

note di cultura per il pediatra

a.e.p.

Païdos

Anno 3 N. 4 - Ottobre - Dicembre 2002



INTERVISTA
A GIAN PAOLO SALVIOLI
ECM: cultura
o burocrazia

GIORGIO BARTOLOZZI
ACICLOVIR O NON ACICLOVIR
IL DILEMMA
DI UNA SCELTA



PUBBLICITÀ
 A CARATTERI SPECIFICI
 ECM: Cultura
 O burocrazia

 ORGANIZZAZIONE
 Aciclovir e non aciclovir
 Il dilemma
 di una scelta

Direttore responsabile
Francesco La Magna

Direttore
Alberto Fischer

Comitato Scientifico
Pasquale De Luca
Antonio Russo
Alfio Raciti-Longo
Lorenzo Pavone
Benedetto Polizzi
Gino Schilirò

Responsabile di redazione
Antonino Gulino

Comitato di redazione
Salvo Bonforte
Gaetano Bottaro
Rosario Buccchieri
Filippo Di Forti
Vito Marletta
Giuseppe Mazzola
Francesco Privitera
Salvatore Spitaleri

Collaboratori
Maria Rita Allegra
Angelo Fazio
Antonio Fichera
Daniela Ginex
Maria Libranti
Gino Miano
Angelo Milazzo
Antonio Russo

Segreteria e Grafica
A.S.C. Europromo
Tel 095 477421
Fax 095 472387
redazione.paidos@tiscalinet.it

Stampa
Litografia
LA ROCCA
Giarre (CT)

Questo periodico è distribuito gratuitamente ai pediatri

Reg. Tribunale di Catania
N. 27/2000 del 30/11/2000

EDITORIALE

**U.S.A.
il Prozac**

di ALBERTO FISCHER

In questi giorni quasi tutti i quotidiani hanno pubblicato con risalto la notizia che in USA l'FDA ha autorizzato la sperimentazione del *Prozac* in bambini dai 7 anni in su e negli adolescenti. Mi sembrano tuttavia eccessivi e non condivisibili i toni scandalizzati e allarmati, che caratterizzano questi articoli. E ciò per alcuni motivi, che mi accingo ad esaminare.

In primo luogo è necessario definire se siamo o meno di fronte ad una malattia, intesa come alterazione di uno stato fisico o psichico, se essa è nosograficamente classificabile e se esiste, o meno, una terapia valida, sicura ed efficace. Molte malattie del bambino non sono specifiche dell'età, ma sono assimilabili a quelle dell'adulto, e poiché non è permessa eticamente una sperimentazione nel bambino, per carenza di sua consapevolezza e volontà, molti farmaci sono trasferiti all'età pediatrica, estrapolandoli dall'adulto, considerando le peculiarità dei meccanismi metabolici e farmacodinamici del bambino. E quindi diversità di dosaggi, modalità e tempi di somministrazione.

In tal modo ci è data la possibilità di curare alterazioni metaboliche, cardiopatie, endocrinopatie, malattie gastroenterologiche ed oncologiche, con la sola modifica della dose del farmaco che viene utilizzato nell'adulto. Chi ha modo di verificare sul campo la sicurezza e l'efficacia è il pediatra, e soprattutto il pediatra di famiglia, a cui di recente è stata affidata la possibilità di sperimentazione farmacologica, secondo severe metodologie e criteri che la stessa FIMP ha individuato con un documento specifico.

Altro punto da considerare è che molte delle malattie neuropsichiatriche hanno un particolare substrato organico che ne condiziona l'evoluzione e l'entità, e che solo l'intervento farmacologico, non disgiunto da quello psicoterapeutico, può permettere una guarigione o un miglioramento. Potremmo ricordare molte forme di epilessia, ma valga per tutti la recente querelle del *Ritalin* per l'ADHD. La fluoxetina (*PROZAC*) è un inibitore selettivo della ricaptazione della 5HT, potenziando l'azione della stessa 5HT con netta attivazione della risposta serotoninergica. E' quindi indicata nella depressione endogena e soprattutto nelle sindromi ossessivo compulsive. Nulman (*The American Journal of Psychiatry*, 2002) studiando 40 donne gravide a cui veniva regolarmente somministrata fluoxetina non osservò nessuna variazione nei livelli cognitivi e di sviluppo psico-neurologico nei bambini nati da esse rispetto a quelli nati da madri che non erano state sottoposte a tale trattamento.

Già da tempo vi è in USA un timido e isolato uso del farmaco in età adolescenziale, con le indicazioni che abbiamo visto sopra e nella bulimia nervosa. Il problema non sembra essere il *Prozac* che nel documento originale del FDA è sottoposto a severi controlli di analisi e verifica, con referee di tutto rispetto, ma cercare di capire piuttosto perché in USA l'8% dei bambini di età superiore ai 7 anni soffre di depressione e perché mai il 2% di adolescenti soffre di crisi ossessivo-compulsive. A tutti voi un sereno 2003!

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 6 Omeopatia e non solo ovvero l'arte di comunicare
- 8 Aiuto! Arriva la pappa
- 12 ECM: Cultura o burocrazia
- 19 Clinica e Terapia della Malattia Drepanocitica
- 19 Oltre il conflitto dalla mediazione alla relazione costruttiva

RUBRICHE

- 4 Il dilemma di una scelta: aciclovir o non aciclovir.
- 10 Esperienze e aspettative di una "specializzanda in erba"
- 11 La tosse "da Professore"
- 14 Un pediatra al cinema
- 14 L'angolo della poesia
- 15 La posta di Albertino
- 16 L'allergonauta
- 17 Lo stupidiatra
- 18 Il morso di vipera
- 20 Sindrome androgenitale

NEWS DALLA RETE

- 22 Termometri auricolari
- 22 Una dovuta precisazione

Copertina (foto di M. LIBRANTI)

Trovandoci ancora in un'era prevaccinale, nonostante l'introduzione dello sperimentato vaccino con virus vivi attenuati, l'insorgenza di una varicella, soprattutto in fasce pediatriche a rischio, continua a porre problemi sulla necessità di un trattamento con aciclovir, non condizionato da imput aziendali.

di **GIORGIO BARTOLOZZI**

Il dilemma di una scelta: aciclovir o non aciclovir.

La varicella, a causa della bassa incidenza di complicanze, è a tutt'oggi considerata malattia lieve e non meritevole di particolari strategie terapeutiche, anche sulla base dei limitati effetti positivi che gli attuali trattamenti possono raggiungere. Queste considerazioni, del resto, costituiscono la base della particolare resistenza di molti pediatri all'attuazione di una campagna vaccinale che, come si sa, per essere efficace deve raggiungere coperture vaccinali di oltre il 90%. I dati ISTAT del '97 e del '98 hanno anche evidenziato un marcato ridursi della letalità che era in Italia di 3 persone nei rilievi del '97 e di 7 persone nei rilievi relativi al '98. Sono a rischio elevato i bambini dei primi due-tre mesi, e comunque quelli che si ammalano nel corso del primo anno, come pure i soggetti di età superiore ai 12-13 anni e quindi gli adolescenti, i giovani adulti e i vecchi.

L'aciclovir ha dimostrato in numerose ricerche, successive alla sua identificazione, un effetto esclusivo nel ridurre la durata complessiva in giorni della malattia e di attenuarne l'intensità (vedi riquadro). Un suo effetto decisivo sulle complicazioni (neurologiche soprattutto) non è an-

cora accertato con sicurezza. Indicazioni importanti sono la varicella precoce (neonati con malattia tra il 5° e il 10° giorno), e soggetti immunocompromessi.

In tali casi l'aciclovir deve essere iniziato entro le 24 ore dalla comparsa dell'esantema, alla dose di 15-20 mg/Kg/die, suddiviso in 4 somministrazioni per un periodo di cinque giorni.

Se nella storia personale della madre vi è stata la varicella, questo non deve far escludere la possibilità che il neonato, per contagio intrafamiliare, possa contrarre la varicella nel primo periodo della propria vita, con i rischi che ciò comporta.

Infatti le difese adattive contro il VVZ sono soprattutto di tipo cellulare, anche se gli anticorpi giocano un loro ruolo difensivo. In termini pratici ciò si traduce in una razionale indicazione, in caso di accertato contagio di un neonato, di una somministrazione preventiva di aciclovir.



La regola è di quella di privilegiare una prevenzione precoce (al 2° o 3° giorno dal contagio) piuttosto che quella tardiva (al 9° giorno).

La dose è sempre la stessa e i giorni di terapia possono essere prolungati per 7-10 gg. E' vero che con la prevenzione precoce non otteniamo l'acquisizione di immunità attiva, ma abbiamo sempre l'opportunità di vaccinare successivamente se ve ne sia l'indicazione.

La prevenzione tardiva non esclude la possibilità di evitare al 100% la varicella ed inoltre, pur non interferendo l'aciclovir con l'immunità attiva, potremmo ritrovarci con un herpes zoster in epoche precedenti a quelle in cui abitualmente ripresenta.

Non bisogna dimenticare inoltre che bambini di età superiore all'anno, possono essere sottoposti a vaccinazione entro le 72 ore dal contagio, per prevenire la malattia.

ACICLOVIR

E' un analogo nucleosidico aciclico della guanina, dimostratosi attivo in vitro contro l'HSV1, dieci volte meno potente nei confronti del VVZ e nell'Epstein-Barr. La sua affinità per la timidina chinasi dell'HSV è 200 volte maggiore dell'affinità per l'enzima presente nelle cellule di mammifero. Esso inibisce la DNA polimerasi virale ed incorporato nel DNA virale provoca l'arresto del processo di allungamento della catena e con un meccanismo, definito come suicida, lo stampo di DNA interrotto, contenente aciclovir, si lega alla DNA polimerasi inattivandola in modo irreversibile.

La resistenza più comune di alcuni HSV e VVZ è determinata dal deficit di attività della stessa timidina chinasi. La biodisponibilità per via orale dell'aciclovir varia tra il 10 ed il 30%, e le concentrazioni plasmatiche massime sono di 0,4-0,8 g/ml, mentre sono 10 volte superiori quando viene utilizzato per ev. L'aciclovir si concentra nel latte materno e le concentrazioni plasmatiche del neonato sono simili a quelle della madre. Pochi sono gli effetti collaterali, rappresentati da nausea, diarrea, eruzioni e cefalea.

Il trattamento per via endovenosa trova dei limiti nella comparsa di tossicità, prevalentemente a carico del rene, dove può essere causa di insufficienza renale.

PROFILASSI POSTESPOSIZIONE CON ACICLOVIR

Kumagai e coll. (1999) riportano l'esperienza su 15 bambini che erano stati esposti in ambiente domiciliare alla varicella e che avevano ricevuto come profilassi aciclovir (40 mg/Kg/die in 4 dosi per 7-14 gg dall'esposizione). Essi furono studiati per dimostrare la comparsa dell'immunità umorale e cellulare (CMI) verso il VVZ. 12 di essi svilupparono anticorpi e/o CMI: 10 di essi senza mostrare alcun sintomo di malattia e due con varicella lieve (a dimostrazione che l'aciclovir è efficace almeno clinicamente nella prevenzione).

Altri 2 erano già immuni verso il VVZ e mostrarono una risposta immunologica di tipo anamnestic (come se avessero fatto un richiamo). L'ultimo, il quindicesimo, non si era infettato al momento della somministrazione di aciclovir e solo dopo molti mesi mostrò una varicella classica.

Le conclusioni degli autori sono che l'aciclovir, dato dopo esposizione al VVZ, è molto efficace: l'aciclovir inoltre non sembra attenuare la risposta immune, per cui la maggior parte dei soggetti suscettibili sono completamente protetti per aver acquisito un'immunità attiva.

(da "Vaccini e Vaccinazioni" - G. Bartolozzi, ed. Masson 2002)

La comunicazione nasce da bisogni fondamentali (necessità primarie per la propria esistenza) o di maturazione (cultura, formazione professionale, ambizione) e le sue motivazioni ne determinano la qualità. (Analisi di Maslow).

OMEOPATIA E NON SOLO OVVERO L'ARTE DI COMUNICARE

di SALVATORE SPITALERI

La Comunicazione rappresenta, nella storia dell'umanità, un passaggio importante: l'uomo esce dal suo mondo per abbracciare quello degli altri, esprime al prossimo i desideri, i problemi, le gioie, i dolori, le angosce ma, al contempo, recepisce l'altro.

Molti sono stati i modi di questa comunicazione: la scrittura, l'architettura, la parola, la musica, la mimica, il teatro...

La comunicazione può essere diretta: due che parlano, litigano, si confrontano, oppure può avvenire attraverso un mezzo di stampa quale è un "Giornalino". In quest'ultimo caso, a differenza della comunicazione diretta, non si hanno i toni aspri del dibattito, ma, pur mancando le gioie che un confronto diretto può offrire, la comunicazione si svolge su un altro piano: è più ragionata, pacata, ponderata e forse più obiettiva. Se noi dovessimo definire oggi cosa è la Medicina diremmo che è la scienza che, attra-

verso uno studio fisico, molecolare, dopo aver analizzato le strutture anatomiche, le loro funzioni e disfunzioni è in grado, con la re-

-lo stress della vita moderna. Tutto ciò ha condotto il medico di ridurre sempre più il tempo da dedicare alla "comunicazione" col suo malato, pur senza sminuire la scientificità delle sue prestazioni: tonsillite-linfonodi

lativa somministrazione di farmaci sperimentati (in doppio cieco o con altre metodiche) di curare e guarire le disfunzioni (malattie) che si sono determinate in un organismo.

Duecento anni fa se avessimo chiesto cosa era la Medicina ci avrebbero risposto: "l'Arte Medica" è quella scienza che cura l'uomo, lo libera dalle malattie o come si suole dire lo fa guarire (libera interpretazione dell'Organon paragrafo 1).

Nel tempo l'Arte Medica ha lasciato il posto alla Medicina che ha abbandonato quanto di personale, professionale e umano ci fosse nel rapporto tra guaritore e malato.

Se la Medicina si è ridotta a una diagnostica e ad un'asettica terapia senza consentire quello scambio umano la colpa o il merito può essere ascritto a tanti fattori: -il tempo sempre limitato che il medico trova per i suoi pazienti; -l'ansia che spinge i pazienti sempre dal medico senza dargli tregua;

ingrossati-milza aumentata di volume-anticorpi anti Epstein Barr presenti-conclusione: Mononucleosi.

La prestazione è finita, magari accompagnata da un "non si preoccupi, Signora, non è nulla di grave gli passerà e troncando ogni ulteriore discorso della mamma aprirà con disinvoltura la porta per introdurre l'altra visita".

Non a caso in questi ultimi tempi si parla sempre più spesso di "rapporto medico-paziente", come deve essere e come è cambiato nel medico di oggi.

L'Omeopata che fonda la sua "diagnosi di rimedio" sull'anamnesi e sul racconto dei sintomi cercando di capire la struttura, i sentimenti, le emozioni e ragionando sui sintomi, mentali, emozionali, fisici e sulle modalità degli stessi, deve per forza ascoltare il paziente e lasciarlo parlare liberamente, interrompendolo solo per chiarire alcune cose o precisare quanto gli viene detto per reperitorizzarlo meglio e formulare una diagnosi.

Il fatto stesso che il malato possa avere qualcuno che lo ascolti, che si interessi a lui, è già una terapia. Anche la stessa figura dell'Omeopata può, indipendentemente dal rimedio omeopatico, innescare un processo valido di guarigione.

D'altra parte la psicoanalisi su che cosa si fonda? La psicologia. Se ammettessimo che l'Omeopatia ha dalla sua parte solo la compliance del malato e non la guarigione delle malattie, non potremmo spiegarci come mai le prestazioni omeopatiche sono sempre più richieste: la conclusione sarebbe che la gente non vuole guarire ma vuole solo essere ascoltata.

Molto spesso mi sento dire dai pazienti: "dottore non avevo mai parlato dei miei problemi con nessuno, mi sento

già meglio". Oppure avvertire nel paziente quel senso di soddisfazione: "nel dire da dove comincio?" Da quando ero piccola... e gustare la possibilità di essere ascoltati.

Oggi è nato un corso universitario di studio: scienza della Comunicazione, che spiega come sapersi porgere, come gestire un Marketing. Ma vi è una Comunicazione con l'altro uomo che è innata e non vi è Università che possa insegnarla, tutt'al più può farlo la vita e i rapporti umani. Questa capacità di comunicare, di vivere la vita degli altri crea credibilità, crea compliance nella terapia. Non tutti gli Omeopati ce l'hanno, così come molti professionisti, anche non medici, la posseggono.

Il peggioramento Omeopa-

tico non è sempre presente, non è un passaggio obbligato verso la guarigione, ma quando dura a lungo e non è espressione di guarigione da una malattia più grave può significare solo che il rimedio era sbagliato e la malattia va per la sua strada. Correttezza vuole che si ritorni sul proprio operato e si cambi rimedio. Vuol dire che non si è fatta la diagnosi giusta.

Quante diagnosi sbagliate in Medicina! Quanti arti sani operati al posto di quelli malati! In ogni caso una malattia della pelle che dura drena, secondo la legge di Hering, verso l'esterno malattie ben più gravi.

Dice George Vithoulkas che chi ha malattie della pelle campa cento anni. Chi vivrà vedrà!

Ecco





di ANGELO MILAZZO

Nella nostra cultura è stato codificato da un'antica tradizione il ruolo di genitore "prevalentemente nutrittore". Ciò rende le famiglie particolarmente vulnerabili a comportamenti irrazionali o inadeguati.

La perdita progressiva di comportamenti ispirati dal buonsenso e dall'istinto, che si sta verificando in tutta la nostra società, determina una diffusa cattiva qualità nella comunicazione genitori-bambino fin dai primi giorni di vita. Si determina spesso un'offerta eccessiva ed oppressiva di cure, originata da ansie e da insicurezze.

Pertanto è molto diffusa l'abitudine di "combattere" e quindi di ingaggiare una sorta di "lotta" finalizzata al fine di far mangiare il piccolo il più possibile.

Nell'età compresa fra 3 e 6 mesi tali comportamenti rischiano di alterare la "fase orale" cioè la tipica esperienza cognitiva e sensoriale di questo periodo della vita.

Nell'età compresa fra 6 e 9 mesi il bambino scopre il piacere nel "manipolare" non solo l'ambiente ma anche i propri insicuri genitori che spesso diventano succubi dei suoi capricci.

Quindi il bambino può consolidare la convinzione che l'alimentazione possa rappresentare il mezzo più efficace per "ricattare" e

"tiranneggiare" i familiari. Su questa stessa rivista ho già tentato di descrivere questo tipo di comportamento "onnipotente", ma contemporaneamente "dipendente" dai propri capricci e dalla propria prepotenza.

Nell'età compresa fra 9 e 12 mesi il bambino può rifiutare cibi solidi e focalizzare la propria alimentazione su un unico cibo o su pochissimi cibi liquidi o semiliquidi. Può inoltre manifestare un attaccamento morboso con il familiare più remissivo ed un evitamento nei confronti di altri.

Nell'età compresa fra 12 e 24 mesi, il bambino dovrebbe essere già autonomo nella gestione del proprio senso di fame. Invece molto frequentemente i genitori tendono ad imboccarlo, a distrarlo per indurlo a mangiare, a nutrirlo mentre è nello stato di dormiveglia. Inoltre non promuovono l'alimentazione con cibi solidi e la varietà degli alimenti. Si giustificano ineffabilmente nei confronti del pediatra con la espressione: "che fa? Lo faccio morire?"

Incomegni inadeguati vengono spesso premiati con un'eccessiva enfasi: lunghe e complesse discussioni che il bambino non può comprendere bene, preghiere, suppli- che, promesse di premi, ecc.

Viceversa l'eliminazione dell'attenzione per i comportamenti negativi può rappresentare la più efficace "punizione", accompagnata da ammonizioni ferme, da sottrazione di privilegi. In sintesi bisognerebbe riacquisire la capacità di **dire coerentemente "no"**.

È importante l'educazione all'assunzione dei pasti seduto al tavolo, con tazza, bicchiere e cucchiaio. Sono altrettanto importanti: la regolarità degli orari dei pasti, la non sostituzione del pasto rifiutato, il mantenimento di un atteggiamento emotivo "neutro" di fronte al rifiuto del cibo. Decisiva è la capacità dei familiari di seguire comportamenti fra loro coerenti.

Il bambino deve prendere coscienza che il pasto è in relazione con la sensazione della fame personalmente percepita e non con la necessità di far contenti i familiari oppure, viceversa, con il piacere di farli arrabbiare. Il compito del pediatra moderno di "educare ad educare" rischia però di rimanere una **pura velleità** fino a quando non sarà aiutato da altre realtà che dispongono di tempi e mezzi estremamente più efficaci nel condizionare l'informazione ed i comportamenti delle famiglie.

Sono queste innanzitutto i **mass-media**, ma anche la scuola, l'assistenza sociale, i centri di aggregazione; insomma tutto ciò che determina **"l'opinione pubblica"**.

Fino a quando tutto ciò non si realizzerà, sono convinto che vedremo sempre più spesso bambini che ci vengono portati poiché "inappetenti", ma che in realtà si alimentano in eccesso e continuamente con **"alimenti spazzatura"** e che vanno incontro ad una progressiva obesità vera e propria, nonché a disturbi della digestione e del metabolismo. Temo inoltre che vedremo sempre più famiglie disposte ad assecondare qualsiasi comportamento alimentare, **"purchè il bambino mangi"**.

Temo anche che vedremo assistiti sempre più numerosi che non sono disposti neanche a sottoporsi alla **"fatica" della masticazione** e che quindi esigono il biberon e gli alimenti specifici per la prima infanzia fino alla pubertà. Inoltre vedremo bambini e adolescenti che si alimentano, a modo loro, "all'americana", e cioè essenzialmente con: patatine, maionese e tomato; oppure, se proprio preferiscono il gusto dolce, in maniera "esclusiva" con: nutella e brioscine (ovvia-

about:blank - Microsoft Internet Explorer

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Indietro Avanti Termina Aggiorna Pagina iniziale Cerca Preferiti Cronologia Posta Stampa Modifica

www.ministerosalute.it di GIUSEPPE MAZZOLA

Il Movimento di difesa del Cittadino e' una organizzazione non lucrativa di utilità sociale (**onlus**) che dal 1987 opera in difesa dei cittadini consumatori ed utenti, promuovendo la conoscenza e l'esercizio consapevole dei loro diritti. **MDC** e' riconosciuto dal Ministero dell'Industria ed e' membro del Consiglio Nazionale Consumatori ed Utenti. Se si e' stanchi dei disservizi delle grandi Aziende, se si vogliono avere informazioni utili per contribuire a stroncare truffe ed abusi o se si vuole dare forza ai diritti di cittadini, consumatori ed utenti *visitate* questo sito. Il Movimento collabora con **Legambiente** in importanti campagne nazionali (**Treno Verde, Goletta Verde**).

UN PROGETTO PER BAMBINI E INTERNET

Questo progetto è il primo passo di un impegno forte del **MDC** su internet e sui bambini. Ai bambini, poi, che saranno i cittadini e consumatori di domani, ma che già oggi utilizzano internet e sono pronti ad "assorbire" le nuove tecnologie meglio degli adulti, il **MDC** dedicherà molto spazio ed un cd-rom e un opuscolo, pieni di colori ma soprattutto di notizie che aiuteranno i bambini ad avvicinarsi a internet come strumento eccezionale per esplorare il mondo, conoscere altri bambini, utilizzare le mille e mille fonti di informazione che la rete offre.

E' stato realizzato grazie al contributo di CONAI, CONFARTIGIANATO e IL SALVAGENTE. Il cd-rom e l'opuscolo saranno inviati in omaggio a tutti i nuovi soci sostenitori del **MDC**.

Il nostro giornale è prevalentemente fatto da pediatri, spesso nei nostri interventi siamo portati a dare per scontato non solo la nostra idea della pediatria ma il nostro modo di essere "medici dei bambini".

Il desiderio di aprire uno spazio a chi non è ancora pediatra, specializzando o semplice studente, ci è sembrato un modo per ripensare e magari recuperare le ragioni di questa scelta. (ndr)

di CHIARA SCIUTO

Esperienze e aspettative di una "specializzanda in erba"

M Mi sono accostata alla pediatria un po' per caso, un po' per curiosità, ma certamente non per "vocazione". E con ciò non intendo dire che non avessi simpatia per i bambini, o che non fossi affascinata dal loro mondo, non mi sono mai ritenuta all'altezza di affrontare, e ancor meno risolvere, le difficili e delicatissime problematiche legate all'età evolutiva.

H o sempre pensato che la pediatria fosse una branca specialistica gravata da un carico troppo grande di responsabilità, dato che il genitore ti "affida" ciò che di più caro ha al mondo: il proprio figlio. Proprio in virtù di queste considerazioni sono convinta che se mi fossi fermata un po' più a riflettere, forse sarei stata attanagliata da tanti dubbi e paure, finendo sicuramente con lo scartare a priori quello che considero, adesso, il più bel settore dell'universo medico.

E Ed invece, grazie alla mia impulsività e alla fortuna, ad un pizzico di incoscienza ed anche ad una persona cara, che un giorno mi azzardò una semplice ma incisiva domanda: "perché non diventi pediatra?" Ebbene, da quel momento, mi sono lanciata in questa affascinante avventura... Ed eccomi qui, al 1° anno di specializzazione in Pediatria!

L La strada che ho intrapreso non è facile. Come in tutte le professioni dovrò fare la mia brava gavetta. Avrò certamente difficoltà, paure, forse anche insoddisfazioni. Ma tutto ciò non mi porterà mai a demordere. Avrò anche, ne sono sicura, le mie grandi soddisfazioni. In fondo è vero che le scelte migliori si fanno un po' per caso.

C Ci saranno delle persone che mi accompagneranno sostenendomi lungo questo cammino, ed altre che mi potranno mettere "i bastoni tra le ruote". Ma anche questo fa parte del gioco. Quali sono le mie aspettative oggi? Beh, difficile a dirsi.

Alla luce della mia breve esperienza presso l'unità di terapia intensiva neonatale del policlinico pediatrico, non riesco più ad immaginare la mia vita professionale senza la presenza dei bambini.

E' grande la gioia che ti danno, quando li vedi stare bene proprio grazie alle tue cure, per il piacere di vederli crescere e tornare in clinica sempre più belli, sempre più grandi.

P Penso comunque che un bravo medico debba convivere sempre con la paura di sbagliare, poiché ogni decisione terapeutica comporta dubbi ed interrogativi: avrò fatto la scelta giusta?

Di sicuro una certezza ce l'ho: diventare ad ogni costo una brava pediatra, che non si dimentichi mai dei propri limiti e che mantenga sempre intatta la propria umanità.

digiamocelo...

La tosse "da Professore"

di MARIA LIBRANTI

Scagli la prima pietra chi, nel corso della propria attività professionale non si è mai imbattuto, suo malgrado, nel confronto con il "Professore" (sarà capitato anche ai "Professori", prima di diventare tali!). E' un "macth" al quale noi tutti non vorremmo mai partecipare (spesso i Prof. sono stati i nostri maestri e, molte volte, continuano ad essere guide sicure e preziosi alleati) ma i nostri pazienti meno "pazienti" non ci risparmieranno, a furia di consulti non richiesti, l'inevitabile confronto.

E' chiaro che noi tutti semplici "Dottori" partiamo già etimologicamente in svantaggio. Se aggiungiamo anche l'"effetto terapeutico" della parcella (noi pediatri di base, ahimè, non ne possiamo beneficiare) incassiamo un due a zero prima ancora di cominciare. E poi, "digiamolo", il Professore, autorevole ed ermetico, possiede tutto il carisma necessario ad esercitare quell'effetto taumaturgico che da sempre caratterizza l'arte medica.

Lo ammetto, si rimane spiacevolmente sorpresi quando si vede modificata una terapia, instaurata 24 ore prima, con farmaci sovrapponibili per efficacia e spettro d'azione; poco si comprende come alcuni dei nostri più paffuti bambini possano essere congedati con due intere "facciate" di ricostituenti, antianemici, multivitaminici etc... ma..., lo capiamo, è difficile accontentare i genitori solo con qualche buon consiglio e senza una prescrizione e poi le nostre mamme... sono così insistenti!

Certo, a volte entriamo proprio in

crisi: inviamo un neonato al ricovero per una bronchiolite (seppure molto lievemente dispnoico) e scopriamo che in realtà era in "fase terminale" e, appena in tempo, il Professore lo ha "preso per i capelli"! Dopo qualche settimana, un neonato con gastroenterite anche lui (che fortuna!) "preso per i capelli".

Mentre valutiamo con sconforto l'ipotesi di re-iscriverci al 1° anno di Medicina, ecco che un altro Professore riceve un nostro assistito e, "incredibile dictu", conferma diagnosi e terapia e lo restituisce alle nostre cure accompagnato da genitori grati e fiduciosi.

Un nostro caro Professore, noto a tutti per la sua appassionata e qualificata attività di oncoematologo ma anche per la sua apprezzata "verve linguistica", placa le mamme più ansiose con preghiere di "non rompere più le p...al pargoletto" (mitico Prof!) ottenendo un rapido e duplice effetto: madri un po' frastornate ma improvvisamente "mansuete" e pediatri "sempregirati".

Spero non si giudichi audace, e meno ancora irriuardosa, la mia voglia di scherzare con i Prof, ma scrivo perchè certa del fatto che, se volessero cimentarsi, i Professori riempirebbero diversi tomi con le "bestialità" che i loro ex allievi - per inesperienza o per imperdonabile ignoranza - hanno profuso e continuano a produrre in quantità.

Un po' d'ironia, a tutti è noto, alleggerisce gli animi e produce anche insolite "scoperte scientifiche" come quella capitata ad un nostro arguto collega che, esasperato da una madre allarmata per una banale tosse, l'avvicina serio e, poggiandole una mano sulla spalla con finta costernazione, dichiara: "Cara Signora, mi dispiace tanto, ma temo proprio che questa sia una tosse "da Professore".

La formazione continua in medicina è stata considerata da molti colleghi una fastidiosa ingerenza nella nostra vita professionale, un inutile carico burocratico, l'intervista con il prof.re Salvioli può aiutarci a comprendere meglio l'importanza dell'E.C.M. .

Il congresso nazionale della Società Italiana di Pediatria ci ha dato l'occasione di incontrare il prof.re Gian Paolo Salvioli, eminente clinico pediatra, e di conoscere la sua opinione sull'aggiornamento in medicina.

Gulino. - Prof. Salvioli il 2002 ha segnato l'avvio della formazione continua in medicina con l'utilizzazione del sistema dei crediti formativi. Molti colleghi hanno considerata questa innovazione-costrizione una fastidiosa ingerenza nella propria vita professionale. Considera questo atteggiamento giustificato?

Salvioli. "No. L'Ecm è una metodica ormai entrata in tutto il mondo, che cosa dovrebbe rappresentare a mio avviso? Dovrebbe essere il valore aggiunto a quella che è la formazione permanente, nella fattispecie del pediatra. È chiaro che si deve trovare un mix tra l'attività che il pdf svolge e la complessità di quello che è il merito dei crediti. Io penso che il pediatra, visto il numero dei corsi che ho visto accreditati, può coprire questo credito annuale senza togliere molto tempo alla sua professione. Ma è auspicabile per il futuro l'avvio di altre forme di aggiornamento, non solo la partecipazione e la presenza fisica ai vari corsi o convegni accreditati, ma anche la possibilità attraverso riviste cartacee o attraverso internet di acquisire i crediti."

-Prof. Salvioli il sistema dei crediti non segue un iter formativo preciso, tutto è legato

alla spontaneità o anche all'occasionalità del singolo evento. Non pensa che sia opportuno, immaginare un percorso formativo per ogni singola specialità, nel nostro caso magari distinguendo fra il pediatra che opera nel territorio e chi opera in una struttura sanitaria.

Salvioli. "Ecco, noi ci troviamo adesso nella fase un po' più disordinata, perché onestamente se uno va a valutare i criteri di credito fra i singoli corsi può trovare delle discrasie. Cioè, alcuni eventi sono stati valutati più di altri senza una precisa ragione. Certamente è necessaria una funzione di indirizzo. Nel nostro contesto le società scientifiche, per la nostra parte la SIP, d'accordo con le altre associazioni e i sindacati di pediatri, può individuare dei percorsi formativi.

Nell'ambito della pediatria generalista, poi si potranno individuare dei percorsi più specializzati, in allergologia, in gastroenterologia e quant'altro. Il rischio che si corre è che il pediatra pensi a racimolare i suoi crediti annuali trascurando il bisogno di documentarsi e aggiornarsi."

-Prof. Salvioli in base alla sua esperienza, quali argomenti pediatrici vanno approfonditi, anche perché spesso siamo travolti da novità o da presunte novità.



CALENDARIO "INCONTRI 2003" ACP-PAIDOS O.N.L.U.S.

22 Febbraio: **ECM N.6**
Corso Teorico-Pratico di Farmacocinetica e Farmacovigilanza in Pediatria
Aula Conferenze P.O. Acireale

22 Marzo: **ECM N.6**
Corso Teorico-Pratico di Adolescentologia
Aula Conferenze P.O. Acireale

12 Aprile:
Corso Teorico-Pratico di Cardiologia Pediatrica
Aula Conferenze P.O. Acireale

4 Ottobre:
Corso Teorico-Pratico di Alimentazione
Aula Conferenze P.O. Acireale

15 Novembre:
Corso Teorico-Pratico su bambini e sport
Aula Conferenze P.O. Acireale

Per ulteriori informazioni, contattare la segreteria organizzativa al 347 7792521

Salvioli. "Ma guardi, io credo che nella pratica quotidiana esistono dei grossi capitoli della pediatria, che sono poi quelli che subiscono maggiori

aggiornamenti. Indubbiamente c'è tutto il problema della prevenzione, dagli incidenti domestici alle non corrette abitudini di vita, pensando non solo al bambino, ma anche oltre, cioè alla fascia pre-adolescenziale e adolescenziale.

Un altro campo è l'alimentazione, sottolineando tutto quello che è legato all'alimentazione, come le intolleranze e le allergie. Penso poi che l'aspetto fondamentale, importante, è tutta la parte infettivologica della pediatria. Infine quelle cognizioni su problemi emergenti, per tutti dico il bambino che non è figlio di italiani, ma è di altre etnie e sui quali noi dobbiamo sempre più confrontarci. Ecco credo che questi siano alcuni dei temi fondamentali, oltre all'emergenza, chiaramente, che il pdf deve affrontare.

-Prof. Salvioli le società scientifiche in generale non dovrebbero dotarsi a questo punto anche di "mezzi e metodiche didattiche" idonei ad un corretto approccio formativo?

Salvioli. "Io penso che ormai la gran parte dei pediatri in Italia è in possesso di un computer, quindi è in condizione di connettersi con la "rete", ed allora i siti, sia della FIMP sia della SIP, dovrebbero essere maggiormente implementati, maggiormente forniti di informazioni, in maniera tale che possano diventare uno dei mezzi di aggiornamento continuo, quotidiano per il pediatra.



di ANTONINO GULINO

Segnalare un film è sempre più difficile, provare a coniugare cinema e pediatria quasi impossibile, fortunatamente il “Natale “ ci ha regalato “Sognando Beckham” una commedia gradevole e originale, da vedere magari con i figli senza il timore di incappare in grossolanità o peggio in gratuite violenze.

La protagonista della vicenda è Jess, una giovane adolescente anglo-indiana con la passione per il calcio. Il suo talento è grande, quasi come quello del suo idolo, il campione di football inglese David Beckham.

Riesce prima ad entrare nella squadra della sua città e poi ad ottenere un contratto con una squadra professionistica americana.

Ma la via per il successo è irta di ostacoli, la ragazza si deve scontrare con i pregiudizi della propria famiglia di origine e cultura indiana, ma anche con quelli del mondo del calcio. Jess è una ragazza di colore che cerca di farsi strada in uno sport molto maschilista e spesso razzista. L'amore per il suo allenatore la aiuterà a superare ogni difficoltà e le permetterà di realizzare il suo

sogno.

La giovane regista anglo-indiana Gurinder Chadha è riuscita a costruire un film molto divertente, forse un po' ruffiano, che riesce ad affrontare il problema dell'integrazione razziale con una piacevole leggerezza senza peraltro cadere nella banalità.

L'immigrazione è uno dei problemi più importanti della nostra società, la stupida affermazione di presunte superiorità culturali apre le porte all'intolleranza ed alla violenza. Le cronache dei nostri giorni sono tristemente colme di episodi indegni di una società che si definisce civile; noi pediatri, o meglio, noi adulti abbiamo il dovere di educare i nostri figli al rispetto ed alla tolleranza.

Concetti retorici, spesso abusati, ma che non possono essere dimenticati da una presunta cultura liberista, che dietro il mito del progresso nasconde solo lo sfruttamento dei più deboli.

Il merito principale del film è forse questo, riuscire a farci pensare, senza ricorrere a tediose espressioni di principio, ma con la forza della commedia, evitando inutili drammatizzazioni e conflitti.

Un piccolo esempio di integrazione ci viene offerto dalla stessa regista che è riuscita a confezionare un film di successo, senza grossi budget ne stars

L'angolo della poesia

VERA FELICITÀ

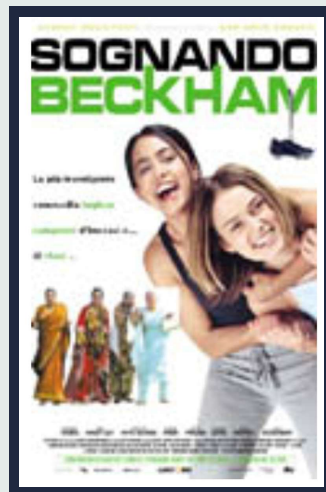
di MARIA RITA ALLEGRA

Se potessi impressionare nella retina questo ballo di luci sul mare, saprei possedere la felicità.

Se potessi bere tutta l'acqua di questo mare, saprei cosa è la felicità.

Se potessi tenere tra le mani il pensiero tuo, quella sarebbe vera felicità.

interna-zionali, ricorrendo alla freschezza della sua protagonista, Parminder Nagra, ed alla innata simpatia dei molti attori non professionisti coinvolti.



la posta di ~~Albertino~~

di DANIELA GINEX

Angelino



C Caro dottore, chi ti scrive non è quello stupido piccolo comunista di Albertino, ma Angelino Foti, il suo ben più valente compagno di scuola (a scanso di equivoci, per “compagno” si intenda “frequentante la stessa classe” e non “appartenente a un partito politico criminale”). Volevo mettermi al corrente del fatto che d'ora in poi curerò io le relazioni con l'esterno; infatti sono stato eletto capoclasse con una schiacciante maggioranza che mi darà l'opportunità di fare delle sacrosante riforme in questa scuola disastrosa. Grazie al progetto “devolution”, ogni classe potrà darsi regole proprie ed amministrarsi senza fastidiose interferenze da parte del potere centralista del direttore. Una significativa innovazione sarà l'ampliamento dei poteri del capoclasse, ma ti saprò dire qualcosa di più quando mio zio Carmelo mi avrà spiegato la differenza fra premierato forte, presidenzialismo alla francese e cancellierato alla tedesca.

Anzitutto voglio cominciare con il ricusare il mio maestro, su cui grava il legittimo sospetto che sia parziale e perseguiti me e quelli della mia banda: ci ha infatti scritto una nota sul registro perché tiravamo gessetti durante la lezione, oltre al fatto che si è sempre rifiutato di interrogare alla presenza di un avvocato!

Capisci benissimo che non si può lasciare la gestione della didattica a gente così, che approfitta della sua posizione per fare politica, e che è meglio che se ne vada a casa. Così d'ora in poi a insegnarci la matematica sarà il bidello Orazio; ieri ci siamo giocati a figurine l'interrogazione di geometria ed è andata benissimo. Certo, quando lui è impegnato a vendere le pizzette dovrà delegare qualcuno, per evitare che si possa configurare un conflitto di interessi, ma questo non è un problema, perché suo fratello Vincenzo che fa il posteggiatore abusivo può degnamente rimpiazzarlo.

Naturalmente anche le altre classi faranno lo stesso; se mancheranno troppi maestri e dovesse crearsi carenza di personale, si provvederà a riqualificare alcuni alunni; sono sicuro che ce ne saranno almeno una decina che hanno fatto ripetere le tabelline ai piccoli all'oratorio, questi potranno egregiamente sostituire gli insegnanti. I quali ultimi, poi,

potranno arrangiarsi con qualche lavoretto in nero. Naturalmente sarà necessario riscrivere i libri di storia, faziosi e settari, e perché no?, il sussidiario e il libro di lettura; così invece dei soliti “Pianto antico” e “V maggio” studieremo le sigle di Dragon Ball e Ranma e invece dell'aritmetica ci daremo sotto con le istruzioni di strategia di “Final fantasy IX”.

Poi vareremo la legge del “falso in pagella”, grazie alla quale gli alunni che avranno contraffatto i voti ricevuti in una o più materie non riceveranno punizioni gravi, ma al massimo una sgridata. Durante la ricreazione sarà proibito il girotondo, gioco pericoloso e assolutamente fuori moda, mentre sarà promosso il nascondino all'insegna del “liberi tutti”.

I compagni extracomunitari, che minacciano le nostre radici culturali, saranno rimpatriati; per Natale verrà organizzata una festa con concorso di bellezza “miss baby calendario” per le compagne, e ciò per affermare la superiorità culturale dell'occidente nei confronti del mondo islamico. Verrà approvata la legge del “condono dei compiti per casa”; tutti quelli che (come me) non hanno mai portato i compiti potranno mettersi facilmente in regola semplicemente presentando quattro operazioni a due cifre e un riassunto.

Alla fine sarà indispensabile un'operazione di “restyling” per rilanciare la scuola sul mercato; al posto del vecchio nome “Giacomo Leopardi”, che era anche brutto e storto, si chiamerà “James Leopards” e avrà un successo strepitoso e un pioggia di iscrizioni.

Sono molto soddisfatto, abbiamo lavorato tanto e certe volte penso: come farebbe la scuola senza di me?

Ora vorrei rivolgermi una precisa richiesta: siccome Albertino non riesce a fare un'opposizione costruttiva e resta in una posizione di contrasto per propaganda opportunistica (pensa che ho dovuto legarlo alla sedia con il nastro da imballaggio), non potresti prescrivere qualche sedativo da somministrargli?

Con (poca) stima Angelino

L'ALLER GONAUTA

ALLERGIE ANERGIE E PATERGIE

Piccola mappa "iter" attiva su percorsi diagnostici correlati

di FILIPPO DI FORTI

Suggerire un iter diagnostico è sempre compito arduo ed improbo. Spesso di fronte ad una madre grondante di sapere infuso da dotte vicinanze di suocere, vicini di casa ed affini, il pediatra può trovare un muro di incomprensione e di difficoltà nel somministrare il proprio scibile, fatto anche, suo malgrado, di informazioni capziose e fuorvianti.

E se le assiomatiche asserzioni di una presunta allergia filiale, prendono gioco forza il sopravvento, su ragionamenti clinici e convinzioni personali, quali dovrebbero essere i primi passi da muovere, nell'universo poco esplorato di: intolleranze, reazioni avverse, idiosincrasie, allergie, anergie e patergie?

Nell'ultimo "consensus conference" di cui mi pregio essere presidente, segretario ed unico componente, si è visto come fosse importante una corretta anamnesi, che da sola potrebbe fare da filtro ad indagini lunghe, inutili e costose.

La familiarità per allergie, esposizione a fattori di rischio ambientale, fattori scatenanti (temperature umidità), stagionalità, profilo accrescitivo, caratteri dell'alvo, età di insorgenza, tipo e gravità dei disturbi, allergene sospettato, tempo di latenza, ridotto consumo di cibi freschi e con olii polinsaturi, aumento consumo di cibi precotti, conservati e "salati", precocità ed entità di esposizione ad allergeni e fumo, famiglie poco numerose, ridotto numero di infezioni contratte

nell'infanzia.

Predisposizione genetica in ambiente "favorevole", presenza di patologie correlate (reflusso sinusite ...), storia di asma, sesso femminile, primo attacco dopo i 2 anni e più di 10 attacchi l'anno, eczema, dispnea da sforzo, risveglio con attacco di tosse, mancanza di respiro a riposo, aggravamento notturno, sintomatologia legata a iperventilazione (BASTA!!!).

Una volta terminato l'interrogatorio, occorrerà togliersi l'impermeabile bianco e spegnere il faretto che illuminava a giorno il viso sconvolto della madre, spostare la scodella vuota della "zuppa del casale", mettersi il più congeniale camice ed andare a ricercare segni clinici che possano confermare il sospetto diagnostico di allergia.

Segni cutanei di eczema, (molto meno orticaria), presenza di asma, (durante un episodio di asma con riduzione del 40-50% della funzione respiratoria non si repertano sibili all'ascultazione), tachipnea e/o tachicardia, mucose nasali pallide e congiuntivali del tipo "ad acciottolato romano" sono anch'essi segni di atopia, così come il "saluto allergico"

Solo allora quando anche il brusio della sala d'attesa si farà insopportabile ed il telefono sarà liquefatto dai continui squilli, si potrà sospettare la presenza di un soggetto atopico.

Il dosaggio delle IgE totali ha un valore indicativo di costituzione atopica.

Spesso la loro distribuzione corporea è tale da far sì che siano tutte nel torrente ematico e non nell'organo bersaglio, inoltre un loro basso valore non può escludere la allergia in quanto ci si potrebbe trovare di fronte ad un unico clone allergenico nei confronti p.es della parietaria.

L'assetto immunologico è anch'esso implicato, una ipogammaglobulinemia potrebbe "mimare" una assenza di allergia.

Stesso discorso va fatto anche nei confronti della ricerca degli eosinofili e del famigerato RAST. Il dosaggio delle IgE specifiche non ha nessuna superiorità sui tests cutanei, ha una bassa sensibilità e specificità oltre a costo elevato.

Esso trova indicazione allorquando ci sia discordanza tra anamnesi e tests cutanei, quando sia impossibile sospendere gli antistaminici e fossero ineseguibili i test cutanei.

A questo punto, fatte salve le vene del povero pargolo, che già sudava al pensiero di lacci emostatici, aghi a farfalla e pietose bugie su fantomatici

ritrovamenti di vene beffarde ed irriverenti, via libera ai test cutanei, eseguibili a qualunque età, ma attenzione, è necessario che vengano eseguiti ed interpretati da mani ed occhi esperti, perché l'errore è in agguato.

L'iperreattività cutanea, il dermografismo, la cross reattività tra epitopi differenti, la presenza di sostanze istaminosimili nelle soluzioni, così come la presenza di allergeni instabili o poco concentrati o "scaduti", somministrazione recente di antistaminici e soprattutto una tecnica errata sono causa di falsi negativi e/o positivi

Una ultima "news": i test possono eseguirsi a qualunque età, unico "handicap" il ridotto numero di IgE sui mastociti cutanei nei primi mesi di vita, che possono essere causa di falsi negativi ma non di falsi positivi.

A questo punto slacciatevi la cravatta, gustatevi un anemico caffè americano, accendete un buon sigaro e con le gambe stirate sulla scrivania rilassatevi, pensando al 70% di probabilità che il vostro lavoro venga il qualche modo vanificato.

LO STUPIDIATRA

a cura di Fidifo

ovvero aneddoti di pediatri "sull'orlo di una crisi di nervi"

Spesso rovistando tra le carte del Pronto Soccorso mi sono ritrovato in letture di referti il cui effetto ilare è stato anch'esso cagione di "effetti" da Pronto Soccorso. Se traumatico può essere la lettura di un referto tipo: "colpo di persiana alla regione frontale" o "epistassi per frattura setto nasale destro", è certamente inquietante leggere "scolo nasale". Inquietudine risvegliata anche dalla reminiscenza di un racconto di un collega che nel descrivere una "cistografia" asseriva fosse necessario una volta inserito in catetere, estrarre il "mandrillo" al posto del più congeniale "mandrino" Anche le cartelle cliniche sono foriere di revisione di conoscenze anatomiche, notizie anamnestiche come: "Già ricoverato per focolaio alla regione nord del polmone sinistro" sono un esempio, e che dire di una affermazione del tipo: "il neonato sta bene e non riferisce alcuna allergia farmacologica", o "quando va in bagno è stitico". La nostra mail è orfana di vostri contributi, ma il seme della speranza è duro a morire, pertanto vi preghiamo genuflessi, inviate i vostri contributi alla giusta causa dello "STUPIDIATRA", e sarete ricompensati dal giusto riconoscimento con la dignità di stampa.

Allora scrivete colleghi, scrivete tutti alla redazionepaidos@tiscalinet.it

IL MORSO DI VIPERA

di ANTONIO RUSSO

PICCOLE EMERGENZE

La vipera è l'unico serpente velenoso presente in Italia. Il suo morso è raramente pericoloso nell'adulto, mentre può esserlo nel bambino a causa della più alta dose /kg di veleno. Davanti ad un bambino morsiato da un rettile, bisogna anzitutto stabilire se si tratta di vipera o di innocua serpe. Se l'animale è stato catturato, l'aspetto della pupilla (verticale nella vipera, rotonda nella serpe) rappresenta il carattere differenziale.

Diversamente, è l'aspetto del morso ad orientarci: nel caso della vipera osserveremo due punture profonde, sanguinanti, distanti 6-8 mm, con ecchimosi, dolore intenso ed edema, mentre nel caso della serpe sono visibili numerose punture superficiali, disposte ad arco, con dolenzia modesta. Al morso di vipera fanno seguito, più o meno rapidamente, segni locali (edema progressivo) e generali (vomito, agitazione, dolori muscolari, diarrea, coagulopatia, shock). Il bambino morsiato da una vipera va naturalmente trasportato subito al più vicino ospedale, ma alcuni provvedimenti vanno presi sul luogo dell'incidente. Anzitutto tranquillizzare il paziente ed i familiari: il veleno di vipera è tra i meno pericolosi, non sempre con il morso viene inoculato il veleno (morso "secco") e la dose inoculata è variabile. Immobilizzare l'arto con stecca o mezzi di fortuna per limitare l'assorbimento del veleno. L'utilità

dell'applicazione di un bendaggio compressivo a monte della ferita è controverso. L'obiettivo di questa procedura è impedire la diffusione di quella quota di veleno trasportata per via linfatica, e dovrebbe utilizzarsi una fascia piuttosto che un laccio o una corda, e la compressione esercitata non deve essere tale da abolire il polso arterioso distale.

L'incisione della ferita non trova alcuna indicazione, considerata la bassa pericolosità del veleno di vipera europea, il rischio di lesioni iatrogene e la difficoltà di aspirare il veleno dalla ferita. Non applicare ghiaccio per evitare l'aggravarsi della necrosi. Non somministrare siero antiofidico in ambiente extra ospedaliero. In ospedale il bambino va sottoposto a monitoraggio dei parametri vitali e di alcuni dati di laboratorio (emocromo con piastrine, screening coagulativo, elettroliti e funzione renale). E' importante valutare la progressione dell'edema misurando ogni 30 minuti la circonferenza dell'arto in corrispondenza della ferita e 5-10 cm a monte di essa. Il paziente va tenuto in osservazione per 12-24 anche se asintomatico.

Valutare l'immunizzazione anti tetanica del paziente e comportarsi di conseguenza. Oggi prevale un orientamento conservativo nell'impiego del siero antiofidico, limitandone la somministrazione ai casi sintomatici (coagulopatia, shock, sintomi cardio-respiratori o gastroenterici importanti, edema progressivo dell'arto colpito). Trattandosi di un siero eterologo, vi è rischio di reazioni anafilattiche anche gravi e di malattia da siero (fino a 10 giorni dopo). Il siero va somministrato per via endovena, esclusivamente in ambiente ospedaliero sotto continuo monitoraggio.



Clinica e Terapia della Malattia Drepanocitica

E' sempre entusiasmante leggere un pubblicazione scientifica del Prof. Gino Schilirò, soprattutto se ben costruita strutturalmente, ricca di contenuti ed esperienze scientifiche, riferite in modo semplice, schematico ma completo, con una grafica gradevole, accattivante ed in grado di bloccare nella nostra mente i numerosi schemi e tabelle di cui è ricca l'opera. Le spigolature storiche introduttive ci inducono a riflettere sulle capacità di quei pochi che grazie all'acuta analisi della loro esperienza clinica, fatta di prove e verifiche, ancor prima dell'era delle conoscenze genetiche, individuarono la malattia, e ci fa riflettere anche sulle motivazioni di una diffusione epidemiologica, non più limitata alla Sicilia.

La malattia drepanocitica è una patologia genetica ancora gravata da letalità, ma con tassi certamente inferiori a quelli riscontrati appena trent'anni fa. Se nel 1973 si stimava una sopravvivenza di 14,3 anni con una mortalità del 20%, già nel 1989 l'85% dei soggetti con drepanocitosi omozigote so-

pravvivevano a 20 anni, e tuttavia ha fatto bene il prof. Schilirò a riprendere tale argomento perché questa è a tutt'oggi malattia complessa, non sempre diagnosticata in tempi opportuni e gravata ancora da un elevato tasso di morbilità e mortalità.

La pubblicazione si arricchisce di tabelle di facile lettura e consultazione, utili non solo agli addetti ma anche al medico pratico, che può trovare spunti diagnostici-terapeutici sempre aggiornati. Non è stata neanche trascurata l'esperienza sul campo dell'equipe del prof. Schilirò che viene trasmessa attraverso l'analisi di casi clinici che corredano ogni capitolo con puntuali commenti. E non poteva assolutamente mancare a completezza di quest'opera i test di autovalutazione e riferimenti bibliografici aggiornati e puntuali.

E' un libro che non può mancare nella nostra libreria e che sicuramente raggiunge l'obbiettivo di arricchire il nostro bagaglio culturale e le nostre capacità professionali.

(A.Fischer)



OLTRE IL CONFLITTO Dalla Mediazione Alla Relazione Costruttiva

Oltre il conflitto di Maria Martello è un libro di vita: compendio di filosofia, psicologia, medicina, pedagogia, scienza della comunicazione e della mediazione.

Il conflitto, inevitabile perché è la vita stessa dell'uomo, va superato senza notevoli traumi o, nella peggiore delle ipotesi, basta saperlo vivere.

Nel conflitto vincitore e vinto hanno pari dignità e uno esiste perché esiste l'altro.

Con una maturità millenaria è stata cancellata la frase "guai ai vinti".

"Se non sei con me, sei contro di me!" Una frase che di colpo cancella ogni possibilità di dialogo e che spesso ci viene posta in termini così drastici.

Il libro vuole essere un grande aiuto efficace per quanti: genitori, educatori, manager, pediatri... possono impedire l'insorgere di nuovi conflitti nella scuola, nel campo di lavoro, fra genitori e figli.

Libro da leggere e far leggere: una terapia efficace contro l'incomprensione del nostro tempo che causa malattie.

"La mediazione diventa un intervento che fa riflettere, che fa scoprire i vantaggi di smascherare le proprie e altrui false percezioni".

Il mediatore, che non è un semplice sensale, porta alla ribalta il vissuto dell'altro, nella verità del suo dolore più profondo.

La speranza di riabbracciarsi per ritrovare l'unità archetipica esistente prima della torre di Babele.

Notevoli, nella trattazione, riferimenti biblici e storici su cui porre le basi per costruire un solido futuro dell'umanità.

Per saperne di più:

www.istitutodeva.it..

(Salvatore Pippo Spitaleri)

SINDROME ADRENOGENITALE

di FRANCESCO PRIVITERA

La **sindrome adrenogenitale congenita (SAG)** è caratterizzata da un difetto genetico autosomico recessivo di uno degli enzimi necessari alla trasformazione dei precursori degli ormoni surrenalici. Ciò porta ad un deficit di cortisolo (ed anche di aldosterone) che provoca un aumento di ACTH ipofisario determinando a sua volta una iperplasia corticosurrenale ed una iperproduzione di metaboliti intermedi. Ogni difetto enzimatico ha forme gravi e forme lievi, presumibilmente a causa delle diverse gravità delle mutazioni gene-

Tab. 1 DIFETTI ENZIMATICI DELLA S.A.G.

- (in ordine decrescente di frequenza)
- Deficit di 21-idrossilasi (95% dei casi)
 - Deficit di 11-β-idrossilasi
 - Deficit di 3-β-olo-deidrogenasi
 - Deficit di 17-α-idrossilasi
 - Deficit di corticosterone metilossidasi (tipo 1 e 2)
 - Deficit di 20-22 desmolasi

Poiché, come si evince dalla tab.1, la SAG è dovuta principalmente al difetto di 21-idrossilasi, parleremo per prima di questa, riservandoci di parlare in seguito degli altri difetti enzimatici. La SAG da deficit di 21-idrossilasi può essere distinta in: a) **“forma classica”** o **“ad esordio precoce”** (virilizzazione neonatale) e b) **“forma non classica”** o **“ad esordio**

tardivo”.

A sua volta la forma classica può essere distinta in una forma **“con virilizzazione semplice”** ed una forma **“con perdita di sali”**, mentre la forma non classica si distingue in una forma **“pre-pubere”,** una **“post-pubere”**, ed una **“criptica”** (Tab. 2).



La maggiore gravità della forma con perdita di sali è dovuta ad un maggior deficit enzimatico: infatti di regola è sufficiente un'attività enzimatica dell'1-2% per ottenere una sintesi di aldosterone in grado di evitare la perdita di sali.

CLINICA

Nella **forma classica** con virilizzazione semplice, si ha una intersessualità nella femmina (ipertrofia clitoridea, vari gradi di fusione delle grandi labbra) ed una virilizzazione che può manifestarsi gradualmente nei primi mesi di vita nei maschi (ingrossamento del pene, peluria pubica). I segni clinici nella femmina sono ancora più marcati e precoci nella forma con perdita

di sali, dove si può arrivare a vedere un'ipertrofia clitoridea tale da sembrare un micropene, e, poiché l'uretra si apre sotto questo organo, spesso viene fatta diagnosi errata di ipospadia con criptorchidismo. Nei maschi i genitali possono sembrare alla nascita normali.

Alle anomalie dei genitali esterni si aggiunge la sintomatologia tipica della disidratazione iponatriemica ed iperpotassiemica con calo ponderale, vomito e diarrea, fino allo shock. Spesso nei maschi, poiché, come abbiamo detto, hanno genitali esterni normali, questi sintomi vengono attribuiti ad altre malattie quali ad es. stenosi ipertrofica del piloro, ostruzione intestinale, cardiopatie ed intolleranza al latte.

Nella **forma non classica** pre-puberale il quadro clinico può essere caratterizzato nel sesso femminile da pubarca e/o macrogenitosomia. In entrambi i sessi è presente un rapido accrescimento staturale con accelerata maturazione ossea. Nella forma tardiva post-puberale si può avere nella femmina la presenza di virilizzazione, irsutismo, acne, oligoamenorrea ed anovulatorietà, mentre poco specifico risulta il quadro clinico nel maschio. In entrambi i sessi si può riscontrare una compromissione della statura definitiva.

Infine esistono anche delle forme dette **“criptiche”**, nelle quali l'assetto ormonale e genetico è simile alla forma tardiva, ma con la differenza che non ci sono segni di virilizzazione né disturbi mestruali o dello sviluppo puberale. Sono forme completamente asintomatiche che vengono diagnosticate per caso nel corso di studi del sistema HLA associati ai test ormonali in famiglie con soggetti affetti da SAG. E' probabile che le forme tardive e quella criptica siano fasi diverse della stessa malattia.

ESAMI DI LABORATORIO E STRUMENTALI

Nella forma classica i livelli di **17 OH Progesterone** sono molto aumentati, specie quando c'è perdita di sali, mentre nelle forme non classiche possono essere normali o aumentati di poco. In queste ultime, infatti, si fa il test di stimolo con ACTH (vedi nota). Il **Testosterone** si comporta come il 17 OH Progesterone. Il **Cortisolo** è più basso nella forma classica, ma può essere normale nelle forme tardive. L'**ACTH** è sempre aumentato in tutte le forme. L'**Aldosterone** è più basso nella forma classica con perdita di sali, mentre può essere normale nelle altre forme.

All'incontrario si comporta la **Renina**. I **Δ4 Steroidi** sono sempre aumentati mentre il **DHEA** può essere aumentato o normale in tutte le forme. Nella Tab. 3 abbiamo cercato di sintetizzare l'assetto ormonale che si può riscontrare nelle varie forme di SAG da deficit di 21 idrossilasi. Livelli ematici bassi di **Na** ed alti di **K** si riscontrano ovviamente nella forma con perdita

NOTA : TEST DI STIMOLO CON ACTH

Dosaggi di 17-OH Progesterone basale e dopo 60 min. dalla somministrazione e.v. di ACTH (Synacten 0,25 mg).

Se a 60' valore <5 ng/ml (<15 nmol/l)	NORMALE
Se a 60' valore 5-10 ng/ml (15-30 nmol/l)	COMPATIBILE ETEROZIGOSI
Se a 60' valore >10 ng/ml (>30 nmol/l)	OMOZIGOSI FORMA TARDIVA

LIVELLI ORMONALI NELLE VARIE FORME DI S.A.G. DA DEFICIT DI 21-IDROSSILASI

TAB.3

	ACTH	17 OH PROG.	CORT	ALD	PRA	Δ4 STER.	DHEA	TEST
Forma classica:								
Virilizzaz. semplice	↑↑	↑↑	No ↓	No ↓	No ↑	↑↑	No ↑	↑
con perdita di sali	↑↑	↑↑	↓	↓	↑↑	↑↑	No ↑	↑
Forma non classica:								
Pre-pubere	↑↑	↑oN	N	N	N	↑	No ↑	No ↑
Post-pubere	↑↑	↑oN	N	N	N	↑	Nb ↑	Nb ↑
criptica	↑↑	↑oN	N	N	N	↑	Nb ↑	Nb ↑

di sali. Oltre a questi esami si fanno anche:

1. assetto cromosomico
2. HLA
3. indagine molecolare
4. indagine genetica familiare
5. valutazione età ossea
6. ecografia pelvica e surrenale
7. genitografia (per la chirurgia ricostruttiva)

TERAPIA

Nella **forma ad esordio precoce con perdita di sali** possiamo distinguere due momenti:

A) Terapia d'emergenza:

- 1) Idratazione (150 ml/kg/die si soluzione fisiologica;
- 2) Idrocortisone (fino a 10 mg/kg/die in 4-6 somministrazioni);
- 3) (eventualmente) DOCA (Precorten-Cortiron 0,5-1 mg/die).

B) Terapia di mantenimento

- 1) Idrocortisone (10-20 mg/m²/die in 2-3 somministrazioni), oppure Cortone Acetato (20-25 mg/m²/die in 2-3 somministrazioni)
- 2) Fluoroidrocortisone (Florinef 50-150 μg/die)
- 3) Sodio Cloruro 1-2 g/die per 1-2 anni

Nella **forma ad esordio precoce con virilizzazione semplice:**

Idrocortisone (10-20 mg/m²/die in 2-3 somministrazioni) oppure, Cortone Aceta-

to (20-30 mg/m²/die in 2-3 somministrazioni).

La terapia deve essere continuata indefinitamente in tutti i pazienti e per valutarne l'efficacia occorre controllare androstenedione, 17 OH progesterone, renina, testosterone, valutazione dell'età ossea, velocità e curva di crescita e la pressione arteriosa.

Nella **forma ad esordio tardivo pre-pubere**, in presenza di iperandrogenismo e maturazione anticipata dell'età ossea (>2 anni), il trattamento consiste in: Idrocortisone (5-15 mg/m²/die) oppure Cortone Acetato (10-15 mg/m²/die)

Nella **forma ad esordio tardivo post-pubere**, in presenza di segni di iperandrogenismo, il trattamento consiste in: Desametasone (0,25-0,5 mg alla sera) oppure Prednisone (2,5-5 mg la sera).

N.B.

- In età peripuberale e qualora dovesse risultare difficile il controllo della malattia con l'idrocortisone o con il cortone acetato, la dose serale di quest'ultimo può essere sostituita da una dose più o meno equivalente di prednisone o desametasone.
- In presenza di valori elevati di renina va associata terapia con fluoroidrocortisone (25-100 μg/die) in dose unica serale.

Per quanto riguarda l'ipertrofia clitoridea nelle bambine, essa richiede correzione chirurgica di clitoridoplastica quanto prima possibile: il timing chirurgico, che prima si aggirava intorno ai 6-12 mesi, oggi è anticipato a soli 3-4 mesi di vita.

Termometri auricolari

Ricercatori dell' Institute of Child Health (Università di Liverpool) hanno analizzato 31 studi che prendevano in esame oltre 4000 bambini confrontando la temperatura misurata con il tradizionale termometro al mercurio a livello rettale, con misuratori elettronici a sonda e con termometri intrauricolari a raggi infrarossi.

I risultati dello studio che consideravano come standard la temperatura rettale misurata con apparecchi al mercurio hanno rile-

vato che con un temperatura rettale di 38 °C, i termometri auricolari a raggi infrarossi indicavano range di rilievi oscillanti tra i 37.4 e i 39.2 °C.

L'Autore dello studio conclude, pertanto, che sebbene più comodi e più facili da usare questi apparecchi non sono da considerare affidabili soprattutto quando è utile un rilievo preciso della temperatura. Sono sensibili ma non specifici.

Lancet 2002; 360: 603-9

UNA DOVUTA PRECISAZIONE

di GAETANO BOTTARO

Nel numero 1 del 2001 di questo giornale è comparso un mio scritto sul rapporto QT lungo e SIDS con riferimento ai farmaci in grado di provocare questo fenomeno. In particolare l'attenzione veniva posta su cisapride e terfenadina, perché chiamati ufficialmente in causa.

Ma a causa di una revisione, che per motivi editoriali, richiedeva un accorciamento del-

l'articolo, il senso della frase è stato modificato in modo tale che nel riferimento negativo sono stati coinvolti anche astemizolo e niaprazina. Questo ha creato delle giuste rimozioni da parte dell'azienda che commercializza la niaprazina (Nopron), per cui si impone un doveroso chiarimento.

Ebbene, per dovere di precisione, a tutt'oggi non esiste descritto da nessuna parte, alcun

report di effetti collaterali infausti (per usare lo stesso termine dell'articolo in questione) dopo assunzione di Nopron.

Il coinvolgimento di questo farmaco nell'articolo era soltanto correlato alla possibile interferenza della niaprazina con l'azione del citocromo P450, azione che sta alla base dell'allungamento del QT.

Ma nessun autore ha, al momento, riportato danni da assunzione sia a breve sia a lungo termine, di Nopron.

