

Si ringraziano gli "esperti" che hanno contribuito con le loro risposte e i loro pareri alla rubrica dell'anno 2009.
 CARDIOLOGIA: Alessandra Benettoni, Auro Gombacci; CHIRURGIA: Antonio Giannotta, Jurgen Schleef; DERMATOLOGIA: Fabio Arcangeli, Irene Berti, Mario Cutrone; DIABETE-ENDOCRINOLOGIA: Giorgio Tonini, Mauro Pocecco; EMATOLOGIA-ONCOLOGIA: Paolo Tamaro, Marco Rabusin; EPATOLOGIA: Giuseppe Maggiore; FARMACOLOGIA: Fulvio Bradaschia, Federico Marchetti; GASTROENTEROLOGIA: Grazia Di Leo, Stefano Martellosi; GENETICA: Paolo Gasparini; GINECOLOGIA PEDIATRICA: Giuseppe Ricci; IMMUNOLOGIA: Marino Andolina, Alberto Tommasini; NEFROUROLOGIA: Marco Pennesi; NEONATOLOGIA: Riccardo Davanzo, Sergio Demarini; NEUROLOGIA: Marco Carrozzi; OCULISTICA: Riccardo Frosini, Stefano Pensiero; ODONTOSTOMATOLOGIA: Gabriella Clarich; ORTOPEDIA: Marco Carbone, Giuseppe Maranzana; OTORINOLARINGOIATRIA: Elisabetta Zocconi; PNEUMOLOGIA: Dino Faraguna, Furio Poli; REUMATOLOGIA: Loredana Lepore; VACCINAZIONI: Giorgio Bartolozzi.

La mia bambina ha la sindrome da febbre ricorrente (PFAPA), non so come comportarmi con il vaccino per l'influenza A e il mio pediatra non si sbilancia.

Voi cosa mi consigliereste?

Una mamma

I bambini con PFAPA non mostrano alcuna tendenza ad ammalarsi di più o in modo più grave in seguito a contatto con i comuni agenti infettivi. Esiste anzi esperienza aneddotica che questi bambini possano mostrare una minore ricorrenza di virus febbrili rispetto ai coetanei presenti nelle stesse comunità. Le indicazioni al vaccino antinfluenzale non sono quindi diverse da quelle di qualsiasi altro coetaneo.

Mio figlio di 3 mesi ha avuto un'infezione alle vie urinarie, in seguito alla quale il pediatra mi ha prontamente prescritto un'ecografia renale. Da questa è stato diagnosticato un megauetere congenito, ovvero una idroureteronefrosi sinistra di discreta entità. La cistouretrografia retrograda non evidenzia un reflusso, ma presenza in sede postero-laterale sinistra di grossolana formazione diverticolare.

Una successiva scintigrafia renale sequenziale ha evidenziato reni regolari per sede e morfologia: il sinistro leggermente più grande del controlaterale, ma al momento senza segni di sofferenza parenchimale (concentra infatti regolarmente il tracciante che viene progressivamente escreto nell'urettere, CF Sn = 47%). Questo invece è nettamente dilatato e tortuoso per tutto il suo decorso fino allo sbocco in vescica, ove è presente verosimilmente un'ostruzione parziale ma abbastanza serrata; sempre in prossimità dello sbocco si apprezza una immagine di "plus" da riferirsi alla pre-

senza di un diverticolo vescicale periuretrale.

Per maggiori chiarimenti vorrebbero ora sottoporre mio figlio a una cistoscopia per intervenire con microchirurgia a correggere o sistemare quanto meno il diverticolo.

Come mamma non vorrei, in quanto è già stata una sofferenza sottoporlo alla scintigrafia e inoltre, verificato con questa che il rene sinistro non sta per il momento soffrendo, non intuisco perché non dovrebbe risultare conveniente temporeggiare, verificando innanzitutto con quale frequenza si manifestino eventuali infezioni urinarie.

Perché poi sottoporlo, come consiglio, a una profilassi antibiotica, verso la quale ormai anche i pediatri sono contrari? Mi prometterei ovviamente di verificare con cadenza magari trimestrale tramite un'ecografia lo stato dei reni, ma non mi muoverei diversamente.

Cosa mi consigliate?

Una mamma

Non immediatamente facile rispondere a distanza e senza vedere le immagini.

In linea generale, e solo in linea generale, penso si possano fare alcuni promemoria sempre validi:

1. Se c'è un'uropatia ostruttiva, bisogna cercare di capire il perché (valvole ureterali; ureterocele; stenosi del giunto vescicoureterale?) e il suo racconto non mi permette di avere certezze a riguardo, anche se mi parrebbe più probabile la terza ipotesi.

2. L'uropatia ostruttiva, con dilatazione a monte, richiede di regola la soluzione chirurgica qualsiasi sia la causa (certamente con urgenza diversa).

3. Anche se la regola è ora quella che si può fare a meno della profilassi antibiotica nei casi con anomalie delle vie urinarie, non possiamo dire che sia una regola assoluta e bisognerebbe conoscere

bene le ragioni per cui questa proposta è stata fatta prima di dire che è sbagliata.

Il mio nipotino di 20 mesi, circa 2 mesi fa, ha presentato per 2 volte una transitoria iperemia oculare e periculare destra (non altri sintomi) subito dopo l'assunzione dell'uovo (cotto alla coque); la madre ha continuato a dargli l'uovo in dosi crescenti senza che si verificassero più questi disturbi, ma all'assunzione di tre quarti di uovo circa ha ripresentato il sintomo.

Il quesito è relativo al dover effettuare il vaccino anti-morbillo-parotite-rosolia... Si può vaccinare tranquillamente? Va vaccinato in ambiente ospedaliero?

Un pediatra

Può vaccinarlo tranquillamente. Nei rari casi di reazione allergica dopo vaccinazione MPR non è l'uovo il responsabile della reazione (la quantità di proteine dell'uovo eventualmente presente nel vaccino in questione è troppo bassa per dare problemi: vedi l'articolo pubblicato in questo numero a pag. 36. "Vaccino anti-morbillo-parotite-rosolia e allergia all'uovo: finalmente una svolta epocale"). Non è necessario, né più da alcuno raccomandato, inoculare il vaccino in ambiente "protetto". Vada tranquillo e mi raccomando di continuare a somministrare l'uovo, a dosi crescenti, come ha già fatto, ma anche senza aumentare, basta non sospendere, perché la sospensione potrebbe aggravare l'allergia e interrompere il processo della tolleranza che nel suo nipotino è ancora "a metà strada".

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 necessa-

rio effettuare la biopsia intestinale per avere la conferma o l'esclusione di malattia celiaca?

Inoltre se, come è stato affermato, il 10-15% dei soggetti con sospetto clinico di celiachia, pur con HLA-DQ2 e test anti-transglutaminasi positivo, non presentano alterazioni della mucosa intestinale, io penso che questi soggetti siano sicuramente destinati, prima o poi, a sviluppare la malattia celiaca. Quindi, per tutti i soggetti HLA-DQ2 e tTG positivi sarebbe indicata, a mio parere, la dieta priva di glutine, senza aspettare e senza bisogno di ricorrere alla biopsia intestinale (un esame che, oltre a essere ovviamente invasivo, in questi casi, se risultasse negativo, andrebbe anche rifiutato). Gradirei conoscere il vostro parere.

dot. Antonio Marigliò
Pediatra, 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 dei test genetici ha una specificità troppo scarsa per sostituire gli altri test diagnostici come gli EMA, gli anti-tTG e la biopsia stessa.

Sono d'accordo anche quando Lei afferma che, prima o poi, i soggetti con clinica compatibile per malattia celiaca, predisposti geneticamente all'intolleranza al glutine e positivi in più occasioni agli anticorpi anti-transglutaminasi, soprattutto di classe IgA e con una buona concentrazione sierica (es. superiore ad almeno 2 volte il valore di normalità), svilupperanno l'atrofia della mucosa intestinale. Ma intanto cosa facciamo, in attesa che la mucosa si deteriori per formalizzare la

diagnosi secondo gli attuali criteri diagnostici? Dobbiamo attendere di curare la mucosa intestinale o dobbiamo invece curare il nostro assistito che presenta una sintomatologia verosimilmente glutine-dipendente? In questo momento possiamo percorrere due strade:

1. Utilizzare come "ex adiuvantibus" la dieta senza glutine per un periodo di 6-10 mesi, durante i quali verificare il miglioramento clinico, assieme alla scomparsa della risposta auto-anticorpale e, in caso positivo, formulare la diagnosi di malattia celiaca?

2. Ricercare la presenza degli anticorpi anti-transglutaminasi direttamente sulla mucosa intestinale mediante tecnologia di immunofluorescenza (metodica della doppia colorazione per le IgA totali e l'antigene transglutaminasi). La presenza di questi autoanticorpi mucosali sembra essere specifica (specificità 93%, *Gut* 2004;53:641; *Aliment Pharmacol Ther* 2006;24:541) per la diagnosi di malattia celiaca, anche in assenza delle lesioni intestinali.

Attualmente non ci sono sufficienti evidenze in grado di indirizzare a una di queste due metodologie diagnostiche. Certamente la prima è quella più semplice e sufficientemente oggettiva per dare certezze diagnostiche e, a mio avviso, dovrebbe essere preferita nei pazienti sintomatici (anemia, osteopenia ad esempio), mentre per i soggetti asintomatici la diagnosi andrebbe confermata o con le nuove metodiche di ricerca degli anti-tTG mucosali (ma utilizzabili solo come ricerca) o con il follow-up clinico e anche istologico (biopsia intestinale) nel tempo.

Un ragazzo diciassettenne, splenectomizzato dopo un incidente stradale, eseguirà vaccinazioni anti-Haemophilus B, anti-meningococco C e anti-pneumococco eptavalente.

È opportuna, successivamente, una dose di anti-pneumococco 23-valente o è preferibile eseguire il vaccino anti-pneumococco coniugato 13-valente, quando sarà disponibile?

Pediatra ospedaliero
Vicenza

Essendo una splenectomia a rischio semplice, una dose dei 3 vaccini coniugati dovrebbe essere sufficiente. Tutta-

via, per i grandi vantaggi che il vaccino 13-valente ha sull'eptavalente contro lo pneumococco, penso sia bene, a distanza di 2-3 anni, quando il 13-valente sarà a disposizione (lo dovremmo avere all'inizio dell'anno 2010), eseguire una dose con questo vaccino. Finora Lei ha agito più che correttamente. Ha usato il vaccino coniugato contro lo pneumococco, nonostante ancora CDC, scheda tecnica e altro presentino l'indicazione (inspiegabile) di usare il vaccino 23-valente dai 5 anni in poi. Un errore che può costare caro a chi, dopo la splenectomia, è a rischio, semplice o elevato, a maggiore o minore distanza di tempo, di presentare una sepsi o una meningite purulenta. Infine, debbo ricordare che ci sono prove cliniche certe sull'utilità della prevenzione con benzatin-penicillina (1.200.000 nel caso specifico) ogni 25 giorni e per almeno 5 anni negli splenectomizzati e spero proprio che questo trattamento venga attuato dal giovane di cui Lei parla.

Ho visitato una bambina di un mese che per il pianto insistente dall'età di 8 giorni, alla quale era stato sospeso il latte artificiale e alimentata con Pregomin, per il sospetto di allergia al latte vaccino. Indagando meglio la bambina veniva alimentata a orari fissi e con quantità rigide di latte. La mamma presenta una depressione post-partum. Penso che la bambina non sia allergica ma ho dei dubbi. All'età di 8 giorni si può essere già allergici alle proteine del latte vaccino? Bisogna fare un prick o un test di provocazione orale? O è preferibile fugare ogni dubbio reintroducendo il latte normale di formula?

dot. Enzo Montalbano
Pediatra di famiglia, Sciacca (Agrigento)

Sono d'accordo: l'allergia, e in particolare quella IgE-mediata, è molto improbabile (impossibile?) che sia esordita a 8 giorni di età. Ma il problema delle "coliche gassose" e della possibile influenza (immunomediata o meno) del latte vaccino non è stato mai chiuso definitivamente (vedi l'articolo sulle coliche gassose: *Medico e Bambino*, 2006;25:494-503). Personalmente ritornerei al latte "normale", aiutando la mamma in altro modo.