

# Orticaria acuta post-infettiva

MARIA PAOLA PILIA\*\*, ROSANNA MENEGHETTI\*, GIORGIO LONGO\*

\*UO di Allergologia, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

\*\*Dipartimento di Pediatria, Clinica Maciotta, Cagliari

*Il riscontro di orticaria, e in modo speciale di una orticaria poco pruriginosa, di aspetto bizzarro e policiclico, in corso di malattia febbrile è comune ed è all'origine di un sospetto di ipersensibilità a farmaci o ad alimenti. In realtà, forse, basta conoscerla per riconoscerla.*

## LA STORIA DI GIORGIA

Giorgia è una bambina di 2 anni e mezzo che vediamo per il ricorrere dell'orticaria. La sua storia inizia 9 mesi prima, quando per l'insorgenza di tosse e febbre elevata le viene somministrata *Tachipirina* sciroppo (la febbre era insorta la mattina e lo sciroppo era stato somministrato il pomeriggio; in precedenza aveva assunto sempre e solo le supposte). Dopo neanche 20 minuti dalla somministrazione, si verifica un'estesa eruzione pomfoide pruriginosa, per la quale i genitori interpellano subito il medico curante. Questi sospetta un'allergia agli eccipienti della *Tachipirina* sciroppo, per cui consiglia di sostituirla con la formulazione in supposte (che la bambina aveva sempre tollerato) e prescrive lo *Zirtec* in gocce. L'orticaria, seppure attenuata, persiste per altri 5-6 giorni.

Dopo alcuni mesi Giorgia presenta un altro episodio analogo di orticaria "a ciel sereno". Viene sospettata, in quel caso, una salsa al pomodoro che peraltro aveva già mangiato varie altre volte. Questa volta, su consiglio del pediatra, viene somministrato lo *Zirtec* in compresse perché era stato notato che la *Tachipirina* sciroppo conteneva lo stesso eccipiente dello *Zirtec* gocce (metile-p-idrossibenzoato), ma l'orticaria è continuata comunque per 7 giorni.

## ACUTE URTICARIA IN RELATION TO INFECTIONS

(*Medico e Bambino* 2007;26:647-651)

### Key words

*Urticaria, Infections, Erythema multiforme, Serum-sickness-like syndrome, Hypersensitivity, Antihistamines, Drug reactions*

### Summary

*Acute urticaria related to infections is a benign manifestation in children, especially in infancy and early childhood. It typically happens at the same time or at the end of, or after, a viral infection. The eruption is self-limited, and episodes usually resolve within some days or few weeks; the presence of annular, polycyclic or geographic wheals are characteristic, and acral and facial angioedema and dermatographism are frequently observed. It is a very common disease; however, few reports concern this kind of urticaria and frequently they use different definitions as "acute annular urticaria", "urticaria multiforme", "acute urticaria of infancy and early childhood", and more rarely as "infectious urticaria" or "urticaria in relation to infections". The aim of this study was to review the literature available and shortly define the main clinical characteristics that differentiate this condition from other kinds of urticaria and from other reactions that can be misdiagnosed with it. A correct diagnosis may prevent unwarranted life-long dietary and drug restrictions and may reassure on the benign clinical course.*

Una settimana prima della nostra valutazione si verifica un nuovo episodio in apparente benessere, anche se, su richiesta, i genitori ricordano che Giorgia in quei giorni aveva presentato feci non formate, molto maleodoranti e ipocromiche. Come i precedenti, anche questo episodio persiste circa una settimana e anche questa volta viene cercato un colpevole: in questa occasione una frittata mangiata qualche ora prima e che peraltro Giorgia mangia abitualmente senza problemi.

Viene inviata al nostro Servizio di

Allergologia Pediatrica dal pediatra curante che "non ci capisce più niente".

## UNA ORTICARIA SENZA COLLOCAZIONE NOSOGRAFICA

L'orticaria è un problema frequente in età pediatrica e causa comune di accesso in Pronto Soccorso. La prima ipotesi che viene presa in considerazione dal pediatra o dal medico generalista, come nel caso clinico presentato, è che si tratti di un'allergia a qual-

## Problemi correnti

che alimento. Per questo motivo è comune il ricorso a diete di esclusione, a volte auto-prescritte. Nel migliore dei casi viene raccomandato di evitare la cioccolata, i pomodori, la frutta secca, gli agrumi, i formaggi fermentati e quant'altro si trovi nella lista "nera" degli alimenti ricchi di istamina o liberatori di istamina, e questo anche se la reale utilità di queste limitazioni nel trattamento dell'orticaria è alquanto discutibile.

Nella realtà, l'orticaria da causa alimentare, ma più in generale quella da causa allergica, è molto meno comune di quanto si creda, mentre, specie nell'età prescolare, l'orticaria probabilmente più frequente è quella cosiddetta "post-infettiva" (OPI)<sup>1</sup>. Molti pediatri, oggi, hanno imparato a riconoscerla e diagnosticarla, anche se spesso rimane l'inevitabile dubbio che si tratti di una reazione allergica ai farmaci assunti durante l'episodio febbrile (anche questo si ritrova nella storia di Giorgia), dall'antipiretico all'antibiotico (il più delle volte l'amoxicillina<sup>1</sup>).

Malgrado il suo frequente riscontro, l'orticaria post-infettiva è scarsamente valorizzata nella letteratura pediatrica: non ha, ad esempio, una sua collocazione nosografica nel pur onnicomprensivo "Nelson" e, anche nelle pubblicazioni e riviste che specificamente si occupano di malattie allergiche, la forma post-infettiva viene relegata a poca cosa. In un importante testo di allergologia tutto l'argomento è riportato in una sola frase: "Sebbene un'associazione dell'orticaria con infezioni batteriche e fungine sia stata più volte riportata, nella maggior parte dei casi rimane del tutto da dimostrare che i due processi siano collegati o non siano solo casualmente associati"<sup>2</sup>.

Cercando su *PubMed* con le parole chiave "urticaria" e "infections" abbiamo potuto raccogliere soltanto segnalazioni relative alle epatiti, alla mononucleosi, all'associazione tra "l'immane" *Helicobacter pylori* e l'orticaria cronica, all'esantema geografico dell'infezione da Parvovirus, ma nulla, o poco più di nulla, che riguardi l'OPI che accompagna o segue le banali infezioni virali del bambino più piccolo.

Quel poco che abbiamo trovato è scritto per lo più su riviste di limitata diffusione, molto datate o non facili da reperire per esteso<sup>3,6</sup>. Inoltre, la terminologia che viene utilizzata per etichettare questa forma di orticaria è la più varia ("acute annular urticaria", "urticaria multiforme", "acute urticaria of infancy and early childhood") e solo raramente è esplicitata nella sua definizione il caratterizzante rapporto con una precedente infezione ("infectious urticaria" or "urticaria in relation to infections"). Lo studio che riteniamo più attinente al problema dell'orticaria "post-infettiva" è stato condotto in Spagna su 44 bambini di età compresa tra 1 e 12 anni con orticaria acuta associata a malattia febbrile<sup>3</sup>. In questo lavoro gli agenti patogeni che sono stati isolati in ordine di frequenza, sono: Adenovirus; Enterovirus; virus respiratorio sinciziale; virus parainfluenzali 1, 2 e 3; virus dell'influenza A e B; citomegalovirus; Parvovirus B19; Herpesvirus ed Epstein-Barr virus. Tra tutti questi, è certamente il Parvovirus B19 l'agente patogeno della quinta malattia, quella che dà un'orticaria infettiva morfologicamente più tipica e che in qualche modo ricorda il modello dell'orticaria post-infettiva "multiforme" a cui stiamo facendo riferimento. Tra i batteri è stato individuato in una occasione il solo *Mycoplasma*. Gli altri pochi studi che abbiamo trovato confermano sostanzialmente gli stessi agenti infettanti, ma aggiungono in causa anche alcuni batteri e specificamente la *Chlamydia pneumoniae*, l'*Helicobacter pylori* e l'*Escherichia coli*<sup>7</sup>. Infine, in uno studio, è stata valorizzata l'associazione tra lo streptococco e l'orticaria acuta, trovando una coltura positiva da tampone faringeo in 6 dei 32 casi studiati (in un caso la persistenza dello streptococco dopo trattamento antibiotico si è associata a una persistenza dell'orticaria risoltasi alla fine con la terapia penicillinica im)<sup>8</sup>. Il ritrovamento di parassiti intestinali (giardie, ossiuri) non sembra al contrario potersi collegare all'OPI perché l'evoluzione della stessa si è dimostrata indipendente dall'andamento dell'infestazione e del trattamento specifico<sup>1</sup>. L'età più colpita dall'OPI va da 7 mesi ai 3 anni e, di fatto, si

ritrova in letteratura riportata come orticaria acuta "of infancy and early childhood"<sup>1</sup>, anche se sono descritti in letteratura casi in età più avanzata (17 anni)<sup>9</sup> o più precoce (1 mese)<sup>1</sup>.

L'OPI rimane comunque un'entità a incidenza sconosciuta e scarsamente caratterizzata sotto il profilo clinico ed eziopatogenetico.

### CARATTERISTICHE CLINICHE E DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Ma, mentre ci sembra di dover trarre queste conclusioni, sul numero di maggio del *Pediatrics* è apparso un lavoro, condotto presso il Servizio di Dermatologia Pediatrica del Children's Hospital di Philadelphia, che, con una serie di 18 casi, descrive bene questa condizione. Gli Autori propongono per questa orticaria il termine di "urticaria multiforme" a indicarne la similitudine con l'eritema multiforme<sup>9</sup>, ma la probabile natura post-infettiva della stessa è suggerita dal fatto che nella maggior parte dei casi (67%) l'eruzione era stata preceduta da sintomi di infezione respiratoria o intestinale, e/o dalla febbre



Figura 1. Tipiche lesioni anulari alla coscia.



Figura 2. Lesioni confluenti policicliche (geografiche) agli arti e al tronco.



Figura 3. Edema del piede con segno della fovea.



Figura 4. Tipico dermografismo in corso di OPI.

(44% dei casi) e/o dall'utilizzo di farmaci (antibiotici e antipiretici), esattamente come nel caso descritto da noi; oppure, in due casi, da una pregressa vaccinazione. Di questa orticaria gli Autori ci descrivono accuratamente le caratteristiche, sottolineando in particolare il caratteristico aspetto tondeggiante dei pomfi (è un'orticaria che in letteratura è stata etichettata anche come "orticaria acuta anulare"<sup>10</sup> o "geografica"<sup>11</sup>) e le localizzazioni principali, agli arti e al tronco (più raramente al volto), non però al palmo delle mani e alla pianta dei piedi (sedi invece possibili delle tipiche lesioni dell'eritema multiforme). Le lesioni pomfoidi, pruriginose, possono essere inizialmente piccole, ma con la tendenza a espandersi rapidamente in forma anulare, arcuata o policiclica (Figure 1 e 2). Le aree centrali possono essere chiare (orticaria "anulare"), però a volte, specie agli arti inferiori, possono presentare un imbrunimento violaceo fino a sembrare ecchimotiche e in questo modo assomigliare alle lesioni a "coccarda" dell'eritema multiforme, ma contrariamente a queste rimangono sempre fugaci, non lasciano esiti discromici, non

si associano a erosioni o afte delle mucose orali e, inoltre, rispondono di norma all'antistaminico. Caratteristica molto frequente nell'OPI è il riscontro di un lieve edema del volto (periorulare e periorale) o, più comunemente, delle mani e dei piedi (nel 60-72% dei casi negli studi considerati<sup>1,9</sup>) (Figura 3). L'artralgia non è descritta nei 18 casi riportati da Shah e collaboratori<sup>9</sup>, ma viene riportata nel 30% dei bambini della casistica di Mortureux<sup>1</sup> (ginocchia, gomiti, piedi) e noi ricordiamo di averla osservata con certezza in alcuni casi venuti alla nostra attenzione. Tipica, infine, di questa forma di orticaria la presenza di uno spiccato dermografismo di accompagnamento<sup>9</sup> (Figura 4).

L'orticaria post-infettiva può presentarsi anche in assenza di una chiara evidenza di infezione e in questi casi sarà la tenera età del bambino, ma in particolare la persistenza per più giorni delle lesioni a indirizzare la diagnosi. Diversamente dall'orticaria "allergica", che di norma si esaurisce entro poche ore, l'orticaria "post-infettiva" ha una durata che va da alcuni giorni fino ad alcune settimane (mediamente da 2 a 12 giorni)<sup>9</sup> ma, anche se raramente, alcune di queste possono evolvere verso forme croniche<sup>1</sup> (durata più di 6 setti-

mane). La durata dell'orticaria, di circa una settimana, nel caso da noi presentato è stata l'elemento più forte per farci escludere l'ipotesi di un'allergia alla Tachipirina o ad alimenti, e a indirizzare alla diagnosi di OPI. Nella Figura 5 è riportato un algoritmo diagnostico dell'orticaria in rapporto alla durata.

L'orticaria post-infettiva, inoltre, può recidivare frequentemente nello stesso soggetto in seguito a successive infezioni (tra il 20% e il 30% dei casi), limitandosi però di norma all'età prescolare<sup>1</sup>. In una bambina di 5 anni che è giunta recentemente alla nostra osservazione l'OPI si è presentata ben 7 volte (in due episodi anche con l'edema alle mani e ai piedi e in uno anche al labbro inferiore).

Come si accennava prima, l'OPI per la caratteristica morfologia anulare delle lesioni può andare in diagnosi differenziale con l'eritema multiforme<sup>9</sup>. Altre volte, per la presenza dell'edema delle mani e piedi, come pure per le fugaci artralgie, può far sospettare anche una reazione "simil-malattia da siero"<sup>9</sup>; in quest'ultima però le lesioni cutanee sono fisse e persistenti (>24 h), non si accompagnano a dermografismo e non recedono con l'antistaminico, ma principalmente si accompagnano a sintomi

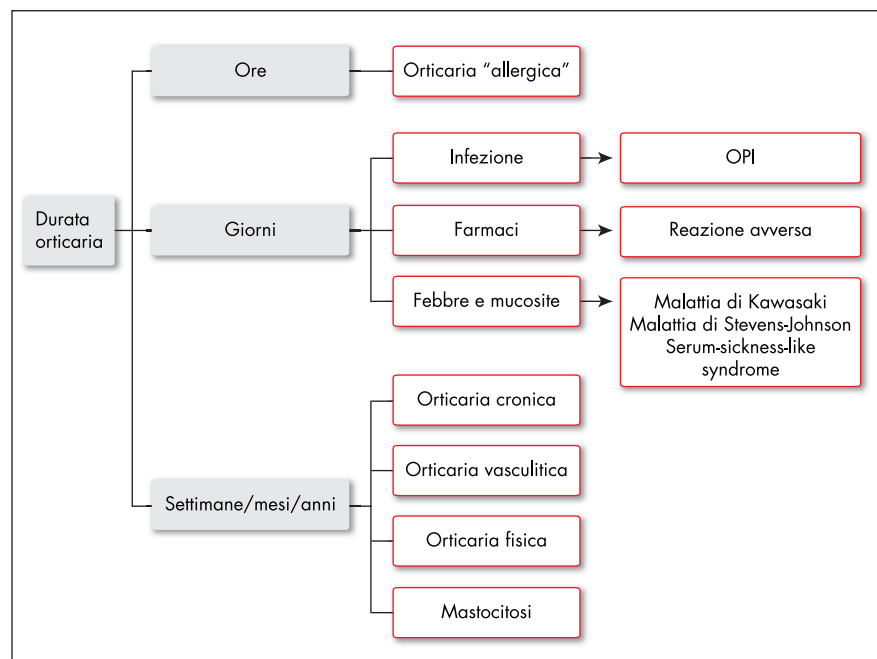


Figura 5. Algoritmo diagnostico semplificato dell'orticaria in rapporto alla durata.

## Problemi correnti

sistemici quali febbre elevata, dolori muscolari e articolari importanti, linfadenopatia (richiede terapia steroidea)<sup>9</sup>. La “serum sickness-like reaction” è infine una condizione che il più delle volte è riferibile all’assunzione di un antibiotico<sup>9,11</sup>.

Per spiegare il meccanismo patogenetico dell’OPI sono state suggerite varie ipotesi: la degranolazione aspecifica dei mastociti durante una risposta immune innata; l’attivazione diretta del complemento con rilascio di C5a; o ancora immunocomplessi antigene-anticorpo che attivano la via classica del complemento<sup>12</sup>.

### TRATTAMENTO

La terapia consiste nell’utilizzo di antistaminici che nell’orticaria risultano perlopiù sufficienti e solo raramente vi è necessità di ricorrere al cortisone<sup>13</sup>. Inutili e da proscrivere, come del resto in tutte le forme di orticaria, i farmaci topici (antistaminici, cortisonici o altro). Infine, va evitata la dieta povera di alimenti istamino-liberatori, che i più consigliano come fosse un riflesso condizionato in ogni orticaria, sia perché inutile, specie in un bambino già in antistaminico, ma principalmente perché troppo spesso finisce per essere perpetuata anche dopo la scomparsa delle lesioni.

Il ruolo di cofattore scatenante dei



**Figura 6.** Esantema maculo-papuloso da amoxicillina in corso di infezione da EBV.

farmaci, in particolare degli antinfiammatori non steroidei, è stato ipotizzato e non può essere escluso<sup>19</sup>. È infatti possibile che i farmaci, in presenza di un processo infettivo, agiscano in maniera combinata, da trigger, come nel caso del rash della mononucleosi quando trattata con amoxicillina. Comunque sia, saper riconoscere l’OPI e saper considerare i farmaci eventualmente assunti come semplici cofattori e non causa dell’orticaria è fondamentale per evitare quella diffusa abitudine di etichettare questi bambini come allergici, o sospetti allergici, ai composti utilizzati. Una diagnosi che poi finisce per rimanere attaccata al bambino per molti anni e difficile da rimuovere<sup>14</sup>. I farmaci che vengono più frequentemente incriminati sono quelli più comunemente utilizzati nelle forme infettive del bambino, soprattutto l’amoxicillina<sup>15</sup> e le cefalosporine orali, oppure il paracetamolo o l’acido acetilsalicilico<sup>9,11,16</sup>. Gli esantemi da amoxicillina sono ben differenziabili dall’OPI in quanto hanno un caratteristico aspetto morbilliforme, maculopapulare (Figura 6), possono comparire in ogni momento della terapia e sono stimati con frequenza elevata, nel 5-10% dei trattamenti effettuati durante un’infezione virale (fino al 95% in chi è affetto da virus di Epstein-Barr). Non hanno il significato di una reazione allergica all’amoxicillina<sup>14</sup>.

Al contrario, l’orticaria da FANS è, nel bambino, molto più rara. Può essere dovuta al meccanismo non specifico dell’intolleranza e in questo caso si estende a tutti i composti del gruppo (eccezionalmente al paracetamolo); oppure riconosce un meccanismo IgE-mediato ed è ristretta a un solo composto. Comunque sia, queste reazioni si riconoscono per lo stretto rapporto assunzione-eruzione, ma anche per la più breve durata delle lesioni (ore, non giorni o settimane come nell’OPI)<sup>17,18</sup>.

Un recente e importante studio epidemiologico, condotto in Italia con l’obiettivo di valutare se l’acido niflumico fosse causa di maggiore frequenza di reazioni muco-cutanee (in prevalenza orticaria) rispetto agli altri FANS, non ha rilevato differenze tra i vari composti e/o l’eventuale associazione con un trattamento antibiotico<sup>19</sup>, contraria-

### MESSAGGI CHIAVE

- ❑ L’orticaria che segue o accompagna le comuni infezioni (OPI), perlopiù virali, respiratorie o intestinali, è un’entità relativamente comune nel bambino, specie nell’età prescolare. Malgrado questo è stata da sempre poco valorizzata nella letteratura pediatrica.
- ❑ Le lesioni pomfoidi, scarsamente pruriginose, si espandono rapidamente in forma anulare, arcuata o policiclica, a volte accompagnate da lieve edema del volto (pericolare e periorale) o, più comunemente, delle mani e dei piedi. Non è esclusa una fugace artralgia.
- ❑ La durata dell’OPI va da pochi giorni a qualche settimana; il più delle volte risponde bene al solo antistaminico. Può recidivare nello stesso soggetto.
- ❑ La mancata diagnosi di OPI è responsabile di tutte quelle erronee diagnosi di allergia ai farmaci (antifebbrili e/o antibiotici utilizzati nell’occasione), che poi finiscono per essere così difficili da rimuovere.

mente a quanto in precedenza segnalato<sup>20</sup>. Forse la questione non è totalmente chiusa<sup>21</sup>, ma l’aver registrato una relazione inversa tra frequenza dell’orticaria ed età del bambino equivale, a nostro avviso, a negare la responsabilità isolata dei FANS e a confermare l’epidemiologia dell’orticaria post-infettiva con la sua massima frequenza nell’età prescolare. Questo non nega, come possibile, che i FANS abbiano un ruolo di cofattore dell’OPI, come di qualsiasi altro tipo di orticaria.

Per quanto riguarda gli antibiotici, invece, uno studio condotto su 57 bambini con orticaria acuta, nei 33 casi che avevano assunto un antibiotico l’orticaria si era manifestata prevalentemente tra il 6° e il 10° giorno di terapia con caratteristiche tipiche dell’OPI e non differenziabili per tempistica, morfologia o durata da quelle degli altri bambini non trattati<sup>1</sup>. Inoltre, molti dei bambini hanno avuto un secondo episodio di orticaria, associata a un fatto infettivo anche senza aver assunto alcun farmaco<sup>1</sup>. Da un altro studio sappiamo infine che la quasi totalità dei bambini etichettati come allergici o sospetti allergici all’amoxicillina/ampicillina non presentano alcuna manifestazione allergica, o erut-

tiva cutanea, in seguito a una successiva somministrazione dell'antibiotico<sup>14</sup>. Tutto questo ci permette di capire come il mancato riconoscimento di una OPI sia la causa principale di quelle tante diagnosi di allergia a farmaci che poi diventa così difficile da rimuovere.

#### Indirizzo per corrispondenza:

Giorgio Longo  
e-mail: [longog@burlo.trieste.it](mailto:longog@burlo.trieste.it)

#### Bibliografia

- Mortureux P, Léauté-Labrèze C, Legrain-Lifermann V, Lamireau T, Sarlangue J, Taieb A. Acute urticaria in infancy and early childhood. *Arch Dermatol* 1998;134:319-23.
- Kaplan AP. Urticaria and angioedema. In: Middleton E Jr, Reed CE, Ellis EF, et al. *Allergy - Principles & Practice - Fifth edition*. St. Louis, Missouri: Mosby, 1998:1104-122.
- Bilbao A, Garcia JM, Pocheville I, et al. Round table: urticaria in relation to infections. *Allergol Immunopathol* 1999;27:73-85.
- Voss MJ, O'Connell EJ, Hick JF, et al. Association of acute urticaria in children with respiratory tract infection. *J Allergy Clin Immunol* 1982;10:702-3.
- Aoki T, Kojima M, Horiko T. Acute urticaria: history and natural course of 50 cases. *J Dermatol* 1994;21:73-7.
- Kauppinen K, Juntunen K, Lanki H. Urticaria in children: retrospective evaluation and follow-up. *Allergy* 1984;39:469-72.
- Schuller DE. Acute urticaria in children. *Postgrad Med* 1982;72:179-85.
- Shuller DE, Elvey SM. Acute urticaria associated with streptococcal infection. *Pediatrics* 1980;65(3):592-6.
- Shah KN, Honig PG, Yan AC. Urticaria multiforme: a case series and review of acute annular urticaria hypersensitivity syndromes in children. *Pediatrics* 2007;119:1177-83.
- Tamayo-Sanchez L, Ruiz-Maldonado R, Laterza A. Acute annular urticaria in infants and children. *Pediatr Dermatol* 1997;14:231-4.
- Rallis E, Balatsouras DG, Kouskoukis C, Verros C, Homsioğlu E. Drug eruptions in children with ENT infections. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006;70:53-57.
- Abbas AK, Lichtman AH. *Immediate Hypersensitivity, in Cellular and Molecular Immunology*; Chapter 19: 432-452. Edi Saunders, Elsevier Science (USA), 2003.
- Sakurai M, Oba M, Matsumoto K, et al. Acute infectious urticaria: clinical and laboratory analysis in nineteen patients. *J Dermatol* 2000;27(2):87-93.
- Graff-Lonnevig V, Hedlin G, Lindfors A. Penicillin allergy - a rare paediatric condition? *Arch Dis Child* 1988;63:1342-6.
- Weiss M, Adkinson NF. Immediate hypersensitivity reactions to penicillin and related antibiotics. *Clin Allergy* 1988;18:515.
- Legrain V, Taieb A, Sage T, et al. Urticaria in infants: a study of 40 patients. *Pediatr Dermatol* 1990;7:101-7.
- Boussetta K, Ponvert C, Karila C, Bourgeois ML, Blic J, Scheinmann P. Hypersensitivity reactions to paracetamol in children: a study of 25 cases. *Allergy* 2005;60:1174-7.
- Ponvert C, Scheinmann P. Allergic and pseudoallergic reactions to analgesics, antipyretics and non steroidal anti-inflammatory drugs. *Arch Pediatr* 2007;14:507-12.
- Sturkenboom M, Nicolosi A, Cantarutti L, et al. Incidence of mucocutaneous reactions in children treated with niflumic acid, other non steroidal anti-inflammatory drugs, or nonopioid analgesics. *Pediatrics* 2005;116(1):e26-e33.
- Menniti-Ippolito F, Scagliocca L, Da Cas R, et al. Niflumic acid and cutaneous reactions in children. *Arch Dis Child* 2001;84:430-1.
- Menniti-Ippolito F, Traversa G, Da Cas R. Niflumic acid and mucocutaneous reactions. *Pediatrics* 2006;117:253-4.

## LE GIORNATE DI MEDICO E BAMBINO

Montesilvano (Pescara), 9-10 maggio 2008



**Venerdì mattina moderano F. Chiarelli, F. Marchetti**

- 8.45 - 9.30 **Tre presentazioni giovani**  
(tre esperienze di giovani specializzandi)
- 9.30 - 10.15 **Problemi correnti**  
Le figure da stamparsi nel cervello.  
Ovvero, 10 immagini per 10 messaggi in:  
• Chirurgia pediatrica (P. Lelli Chiesa)  
• Reumatologia (L. Breda)
- 10.15 - 11.00 **Istiocitosi: chi era costei?**  
**Tutto quello che il pediatra dovrebbe sapere** (M. Aricò)
- 11.00 - 11.30 **Merenda**
- 11.30 - 12.00 **La Pagina Gialla**  
Ultime notizie... (a cura di A. Ventura)
- 12.00 - 12.45 **L'articolo dell'anno**  
Prescrivere farmaci "fuori dall'etichetta"  
o con "l'etichetta sbagliata" (F. Marchetti)
- 12.45 - 13.00 **Hai visto mai...?**  
Una sindrome di Turner (L. Mazzanti)

**Venerdì pomeriggio moderano G. Visci, A. Ventura**

- 14.45 - 15.15 **Altre tre presentazioni giovani**  
(tre esperienze di giovani specializzandi)
- 15.15 - 16.15 **La gazzetta del Centro Italia**  
• RGE ... ma allora esiste! (M. Napoleone)  
• Un (non sempre) banale torcicollo (R. Forcucci)  
• Quando M&B si sostituisce al dermatologo (D. Cappellucci)  
• Ma c'entra la salmonellosi? (T. Galante)  
• ... i soliti ignoti! (P. Santilli)  
• E dire che sembrava una banale polmonite (A. Di Tullio)
- 16.15 - 16.50 **Problemi correnti**  
Le figure da stamparsi nel cervello.  
Ovvero, 10 immagini per 10 messaggi in:  
• Gastroenterologia (A. Ventura)
- 16.50 - 17.10 **Bevande calde**

17.10 - 19.00 **Oltre lo Specchio moderato F. Panizon**

- Obesità male del secolo  
• Di cosa stiamo parlando (F. Chiarelli)  
• Genetica ed epigenetica  
• Le basi sociali dell'obesità (G. Tamburlini)  
• Andiamo sul pratico: un'esperienza a tutto tondo (I. Bruno)

**Sabato mattina moderano F. Panizon, P. Lelli Chiesa**

- 8.45 - 9.15 **Tre presentazioni giovani**  
(tre esperienze di giovani specializzandi)
- 9.15 - 9.35 **Il punto su**  
Si può predire il futuro del bambino atopico (M. Verini)
- 9.35 - 10.45 **Ma cosa stiamo combinando?**  
• Terapia dell'asma e qualità di vita (G. Longo)  
• Qualità di vita e chirurgia pediatrica:  
il caso del bambino cerebroleso con malattia da reflusso gastroesofageo (J. Schleef)
- 10.45 - 11.05 **Caffè e biscotti**
- 11.05 - 11.30 **Hai visto mai...?** moderano A. Ventura, L. Basile  
TBC 2008 (F. De Benedictis)
- 11.30 - 13.00 **Problemi più o meno correnti** moderano A. Ventura, L. Basile  
Come nutrire:  
• Un neonato ex pretermine (S. Demarini)  
• Un fibrocistico (G. Magazzù)  
• Un celiaco: ovvero tutto quello che volevate sapere sulla dieta senza glutine (S. Martelossi)  
e...  
• Come nutrire il corpo e la mente, ovvero la terapia dell'anoressia nervosa (R. Aliverti)
- 13.00 **Editoriale del prof Panizon**
- 13.30 **Premiazioni e verifica di apprendimento**
- 14.00 **Baci, abbracci e arrivederci**

PER QUESTO CONGRESSO SARANNO RICHIESTI I CREDITI FORMATIVI (ECM)

#### SEGRETERIA SCIENTIFICA

F. Chiarelli, G. Visci, L. Basile, R. Forcucci, A. Di Tullio, R. Di Florio  
G. Longo, F. Marchetti, F. Panizon, G. Tamburlini, A. Ventura



#### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA Quickline Traduzioni&Congressi

via S. Caterina da Siena 3 - 34122 TRIESTE  
Tel. 040 773737- Fax 040 760659; e-mail: [giornatemb@quickline.it](mailto:giornatemb@quickline.it)  
Iscrizioni on line: <http://www.quickline.it>