

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

**A un mio paziente di 5 anni e 9 mesi con diverticolo vescicale sinistro, diagnosticato sin dai primi mesi di vita, è stata consigliata, in seguito al risultato della ultima cistografia ed ecografia, l'asportazione chirurgica dello stesso in tempi brevi. Trascrivo i referti delle indagini eseguite.**

**Ecografia: vescica piena con contenuto fluido e pareti regolari, sul versante vescicale sinistro si evidenzia diverticolo paraureterale di 14 x 13 x 18 mm. Dopo-minzione modesto residuo post minzionale e persistenza dell'immagine diverticolare.**

**Rx cistografia: vescica con pareti distensibili, priva di difetti di riempimento; a livello del versante sinistro si osserva ampia formazione diverticolare comunicante con il lume vescicale tramite un colletto. Non si evidenzia reflusso ureterale né in fase di riempimento passivo né in fase attiva. Il volume del diverticolo varia a seconda del grado di distensione vescicale. L'uretrografia è regolare. Presenza di residuo vescicale e persistente opacizzazione della formazione diverticolare. Le urinocolture (mensili) e gli esami urine con gli stix (giornalieri) sono sempre negativi.**

**È proprio necessario questo intervento in tempi brevi o, considerata l'assenza di sintomatologia e la disponibilità dei genitori a continuare a eseguire tutti i controlli necessari, si può rimandare e di quanto?**

**Ci sono delle controindicazioni o effetti collaterali importanti in seguito a questi interventi?**

dot. ssa Rosamaria Desantis  
Pediatria

I diverticoli vescicali paraureterali possono associarsi a reflusso vescicoureterale. In questo caso il reflusso è già stato escluso dalla cistografia, che ha inoltre evidenziato una vescica nella norma,

eccettuata appunto la presenza del diverticolo.

Questa situazione non è un rischio per le infezioni delle vie urinarie e non richiede al momento alcun intervento chirurgico, ma soltanto un monitoraggio ecografico delle sue dimensioni.

Infine, non è utile eseguire controlli periodici dell'urinocoltura o delle urine con stix. Un esame urine andrà fatto solo in caso di sintomatologia riferibile alle vie urinarie.

**Tampone faringeo positivo per *Neisseria meningitidis* in soggetto asintomatico: che fare al soggetto, ai conviventi stretti (familiari), ai contatti occasionali (es. altri pazienti in attesa nello studio medico)?**

dot. Giuseppe Loffredo  
Pediatria, Napoli

Durante i mesi invernali, se ricerchiamo *Neisseria meningitidis* nel naso-faringe di bambini in età scolare, la ritroviamo nel 60-80% dei casi. È lo stesso microrganismo che dà la meningite e la sepsi, però nella grandissima maggioranza dei casi non succede nulla, tutto si limita alla colonizzazione delle vie aeree superiori.

L'epitelio che tappezza le mucose, il muco che le ricopre ed eventualmente gli anticorpi specifici che costituiscono le IgA di superficie impediscono il passaggio all'infezione e alla malattia con le sue terribili conseguenze, quali la meningite e la sepsi.

Per passare dallo stato di portatore a quello di malattia invasiva sono necessarie delle condizioni favorevoli, relativamente poco frequenti, quali:

- concomitanza di un'infezione influenzale;
- deficienza dei fattori finali della cascata del complemento;

- alterazioni a carico della properdina, come è stato di recente dimostrato;

- alterazioni dei toll-like recettori (in particolare il toll-like recettore 4), che costituiscono una pietra miliare dell'immunità innata, che limita la diffusione dell'agente infettivo, penetrato attraverso le mucose. Le citochine liberate dalle cellule, i cui toll-like recettori siano stati attivati, inducono la flogosi locale e stimolano i linfociti a prepararsi per l'immunità adattativa, costituita fondamentalmente dagli anticorpi. L'immunità innata serve a combattere le prime battaglie, in attesa che dopo 10-14 giorni sia disponibile l'immunità adattativa, che riesce finalmente a vincere la guerra;

- indebolimento delle difese generali e locali, in seguito a una situazione di sforzo eccessivo, come probabilmente è accaduto a quei 7 adolescenti che nel Veneto si sono ammalati di meningite meningococcica (dopo aver frequentato delle discoteche), di cui 3 sono morti.

La prego di leggere, per comprendere meglio l'eziopatogenesi del meningococco, le Domande e Risposte di *Medico e Bambino* pubblicate a febbraio (2008;27:126-8).

Quindi non deve fare niente e non deve aver nessun timore, perché quasi tutti i colonizzati non fanno una malattia invasiva. Non c'è bisogno di alcuna cura (perché verrebbero di nuovo colonizzati) né l'agente infettivo potrebbe diffondere ad altri, perché ormai tutti quelli che lo circondano ne sarebbero già stati colonizzati.

Al momento si ricorda che è disponibile il vaccino contro il meningococco C coniugato con una proteina di trasporto; fra un paio di anni anche il vaccino contro il meningococco B: allora ne avremo due, uno preparato dalla Novartis e uno preparato dalla Wyeth. Forse poco dopo potremo avere un vaccino coniugato a 5 (A, B, C, W135, Y) per chiudere finalmente i conti con il meningococco.

## VACCINI

a cura di **Giorgio Bartolozzi**

Le domande, sempre numerose, in tema di vaccinazioni sono 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.

**Vorrei delle informazioni sugli effetti collaterali della vaccinazione HPV e precisamente sui casi segnalati di: infezioni pelviche, appendiciti, artriti e soprattutto sui casi di LES. Vorrei sapere, se si conoscono, le modalità con cui il vaccino favorisce l'insorgenza di queste patologie soprattutto patologie autoimmuni come il lupus eritematoso; se ci sono delle predisposizioni individuali (ad es. familiarità per malattie autoimmuni ecc.); la possibilità che altre patologie autoimmuni possano svilupparsi. Inoltre, vorrei sapere il tempo che intercorre tra la vaccinazione e questi effetti collaterali importanti. Ho sentito menzionare questi effetti collaterali durante il Congresso di Dermatologia di Rimini, ma non li ho letti sulle riviste: su *Medico e Bambino*, *Area Pediatrica*, *RIAP* non sono neanche accennati, come mai? Un'altra domanda/riflessione è sulla raccomandazione della vaccinazione anche per le giovani donne fino a 26 anni di età, anche sessualmente attive, in quanto potrebbero non essere venute a contatto con HPV contenuti nel vaccino. So che la maggior parte delle infezioni da HPV regrediscono spontaneamente e solo quelle persistenti oltre 1-2 anni possono progredire verso il cancro del collo dell'utero. Mi chiedo se in queste donne, che guariscono spontaneamente, il test HPV-DNA si negativizza o rimane positivo per tutta la vita, a dimostrazione che il virus non viene debellato dall'organismo. Se il test HPV-DNA si negativizza, per cui il virus non è più presente, la vaccinazione sarebbe maggiormente consigliata a tutte le donne in quanto potrebbe impedire una reinfezione da HPV?**

dott.ssa Santina Quaranta  
Pediatria, Seregno (Milano)

Anche a me giungono nuovi gli effetti collaterali che Lei cita. Mi è capitato di ascoltare il parere di alcuni dermatologi pediatri, parere assolutamente contrario alla vaccinazione con HPV. Perché queste critiche? Il vaccino HPV viene fatto

in ragazze nel dodicesimo anno di età e tutti noi sappiamo che a questa età, soprattutto nei soggetti di sesso femminile, sono relativamente frequenti le malattie autoimmuni, proprio quelle che Lei cita, alle quali aggiungerei (ma queste sfuggono all'esame dei dermatologi pediatri) il diabete mellito tipo 1 e la tiroidite di Hashimoto. Parlerei quindi di coincidenze e non di rapporto causa-effetto. La dottoressa Siegrist di Ginevra ha richiamato l'attenzione dei pediatri, sia con scritti che con interventi in importanti congressi (ricordo l'ESPID di Porto dello scorso anno), su questo specifico argomento, invitando i pediatri dei vari Paesi a stabilire con esattezza l'incidenza di queste manifestazioni autoimmunitarie nelle ragazze prima dell'uso del vaccino HPV, per essere pronti, nel caso si verificassero casi del genere, a inserirli nella categoria delle associazioni fortuite e non fra gli effetti collaterali del vaccino HPV. Studi del genere sono in preparazione anche in Italia, diretti dalla dottoressa Marta Ciofi degli Atti, che ora lavora all'Ospedale Bambin Gesù di Roma.

La raccolta di questi dati non è facile, ma ci aiuterà a sostenere e respingere le accuse dei dermatologi pediatri oggi e dei diabetologi e degli endocrinologi pediatri di domani. Quindi queste accuse sono, come sempre, da ascoltare, da studiare, da valutare, ma da respingere in blocco. Esse tuttavia rientrano fra quelle che dobbiamo mettere in conto da parte di specialisti che osservano i loro pazienti da un punto di vista parziale (la cute) e non da un punto di vista generale. Trovo giustissime anche le sue considerazioni sulla vaccinazione con HPV in donne già sessualmente attive. Ancora non sappiamo se le difese immunitarie, dopo un'infezione da HPV del collo dell'utero o di altre sedi, siano in grado, dopo la scomparsa dell'infezione, d'impedire l'attecchimento di un nuovo HPV appartenente allo stesso tipo. So che questo è un punto importante che spero venga presto risolto: sappiamo tuttavia che l'infezione naturale è localiz-

zata, superficiale, che non si accompagna a viremia e che induce la formazione di anticorpi a livelli molto bassi. La vaccinazione è più potente: l'antigene è introdotto nell'organismo per via parenterale e viene a contatto con tutte le cellule immunocompetenti, per cui il livello anticorpale dopo vaccinazione è 10-100 volte superiore a quello che si riscontra dopo l'infezione naturale, dura almeno 5 anni e presenta una risposta anamnesticca, dopo 5 anni, quando venga di nuovo eseguita una vaccinazione (richiamo). Posso invece ricordare che il vaccino non è terapeutico, cioè non esercita alcun effetto su un'infezione in atto; esso è invece un vaccino preventivo, cioè è un vaccino che impedisce l'attecchimento dei tipi di HPV in esso contenuti (in altre parole verso il tipo 16 e 18 di HPV, che complessivamente sono responsabili del 70% di tutti i cancri del collo dell'utero e di altre parti ano-genitali e della bocca).

Alla fine dello scorso anno è uscita una pubblicazione dello studio Future 2 (*Journal Infectious Diseases* 2007;196:1438-46) sull'efficacia preventiva del vaccino quadrivalente in donne che avevano già acquisito un'infezione da HPV. L'obiettivo era quello di valutare se donne infette con HPV sono protette nei confronti di infezioni causate da altri tipi di HPV, corrispondenti a quelli contenuti nel vaccino. Dallo studio su 17.622 donne risulta che una donna portatrice di un'infezione da HPV 18, una volta vaccinata, è in grado di impedire l'infezione da HPV 16 e viceversa.

In conclusione, donne vaccinate contro l'HPV mostrano livelli di protezione verso lesioni precancerose cervicali, vulvari e vaginali relative a tipi verso i quali esse non erano state esposte in precedenza.

Gli Autori alla fine raccomandano la vaccinazione universale nelle donne, indipendentemente dalla situazione iniziale nei confronti dell'HPV. La qualità della rivista e la serietà dei ricercatori avallano queste conclusioni.