

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

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETE-ENDOCRINOLOGIA, EMATOLOGIA-ONCOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFRO-UROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, REUMATOLOGIA, VACCINAZIONI

**Sono venuto a sapere che una maestra d'asilo avrebbe contratto la TBC polmonare in fase attiva e che un bimbo al quale sono stati effettuati gli accertamenti (negativi) è attualmente sotto profilassi per 3 mesi con un farmaco in sciroppo arrivato appositamente dagli USA. Vorrei sapere se è giusta questa procedura o se invece non sarebbe stato meglio ripetere dopo alcuni mesi gli accertamenti e solo nel caso di positività procedere alla terapia.**

dott. Giuseppe Vacca  
Pediatra di famiglia

Non si capisce il perché un solo bambino sia stato messo in terapia. Viene raccomandato infatti che tutti i bambini sotto i 4 anni che abbiano avuto un contatto con persona potenzialmente infettante (in questo caso quindi tutta la classe) siano sottoposti a intradermoreazione e, anche se negativa, trattati preventivamente con isoniazide. Questo perché un'infezione recente può essere ancora Mantoux negativa, in quanto la reattività cutanea richiede del tempo per svilupparsi. Dopo 3 mesi va ripetuta la intradermoreazione e, se questa è ancora negativa, la terapia può essere sospesa.

In Italia non è più in commercio l'isoniazide in formulazione sciroppo. Per la terapia si deve ricorrere alle preparazioni galeniche (bustine di isoniazide preparate dal farmacista, partendo dalla confezione di isoniazide compresse). Ma basta trovare una farmacia compiacente senza dover scomodare l'America.

**Per quanto riguarda l'utilizzo dell'adrenalina nel lattante e fino all'anno di età nella via intramuscolare è meglio utilizzare la soluzione 1:1000 o preparare una soluzione 1:10.000? Inoltre la soluzione 1:10.000 (9 ml di fisiologica + 1 ml di adrenalina), una volta preparata,**

**quanto è stabile? Si deve mettere al riparo dalla luce e al freddo? Il Fastjekt bambini va utilizzato fino a che peso?**

dott.ssa Marinella Mao  
Botticino Sera (BS)

Il "Fastjekt bambini" (0,165 mg) va utilizzato in bambini che hanno da 10 a 30 kg di peso. Per i primi è un dosaggio un po' alto, per i secondi un po' basso, ma questo è quello che viene raccomandato nelle, anche recentissime, linee guida sul trattamento dell'anafilassi (*Allergy* 2007;62:857-71). Sopra i 30 kg va prescritta la confezione "adulti" da 0,33 mg. Sotto i 10 kg, e comunque ogni volta che utilizziamo la comune fiala di adrenalina 1:1000, va iniettata la dose di 0,01 mg/kg im, massimo 0,5 mg, ripetibile entro 5-10 minuti se non si è ottenuta una chiara risposta clinica.

Certamente per bambini di pochi mesi, anche se si utilizza la siringa da 1 ml (quella "da insulina" per intenderci), può essere difficile assicurarsi di aver iniettato le minime frazioni di ml adatte a lattanti che pesano pochi kg, e quindi la diluizione con fisiologica può essere conveniente. Ricordo per inciso che, se utilizziamo le siringhe "da insulina" con ago per iniezione sottocutanea, questo va sostituito con uno per iniezioni im, di almeno 3 cm di lunghezza, perché l'adrenalina va iniettata per via intramuscolare profonda e preferibilmente nel muscolo vasto laterale della coscia.

L'adrenalina deve essere mantenuta al riparo della luce, meno importante la bassa temperatura; però, quando una fiala di adrenalina viene aperta, non garantisce più la durata (sterilità prima di tutto) e quindi, se non utilizzata, deve essere buttata, ma questo deve valere per ogni tipo di farmaco.

**La collega oculista che ha in cura una mia paziente di 5 anni per un calazio**

**che recidiva, malgrado continui a prescrivere colliri e terapia antibiotica per os, ha ipotizzato una possibile origine allergica del problema e in particolare alle proteine del latte. Sinceramente questa cosa non l'avevo mai sentita o letta: che cosa c'è di vero?**

dott. Antonio Guerrieri  
Pediatra di famiglia, Cagnano Varano (FG)

Non l'ho mai sentita nemmeno io e sinceramente ritengo che sia una delle tante patologie che, in mancanza di una causa certa, viene attribuita all'allergia o intolleranza alimentare, come un tempo tutto veniva attribuito allo stress psichico.

Il calazio è una reazione linfogranulomatosa conseguente a un'ostruzione e successiva infezione della ghiandola di Meibomio, ghiandola sebacea che secreta una componente lipidica delle lacrime. *Staphylococcus aureus*, che fa parte della flora batterica residente della rima palpebrale, è la causa più comune. L'ostruzione è solitamente conseguente a uno stato infiammatorio della rima, che potrebbe essere anche su base eczematosa. Per spiegare la facilità all'occlusione del canalicolo ghiandolare è stato anche ipotizzato un aumento della viscosità del secreto lipidico che permetterebbe di spiegare l'evidente predisposizione personale e familiare alla malattia.

Se la lesione non si risolve entro un mese, è facile la sua cronicizzazione che richiede il più delle volte l'asportazione chirurgica.

Il trattamento medico prevede l'applicazione di pomate o colliri antibiotici (anche associati a cortisonici) dopo accurata pulizia del bordo palpebrale (utile soprattutto al risveglio). Nei casi più gravi, per prevenire l'insorgenza di una cellulite orbitaria, può essere indicato un trattamento antibiotico anche per via generale.

## Domande & Risposte

### VACCINI

a cura di **Giorgio Bartolozzi**

Le domande, sempre numerose, in tema di vaccinazioni verranno aggregate in una sotto-rubrica di Domande e Risposte curata dal prof. Giorgio Bartolozzi, che è da sempre il consulente ufficiale di *Medico e Bambino* per questo argomento.

***Dovendomi recare in Brasile con mio figlio diciottenne, sono stato all'ambulatorio vaccinazioni del mio Comune e mi hanno consigliato di sottopormi alla vaccinazione anti-meningococcica tetra-valente e non solo verso il gruppo C, quello oggi di moda. Cosa significa tetra-valente? Cosa mi conviene fare?***

Furio Poli  
Pediatra, Trieste

Per chiarire la sua domanda, debbo per forza parlarle dei sierogruppi di meningococchi patogeni per gli umani: si tratta dei sierogruppi A, B, C, W135 e Y. Come si sa, verso 4 di questi 5 sierogruppi (A, C, W135 e Y) esiste un vaccino, mentre verso il sierogruppo B non è ancora a disposizione in commercio un vaccino efficiente. Anche per il meningococco i vaccini sono stati preparati a partire dai polisaccaridi della capsula, per cui essi sono detti polisaccaridici. Il vaccino tetra-valente che le è stato proposto è appunto un vaccino polisaccaridico tetra-valente (A, C, W135 e Y).

Mentre in Italia e in Europa prevalgono i sierogruppi B e C e quindi per la vaccinazione è sufficiente il sierogruppo C (per il B, come abbiamo visto, non c'è un vaccino), negli altri Paesi del mondo troviamo situazioni diverse: in Africa per esempio predominano il sierogruppo A e il sierogruppo W135; negli Stati Uniti, oltre al B e al C, si ritrova il sierogruppo Y e così via. Per l'appunto in Brasile, si ritrovano gli stessi serotipi presenti in Europa: tuttavia penso che l'uso del tetra-valente polisaccaridico nel caso suo sia assolutamente giustificato. Attualmente il vaccino in commercio in Italia, con queste caratteristiche, è *Mencevax ACWY* della GlaxoSmithKline, in fiale da 0,5 ml, da usare in una sola dose.

Purtroppo questo vaccino ha tutti i difetti dei vaccini polisaccaridici, perché risulta solo parzialmente immunogeno (la risposta è principalmente in anticorpi della classe IgM) e soprattutto non stimola le cellule della memoria, per cui le difese durano pochi anni e non sono ri-

chiamabili. Tanto è vero che negli Stati Uniti è già in commercio un vaccino (*Menactra* della Sanofi Pasteur) in cui i polisaccaridi dei sierogruppi sono stati coniugati con una proteina di trasporto (anatosina difterica): in tal modo i polisaccaridi, antigeni timo-indipendenti, scarsamente immunogeni, divengono antigeni timo-dipendenti, migliorando notevolmente le proprie prestazioni immunologiche.

Nonostante tutto questo, le consiglio di nuovo di accettare quanto suggerito dal Servizio di Vaccinazioni del suo Comune, in quanto al momento attuale *Mencevax* è quanto di meglio possa esser fatto oggi, in Italia, per difendere lei e suo figlio adolescente nei confronti delle malattie invasive da meningococco, per un periodo di qualche anno.

***Ragazzo di 15 anni deve praticare intervento di splenectomia di elezione per PTI cronica. Quali vaccinazioni deve praticare prima di essere sottoposto all'intervento chirurgico? Quali richiami deve praticare successivamente?***

Pediatra

Tutti i soggetti con asplenia sono ad alto rischio per batteriemie, sepsi e meningite purulenta, da meningococco, pneumococco ed *Haemophilus influenzae* (Hib), associate a elevata letalità.

L'entità del rischio è in rapporto in primo luogo alla situazione che ha portato alla splenectomia:

- la suscettibilità alle malattie invasive in un soggetto, nato senza milza o splenectomizzato per trauma, è 50 volte superiore a quella di un bambino peraltro sano;
- la suscettibilità è maggiore (350 volte) se la splenectomia sia stata eseguita per una malattia ematologica generale, come per esempio una talassemia maior, drepanocitosi, o simili.

Il rischio è inoltre più alto nei soggetti nei quali la splenectomia sia stata eseguita nei primi anni di vita ed è tanto maggiore negli anni immediatamente successivi all'intervento. Dobbiamo

quindi dividere gli splenectomizzati in soggetti a rischio semplice e in soggetti ad alto rischio. Considererei il paziente di cui lei parla fra quelli ad alto rischio. Oggi, proprio come nel paziente di cui lei parla, si preferisce iniziare la vaccinazione contro meningococco, pneumococco e Hib prima dell'intervento di splenectomia.

**Meningococco** - Due settimane prima della splenectomia è bene eseguire una dose di vaccino coniugato contro il meningococco C (ve ne sono in commercio 4 preparazioni: una vale l'altra). Essendo un soggetto ad alto rischio, è bene che il suo paziente riceva una dose di richiamo dopo 3-4 anni.

**Pneumococco** - Due settimane prima della splenectomia, è bene che il suo paziente riceva una dose di vaccino coniugato eptavalente contro lo pneumococco (esiste solo *Prevenar*), da ripetere, per la situazione del suo paziente, dopo 3-4 anni. In alternativa in letteratura viene consigliato il vaccino polisaccaridico 23-valente, che, come si sa, ha tutti i difetti dei vaccini polisaccaridici non coniugati, sia per la prima che per la dose di richiamo. Il suo uso è giustificato quando venga usato come richiamo, dopo una dose di *Prevenar*.

**Haemophilus influenzae tipo b** - Due settimane prima della splenectomia è bene che il suo paziente riceva una dose di vaccino coniugato contro l'Hib, da ripetere dopo 3-4 anni.

Le ricordo che, a parte le vaccinazioni contro gli agenti batterici della meningite, è necessario che i soggetti splenectomizzati ricevano una profilassi antibiotica; questa profilassi può essere eseguita con benzilpenicillina-benzatina (600.000 o 1.200.000 UI al di sotto o al di sopra dei 30 kg di peso) per via intramuscolare ogni 25 giorni. In alternativa viene internazionalmente usata la penicillina V per via orale, che purtroppo non si trova in Italia, ma che può essere richiesta all'estero. Sulla durata della profilassi non esiste una regola precisa: la maggior parte degli studiosi su questo argomento consigliano per 5 anni nei casi a rischio semplice e per 10-15 anni in quelli ad alto rischio.