suo contributo antinfiammatorio.

*Bambina alla nascita HIV positiva, convivente con madre affetta da AIDS ora deceduta. La piccola che ha negativizzato, ora ha 5 anni e sta bene. Ha praticato la vaccinazione completa antipo-*

**lio Salk. È conveniente rivaccinarla con OPV?**

dott.ssa Paola Cannata (pediatra)  
Vezzano Ligure

Finora, per difendere la piccola dalla polio, sono state seguite le regole internazionali: spero abbia fatto la vaccinazione Salk con il vaccino potenziato che è già da anni in commercio in Italia. Le dico questo perché quasi sempre il vaccino Salk concesso alle ASL è ancora il vecchio "normale" vaccino che possiede un effetto immunizzante di molte volte inferiore al potenziato. Se questo fosse il caso, farei senz'altro la vaccinazione Sabin solo con 2 o 3 dosi.

Se avesse usato il vaccino potenziato, può anche non fare altro; tuttavia, se vuole che anche questa bambina contribuisca appieno a impedire la circolazione di un eventuale ceppo polio selvaggio, può ugualmente eseguire un'ulteriore vaccinazione con 2 o 3 dosi di Sabin. In fondo questa bambina ha dimostrato con la sua negativizzazione per l'HIV di non trovarsi in una situazione di immunocompromissione.

**Per la vaccinazione MPR è più opportuno seguire lo schema: MPR, unica dose (sinergismo) dopo il 15° mese di vita, oppure eseguire separatamente la vaccinazione antimorbillo-antirosolia-anti-parotite?**

**Qual è la miglior risposta anticorpale?**

Medico consultoriale e ASV

Tra i vari virus che compongono il vaccino MPR, è ormai dimostrato che non esiste inibizione di uno con l'altro per quanto riguarda l'immunogenicità, ma non esiste nemmeno sinergismo. Ognuno dei tre virus vivi attenuati agisce indipendentemente dall'altro.

Perché allora farli insieme? Per la maggiore praticità e semplicità, per la maggiore accettabilità e probabilmente anche per il minor costo. Quindi non vaccini somministrati isolatamente, ma vaccini tripli MPR; e non solo a 15 mesi ma, come seconda dose, anche a 11-12 anni (ma va bene anche a 5-6 anni).

**In una bambina di 20 mesi con sviluppo psicomotorio e psichico normale, non si è ancora avuta l'eruzione di nes-**

**sun dente. Cosa fare? Di che cosa preoccuparsi?**

Pediatra

Attendere ancora fino ai 2 anni, tranquillizzare i genitori e, se non ci si riesce, fare una radiografia per dimostrare che i denti ci sono.

**Lo screening della tubercolosi con il test a punte multiple a tutti i bambini in età scolare è affidabile? È preferibile eseguire l'intradermoreazione alla Mantoux solo nei bambini giudicati a rischio aumentato di tubercolosi? Nella mia USL penso di essere l'unico pediatra a sconsigliare il test a punte multiple effettuato dal Servizio di Medicina Scolastica, dopo aver letto su "Vaccinare oggi" '96 di Libero Zannino le raccomandazioni dell'Accademia Americana di Pediatria.**

**È bene acconsentire, tanto male non fa, o sconsigliarlo a coloro che chiedono consiglio?**

dott. Roberto Ciccocelli (pediatra)  
Giulianova (TE)

Come avrò avuto già modo di leggere sul numero di aprile '97 di *Medico e Bambino*, pag. 260, il Tine test è un buon test di screening e quindi da consigliare.

Eventuali positività vanno confermate con l'intradermoreazione alla Mantoux, essendo il Tine test poco specifico.

Uno screening fatto direttamente con la Mantoux comporterebbe, per la sua indagine come test di massa, anche l'abbandono totale di questa pratica nella scuola.

**Il National Institute of Health e l'OMS, nell'ambito del progetto mondiale ASMA, consigliano nel trattamento di fondo dell'asma bronchiale di "livello I" o "saltuario": «Immunoterapia ove indicato». Che interpretazione dare a questo suggerimento? Secondo me l'interpretazione potrebbe essere questa: nell'asma di "livello I", considerata la non elevata frequenza delle crisi e considerata quindi l'improprietà di una terapia di lunga durata con farmaci (anche se più efficaci, più sicuri e meno costosi), si potrebbe prescrivere un'immunoterapia che dovrebbe garantire**

**una migliore compliance; ma la garantirà veramente? Che significato dare a: "ove indicato"? Quali sono allora le indicazioni all'immunoterapia?**

Pediatra di base

Detto che questa indicazione è riportata sulla guida "tascabile" e non sulla versione integrale originale (forza dell'industria!), non mi sembra che ci siano novità in questo suggerimento. L'indicazione formale all'immunoterapia specifica (ITS) sono «le sindromi allergiche respiratorie sostenute da immunoreazioni IgE mediate».

Ma, dato che non possiamo somministrare il vaccino a tutti gli allergici, il problema è quello di capire a chi farlo. Nel "Progetto Mondiale Asma" del NIH da Lei citato si dice semplicemente che: «l'immunoterapia specifica va presa in considerazione soltanto nei casi in cui non sia possibile evitare l'esposizione agli allergeni e quando un'appropriata terapia farmacologica prescritta dal medico non è in grado di porre e mantenere l'asma sotto controllo».

Come ben può capire, è tutto molto, molto vago, e lasciato all'arbitrarietà del medico curante. Tenga inoltre presente che è controindicazione ufficiale alla ITS l'asma che non riesce a essere controllato con la terapia farmacologica. Questo in chiaro contrasto con l'"indicazione" di cui sopra.

Il problema vero è che, come ho già avuto modo di dire sulle pagine di questa rivista (*Medico e Bambino* 4, 201, 1995: "Immunoterapia specifica, il perché di una crisi"), le indicazioni "forti" dell'ITS sono oggi in crisi. Da un lato non sappiamo se l'ITS ha veramente un ruolo nel modificare persistentemente la storia naturale delle malattie allergiche, e per contro abbiamo a disposizione farmaci altamente efficaci e con minimi effetti secondari. Nella oculorinite primaverile, quando dovuta a singolo allergene (graminacee, parietaria), l'ITS permette di ottenere oggettivamente un grande risultato in termini di riduzione di sintomi e di ricorso ai farmaci specifici. Ma molto spesso il paziente ha sintomi non molto persistenti e ben controllati dalla terapia: e allora perché vaccinare? Nell'asma più tipico del bambino, quello da acari, il controllo ambientale e la terapia farmacologica (cortisonici inalatori) permettono di ottenere lunghe e persistenti remissioni: e allora perché vaccinare?

*Una Circolare Ministeriale, di cui non ricordo l'anno di emissione, sottolineava che l'incubazione di una malattia infettiva (esantematica e non) non era una controindicazione all'esecuzione delle vaccinazioni.*

*Fatta eccezione per i bambini che presentano sintomi prodromici, o anche solo sospetti di infezione, all'atto della vaccinazione, non capisco perché il consultorio del mio distretto continui a differire le sedute al solo rilievo anamnestico di avvenuto contagio. Accade che bambini sanissimi vengano rispediti a casa per tutto il periodo massimo di incubazione della malattia citata, senza tra l'altro calcolare che il contagio potrebbe essersi verificato magari 10 giorni prima dei dichiarati.*

*Ne risulta una grande confusione, un accavallamento tra le mie sedute (trivalente e altre raccomandate) e le loro (sono diversi medici e nessuno è pediatra), con il risultato che spesso, per non creare disagi, mi adeguo a questo balletto di date.*

*Vi ringrazio e vi chiedo, se possibile, il numero della Circolare Ministeriale e se siano avvenuti cambiamenti nelle direttive in questi ultimi anni.*

dott.ssa Laura Ferrante (pediatra di base)  
Roma

Ho cercato la Circolare Ministeriale alla quale Lei accenna fra la bibliografia sui vaccini a mia disposizione, l'ho fatta cercare al Servizio Vaccinazioni della Regione Toscana e finalmente sono entrato in contatto telefonico direttamente con il responsabile dell'Ufficio Prevenzione Malattie Infettive del Ministero della Sanità, sempre senza riuscire a trovarla. Debbo concludere che, secondo queste ricerche, non risulta che in una Circolare Ministeriale sia mai stata espressa l'opinione di non vaccinare durante l'incubazione di una malattia infettiva. Lei stessa nella sua lettera sottolinea le difficoltà che si incontrerebbero nell'applicare un suggerimento del genere: d'altra parte, come fare a sapere in ogni caso che un bambino ha una malattia in incubazione?

Quindi il consultorio del suo distretto che rimanda la vaccinazione non agisce correttamente nei confronti dei bambini che gli sono affidati. Addirittura per il morbillo sono tutti d'accordo di vaccinare in corso di epidemia e quindi di probabile incubazione, proprio per arrestare la diffusione della malattia.

*Il bambino Down va sottoposto di routine alla vaccinazione antinfluenzale?*

dott. Antonio Meo (pediatra di base)  
Rovigo

La sua domanda mi ricorda che erroneamente il bambino Down non viene citato tra le categorie a rischio per le quali è ritenuta utile la vaccinazione antinfluenzale o quella antipneumococcica (*Libro Rosso, Vaccines di Plotkin e I vaccini di Bartolozzi*). Invece, a ben riflettere, il bambino Down ha almeno due ragioni per rientrare nelle categorie a rischio: la prima è quella di avere una grande facilità alle infezioni in generale e alle loro complicazioni in particolare, e la seconda è che nella metà dei casi di Down è presente un vizio congenito di cuore per il quale egli rientra nella categoria dei soggetti con malattie cardiovascolari.

Quindi lei ha ragione: in tutti i soggetti Down è consigliabile la vaccinazione contro l'influenza e anche quella contro lo pneumococco con il vaccino 23-valente (da eseguire dopo i due anni).

*Figlio di pochi mesi di genitori allergici esegue, come screening, il dosaggio delle IgE specifiche anti-latte (che risultano elevate). In assenza di alcun disturbo gli viene eliminato il latte dalla dieta a scopo preventivo.*

*Chiedo se è corretta tale procedura e se può acquisirsi nel tempo una tolleranza verso l'allergene alimentare.*

dott. Giorgio Collo (p. ospedaliero e di libera scelta)  
Milano

La positività per le IgE anti-latte indica solamente che quel bambino è un atopico (come i genitori). La mancanza di sintomi, pur in presenza di IgE specifiche, non è certo cosa rara e non è indicazione a togliere l'alimento.

La maggior parte dei soggetti con IgE specifiche e sintomi anafilattici all'ingestione del latte guariscono e diventano tolleranti entro i primi 5 anni di vita (di norma senza perdere la loro IgE-prick o RAST-positività). Il bambino descritto è però già tollerante perché non ha nessun disturbo.

*Il Prontuario pediatrico, IV edizione (Panizon, pag. 376), riporta che la 4ª*

*dose del vaccino DTP deve essere somministrata a 5-6 anni di età, mentre le case farmaceutiche dicono di farla entro il 18° mese di vita.*

*Serve la 4ª dose di vaccino DTP a 18 mesi?*

dott. Leonardo De Luca (pediatra)  
San Nicandro G. (FG)

La sua domanda è quanto mai attuale. Essa potrebbe essere formulata in altro modo: «È più corretto vaccinare con due dosi di DTPa nei primi mesi di vita, seguite da una terza dose all'età di un anno e da una quarta a 5-6 anni o, viceversa, è più opportuno praticare tre dosi ravvicinate nei primi mesi di vita, seguite da una quarta a 12-18 mesi e da una quinta a 5-6 anni?».

In parole più semplici, è meglio 2+1+1, come riporta il prof. Panizon, come da decenni preferisce il Prof. Biasini (Cesena) e come di recente si è espresso il Prof. Crovari (igienista di Genova) o è meglio 3+1+1, come viene attuato in tutte le nazioni occidentali (escluse Norvegia, Slovacchia e Svezia), e come io stesso (Bartolozzi) ho sempre propugnato?

Solo da pochi mesi conosciamo la risposta precisa sulla base delle conclusioni del Prof. Patrik Olin di Stoccolma, scaturite dalla Prova Stoccolma II, conclusasi solo di recente, dopo un'esperienza effettuata su 82.892 bambini: «I risultati suggeriscono che i vaccini contro la pertosse, sia il vaccino intero che quello acellulare, possono essere somministrati in due dosi (a 3-5 mesi) come vaccinazione primaria, seguite da una dose di richiamo a 12-15 mesi di età, con risultati paragonabili a quelli ottenuti con 3 dosi iniziali a 2, 4 e a 6 mesi di età».

Dai dati riportati nel volume *Efficacy Trial of Acellular Pertussis Vaccines, Technical Report Trial II, 1997*, risulta addirittura che la risposta anticorpale alla proteina della pertosse è superiore sette mesi dopo la terza dose in quelli che avevano ricevuto la schedula 3, 5, 12 in confronto a quelli che avevano ricevuto la schedula 2, 4, 6.

Occorre ricordare che le varie Regioni italiane hanno scelto per lo più lo schema 2+1+1. Solo la Puglia e la Toscana hanno scelto nei loro calendari lo schema 3+1+1.

*Nell'associare aerosol-terapia e decongestionanti nasali due volte al giorno,*

**quale delle due misure terapeutiche precede l'altra?**

Pediatra di base

Sembra evidente che vanno messe prima le gocce di vasocostrittore per "aprire" gli osti e gli sbocchi dei seni paranasali. Ma la risposta è che **non** va fatta l'aerosol-terapia per i problemi rino-sinusali, o almeno quella usuale con i soliti mucolitici e antibiotici. Unica terapia dimostrata utile è quella con beclometasone dipropionato, associato alla terapia antibiotica nella sinusite acuta e lavaggi nasali con soluzione fisiologica. Il beclometasone può essere applicato nelle cavità nasali utilizzando le confezioni spray.

**Quali sono le misure preventive del tappo di cerume?**

Pediatra di base

Credo che il consiglio più utile sia quello di non pensarci. In altre parole, la causa più comune del "tappo" è il voler pulire (con i famigerati cotton fioc, o altro strumento simile) il condotto uditivo esterno. Così facendo, si finisce per "compattare" il cerume e danneggiare il fine meccanismo di fuoriuscita dello stesso. Se il tappo si è già formato, prima della rimozione meccanica (con getto di acqua) si può tentare con semplici gocce di olio. Sconsigliamo l'uso dei

"cerumolitici" di dubbia efficacia, che possono risultare lesivi per l'epitelio e produrre reazioni allergiche al condotto uditivo.

**Una bambina di 5 mesi ha accusato, dopo circa 28 ore dalla 3ª somministrazione di DTP, febbre a 38°, per poche ore cianosi periorale e alle mani, tremori agli arti superiori per circa 10 minuti, senza perdita di coscienza. EEG ed ECG effettuati a breve distanza di tempo sono risultati negativi. Vorrei sapere come comportarmi alla successiva vaccinazione.**

dott. Luca Ravagli (pediatra)  
Marradi (FI)

Dalla sua lettera non risulta se la vaccinazione (3ª dose) è stata eseguita con DTP vaccino antipertosse intero o con DTPa (vaccino antipertosse acellulare): come Lei sa, le reazioni dopo vaccino intero sono da 6 a 8 volte più frequenti. L'intervallo di 28 ore dalla somministrazione è abbastanza lungo, ma rientra ancora nel periodo di tempo (48 ore) previsto per la comparsa di un effetto collaterale.

Se la comparsa di cianosi al volto e alle estremità, insieme ai tremori, ha preceduto o ha coinciso con la comparsa della febbre, è possibile considerare il fenomeno come un quadro di accompagnamento alla fase iniziale della febbre: in questo caso i tremori possono essere

interpretati come brividi nel momento in cui l'organismo per produrre calore ricorre alla contrazione muscolare. La mancanza di perdita di conoscenza è contro un episodio convulsivo classico insorto in coincidenza della febbre. Fra le reazioni indesiderate comunque il quadro da Lei descritto si inserisce con difficoltà.

Cosa fare? Senz'altro la vaccinazione contro DTP va continuata, ha da 6 a 12 mesi di tempo per l'esecuzione della quarta dose; 24 ore prima della vaccinazione darei alla bambina paracetamolo per bocca alla dose corrispondente al peso. Terrei la bambina in ambulatorio per un'ora dopo l'esecuzione del vaccino e, come sempre, terrei a portata di mano la fiala di adrenalina. Se la bambina fosse stata vaccinata con vaccino intero antipertosse, passerei al vaccino acellulare.

**Qual è la terapia medica delle varici nasali?**

Pediatra di base

Le "varici nasali" sono la causa dell'epistassi comune. Nel bambino questo problema è molto spesso collegato ad un'inflammatione allergica o infettiva del naso.

Una terapia specifica e/o lavaggi nasali per rimuovere le secrezioni muco-crostate danno buoni risultati.

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto o comunque di prenderlo a modello di massima e indirizzare a:  
Giorgio Longo, Clinica Pediatrica, Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo", via dell'Istria, 65/1 - 34137 Trieste



**Al Comitato Editoriale di 'Medico e Bambino'**  
Vorrei avere una risposta al seguente problema

.....  
.....  
.....  
.....

Firma .....

Indirizzo .....

.....

Accetto che il mio nome compaia sulla rivista in calce  
al quesito (barrare sì o no)  sì  no

**Attività o qualifica**

- libero professionista
- medico Saub
- medico consultoriale
- medico generico
- pediatra
- ospedaliero
- universitario