

[QUIZ]

# Test di autovalutazione

## 1. Una ipereosinofilia (eosinofili >1500/mm<sup>3</sup>) può essere responsabile di lesioni infiammatorie a carico di mucose e visceri:

- A. in nessun caso
- B. sì, indipendentemente dalla causa dell'eosinofilia, forma costituzionale esclusa
- C. nei casi di eosinofilia secondaria a tumori o leucosi
- D. soltanto se trattasi di Sindrome ipereosinofila idiopatica.

## 2. Gli eosinofili agiscono:

- A. aderendo alle larve di elminti e quindi uccidendole attraverso la liberazione di molecole contenute nei granuli
- B. favorendo, in cooperazione con i mastociti, ma al contempo modulando la flogosi di tipo allergica
- C. controllando le cellule neoplastiche
- D. tutti i precedenti.

## 3. Quali elmintiasi sono generalmente correlate con eosinofilia ematica?

- A. Tutte
- B. le forme intestinali e dei tegumenti
- C. le forme viscerali o comunque con fase di migrazione viscerale delle larve eccetto le forme "segregate"
- D. solo le forme viscerali.

## 4. Sulla terapia dell'eosinofilia, una delle seguenti affermazioni è errata:

- A. ove possibile, la terapia deve essere rivolta alla patologia responsabile dell'eosinofilia
- B. in caso di ipereosinofilia da causa ignota o non responsiva alla terapia, bisogna impiegare gli steroidi
- C. la terapia della patologia responsabile dell'eosinofilia determina una rapida

normalizzazione del numero degli eosinofili del sangue periferico

- D. nei casi di ipereosinofilia non responsiva agli steroidi, si ricorre ad idrossiurea, IFN-alfa o inibitori dell'IL-5.

## 5. In quale delle seguenti condizioni non sono utilizzabili le raccomandazioni delle LG GINA 2017 e delle British Guideline on the Management of Asthma 2016?

- A. Gestione dell'attacco acuto di asma in pronto soccorso
- B. gestione ambulatoriale dell'attacco acuto di asma
- C. wheezing virus-indotto
- D. bronchiolite.

## 6. In considerazione delle limitazioni della nota AIFA 2014, in un bambino di età inferiore ai 2 anni con storia di precedente episodio di bronchiolite e che presenti iniziali segni di distress respiratorio e reperto broncospastico all'ascoltazione del torace il trattamento consigliato a domicilio è:

- A. salbutamolo con MDI/spacer
- B. salbutamolo per via aerosolica
- C. indifferente utilizzo di salbutamolo con MDI/spacer o per via aerosolica
- D. è sempre controindicato l'uso del salbutamolo nei bambini < 2 anni.

## 7. La randomizzazione dei pazienti nei due o più gruppi facenti parte di uno studio randomizzato controllato:

- A. garantisce una identica numerosità dei pazienti all'interno dei gruppi
- B. distribuisce in maniera casuale all'interno dei gruppi i pazienti con maggiore o minor gravità della malattia o con maggiore o minor rischio di complicanze

- C. può essere omessa se il trial ha un follow-up molto breve
- D. viene valutata con lo strumento validato AGREE-II.

## 8. In uno studio del 2012 sulla prescrizione degli antibiotici in Italia, una delle seguenti affermazioni è errata:

- A. la prevalenza d'uso degli antibiotici nella popolazione minore di 14 anni di età varia a livello regionale dal 43% al 61%
- B. nel Lazio l'amoxicillina rappresenta l'antibiotico maggiormente prescritto
- C. l'amoxicillina rappresenta il 19% di tutte le prescrizioni di antibiotici
- D. la prescrizione di antibiotici è circa due volte più elevata in Italia rispetto alle nazioni del nord Europa.

## 9. Nella faringotonsillite da streptococco beta-emolitico di gruppo A una delle seguenti affermazioni è errata:

- A. le linee guida nazionali e internazionali indicano l'amoxicillina come l'antibiotico di prima scelta
- B. la dose di amoxicillina raccomandata è 50 mg/kg/die in due somministrazioni giornaliere, una dose ogni 12 ore
- C. l'efficacia dell'amoxicillina è concentrazione dipendente
- D. le Linee Guida italiane elaborate da un gruppo di società scientifiche (tra cui SIP e SIPPS) raccomandano di proseguire la terapia per 10 giorni.

## 10. Indicare l'affermazione corretta:

- A. l'Italia è tra le nazioni europee con la più bassa prevalenza di resistenza agli antibiotici
- B. l'uso inappropriato degli antibiotici è causa dell'aumento della resistenza agli antibiotici
- C. il consumo di cefalosporine e macrolidi è associato ad una minore probabilità di resistenze
- D. nel marzo 2017 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha classificato in età pediatrica l'amoxicillina, l'amoxicillina + acido clavulinico e i macrolidi nel gruppo access, in quanto dovrebbero essere sempre disponibili e accessibili come trattamento di prima scelta.

Le risposte esatte saranno pubblicate sul prossimo numero della rivista.

# Le risposte del numero precedente

**1. La correzione dell'ipernatriemia deve essere effettuata lentamente in almeno 48 ore e la velocità di riduzione della sodiemia non deve essere superiore a 0,5 mEq/L/h.**

Risposta corretta: **A**

La velocità della correzione dell'ipernatriemia dipende dalla concentrazione iniziale di sodio: è in ogni caso fondamentale che la correzione avvenga lentamente, perché una discesa dei livelli di sodio troppo brusca potrebbe portare ad edema cerebrale, convulsioni e lesioni permanenti a carico del sistema nervoso centrale.

**2. Per la correzione dell'ipernatriemia deve essere utilizzata la soluzione glucosata al 5% a cui aggiungere una quantità di sodio pari a 1/2 di soluzione fisiologica.**

Risposta corretta: **C**

La scelta della soluzione da infondere dipende dal deficit di acqua libera, anche se le recenti linee guida suggeriscono come soluzione ideale una soluzione glucosata al 5% a cui aggiungere una quantità di sodio pari a 1/2 di soluzione fisiologica; la soluzione da scegliere non deve essere ipertonica ma neanche eccessivamente ipotonica.

**3. L'incidenza del piede torto nella razza caucasica è stimabile intorno a 1:1000.**

Risposta corretta: **C**

Il piede torto idiopatico è secondo per frequenza alla sola displasia evolutiva delle anche tra tutte le malformazioni neonatali a carico dell'apparato muscolo-scheletrico. In Italia, la prevalenza è compresa tra 0,8-1,65 su 1000 nati vivi, nascono con questa malformazione circa 500 bambini all'anno.

**4. Il metodo Ponseti prevede: una fase correttiva in gessi per correggere le deformità osteoarticolari e**

**legamentose del piede torto; una fase di mantenimento in tutore per mantenere elastiche le componenti miotendinee durante le fasi di rapido accrescimento del piede del bambino; una fase di sorveglianza clinica per valutare la possibile insorgenza di recidive dopo la dimissione dal tutore.**

Risposta corretta: **D**

La fase correttiva della metodica Ponseti prevede una progressiva e simultanea correzione di tutte le deformità attraverso l'applicazione di una serie di gessi correttivi (mediamente 4/5 tappe). La fase di mantenimento prevede l'uso del tutore in abduzione, in grado di non interferire con le fisiologiche tappe di sviluppo motorio del bambino: nei primi 2-3 mesi il tutore andrà mantenuto per 23 h ore al giorno, per poi essere ridotto rapidamente. La fase di follow-up prevede regolari controlli ambulatoriali (ogni 4/6 mesi) almeno fino ai 7-8 anni di età.

**5. La metodica Ponseti rispetto agli altri trattamenti conservativi presenta: una minore incidenza di recidive chirurgiche, un tempo inferiore di trattamento correttivo, un migliore rapporto costo-efficacia.**

Risposta corretta: **D**

La metodica Ponseti è in grado di ottenere la correzione anatomica in più del 95-98% dei piedi torti idiopatici trattati, indipendentemente dalla loro gravità iniziale, in tempi rapidi. Si è dimostrata più conveniente in termini di costi efficacia rispetto ad altre metodiche conservative (4:1) o chirurgiche (6:1). Il numero d'interventi chirurgici invasivi eseguiti nei maggiori centri di ortopedia pediatrica degli Stati Uniti per la correzione di questa deformità si è ridotto del 90%.

**6. È corretto affermare che le reazioni avverse ai FANS sono individuali e imprevedibili.**

Risposta corretta: **B**

Alcuni soggetti sviluppano reazioni avverse ai FANS (ad es. gastrointestinali), ma non disponiamo di indagini per identificare chi è a rischio. La probabilità di reazioni avverse varia per ciascun prodotto. L'azione antiinfiammatoria dei FANS richiede dosi superiori (non inferiori) rispetto a quella antipiretica e analgesica. I FANS hanno un'azione distinta su cellule e tessuti diversi.

**7. Non è corretto affermare che gli effetti immunosoppressori dei glu-**

**cocorticosteroidi cessano entro 24 ore dalla sospensione del farmaco.**

Risposta non corretta: **A**

Gli effetti biologici dei glucocorticosteroidi possono persistere a lungo, derivando anche dall'aumentata o ridotta trascrizione di geni le cui proteine possono continuare a esercitare i loro effetti anche dopo la sospensione del farmaco. Tutte le altre affermazioni sono corrette.

**8. La terapia di base della dermatite atopica è rappresentata da emollienti e corretti detergenti.**

Risposta corretta: **C**

Gli emollienti e i corretti detergenti rappresentano la terapia di base della dermatite atopica. L'applicazione deve essere ripetuta almeno due volte al giorno anche durante la fase di remissione della malattia.

**9. Le caratteristiche del profilo lipidico in bambini affetti da accumulo degli esteri del colesterolo (CESD) dovuto a Deficit di Lipasi acida Lisosomiale sono: livelli di Colesterolo Totale > 260 mg/dl, LDL-C > 194 mg/dl con livelli elevati di trigliceridi.**

Risposta corretta: **B**

Il pattern lipidico della CESD da Deficit di Lipasi acida Lisosomiale è caratterizzato dall'aumento del colesterolo totale (CT > 260 mg/dl), dell'LDL-C (> 194 mg/dl), dei trigliceridi, con ridotti livelli di HDL-C. Livelli elevati di CT > 260 mg/dl e di LDL-C > 194 mg/dl, associati a livelli normali di trigliceridi sono invece altamente suggestivi di ipercolesterolemia familiare.

**10. Non è corretto affermare che le fratture ossee da maltrattamento non si verificano in bambini di età inferiore ai 2 anni.**

Risposta non corretta: **A**

In caso di maltrattamento le fratture si verificano in bambini di età inferiore ai 2 anni. Bisogna tenere presente che molte fratture non accidentali nei neonati e nei bambini piccoli sono occulte e quindi non sono clinicamente evidenti all'esame obiettivo. Utile il follow up radiologico e la sorveglianza scheletrica nella ricerca di fratture occulte o pregresse nei bambini sotto i 2 anni con forte sospetto di abuso.

