

Le domande vanno inviate alla redazione preferibilmente via mail (e-mail: [domanderisposte@medicoebambino.com](mailto: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.

**Un mio assistito di 7 mesi e mezzo ha presentato un episodio di bronchite asmaticiforme.**

**Il piccolo era stato precedentemente ricoverato a fine dicembre 2010 per una bronchiolite (2 fratellini maggiori in scuola materna), che si è rapidamente e completamente risolta.**

**Successivamente è stato bene fino a circa il 10 marzo quando, a seguito di un banale raffreddore, ha progredito fino a un quadro di franca bronchite asmaticiforme che, malgrado lo sfebbramento spontaneo, ha avuto una particolare persistenza della sintomatologia. Il piccolo in fase acuta ha fatto terapia con betametasona 0,1 mg/kg per 3 giorni, associato a terapia aerosolica con salbutamolo e beclometasone: un classico! Ho poi associato claritromicina, sospesa al 4° giorno perché il bambino mostrava importante disturbo gastrointestinale e complessivamente la situazione respiratoria rimaneva invariata.**

**Un accesso al Pronto Soccorso rassicurava circa la buona saturazione, valori al di sopra del 98% di O<sub>2</sub> e il bambino non stava particolarmente male, non aveva febbre, non perdeva peso, ma sostanzialmente non migliorava ed era più irritabile. Riprendevo pertanto il trattamento con claritromicina. Ma, a questo punto, la famiglia interpellava un pneumo-allergologo pediatra, il quale ha prescritto il seguente piano terapeutico: azitromicina 4 cicli settimanali di tre giorni ciascuno; montelukast 4 mg/die, per 3 mesi; salmeterolo 25 µg e fluticasone propionato 50 µg, 1 puff mattina e sera per un mese. È una terapia che in parte condivido, ma che mi lascia anche qualche incertezza circa l'utilizzo di alcuni farmaci in un lattante di questa età.**

**Al termine del 1° ciclo di azitromicina, il bambino appare migliorato per quanto riguarda la componente catar-**

**rale, persiste peraltro il broncospasmo. E giungo finalmente alla domanda: pur riconoscendo la necessità di proseguire un trattamento steroideo di fondo (considerata la maggior durata di questo secondo episodio che, se pur non molto grave, mostra una maggior difficoltà di risoluzione rispetto al primo), quale trattamento proporre?**

**Posso condividere quello suggerito?**

dott.ssa Isabella Zuliani

Pediatra di famiglia, Tarcento (Udine)

A quella età (potremmo dire anche fino ai due anni almeno) gli episodi di "fischio" non sono mai di natura "asmatica", nel senso che mai sono legati a una flogosi eosinofila ("allergica") persistente (inutili in altre parole gli steroidi inalatori).

L'eziologia virale è la regola in queste ricorrenze che seguono una prima "bronchiolite". Ed è comune che questi bambini facciano episodi successivi già nel primo anno di vita. Sono i così detti "early transient wheezers" (ETW), che non hanno familiarità asmatica, dermatite atopica, o prick positività e che, entro i tre anni, finiscono di "fischiare" senza evolvere in asma bronchiale. La persistenza del sibilo dopo la fase acuta, in un maschio che per il resto rimane in buone condizioni generali, specie se fosse anche "paffutello", farebbe ipotizzare trattarsi di un così detto "fat happy wheezer" (fischiatore grasso e felice) che rappresenta, verosimilmente, una variante dell'ETW e che, come questo, ha una prognosi rapidamente buona.

Tutto ciò, comunque, per dire che non condivido in nessun modo la terapia consigliata, un ciclo con un macrolide può anche starci nell'ipotesi che la clamidia possa essere stata in causa nell'episodio più persistente, ma non certo l'accanimento terapeutico per 4 settimane né le altre terapie che esprimono, in

buona sostanza, la poca conoscenza del problema.

**Una mia paziente di poco più di sei anni è in terapia anticonvulsivante, prescritta dal neuropediatra, con lamotrigina + carbamazepina + valproato, che è stata iniziata da pochi giorni, visto che il solo VPA non riusciva a controllare la situazione pur essendo dosato al massimo pro kg consentito. La bambina è affetta da patologia neurologica congenita con ricorrenti fatti convulsivi (microcefalia da causa non meglio specificata).**

**Mi domando se, in caso di utilizzo "al bisogno" di paracetamolo per una forma febbrile intercorrente, sarebbe consigliabile controllare in tale evenienza i tassi sierici dei tre farmaci antiepilettici, oppure ciò non ha significato perché il problema si potrebbe presentare solo in caso di somministrazione prolungata di paracetamolo?**

**Se ci fosse un effetto collegato alla somministrazione contemporanea di questi 3 + 1 farmaci, mi dovrei aspettare una condizione legata al rallentamento del metabolismo degli antiepilettici, oppure a un maggiore effetto antipiretico legato alla riduzione della degradazione del paracetamolo?**

dott. Saverio Mirabassi

Pediatra di famiglia, Trento

Gli unici farmaci su cui agisce l'acetomifene (o paracetamolo), aumentando il loro livello plasmatico, sono il fenobarbital e la fenitoina. Per tutti gli altri farmaci anticonvulsivi non sono descritte interazioni. Il paracetamolo può quindi essere somministrato in caso di bisogno. Per quanto riguarda il contrario, cioè l'effetto dei farmaci anticonvulsivi sul metabolismo del paracetamolo, se il farmaco viene utilizzato alle dosi terapeutiche consigliate, non dovrebbero esserci problemi.