

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

*Ho fatto eseguire a un bambino di tre anni una timpanometria perché, a detta della mamma, dopo una otite non ci sentiva più bene. Il timpanogramma è risultato piatto. Come devo comportarmi? Aspettare ancora, visto che è passato appena un mese dall'otite, o fare qualche tentativo terapeutico con mucolitici o altro, oppure mandarlo subito all'ospedale dallo specialista? In quest'ultimo caso quale è il comportamento giusto che devo aspettarmi dall'otorino? Dalle mie parti infatti sono portati a togliere adenoidi e/o tonsille per ogni cosa, e non vorrei essere sempre un passivo (e quindi cattivo) pediatra.*

*Grazie e complimenti per la Rivista che mi è sempre utile e stimolo per sempre nuovi interessi.*

Pediatra di famiglia

L'otite media con effusione (OME) è molto frequente dopo un episodio di OMA, e ha una percentuale di risoluzione spontanea del 60% a un mese dalla infezione, dell'80% a 2 mesi, e del 90% a 3 mesi.

In una prima fase l'atteggiamento corretto è quello di tenere il bambino sotto controllo perché un'OME che duri più di 3 mesi può condizionare l'apprendimento del linguaggio, e ha una scarsa possibilità di risoluzione spontanea. L'atteggiamento di attesa può cambiare se il bambino è molto piccolo (<2 anni) o se l'ipoacusia (riferita da una madre attenta e confermata da una audiometria eseguibile dal 30° mese di vita) che si associa all'OME è molto importante. È inoltre da tenere anche in considerazione la stagione perché una timpanometria piatta d'estate o all'inizio dell'autunno denota una patologia più difficile da risolvere. Comunque, per accelerare il processo di guarigione in una prima fase, si possono consigliare inalazioni caldo-umide con acqua di Tabiano (è possibile affittare in farmacia l'apparecchio) o ginnastica tubarica con OTOVENT prescrivibile ai bambini al di sopra dei 4 anni. Antistaminici, decongestionanti o mucolitici per os sono risultati inefficaci in alcuni studi controllati.

Nelle forme di OME cronica (>3 mesi di durata) va considerato l'uso di terapia antibiotica per 15 giorni, eventualmente associata a un breve ciclo di cortisone (7 gg) e la valutazione delle adenoidi.

Nelle indicazioni chirurgiche (adenoidectomia e drenaggio timpanico) si deve tenere conto dell'età, bilateralità della lesione, udito, linguaggio, presenza di altri fattori di rischio (fumo passivo, asilo nido, stagione, palatoschisi), storia di OMAR, intolleranza agli antibiotici.

Essendo l'OME una malattia multifattoriale e multiforme, le decisioni terapeutiche diventano complesse.

*In un soggetto di 7 anni, piastrinopenico cronico, splenectomizzato (peraltro in terapia cortisonica a basse dosi per mantenere un accettabile numero di piastrine a causa del fallimento della splenectomia), affetto da ipertrofia adenoidea e tonsillare con timpanogramma piatto, in caso di ripetuta inefficacia delle cure mediche, sussiste ragionevole indicazione a praticare l'intervento di adenoidectomia e tonsillectomia, considerando la già preesistente immunodepressione dovuta alla mancanza della milza?*

Medico ospedaliero

L'adenoidectomia (non la tonsillectomia!) si è dimostrata di qualche utilità nell'otite media con effusione, con timpano piatto, ma soltanto se associata all'inserzione di un tubo di drenaggio che rimane l'intervento fondamentale. Nel caso in questione, considerati i rischi (emorragie) e i benefici (solo aggiuntivi), eviterei di considerare l'ectomia.

*Una mamma mi ha riferito che il suo dentista le ha sconsigliato di allattare almeno 3 ore dopo aver eseguito un intervento ai denti in anestesia locale e mi chiedeva se poteva somministrare nel frattempo un biberon di latte formulato. Mi sono sorpreso di questa precauzione*

*e mi domando se è realmente necessario sospendere l'allattamento per una anestesia locale. Come fa un anestetico locale arrivare nel latte in concentrazione sufficiente per causare disturbi (e quali) al lattante? Di fatto, pur senza avere una risposta certa, ho detto a quella mamma che poteva allattare senza problemi, che quella del dentista era una affermazione gratuita. Tutto è andato bene. Ma ho sbagliato?*

Pediatra

Nell'anestesia locale sono usate solitamente in associazione adrenalina e mepivacaina (*Carbocaina*).

Se una quantità di adrenalina passasse nel circolo materno, verrebbe eliminata rapidamente (emivita inferiore a un'ora). Se poi passasse nel latte, verrebbe distrutta nell'intestino del bambino.

Non vi sono dati sull'escrezione nel latte umano della mepivacaina ma, vista la forte parentela chimica con la bupivacaina (*Marcaina*), si può ritenere trascurabile il suo passaggio nel latte materno.

Quanto ha detto è quindi corretto: un'anestesia locale odontoiatrica non impone la sospensione dell'allattamento al seno nemmeno per una poppata.

*Vorrei sapere qualche cosa in più su un principio attivo, il clofoctolo, che viene tanto prescritto.*

Pediatra di base

Il clofoctolo (*Octofene, Gramplus*) è un farmaco che non è presente nella farmacopea statunitense.

Nel Martindale (uno dei più importanti testi di farmacologia clinica) il farmaco viene riportato con generiche informazioni senza alcun riferimento a studi clinici, con il presente prospetto informativo: «il clofoctolo è un composto antimicrobico ad azione batteriostatica o battericida contro microrganismi Gram positivi quali lo stafilococco e lo streptococco».

La dose consigliata è di 20-40 mg/kg da somministrare per via rettale nel trattamento delle infezioni respiratorie.

Una revisione (utilizzando la banca dati Pub Med) degli studi pubblicati in lingua inglese sul principio attivo ha evidenziato solo 9 lavori, di cui 7 di autori italiani. Dei 9 articoli, 7 erano relativi a lavori di farmacocinetica o di attività antimicrobica in vitro e solo 2 studi relativi a pazienti adulti facevano riferimento all'efficacia clinica del clofoctolo nelle infezioni delle alte vie respiratorie (rinofaringite, sinusite, tonsillite, otite)<sup>1</sup> o delle basse vie respiratorie (polmonite, bronchite, bronchite cronica)<sup>2</sup>. Entrambi gli studi non sono randomizzati, e solo nel lavoro relativo ai 52 pazienti con infezioni otorinolaringoiatriche è previsto un gruppo di controllo non trattato con antibiotici. Come atteso, l'efficacia clinica è riportata in entrambi i lavori.

Ci sembra di dover dire che il clofoctolo non trova al momento sufficienti indicazioni "evidence-based" per il trattamento delle infezioni delle vie respiratorie, sia perché non è stato pubblicato alcuno studio clinico controllato (relativo a pazienti adulti e bambini) sia perché gli unici due lavori prodotti (di cui abbiamo fatto una breve menzione) presentano molti limiti metodologici; non sono quindi in grado di produrre evidenze scientifiche forti con una possibile ricaduta pratica in termini di efficacia clinica.

1. Ghilardi PL, Casani A. Treatment of Ear, Nose and Throat Infections with Clofoctol. *Drugs Exp Clin Res* 1985;11(11):815-8.

2. Danesi R, Del Tacca M. Clinical Study on the Efficacy of Clofoctol in the Treatment of Infections Respiratory Diseases. *Int J Clin Pharmacol Res* 1985;5(3):175-9.

Da qualche mese, nel reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale dove lavoro, va di moda l'uso del Prepidil Gel per indurre i parti.

*Avendo notato, in coincidenza, un cospicuo incremento delle sofferenze neonatali con severi esiti neurologici, gradirei sapere un Vostro parere in merito e se esistono pubblicazioni relative agli eventuali effetti prodotti dal Prepidil sul nascituro.*

dott. Greci (AG)  
via e-mail

Sulla letteratura abbastanza vasta relativa all'uso delle prostaglandine (PG) per indurre il parto (in particolare del Prepidil Gel, dinoprostone) vanno fatte alcune considerazioni.

1. I possibili effetti collaterali del dinoprostone riportati sulle note farmaceutiche sono: sulla madre, ipertonia uterina, disturbi gastrointestinali, dolore alla schiena, febbre, sensazione di calore in vagina; sul feto, anomalie e decelerazioni del battito cardiaco (24% secondo Voss, *J Matern Fetal Med* 1996;5:186) (riconducibili all'ipertono uterino).

2. Complicazioni sul feto sono teoricamente possibili, ma per lo più segnalate molti anni fa (da Ekblad. *Ann Chir Gynecol Suppl* 1987;202:23); lo studio in questione aveva il limite di essere descrittivo (serie di casi senza controlli) e riportava una percentuale di complicazioni notevole da dinoprostone, che appare sinceramente esagerata: 2 rotture uterine su 13 donne, un tasso di TC pari al 33%, ipertono uterino nel 25%, rottura prematura delle membrane nel 16%, asfissia neonatale nel 21% (*sic!*).

3. Gli studi pubblicati successivamente introducono gruppi di controllo. Si riferiscono al confronto fra tipi diversi di prostaglandine (in particolare misoprostol e dinoprostone), modalità e frequenze diverse di somministrazione (per os, per via vaginale come candelette, e.v.), indicazioni diverse (in Italia non vengono di solito usate nella rottura imminente delle membrane amniotiche,

all'estero sì). La sicurezza e l'efficacia del dinoprostone gel andrebbero però confrontate con il placebo, ma uno studio di questo tipo non l'ho trovato e temo che non sia stato condotto.

4. Mi sembrano in particolare significativi due contributi scientifici, che rassicurano tuttavia sull'uso del dinoprostone: a) Roux (*Obstet Gynecol* 2002 Feb; 99:201) dimostra come il dinoprostone gel posizionato nel fornice posteriore porti addirittura a una minor incidenza di TC per distress fetale a confronto col misoprostol vaginale o orale; b) Nella sua revisione della letteratura Hughes (*Obstet Gynecol* 2001 May;97:847) non nota differenze con altre modalità di somministrazione di PG per quanto riguarda l'incidenza di ipertono uterino con sofferenza fetale e di TC.

5. Infine, le metanalisi del The Cochrane Library riguardanti l'uso delle PG, pur considerando la ridotta potenza degli studi (Mozurkewich, 1, 2002), non permettono di formulare un giudizio negativo sulle PG, anche se a confronto con la classica ossitocina e.v., è possibile un aumentato rischio di corioamnionite (Hannah, 1, 2002).

6. Non potendo a questo punto condannare il dinoprostone gel, viene da suggerire alla collega la rivisitazione critica dei "casi andati male" e del protocollo d'uso del dinoprostone gel (con le relative indicazioni e le controindicazioni). Esiste infatti una classica controindicazione alle PG in tutte le situazioni in cui una prolungata contrazione dell'utero sia da ritenersi indesiderata; è questo il caso di un precedente TC (per il rischio di rottura uterina segnalato da Ravasia sull'*Am J Obstet Gynecol* 2000 Nov;183:1176), di un'anamnesi di travaglio difficile o di parto traumatico, di una sproporzione cefalopelvica, della grande multiparità, ma soprattutto della presenza di una documentata sofferenza fetale in cui non si preveda un parto imminente.

## XIV CONGRESSO NAZIONALE DELL'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI IL FASCINO DISCRETO DELLA PEDIATRIA

Roma, 10-11-12 ottobre 2002

Biblioteca Nazionale Centrale, viale Castro Pretorio, 105