

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

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETOLOGIA, EMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA E MALFORMAZIONI, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, VACCINAZIONI

Se è vero che l'infezione da *Helicobacter pylori* non è collegata ai dolori addominali ricorrenti (DAR) e ai disturbi di crescita, ma è per lo più asintomatica, quando cercarla? Inoltre è sufficiente il breath test per una decisione terapeutica?

dott. Paolo Pellegrini (pediatra)
Belluno

La sconfirma del ruolo dell'*Helicobacter pylori* come agente eziologico dei DAR (quelli dei criteri di Appley in senso lato) deriva dal dato epidemiologico della uguale prevalenza dell'infezione (anticorpale, breath-test) nei bambini sani e in quelli con DAR e dalla dimostrazione del fallimento della terapia eradicante sui sintomi di DAR (a infezione risolta). Inoltre non esistono in letteratura prove che la terapia dell'infezione in età pediatrica modifichi la storia naturale della malattia ulcero-peptica nell'età adulta. L'infezione da *Helicobacter pylori* andrà ricercata in tutti i bambini con sintomi dispeptici importanti e/o persistenti (dolore epigastrico, spesso notturno, associato o meno a vomito, eruttazioni, pesantezza post-prandiale o anche risoluzione con cibo-patologia duodenale); la presenza di familiarità per ulcera o gastrite rafforzerà il sospetto (ma da solo non è un'indicazione allo screening dell'infezione). Recentemente è stato riportato come l'infezione da Hp (anche senza gastrite) possa essere causa di anemia sideropenica (ridotto assorbimento marziale per riduzione dell'acidità?), e anche questo segno dovrà essere tenuto presente.

In definitiva la ricerca dell'infezione da Hp coincide con l'indicazione all'endoscopia digestiva alta che personalmente eseguiamo sempre nel sospetto di infezione da *Helicobacter* (che non significa sempre patologia); sensibilità 98%, specificità 95%) e può essere utile nella conferma dell'eradicazione post-trattamento (nei casi con gastrite lieve, nei casi con ulcera o erosioni andrà sempre ripetuta l'endoscopia).

Nella terapia della gastrite acuta da *Helicobacter pylori* (documentata con esame istologico) è prescritta terapia con amoxicillina+claritromicina+omeprazolo per 14 giorni. Esistono alternative a questa terapia in caso di allergia a uno di questi antibiotici o qualora non sia possibile per qualche motivo la somministrazione per os, per es. terapia intramuscolo o somministrazione rettale?

dott. C. Bolesani (pediatra ospedaliero)
Cittadella (PD)

Lo schema più utilizzato per la terapia dell'infezione da *Helicobacter pylori* prevede una settimana di terapia con amoxicillina, claritromicina e omeprazolo (1 mg/kg/bid, massimo 80 mg/die), quest'ultimo protratto almeno per una settimana dopo la fine della terapia antibiotica, più a lungo nel caso di ulcera o erosioni mucose (6-8 settimane) e magari passando alla ranitidina dopo le prime sei settimane, fino alla conferma endoscopica della risoluzione delle lesioni mucose.

Questo trattamento si è dimostrato efficace nel 90% dei bambini con gastrite da *Helicobacter* e il trattamento di due settimane non pare aumentare la risposta.

Esistono poi altri schemi di trattamento (sempre in terapia duplice): amoxicillina e sali di bismuto colloidale per 2-4 settimane, o amoxicillina e tinidazolo per 4-6 settimane, ma tali schemi raggiungono percentuali di eradicazione minori (70-80%). In caso di allergia all'amoxicillina (ma quante ne ha viste?) lo schema prevede l'uso della claritromicina+tinidazolo+omeprazolo).

Non esistono in letteratura schemi di trattamento intramuscolo e tantomeno per via rettale (ma quale antibiotico viene somministrato per via rettale?).

Nella mia pratica clinica non mi è mai capitato di non riuscire a somministrare antibiotici per os. Nella gastrite da Hp l'unica indicazione credo possa essere la presenza di vomito incoercibile (ma provare prima la metoclopramide) o la terapia in soggetti che non riescono ad assumere farmaci per os (cerebropatici).

Queste situazioni sono molto rare, comunque la claritromicina, l'ampicillina e il metronidazolo (e anche l'omeprazolo) possono essere utilizzati anche per via endovenosa.

Bambino di 4 anni presenta una dermatite esfoliativa alle dita delle mani dopo circa dieci giorni dalla comparsa di una porpora agli arti inferiori (ricoverato in ospedale e dimesso con diagnosi di porpora di Schoenlein-Henoch). Vorrei sapere se è un reperto comune e se può suggerire un'eziologia per la porpora (infezione streptococcica?).

dott. Antonio Fazzone (pediatra di famiglia)
Celleole (CE)

Malgrado la specifica patogenesi della porpora di Schoenlein-Henoch non sia conosciuta, è noto che questa segua spesso una infezione respiratoria alta e anche l'infezione streptococcica è considerata una possibile causa della malattia.

Sto seguendo una bambina che in corso di accertamenti per una cardiopatia congenita consistente in DIV, DIA tipo ostium secundum, arco aortico destro posto già sottoposto fra l'altro a intervento chirurgico, è risultata essere affetta da un'anomalia cromosomica responsabile della sindrome di CATCH 22.

dott. Fabio Dal Monte (pediatra)
Faenza (RA)

Con l'acronimo "CATCH 22" vengono raggruppate alcune sindromi che presentano delle sovrapposizioni cliniche peculiari (da qui il nome CATCH 22 = Cardiac Abnormality/abnormal facies, T-cell deficit due to thymic hypoplasia, Cleft palate, Hypocalcemia due to hypoparathyroidism resulting from 22q11 deletion).

La maggior parte dei casi della sindrome sono sporadici, e di questi quasi la

totalità può essere attribuita a una delezione 22q11.2 (intuibile dall'acronimo stesso), la quale determina l'insorgenza della sindrome di Di George. Sono noti altri difetti alla base della sindrome, in particolare una delezione a carico del braccio corto del cromosoma 10.

È possibile avere dati statistici recenti sulla resistenza dei batteri patogeni respiratori ai comuni antibiotici in età pediatrica?

Vi sono differenze nella valutazione della farmacoresistenza in vivo e in vitro?

dott. Nicola Di Pierno (pediatra libero professionista)
Lucera (FG)

Gli ultimi dati che io conosco riferiti al territorio italiano, con ampie differenze peraltro tra regione e regione, darebbero una resistenza dello streptococco beta-emolitico ai macrolidi nell'ordine del 40% dei ceppi. Persiste, ovviamente, la completa sensibilità alle penicilline (ampicillina, amoxicillina e cefalosporine). Il pneumococco si dimostra resistente alle penicilline nel 15% dei casi. La resistenza è dovuta alla ridotta affinità del recettore per la penicillina della membrana batterica (e non alla produzione di beta-lattamasi) ed è quindi una resistenza allargata anche alle cefalosporine o alla cosiddetta amoxicillina protetta. Fortunatamente in Italia quasi tutti questi ceppi hanno una resistenza "intermedia", una resistenza in altre parole non assoluta, che si può superare con

un semplice aumento nel dosaggio dell'antibiotico (per es. amoxicillina a 75 invece che a 50 mg/kg). La percentuale di ceppi resistenti ai macrolidi è molto più alta, quasi doppia.

In Italia la percentuale di *Haemophilus influenzae* produttori di beta-lattamasi è molto bassa, arrivando appena al 5% dei ceppi, molto più bassa che in altri Paesi (fino al 40% negli Stati Uniti) e di quanto ci si potesse aspettare o di quanto ci è stato raccontato (dalle case farmaceutiche).

Lo stafilococco di "comunità" è resistente alla penicillina (ampi, amoxi) nel 90% dei casi, mentre risulta pressoché sempre sensibile alle cefalosporine di 1° o 2° generazione. Rimane abbastanza buona anche la sensibilità di questo germe verso i macrolidi.

Bambino di 4 anni che ho rivisto pochi giorni fa per la prima volta dopo l'estate. La madre mi ha raccontato che durante l'estate il piccolo ha presentato un episodio di macroematuria. Il medico interpellato non ha ritenuto necessario sottoporre subito il bambino ad accertamenti: ora io sono in dubbio se iniziarli o aspettare che si verifichi un eventuale altro episodio.

dott.ssa Clara Schwarz
via e-mail

Dopo un episodio di macroematuria alcuni accertamenti di "minima" sono da ritenersi indispensabili anche a distanza, se mai fatti prima.

Nello specifico viene effettuata un'ecografia renale e delle vie urinarie (vescica piena) per escludere una causa urologica (sindrome di Wilms, papilloma, idronefrosi); viene inoltre effettuato un esame delle urine "a fresco", ricercando la persistenza di una microematuria che, se presente, va definita in base alla morfologia delle emazie (glomerulare o post-glomerulare). Gli eventuali accertamenti successivi saranno guidati dall'esito di questi due esami: se negativi, non è utile nessun altro accertamento in assenza di recidiva.

Sulle scatole di adrenalina (1 mg/ml), che uso per via aerosolica, trovo scritto che nella fiala è presente del sodiometabisolfito e che tale sostanza può provocare in soggetti sensibili e particolarmente negli asmatici reazioni di tipo allergico e attacchi asmatici gravi (ovviamente tutto questo si riferisce alle vie di somministrazione intramuscolare e sottocute indicate sulla confezione). Posso continuare tranquillamente a usare tale adrenalina per via aerosolica?

dott. Angelo Adorni (pediatra di base)
Collecchio (PR)

Credo che questa avvertenza si riferisca a qualcosa di teorico che mai si è verificato nella pratica clinica. Anche nei casi di vera allergia al metabisolfito l'azione dell'adrenalina dovrebbe comunque superare quella contraria della reazione anafilattica.

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto o comunque di prenderlo a modello di massima e indirizzare a:

Giorgio Longo, Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", via dell'Istria, 65/1 - 34137 Trieste; oppure per e-mail (longog@burlo.trieste.it)

Al Comitato Editoriale di 'Medico e Bambino'
Vorrei avere una risposta al seguente problema

Firma

Indirizzo

Accetto che il mio nome compaia sulla rivista in calce
al quesito (barrare sì o no)

sì

no

Attività o qualifica

- libero professionista
- medico Saub
- medico consultoriale
- medico generico
- pediatra
- ospedaliero
- universitario