

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, VACCINI

Un ragazzo quattordicenne ha sviluppato una uretrite. La coltura del secreto purulento non ha evidenziato la crescita di patogeni. Nel timore di un'infezione da clamidia ho prescritto in modo del tutto empirico una terapia con macrolidi per 2 settimane, associata comunque a una fiala di ceftriaxone per la gonorrea. Il ragazzo nega decisamente ogni tipo di rapporto sessuale. Ancora non si vedono effetti positivi della terapia dopo i primi 4 giorni.

Chiedo: Quale può essere la causa? Quale la migliore terapia empirica? Ci sono esami particolari da fare?

dott. Rosario Cavallo

Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)

L'uretrite riconosce diversi agenti causali e l'eziologia può essere di volta in volta virale, batterica, fungina, iatrogena o traumatica.

A volte è associata a infezione di altri microrganismi minori che hanno però scarso rilievo in termini percentuali, poiché raramente rappresentano i veri agenti causali della malattia. Tra questi *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *M. genitalis*, *Ureaplasma urealiticum* e herpes virus.

Quanto già fatto, con il trattamento delle due cause infettive più frequenti, è certamente corretto; in caso di mancata risposta alla terapia potrebbe essere preso in considerazione l'unico patogeno (anche se raro) resistente ai trattamenti eseguiti, cioè *Trichomonas vaginalis*, che risponde al metronidazolo.

Generalmente si consiglia di eseguire più di un esame colturale (almeno 2) prima di avviare il trattamento.

Ho una paziente di 2 anni e mezzo che dall'età di 6 mesi (dopo che la mamma ha smesso di allattarla) è a dieta rigida senza latte e derivati per reazione con anafilassi all'introduzione del latte di proseguimento (ricoverata e dimessa

con Pregomin). All'epoca non era mia paziente. Oggi è a dieta con soia e i RAST sono sempre decisamente positivi per latte e frazioni.

Le visite allergologiche spostano sempre di 6 mesi in 6 mesi l'eventuale prova di scatenamento.

Aggiungo che la mamma riferisce che alcune volte la bambina è entrata in contatto con sostanze che contengono latte e al solo contatto cutaneo ha presentato iperemia locale.

Come mi devo comportare in vista della ormai prossima introduzione alla scuola dell'infanzia?

È una bambina che può candidarsi a un test di scatenamento?

dott.ssa Anna Arosio

Pediatra di famiglia, Concorezzo (Monza e Brianza)

La bambina è certamente allergica alle proteine del latte vaccino (RAST positivo e sintomi clinici all'ingestione/contatto con il latte). Il test di provocazione orale (TPO), o test di scatenamento, serve per valutare l'avvenuta o meno tolleranza verso l'alimento. Il solo RAST o prick non basta in quanto la tolleranza viene raggiunta, il più delle volte, molto prima che i test si siano completamente negativizzati. L'arrossamento in sede di contatto cutaneo potrebbe non essere da solo predittivo, anche se è certo che vi è una dimostrata correlazione tra intensità del test cutaneo (o in vitro) e probabilità di un esito positivo al TPO. Credo che questo sia il motivo per il quale il Servizio Allergologico rimanda sempre la data del TPO e anche noi evitiamo di fare il TPO quando l'esito appare già scontato per l'intensità della positività al prick e/o per segnali clinici inequivocabili di "allergia ancora in alto mare".

Dopo i tre anni, con la socializzazione, il TPO è comunque opportuno, sia per misurare l'entità del problema (e con questo l'entità del rischio, vedi per esempio necessità, o meno, della prescrizione

dell'adrenalina per autoinoculazione), sia perché, se la quantità di latte tollerata al TPO non è proprio minimale, può essere avviata la desensibilizzazione orale (vedi a questo proposito "Anafilassi da allergia alle proteine del latte vaccino: clinica, storia naturale, challenge e desensibilizzazione orale", *Medico e Bambino* 2004;23:200).

Si legge sulle Linee Guida dei Centri di Celiachia che DQ2-DQ8 negativi indicano che un soggetto è esente dalla celiachia. Si deduce che non è più necessario effettuare la biopsia intestinale, che è un esame invasivo, per avere la conferma o l'esclusione di malattia celiaca?

dott. Antonio Marigliò

Manduria (Taranto)

L'affermazione che non può esistere malattia celiaca in assenza di uno dei due HLA predisponenti (DQ2 o DQ8) va ritenuta sostanzialmente vera. Quindi, se all'analisi molecolare gli HLA DQ2 o DQ8 (o una delle loro componenti -eterodimeri-) risultano assenti, la celiachia può essere esclusa con certezza.

Al contrario, se un soggetto risultasse portatore del DQ2 o del DQ8, questa positività di per sé non significherebbe niente in assenza di segni clinici (anemia, diarrea ecc.), sierologici (EMA, anti-tTG) e istologici, poiché circa il 40% della popolazione generale è portatrice di questi HLA senza essere celiaca.

Quindi, certamente la celiachia può essere ragionevolmente negata anche senza la biopsia se gli HLA sono negativi. Mentre, al contrario, la positività della genetica ha una specificità troppo scarsa per sostituire gli altri test diagnostici come gli EMA, gli anti-tTG e la biopsia stessa.

Un aspetto che ancora non mi è chiaro: "nel lattante con dermatite la sensibiliz-

zazione ad allergeni esterni avviene, quando avviene, piuttosto per via epidermica che per via oro-gastro-intestinale" e "nella dermatite atopica, lo sforzo maggiore deve essere diretto prioritariamente nei riguardi della cura/protezione delle lesioni cutanee" (Medico e Bambino 2009;28:162-7). Quando non riesco a curare tempestivamente la dermatite atopica, si apre una "finestra" alla sensibilizzazione agli allergeni domestici (esempio banale: bacio sulla guancia eczematosa da parte del fratellino che ha appena mangiato la pesca)? Vado lo stesso tranquillo con tutti gli alimenti e, se è il caso, sulla base della clinica, tolgo quelli che possono avere provocato reazioni o è meglio allargare la batteria dei prick test così da svelare eventuali sensibilizzazioni?

Inoltre il prick non può essere di per sé sensibilizzante o occorre una carica massiccia di allergene?

In sostanza, mentre mi sembra chiaro il discorso sullo svezzamento "precoce e con tutto" nel bambino sano, nel bambino che ha la dermatite atopica - che cerco di curare bene, ma a volte non

riesco a farlo guarire subito - la questione è più complessa (o sbaglio?).

dott. Stefano Pirovano
Pediatra di famiglia, Milano

Certamente ogni alimento, almeno in via teorica, potrebbe aver già sensibilizzato per via cutanea un bambino con dermatite atopica prima dello svezzamento e ogni alimento potrebbe farlo anche dopo. Tutto questo può far apparire il problema "allergia alimentare" irrisolvibile anche perché, se pur più raramente, anche i bambini senza dermatite atopica possono risultare allergici a qualche alimento mai prima mangiato.

Allora dovremmo fare il prick a tutti e per tutto? Più semplicemente tutto finisce per risolversi con la "fisiologica" abitudine di introdurre ogni alimento, in ogni bambino, atopico o meno, al tempo giusto, senza attese, ma anche con gradualità, come le mamme hanno sempre fatto e come ogni bambino fisiologicamente è portato a fare.

Sono un pediatra ospedaliero residente nella Regione Campania, nella quale, in

questi giorni, i PS sono presi d'assalto da una marea di bambini affetti da febbre 39-40 °C. Se si trattasse del picco della pandemia del virus A(H1N1), anticipato di circa due mesi, mi chiedo, che senso ha effettuare la vaccinazione nei soggetti non a rischio?

dott. Domenico Leo
Pediatra ospedaliero, Napoli

Come potrà leggere sulle pagine di *"Medico e Bambino"* (ottobre) di cose non chiare, o "senza senso", ce ne sono state tante. Ma oramai è andata così e "teniamolo duro". La grande quantità di "infezioni" a Napoli mi sembra molto probabile, nel momento che sono stati segnalati singoli casi a esito fatale. Ritengo quindi che in Campania siate realmente in piena "pandemia". Per questo la Sua segnalazione mi sembra veramente una buona notizia, visto che Lei, come altri suoi colleghi, non avete sottovalutato la gravità, ma soltanto la numerosità di questi casi. È quello che volevamo sentire e che, da quello che si sapeva da chi l'ha già passata (Australia), ci si aspettava: grande contagiosità, modesta morbilità.