



# Esami di laboratorio: quali inutili e quali da eliminare?

**Guido Brusoni**

**VI Corso di approfondimento professionale per il Pediatra**

*Impariamo assieme il sapere, il saper fare e il sapersi relazionare*

**Colonna beach - Golfo Aranci -22-29 agosto 2008**

## Asma: esami inutili e dannosi

❑ Fare i test di broncoreattività nell'asma "certa": l'asma ha una iperreattività bronchiale per definizione; l'esame sarebbe da chiedere solo se si è in dubbio sul fatto che un soggetto abbia o meno l'asma.

❑ Fare il monitoraggio domiciliare sistematico del PEF: può essere uno strumento utile solo nel sottogruppo di asmatici che hanno una cattiva consapevolezza della loro bronco-costrizione. Per un utilizzo più razionale e limitato di queste due metodiche diagnostiche ha preso posizione anche l'ultimo "Consensus Statement" sul trattamento dell'asma bronchiale in età pediatrica<sup>5</sup>.

■ Dosare le IgE totali. Che le IgE siano alte negli atopici, lo sappiamo già da prima; ma si tratta di un test grossolano, che non correla né con la gravità della malattia né con l'esposizione agli allergeni offendenti né con l'entità della flogosi allergica.

■ Cercare un'ipersensibilità verso allergeni esogeni nell'urticaria cronica (test allergici e/o diete). Sappiamo con sicurezza che l'urticaria cronica non è mai da allergeni esogeni; nella grande maggioranza dei casi si tratta di patologia autoimmune, rivolta verso le IgE o verso i recettori per le IgE dei mastociti<sup>4</sup>.

## Asma: esami inutili e dannosi

❑ Fare una Rx nel bambino con broncoostruzione: tutti colpevoli, il pediatra, il radiologo, il genitore; il riscontro di alterazioni atelettasiche è frequente; l'uso degli antibiotici è inutile; resta solo il ricordo di "aver fatto" 5 broncopolmoniti.

❑ Altro errore storico: dosare le IgE cordonali, a fini prognostici o per interventi di prevenzione. Il livello di IgE dipende molto dall'età gestazionale<sup>10</sup>; il suo valore predittivo è inferiore al semplice dato della familiarità, senso di colpa, ansia ingiustificata. Ma le cose che dovremmo far fare non sono le stesse che dovremmo predicare per tutti? Non fumo in casa, allattamento al seno, stanza pulita dall'acaro, non tenere il gatto.

❑ Sopravvalutare i test allergologici nelle bronchiti asmatiche nell'età dell'asilo; o meglio, attribuire al test un valore eziologico. Le bronchiti asmatiche sono un asma di tipo infettivo; il paziente può avere o non avere un'allergia, ma la sua asma non dipenderà comunque dall'allergia ma dall'infezione; d'altronde, anche soggetti cutinegativi possono fare bronchiti asmatiche. L'unico significato di un test cutaneo negativo, poniamo a 3 anni, è quello di poter esprimere una prognosi tendenzialmente buona e quello di un test cutaneo positivo (poniamo per l'acaro) è di poter consigliare una profilassi ambientale.

## Fosfatasi e transaminasi dosate per niente

Bene, se le fosfatasi sono alte, specie se sono molto alte, sproporzionatamente alte, possiamo essere quasi certi che si tratti di iperfosfatasemie virus-indotte, innocenti e transitorie. Questo evento ha una prevalenza del 3% circa sul totale delle fosfatasemie effettuate in laboratorio; poi il bambino entra in una routine diagnostica che arriva naturalmente allo studio del metabolismo del calcio, fino alla radiografia dello scheletro: una catena diagnostica che non porta da nessuna parte, come sempre succede con gli esami chiesti per niente. Esame da non fare, dunque, salvo che per un rachitismo sospetto, o più in generale per una patologia mirata.

I cinque errori più comuni di interpretazione di una ipertransaminasemia trovata per caso, tra quelli segnalati nelle vostre lettere, sono i seguenti:

- 1) "padellare" una miopatia per essersi dimenticati che le transaminasi possono venire anche dai muscoli (dimenticare di chiedere le CPK): è ormai un classico;
- 2) dimenticare l'obesità come causa di ipertransaminasemia (transaminasi più obesità, più quadro ecografico di fegato iperbrillante): costituiscono una sindrome ormai ben conosciuta;
- 3) attribuire valore a una sierologia positiva per CMV (che non è mai responsabile di epatite cronica). Ci sono stati segnalati due casi di ipertransaminasemia in bambini portatori di CMV, seguiti a lungo e trattati anche con aciclovir: uno è risultato essere un'epatite autoimmune; l'altro era niente di meno che una meningite TB;
- 4) attribuire l'ipertransaminasemia a una epatite da farmaci, in particolare da eritromicina: anche qui possiamo segnalare un'epatopatia con difetto di alfa-1-antitripsina, che poi ha anche dovuto essere trapiantato, su cui ci si è trastullati a lungo attribuendo il dato a un danno da eritromicina;
- 5) dimenticare, anche questo ormai è un classico, la celiachia.



# Microbiologia quotidiana



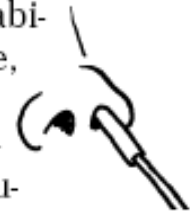
1. Fare una coltura dall'essudato di un'otite perforata: troverete lo stafilococco e/o lo *Pseudomonas*, che colonizzano l'orecchio esterno, e non il pneumococco o l'emofilo, responsabili dell'otite media.

# Microbiologia quotidiana



1. Fare una coltura dall'essudato di un'otite perforata: troverete lo stafilococco e/o lo *Pseudomonas*, che colonizzano l'orecchio esterno, e non il pneumococco o l'emofilo, responsabili dell'otite media.

2. Fare una coltura del pus nasale di una sinusite: troverete ancora lo stafilococco, germe abituale, ospite del rinofaringe, specie se ha fatto antibiotici, e non il genuino agente patogeno, che è ancora il pneumococco (o l'emofilo).

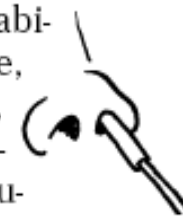


# Microbiologia quotidiana



1. Fare una coltura dall'essudato di un'otite perforata: troverete lo stafilococco e/o lo *Pseudomonas*, che colonizzano l'orecchio esterno, e non il pneumococco o l'emofilo, responsabili dell'otite media.

2. Fare una coltura del pus nasale di una sinusite: troverete ancora lo stafilococco, germe abituale, ospite del rinofaringe, specie se ha fatto antibiotici, e non il genuino agente patogeno, che è ancora il pneumococco (o l'emofilo).



3. Fare un tampone faringeo non mirato per lo streptococco A: ancora una volta troverete di tutto; ma l'unico germe che importa trovare è lo streptococco.

# Microbiologia quotidiana

4. Fare un'urocoltura senza chiedere l'esame di urine (o farlo, magari con lo "stix"): troverete, se vi va bene, una batteriuria innocente (in assenza di clinica, ma specialmente di leucocituria, questa è la prima o unica diagnosi da porre se la coltura è positiva a titolo significativo), se non una falsa positività. (NB: una coltura 10 alla quinta è al limite inferiore della significatività: nella regola, l'infezione urinaria acuta ha una positività di 10 alla sesta o alla settima).





# Microbiologia quotidiana

4. Fare un'urocoltura senza chiedere l'esame di urine (o farlo, magari con lo "stix"): troverete, se vi va bene, una batteriuria innocente (in assenza di clinica, ma specialmente di leucocituria, questa è la prima o unica diagnosi da porre se la coltura è positiva a titolo significativo), se non una falsa positività. (NB: una coltura  $10^5$  alla quinta è al limite inferiore della significatività: nella regola, l'infezione urinaria acuta ha una positività di  $10^6$  alla sesta o alla settima).



5. Valorizzare il risultato di una urino-cultura da urine mal raccolte o di cui non siete certi della brevità tra tempo di raccolta e momento di inizio della coltura (ogni 2 ore di intervallo c'è una potenza di 10 che cresce).

# Microbiologia quotidiana

4. Fare un'urocoltura senza chiedere l'esame di urine (o farlo, magari con lo "stix"): troverete, se vi va bene, una batteriuria innocente (in assenza di clinica, ma specialmente di leucocituria, questa è la prima o unica diagnosi da porre se la coltura è positiva a titolo significativo), se non una falsa positività. (NB: una coltura 10 alla quinta è al limite inferiore della significatività: nella regola, l'infezione urinaria acuta ha una positività di 10 alla sesta o alla settima).



5. Valorizzare il risultato di una urino-cultura da urine mal raccolte o di cui non siete certi della brevità tra tempo di raccolta e momento di inizio della coltura (ogni 2 ore di intervallo c'è una potenza di 10 che cresce).

6. Attendere il risultato dell'antibiogramma prima di iniziare il trattamento di un'infezione urinaria certa (le prime ore di malattia sono le più importanti; il trattamento con amoxi + clavulanico o con cefalosporina orale di seconda o meglio terza generazione, alle concentrazioni usualmente raggiunte nelle urine, copre quasi sicuramente tutto; e c'è sempre tempo, al bisogno, per cambiare).

TAS



TAS

T<sub>3</sub>



TAS

T<sub>3</sub>

Azotemia



TAS

T<sub>3</sub>

Azotemia



TAS

T<sub>3</sub>

Azotemia

VES (?)



TAS

T<sub>3</sub>

Azotemia

VES (?)

