

note di cultura per il pediatra

a.c.p.

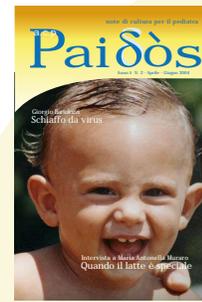
Paiδòs

Anno 5 N. 2 - Aprile - Giugno 2004



Giorgio Bartolozzi
Schiaffo da virus

Intervista a Maria Antonella Muraro
Quando il latte è speciale



Direttore responsabile
Francesco La Magna

Direttore
Alberto Fischer

Comitato Scientifico
Pasquale De Luca
Lorenzo Pavone
Gino Schilirò

Responsabile di redazione
Antonino Gulino

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

Collaboratori
Marisa T. Bonfiglio
Angelo Fazio
Daniela Ginex
Maria Libranti
Gino Miano
Angelo Milazzo
Francesco Privitera
Paola Rocuzzo
Antonio Russo

Segreteria e Grafica
A.S.C. Europromo
Tel 347 7792521
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

EBM & MBM

di Alberto Fischer

Qualcuno si chiederà se un'ingravescente rincitrullimento faccia sì che lo scrivente riproponga lo stesso editoriale del numero precedente. Bè, se è vero che avverto spesso alcuni segni premonitori dell'Alzheimer, è anche vero che un recente articolo di Lancet mi abbia spinto a considerazioni più generali che riguardano un'altra medicina, non quella fondata sulle prove ma quella fondata sul vile denaro.

Per l'appunto MBM, ovvero Money Based Medicine. Nel 1998 su Lancet venne pubblicato un articolo di Wakefield e di alcuni colleghi della Royal University College Medical School di Londra, in cui il vaccino MMR veniva messo in correlazione causale con lo sviluppo di unusuali alterazioni linfonodali intestinali nel bambino e con l'autismo. Ciò determinò una reazione avversa al vaccino da parte di genitori preoccupati, tanto che il tasso di vaccinazione in Gran Bretagna scese dal 90% all'84% in poco tempo, benché molti studi epidemiologici seri non avevano evidenziato alcuna correlazione tra MMR ed autismo. Si generò a seguito di ciò una ripresa di segnalazione di casi di morbillo, ed nel Nord Islanda furono segnalate tre morti in bambini come effetto della ripresa di piccole epidemie. Nel marzo del 2004, dopo 6 anni da quel lavoro, ben 10 coautori ritirano il loro supporto a quella pubblicazione riconoscendo che le correlazioni tra autismo e vaccinazione antimorbillo non erano scientificamente sostenibili.

Lo stesso Lancet in un editoriale chiede scusa ai propri lettori rilevando che Wakefield aveva ricevuto un compenso di 55.000 dollari dalla Legal Aid Board, che aveva promosso un'azione legale per il risarcimento dei genitori con figli autistici, con il fine di promuovere studi virologici che potessero confermare l'asserto di una correlazione causale tra vaccino antimorbillo e autismo. Qualche riflessione? La prima che mi viene in mente è forse sull'insicurezza che queste notizie ti creano, quando vengono improvvisamente a crollare punti di riferimento e valori in cui hai creduto. Anche l'etica della scienza è un valore commerciale!!! Quanti componenti delle Committtee o Subcommitttee da EBM portano un marchio di fabbrica? A chi riporre la nostra fiducia per una medicina libera da condizionamenti e conflitti di interesse, dove l'utente è solo un usufruttore di beni sociali e non un compratore a cui rivolgere dalla mattina alla sera richiami da pescheria? Riusciremo un po' a dominare quel demone-money che è in tutti noi, e che la società odierna stimola in ogni maniera, almeno quando ci interessiamo del bene comune e della ricerca scientifica.

Fino a che punto vorremmo fare della buona EBM e non ricadere nella generalizzata MBM? Qualcuno s'indignerà leggendo la "Lettera di Albertino" di questo numero (lo hanno fatto anche in redazione!!) ma vi è un'etica universale a cui non si può derogare e ben venga chi fustiga un costume che ci condurrà lentamente all'indifferenza sociale o all'assuefazione ideologica.

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- La malattia di Schonlein Henoch: quando e come curarla
- 6 Nemici... per la pelle
- 8 Il sito di G. Mazzola
- 9 Quando il latte è speciale
- 12 Parlare di pace
- 19 Se mi lavo poco

RUBRICHE

- 4 La rubrica di Giorgio Bartolozzi
- 10 Il sorriso
- 11 Digiamocelo
- 14 Un pediatra al cinema
- 14 L'angolo della poesia
- 15 La posta di Albertino
- 16 L'allergonauta
- 17 Lo stupidiatra
- 18 Piccole emergenze
- 20 Pillole di endocrinologia

NEWS DALLA RETE

- 22 Un pò di conti in...pancia

Copertina
(foto di M. Libranti)

Una recente epidemia segnalata sul forum di P.O.L. riporta all'attenzione una malattia di per sé innocua, tipica dei bambini, ma causata da un virus che in alcuni casi può dimostrare una inedita pericolosità.

Schiaffo da virus

di Giorgio Bartolozzi

Un esantema morbilliforme è un esantema che ricorda quello del morbillo ma del morbillo non ha tutto quel corteo sintomatologico che permetteva (o permette) la diagnosi.

Quando la campagna promossa dal Ministero della salute raggiungerà l'obiettivo di eradicazione del morbillo, rosolia e parotite, e tutti ci auguriamo che vada in porto, allora dovremmo ricorrere a laboratori specializzati per escludere la possibilità del morbillo davanti ad un esantema che pur ricordandolo morfologicamente, non ha i caratteri clinici e anamnestici per potersi definire mor-

billo. Ricordo a questo proposito quanto è accaduto in Finlandia, Paese nel quale il morbillo è scomparso da una quindicina di anni, grazie alla vaccinazione con due dosi, di tutta la popolazione (Davinkin, J. Inf. Disease, 1998).

In quel Paese sono stati studiati circa 500 casi di esantema morbilliforme o roseoliforme. Ebbene in un terzo dei casi si trattava di un esantema causato dal Parvovirus B19, proprio come sta capitando in molte parti d'Italia.

Sì, è proprio un



Parvovirus B19 il virus responsabile dell'esantema infettivo o megaloeitema.

La malattia è relativamente frequente nell'infanzia, insorgendo nel 50-70% dei casi in un'epoca che va dai 5 ai 15 anni, ma circa il 60% degli adulti ha anticorpi contro questo virus. I sintomi si manifestano da 4 ai 14 gg dal contagio, ma il periodo

di 3 settimane. La fase prodromica è caratterizzata da febbre scarsa o anche assente, irritabilità, cefalea, insieme ai sintomi di un lieve infezione delle vie aeree superiori. Per la febbre è possibile un andamento bifasico, ma è quasi sempre assente alla comparsa dell'esantema. Per questo si possono riconoscere tre fasi, spesso difficilmente distinguibili.

La prima fase è caratterizzata dall'aspetto di "faccia schiacciata" con le gote di un rosso acceso, e risparmio della cute periorale. Successivamente l'esantema, di tipo maculopapulare, si diffonde rapidamente al tronco ed alle estremità (secondo stadio). Infine l'esantema si attenua velocemente, lasciando un eritema che assume un caratteristico aspetto a rete (terzo stadio).

Palmo e pianta dei piedi sono risparmiati ed il bambino è in ottime condizioni e non sembra malato. L'esantema tende a scomparire senza desquamazione ma talvolta passano anche tre settimane prima di scomparire del tutto, facendo va e vieni e riesacerbandosi per effetto dell'esposizione al sole, dell'attività motoria o dello stress.

Ma non sempre il Parvovirus B19 è innocuo. Infatti in corso di anemie emolitiche croniche è in grado di favorire crisi aplastiche. Ciò perché il virus in tutti i soggetti determina un arresto della produzione di nuovi globuli rossi (eritroblasti e reticolociti), ma ciò è privo di conseguenze in un soggetto normale.



In caso di anemie emolitiche croniche (talassemie, sfereocitosi, ecc.) l'impegno eritropoietico è massimo ed un blocco della produzione di nuove emazie porta in breve tempo ad una crisi aplastica, evenienza non eccezio-

nale in queste malattie.

Un altro problema associato all'infezione da Parvovirus B19 è quello relativo ai danni fetali quando l'infezione avviene in una donna gravida. La possibilità di un'anasarca fetoplacentare per infezione trasplacentare e inibizione dell'eritropoiesi fetale è stata documentata.

In una lettera di forum veniva segnalata la possibilità di sofferenza fetale da megaloeitema contratto in 20° settimana di gestazione. Il rilievo ha grande interesse perché in generale (Red Book 2003) non è provato che il Parvovirus possa dare anomalie congenite, anche se il rischio fetale di morte va dal 2 al 6%, quando la infezione colpisca la madre nella prima metà di gravidanza.

Anche il Nelson esclude che l'infezione fetale da Parvovirus B19 possa indurre difetti a carico del feto, al di là dell'idrope fetale. Su tale problematica Remington e Kline (Inf. Disease of the Fetus and Newborn Infant, 2001) è più esauriente segnalando che circa la metà di tutte le donne in età fertile non ha anticorpi. Dall'1,5 al 3,7% delle donne suscettibili seieroconverte durante la gravidanza. Le conseguenze per l'embrione-feto vanno dalla morte fetale, all'idrope fetale non immune, agli eccezionali difetti a carico di vari organi ed apparati. Le alterazioni sono soprattutto a carico del sistema nervoso centrale. Ma sono sempre descrizione di casi singoli o riferiti a pochissimi pazienti.

Sulla base di questi rilievi non ci sono attualmente dati che suggeriscono che l'infezione da Parvovirus B19 sia un'importante causa di difetti del feto. In uno studio di 243 casi di neonati con difetti, nessuno aveva anticorpi antiB19 Ig e non ci sono dati che suggeriscono che i difetti strutturali siano comuni nei figli di madri con infezione da Parvovirus B19. Per cui non vi è alcuna indicazione all'aborto per donne che abbiano presentato un'infezione da Parvovirus B19 in qualsiasi stadio della gravidanza.

La MSH è generalmente una patologia acuta autolimitante, ma in circa 1/3 dei casi si possono manifestare una o più ricorrenze dei sintomi.

La malattia di Schönlein Henoch: quando e come curarla

di Antonio Fichera

La malattia di Schönlein Henoch (MSH) non presenta generalmente difficoltà diagnostiche, in quanto sufficientemente caratteristico ne è il **corredo sintomatologico**: porpora cutanea (100%), dolori articolari (82%), dolori addominali (63%), nefrite (40%), emorragie gastrointestinali (33%). Anche se talvolta sono stati ritenuti responsabili vari agenti infettivi, batterici o virali, od alcune vaccinazioni, l'**etiologia** della MSH rimane comunque sconosciuta.

Per quanto riguarda la **patogenesi** pare che un ruolo fondamentale venga espletato dalle IgA-1 che si dimostrano ad elevati livelli sierici circolanti, isolatamente o in immunocomplessi, oltre che depositati nelle pareti dei vasi sanguigni e nel mesangio renale.

La MSH è generalmente una patologia acuta autolimitante, ma in circa 1/3 dei casi si possono manifestare una o più ricorrenze dei sintomi.

La **complicanza** acuta più grave è probabilmente l'emorragia intestinale con o senza intussuscezione e/o perforazione, mentre nel breve e medio termine molto temibili sono le complicanze renali, caratterizzate da nefrite con ematuria e da nefrosi con proteinuria che nei casi più gravi possono anche determinare insufficienza renale cronica. Più raramente

sono state descritte altre complicanze (emorragie cerebrali, emorragie polmonari, atassia con neuropatia periferica, scroto acuto, epatocolangite, priapismo) che, per la loro gravità, richiedono comunque particolare attenzione da parte del medico.

Non vi sono, ad oggi, **linee guida terapeutiche** acclamate, soprattutto per i casi a decorso favorevole. Anche se un atteggiamento di vigile attesa senza alcuna prescrizione farmacologica può essere considerato sufficientemente ragionevole, viene da molti adottata, nella fase acuta della malattia, una terapia steroidea (prednisone 1-2 mg/kg/die per 8-10 giorni), che si è dimostrata efficace per i dolori articolari ed addominali, nella prevenzione del rischio di intussuscezione, ma incapace di ridurre significativamente l'incidenza delle complicanze nefritiche.

Secondo alcuni Autori, l'impiego del cortisone non deve, pertanto, essere considerato oggi come assolutamente necessario, ma esso è comunque ancora sufficientemente corretto per i vantaggi, anche modesti, che comporta. Il problema terapeutico diviene più arduo nelle forme ricorrenti, in quelle steroideo-dipendenti o steroideo-resistenti e, soprattutto nelle forme a rapida evoluzione nefritica. Per tali situazioni vengono proposte in letteratura specifiche terapie che, purtroppo, al momento non conducono ad un

protocollo terapeutico univoco. Secondo alcuni Autori, analogamente alla malattia di Kawasaki, l'impiego di immunoglobuline per infusione e.v. (2 gr/kg in unica somministrazione o con frequenza mensile per 3 mesi) si sarebbe dimostrato efficace nell'attenuazione dei sintomi e nella prevenzione sia delle ricorrenze che della nefropatia IgA-correlata.

In una personale esperienza di una MSH ricorrente e steroideo-dipendente l'impiego di tale terapia ha determinato, invece, una recrudescenza della sintomatologia vasculitica, rendendo alquanto nebulosi i parametri di eleggibilità dei pazienti da sottoporre a tale trattamento.

Il riscontro di una ridotta attività fibrinolitica plasmatica nei pazienti con MSH, probabilmente correlata ad elevati livelli dell'inibitore dell'attivatore del plasminogeno, ha suggerito ad altri Autori l'impiego dell'acido aminocaproico (circa 100 mg/kg/die per alcuni giorni), che, in aggiunta all'idrocortisone, avrebbe determinato un miglioramento clinico più rapido rispetto ai controlli, offrendo nuove prospettive terapeutiche in specifici casi.

Secondo altri Autori, in alcuni casi di MSH con correlata grave nefropatia si sono dimostrati utili trattamenti con plasmaferesi o leucocitoaferesi, che, senza manifestare reazioni avverse e purché intrapresi precocemente nella fase acuta della malattia, hanno consentito un miglio-

ramento della funzione renale con riduzione della proteinuria. Nelle forme più gravi di nefropatia o in selezionati casi steroideo-dipendenti, recenti segnalazioni della letteratura suggeriscono sempre più spesso l'impiego di farmaci ad azione immunosoppressiva. Tra questi vengono segnalati soprattutto la ciclosporina A ed

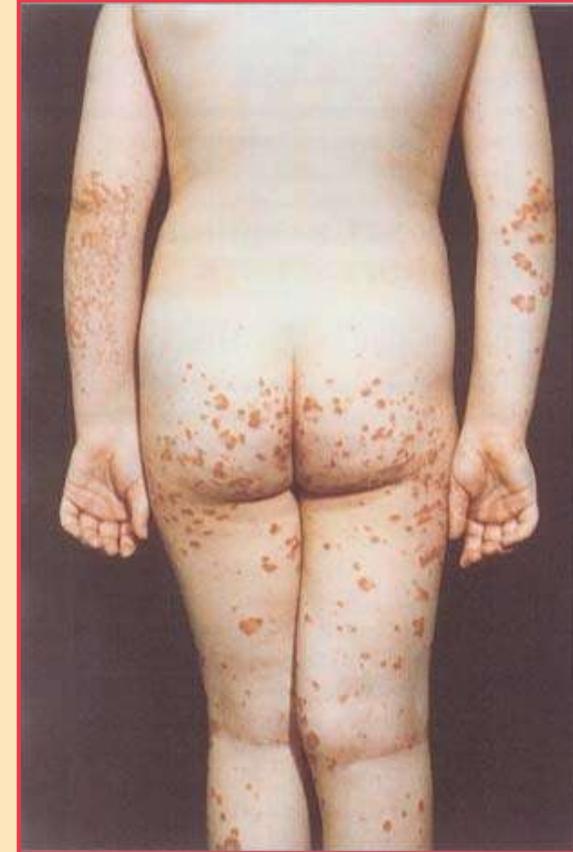
il methotrexate, quali risparmiatori di prednisone nelle forme steroideo-dipendenti, e l'azatioprina (1-2 mg/kg/die anche per alcuni mesi), che avrebbe documentato, nelle MSH con grave complicanza nefritica, un arresto della progressione della patologia.

Per quanto concerne i quadri clinici con nefrosi in alcuni studi clinici recenti è stato adottato l'impiego della ciclofosfamide, (2 mg/kg/die per 12 settimane)

che, in aggiunta al trattamento steroideo, ha determinato una riduzione statisticamente significativa della proteinuria che costituisce, in questi casi, il segno clinico di maggior rischio per lo sviluppo di insufficienza renale cronica.

Da quanto sopra esposto, appare quindi evidente che:

- non esiste oggi per la MSH un protocollo terapeutico standardizzato per tutti i casi;
- occorre "personalizzare" il trattamento in relazione al quadro clinico ed al follow-up.





I dermatofiti ed i lieviti rappresentano i due tipi di organismi fungini che possono essere causa di patologie della cute e delle mucose. I dermatofiti sono cheratinofili e si distinguono in tre generi patogeni: Tricophyton, Microsporum ed Epidermophyton.

Nemici...per la pelle

di Angelo Milazzo

Dermatofizie della cute glabra.

La **tinea corporis** può localizzarsi su qualsiasi area cutanea, prediligendo però le zone scoperte e la stagione estiva. Viene caratterizzata da una o più chiazze ben delimitate circinate o policicliche, eritemato-desquamanti, ad estensione centrifuga e risoluzione centrale.

L'agente eziologico più frequente in Italia è il *Microsporum canis*. Le dermatofizie delle piccole pieghe sono causate soprattutto dal *Tric. Rubrum* e dal *Tric. Mentagrophytes*. Risultano più colpite le pieghe interdigitali dei piedi e si manifestano con eritema, macerazione, desquamazione, talvolta fissurazione. Si osservano essenzialmente nell'adolescenza. Rappresentano fattori favorevoli: l'iperidrosi, l'uso di scarpe da tennis, la stagione estiva, l'attività agonistica (**piede d'atleta**). Tra le grandi pieghe sono più colpite le inguino-crurali: si denomina **tinea cruris** o eczema marginato di Hebra. Si comincia a manifestare dall'adolescenza con eritema circolare a diffusione centrifuga e bordo eritemato-desquamativo, a livello della radice delle cosce. Possono essere anche colpiti: i glutei, le pieghe ascellari e sottomammarie.

Dermatofizie dei peli.

La **tinea capitis** predilige l'età pediatrica. Le infezioni ectothrix sono caratteristiche della tinea microsporica, mentre le infezioni di tipo endothrix sono caratteristiche della tinea tricofitica. La tinea microsporica è frequente nell'età scolare ed è essenzialmente sostenuta dal *Micr. Canis*. Si manifesta con una o più chiazze alopeciche, finemente desquamanti, all'interno delle quali i peli appaiono tronchi a pochi millimetri dall'ostio follicolare. Una variante diventata rara è la tinea suppurativa o kerion celsi caratterizzata da edema, flogosi marcata e suppurazione delle aree interessate.

L'esame alla luce di Wood può evidenziare fluorescenza verde nelle forme di tinea microsporica.

Terapia.

Nelle forme di tinea corporis con una o poche chiazze è sufficiente la terapia locale.. Essa si avvale di: **derivati imidazolici (miconazolo, clotrimazolo, econazolo, chetoconazolo), allamine, ciclopiroxolamina, 2 volte al giorno per 2- 4 settimane.** Nella tinea capitis il farmaco di prima scelta nell'età evolutiva resta la **griseofulvina**, la cui dose consigliata è di: **15-20 mg/Kg/die per 8-12 settimane.** Altri farmaci utilizzabili sono il **fluconazolo (5-6 mg/Kg/die per os)** ed il **chetoconazolo**, il cui uso viene limitato dagli effetti indesiderati soprattutto a livello dei surreni e del fegato. Recentemente è stata autorizzata anche per l'uso pediatrico la **terbinafina** alle dosi di: **3-6 mg /Kg/die per 4-6 settimane.** L'**itraconazolo** può essere somministrato alla dose di **3-5 mg/Kg/die per 4-6 settimane.** Le capsule sono preferibili allo sciroppo, che può provocare diarrea. Il ricorso a questi farmaci è giustificato solo nei casi di intolleranza alla griseofulvina. Sono utili i lavaggi con preparati a base di **solfo di selenio al 2,5% o zinco piritione.**

Nella tinea pedis si ricorre spesso all'uso di polveri assorbenti antifungine a base degli imidazolici topici già citati, ma anche contenenti **tolnaftato** o **zinco undeclenato.** Nelle forme refrattarie si ricorre alla griseofulvina.

Infezioni da candida.

Le candidosi sono le più frequenti infezioni micotiche e l'agente eziologico di gran lunga più frequente è la *Candida albicans*. Non farò riferimento a tutte le forme che interessano i soggetti immunodepressi ed i neonati immaturi. La **candidosi orale** viene comunemente denominata anche mughetto. Nella **dermatite dell'area del pannolino** la *Candida* può essere l'agente eziologico primitivo, ma spesso viene favorita da condizioni multifattoriali, quali: dermatiti irritative preesistenti, antibioticoterapia sistemica, etc. Può essere associata a candidosi

del cavo orale. Si manifesta tipicamente con eritema, collaretto desquamativo e tipiche pustole satelliti localizzate ai glutei ed alla regione perianale. Si possono inoltre manifestare onicomicosi da *Candida*, con perionichia associata, in particolare nei bambini con abitudine alla suzione delle dita, che favorisce lesioni della cute e la conseguente invasione del micete.

Terapia

La terapia locale è sufficiente nelle forme superficiali nei soggetti immunocompetenti. Nell'area del pannolino i prodotti topici, tra i quali quelli a base di **nistatina**, dovrebbero essere applicati almeno **4 volte al giorno.** Le vulviti possono essere trattate con creme o schiume a base di **nistatina** od **imidazolo.** In caso di recidive frequenti, una terapia orale può ridurre la popolazione di lieviti nel tratto digerente. La *Candida*, come altri lieviti, può sviluppare resistenza ai farmaci antifungini.

Pitiriasis versicolor.

La **pitiriasis versicolor** è un'infezione micotica prodotta dalla proliferazione nello strato corneo del *Pityrosporum ovale*, lievito saprofito liofilo della cute. Diventa frequente a partire dalla pubertà. Numerosi sono i fattori che ne favoriscono l'insorgenza e soprattutto la persistenza: temperature ed umidità elevate, variazioni del sebo, terapie corticosteroidi sistemiche, immunodepressioni.

E' caratterizzata da chiazze asintomatiche,

lievemente desquamanti al grattamento, color caffelatte o talvolta rosee nei soggetti di pelle chiara e più chiare rispetto alla cute circostante dopo l'abbronzatura o nei soggetti di pelle scura. Le sedi elettive sono il tronco, il collo e le braccia. Nel bambino può essere interessato il volto, soprattutto la regione frontale. Alla luce di Wood si manifesta una debole fluorescenza giallo-verde oppure color oro.

Terapia

Il micete è sensibile ai farmaci antifungini, però l'affezione tende spesso a recidivare nei soggetti predisposti e l'agente non può essere eradicato in quanto normale saprofito della cute. Sono necessari parecchi mesi prima che la cute riacquisti la sua naturale pigmentazione. Può essere usata una sospensione a base di **solfo di selenio applicata per 5-10 minuti ogni giorno per 2 settimane.** Possono essere usate lozioni, unguenti o creme contenenti **acido salicilico al 3-6% 2 volte al giorno per 2-4 settimane.**

Nelle forme ricorrenti vengono usate creme a base di: **miconazolo, clotrimazolo, chetoconazolo, o terbinafine 2 volte al giorno per 2-4 settimane.** Se risulta necessario ricorrere alla terapia orale, possono essere tentati cicli con: **chetoconazolo o fluconazolo alla dose di 400 mg/die per 7-8 giorni, oppure itraconazolo 200mg/die per 5-7 giorni.**

about:blank - Microsoft Internet Explorer
File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti 2
Indirizzo www.accessdermatology.com
[http:// Il sito di Giuseppe Mazzola](http://www.accessdermatology.com)
AccessDermatology Professional Development Center
AccessDermatology è la prima **piattaforma educativa multimediale** completamente integrata che offre a dermatologi ed altri specialisti in medicina una formazione continua per migliorare le proprie capacità scientifiche e professionali.
AccessDermatology offre un approccio differenziato per la formazione medica continua combinando un alto contenuto scientifico con la tecnologia più avanzata.
La combinazione unica di formati multimediali e tradizionali di AccessDermatology consente un'esperienza educativa nuova ed efficace



di Antonino Gulino

A due anni di distanza dalla sua realizzazione arriva sui nostri schermi *Valentin*, l'ultimo film di Alejandro Agresti, uno dei più promettenti registi argentini.

Un'opera fresca e gradevole, in parte autobiografica, ambientata nella Buenos Aires degli anni 60, che ha come protagonista un bambino di nove anni.

Valentin vive con la nonna da quando è stato abbandonato dai genitori, è allegro e sensibile, pieno di immaginazione, alla ricerca di una sua dimensione in un mondo di adulti da cui si sente respinto. L'amicizia dei coetanei non riempie il vuoto affettivo che sente dentro, ha bisogno di protezione, di essere un bambino come gli altri. La morte della nonna rischia di travolgerlo, ma il suo disperato bisogno di amore unitamente alla sua fantasia gli permettono di reinventarsi una famiglia, diventando occasione e motivo dell'incontro di due giovani che lo adotteranno.

Una storia semplice, forse improbabile, ma che ci dà lo spunto per riflettere

sulle condizioni dei nostri figli, bambini ben nutriti, pieni di giocattoli, circondati da false attenzioni ma senza sorrisi.

noi vediamo sempre meno le malattie gravi che terrorizzavano i nostri genitori, ma sempre più spesso affrontiamo problematiche più sfumate, fobie, malesseri, *turbe comportamentali*, che nascondono le difficoltà esistenziali dei nostri bambini. Figure tutoriali sempre più incerte che preferiscono affidare a mamma TV la cura dei propri figli, bimbi sempre più distratti, annoiati, totalmente coinvolti in un interminabile virtual-game che li allontana dal proprio contesto.

Ben diversi dal dolce *Valentin*, capace di inventarsi giorno per giorno una nuova avventura, indifferente a quello strano soprammobile, la televisione, peraltro quasi sempre guasto. La sua è una difficile esistenza ma è illuminata dalla voglia di crescere, dalla certezza di un futuro migliore, circondato da persone vere capaci come il giovane prete della parrocchia di commemorare un personaggio scomodo come Che Guevara. Nostro dovere di genitori, ma anche e soprattutto di operatori culturali dell'infanzia, è cercare di recuperare per i nostri bambini questa di-

L'angolo della poesia

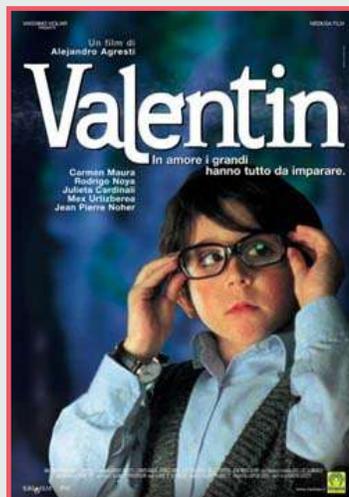
Come il mio sogno

di Marisa T. Bonfiglio

Nel gran buio delle tue ali
vanessa
occhi fosforescenti
immoti.
Come il mio sogno
luminoso intenso
fermo
sull'ala oscura della notte.

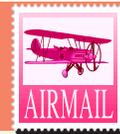
mensione fantastica, distratta da troppi inutili input.

La fanciullezza deve tornare ancora una volta ad essere espressione di un luogo dove gli ideali hanno una giusta dimora, dove i sogni non hanno ancora fatto spazio alle necessità, alle ambiguità di un mondo adulto nutrito di compromessi, deve diventare, come ci suggerisce il regista, il punto di partenza per la nascita di una nazione illuminata dalla democrazia.



la posta di Albertino

di Daniela Ginex



Caro dottore,
ti invito alla festa scolastica di fine anno!
Ci saranno tutte le autorità e conto sulla tua presenza.

Ti anticipo che reciterò una poesia molto famosa; te ne invio il testo, nel caso non la conoscessi.

Ciao!
Albertino

A Silvio

*Silvio, rimembri ancora
quel tempo della tua vita normale,
quando la voce tua
riecheggiava nelle crociere estive
e tu, gaio e ridente, allietavi
le folte comitive?*

*Sonavan le liete
casse, allorché tangenti
intascava Bettino,
pria che sventura lo facesse santo,
e voi due contenti
a scambiarvi favori foste intenti.
Erano gli anni ottanta: e tu solevi
far capitale alquanto.*

*Ma un dì che la finanza
veder volea le tue sudate carte,
per resister a oltranza
un'idea ti balenò nella mente
e di scendere in campo proponesti
al fedele Marcello
con la corte allargata dei funesti.*

*E gli studi leggiadri
allor lasciando di Canale Cinque
Per far salva l'Italia dai cosacchi
un partito inventasti senza storia,
pieno solo di boria
e delle idee-base da barbiere.
- No alle tasse! L'Euro ci ha rotto!
I politici ladri con la barca
e due punte disponga l'Anselotto! -
Ripetevi da Vespa,
ed all'allocuzione
seguitava sempre l'ovazione.*

*E per render perfetto l'inganno
firmasti quel patto
"italiani: contratto!"
che parlava di imposte e di pensioni
- tagliare queste, aumentare quelle -
di autostrade e di ponte sullo stretto*

*e assiso sullo scranno
convincesti i votanti creduloni.*

*Che trionfo alle urne!
Che man bassa di seggi, o Silvio mio!
Come venne fregato
tutto l'elettorato!
stretti al tuo fianco i solerti soldatini,
da Previti a Nania,
Adornato, Bondi, Vito e Ghedini,
facesti a pezzi la democrazia:
e pria che l'erbe inaridisse il verno
approvaste le leggi a te più buone,
falso in bilancio, poi le rogatorie,
lodo Cirami, tassa successione,
e poi il condon, da lunge
e quindi il lodo
che al nome Schifani si congiunge:
la Gasparri infine le succede
e il decreto che salva Emilio Fede.*

*Alla faccia del conflitto di interessi,
che non sono in conflitto, che idiozia;
ma in suprema armonia
concertati in quell'aula a tuo favore:
grazie alla maggioranza, assai
compatta
con i suoi membri proni e sottomessi,
e all'opposizione troppo disfatta,
al più impegnata in qualche divisione,
tu diventasti l'unto del Signore.*

*Poi, a colmar la misura,
a te rese il chirurgo
la giovinezza. Ahi come,
come liftato sei,
o cavaliere re dell'impostura!
Questa or la sorte dell'itale genti:
prezzi gonfiati alquanto,
euro alle stelle, sgravi pei più ricchi,
tagli alla sanità,
all'istruzione;
qualche lazzo in Europa,
bavaglio pieno all'informazione;
e infin, per sommo orrore
per fare omaggio al capo americano
tu lo seguisti nell'infame guerra
- salvo chiamarla poi "mission di pace"
con parola mendace -
ma che ha portato sol morte e dolore.*

*E tu, mentre si trema,
armato, ma di fondotinta e ombretto,
dimenticare puoi chi è sottoterra*

Il sorriso

"Un farmaco buono" che aiuta a guarire

di Gino Schilirò

La malattia va sdrammatizzata, ridicolizzata e seppellita in una marea di risate! Questo concetto espresso negli anni '70 da Patch Adams, un medico clown che ha ispirato il film di Robin Williams, per tanti anni è stato considerato una stranezza tutta americana. Ma in questi ultimi anni i medici italiani ed i pediatri oncologi in particolare, hanno abbracciato i suggerimenti di Adams e considerato la serenità, l'umorismo ed il sorriso "farmaci buoni" indispensabili nel trattamento del bambino con tumore.

Gli effetti psicologici e biologici del riso sono scientificamente dimostrati: migliora la risposta immunitaria, stimola la produzione di endorfine e catecolamine che aumentano il tono ed il senso del benessere, comporta effetti benevoli sul cuore e sui polmoni, riduce lo stress da ansia e spesso allevia il dolore riducendo così l'uso di farmaci.

L'attenzione alla dimensione psicologica e sociale della vita del bambino rappresenta il più interessante progresso dell'oncologia pediatrica. I Centri di onco/ematologia ed il nostro fra questi, sono organizzati a misura dei bambini in modo che medici, infermieri, psicologi, insegnanti, clown, burattinai, musicisti, volontari Abio, integrandosi e sostituendosi, creino un ambiente sereno e coinvolgente dove la fantasia, il gioco ed il sorriso sdrammatizzano interventi anche dolorosi ed alleggeriscano l'atmosfera dell'Ospedale che deve essere confortevole ed aperto alle relazioni familiari ed amicali già esistenti e capace di costruire nuove relazioni all'interno dell'Ospedale. Solo così si evita il rischio di deprivazione affettiva! Iamo convinti

S che il futuro di un bambino con tumore sta nel suo "passato" ed il suo passato è rappresentato dal tipo di tumore, dal tipo di trattamento ma

principalmente dall'esperienza umana che negli anni gravosi della malattia hanno dovuto subire il bambino e la famiglia.

L'ingresso in ospedale scatena nel bambino, così come nella famiglia, un senso di smarrimento, confusione, tensione provocate dall'attesa e dalla paura dell'ignoto. Per tale motivo sin dai primi momenti di ricovero, bambini e genitori devono trovare persone disponibili e serene che col sorriso sulle labbra li accompagnano nelle varie procedure mediche che devono affrontare.

Ai bambini vengono offerte informazioni che motivano la loro presenza e permanenza in ospedale al fine di bloccare le fantasie paurose su ciò che si ignora e facilitare così il senso di rassicurazione e adattamento. I genitori vengono aiutati a riprendere un rapporto sereno con il proprio bambino ed a ricreare un'atmosfera di "normalità" anche all'interno del Centro, in modo da superare l'inevitabile senso di impotenza che in queste occasioni si attiva.

Nel nostro Centro il bambino non viene privato dalle dimensioni del "fare" infatti vengono utilizzate le attività di immaginazione visiva, suggestionabilità e di distrazione per aiutarlo ad affrontare i periodici interventi dolorosi senza anestesia; le attività manuali per favorire nel bambino lo sfogo dell'aggressività accumulata nel corso del ricovero; le attività di pittura e disegno per l'espressione emotiva ed il recupero di un senso di maggiore equilibrio e controllo; le attività del medical play per superare le paure e favorire uno scambio di ruoli in cui il bambino non subisce il trattamento medico, ma ne diventa il "fautore".

Inoltre nel nostro Centro si creano burattini e si applica la scrittura creativa grazie alla quale è stato realizzato il giornale di Reparto "Il Sole Blu", al fine di consentire ai bambini, e spesso anche ai genitori, attività psicoterapiche grazie alle quali si possono esprimere anche inconsapevolmente quelle emozioni che creano disagio.

DI GIAMOCELO...

Ci avviciniamo alle vacanze estive e, inesorabile come l'avvicinarsi delle stagioni, ogni rivista che si rispetti cede alla tentazione di dispensare consigli e "linee guida" sui temi più disparati: come dimagrire in 7 giorni, cosa indossare durante la prossima stagione, quali le nuove regole del "bon ton" al ristorante (che orribile sorpresa scoprirsi così ma-

leducati per quel "buon appetito" che, impudentemente, continua a sfuggirci!), come conquistare e/o sposare e/o divorziare dal proprio partner in pochissime mosse, le 5 cose che dobbiamo assolutamente acquistare e le altre 5 di cui ci dobbiamo immediatamente disfarcì (perché mai?).

Perdonerete, spero, la mia debolezza se anch'io - 'arbitr' certamente inadeguato - mi allineo a tale epidemico andazzo e, pur a rischio di abbassare drammaticamente i toni della nostra rivista, mi cimento a stilare un decalogo sui comportamenti da tenere, e quelli da 'temere', in occasione degli incontri congressuali che, complice la bella stagione, mai saranno numerosi e invitanti come in questi mesi.

1° - Ricordiamoci che solo i 15 minuti di ritardo sono quelli "accademicamente" consentiti. I 60-120 minuti nulla hanno a che vedere con l'accademia, ma parecchio con la maleducazione: se il primo relatore inizierà a parlare puntualmente, ad ascoltarlo sarà quella minoranza dei colleghi che credono nella puntualità; viceversa, il ritardo accumulato per il desiderio legittimo di svolgere la propria relazione innanzi ad una più ampia platea, si tradurrà in un continuo rincorrersi tra i vari relatori nel vano tentativo di recuperare i minuti già persi in partenza.

2° - Teniamo presente che, anche se a pochi metri dall'aula il sole infuria e il mare è un azzurro, seducentissimo richiamo, ci si trova riuniti in ragione di un incontro scientifico e, dunque, di un evento che richiede un minimo di formalità. Rinunciare alla cravatta in condizioni climatiche impegnative o in contesti turistico-vacanzieri può essere un peccato veniale, ma indossare zoccoli e bermuda sotto improbabili camicie hawaiane è francamente una palese infrazione alle regole minime del buon gusto.

3° - Se come regola vi sembra difficile da assimilare ve la porgo subito come una supplica: vi prego, chiudete i telefonini!!! Possibile che nessuno dei supertecnologici modelli che quasi tutti possediamo abbiano le banalissime opzioni vibracall e/o esclusione della suoneria??

4° - Qualora, disgraziatamente, aveste dimenticato quanto supplicato al punto 3 e il vostro telefonino distraesse l'intero auditorio con uno sfacciato e altisonante "valzer-di-strauss" (ma il "drin-drin" non lo adopera più nessuno?) almeno - questo lo imploro in ginocchio - non rispondete! Non sono pochi i colleghi - specie quelli dalle voci

"tuonanti" (per i quali parlare "basso" non è possibile neanche sotto minaccia) - che credono di passare inosservati solo inclinando lievemente il capo e che, illudendosi di bisbigliare, conducono impertinente la loro conversazione nel disagio generale.

5° - Le aziende farmaceutiche, invitate a partecipare ai congressi, approfittano di tali occasioni per dispensare garbatamente alcuni "gadget promozionali" ben noti alla nostra categoria: lecca-

Il decalogo del "perfetto congressista"

di Maria Libranti

lecca, lampadine tascabili, penne, puzzle, creme o dentifrici, orologi da scrivania o calcolatrici (facilmente reperibili da ogni "vu cumprà" privi del logo aziendale...), matite colorate ed evidenziatori: tutti oggetti che farebbero certamente scalmanare una scolaresca di II o III elementare (dalla IV in poi sono già più smaliziati). E che diamine! Siamo tutti abbondantemente adulti e il formarsi di capannelli, composti da canuti e sgomitanti congressisti, affannati intorno a tali "irresistibili" doni nella speranza di accaparrarsene più d'uno, è uno spettacolo che intristisce.

6° - Non mi dilungherò sulla pausa-pranzo che, com'è facile comprendere, è un tranello insidioso per tutti i colleghi di "buon appetito". È consigliabile evitare di esagerare nei modi (vedi "capannelli sgomitanti" di cui sopra) e - soprattutto - nelle quantità, anche per evitare il temibile effetto soporifero post-prandiale di cui al seguente punto 7.

7° - Ecco cosa temere se incautamente abbiamo ignorato l'invito a consumare un pasto morigerato: la sonnolenza post-prandiale è tanto più difficile da combattere quanto più abbiamo ceduto ai piaceri della tavola. Resistere! Resistere! Resistere! È l'unico possibile invito: bocche aperte o, peggio ancora, russanti non abbisognano di alcun commento.

8° - La consegna dei "tests di valutazione finale", recente introduzione al seguito dei neonati corsi ecm, crea un'ulteriore occasione di imbarazzo: sforziamoci di non compilarli tutti insieme chissà come. Il malcapitato relatore del pomeriggio tenta sempre invano di attrarre la nostra attenzione: né l'interesse per la relazione e meno ancora il tentativo di sovrastare le nostre voci sortiscono l'effetto sperato.

9° - Se il rincorrersi dei relatori, in seguito al ritardo di partenza (vedi punto 1°), non è riuscito a contenere la durata del convegno entro tempi previsti, evitiamo all'ultimo relatore l'umiliante esperienza di rivolgersi ad una platea semivuota e pronta, al primo segno di distrazione, a ridursi con crudele progressione.

10° - Evitate di stilare e pubblicare un decalogo del "perfetto congressista". Ciò vi impedirà, pena asperime critiche, di derogare, anche minimamente, dai punti 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8° e 9° del suddetto decalogo (sigh!).

rubriche

rubriche





L'allergia alimentare è una condizione di importante impatto in epoca neonatale, la scelta alimentare più adatta è uno dei compiti più delicati del pediatra.

La Dott.ssa Maria Antonella Muraro, ricercatrice presso il Dipartimento di Pediatria di Padova, nonché unico membro italiano presso l'ESPGAN, ha voluto gentilmente rispondere ad alcuni dei più frequenti quesiti sulla scelta del latte migliore per i bambini a rischio atopico.

Dott. Gulino: Qual è il miglior latte per il neonato a rischio atopico?

Dott.ssa Muraro: Il latte materno è certamente il miglior latte per ogni bambino. Studi epidemiologici hanno dimostrato che i bambini allattati al seno sviluppano negli anni un minor numero di allergie respiratorie e asma, tale riduzione è particolarmente evidente nei primi anni di vita.

Il latte materno infatti non offre solo una protezione "passiva" ma stimola attivamente il sistema immunitario del neonato, favorendo l'immunodeviazione TH2 TH1 e l'acquisizione della tolleranza immunologica. In mancanza del latte materno è consigliabile il latte cosiddetto speciale, cioè contenente sostanze particolari.

Ricordo che nella familiarità per atopìa, la mamma è più importante del papà, infatti avere una mamma atopica comporta un rischio di atopìa del 50-60%, quando entrambi i genitori sono atopici il rischio sale al 70-80%, se entrambi i genitori hanno la

stessa manifestazione allergica è addirittura dell'80-90%.

G.: Quale latte scegliere in assenza di latte materno?

M.: La scelta della formula sostitutiva del latte materno è piuttosto complessa, alcuni studi prospettici evidenziano che le formule di soia sono allergeniche quanto le comuni formule a base di latte vaccino e non ne suggeriscono l'utilizzo per la prevenzione, mentre l'uso di formule a base di idrolisati estensivi se iniziato prima del 4° mese riduce l'incidenza dell'allergia alimentare e delle allergie alle proteine del latte vaccino.

I risultati di molti studi addirittura indicano risultati paragonabili all'uso del latte materno.

G.: Dott.ssa che opportunità offrono i cosiddetti idrolisati parziali o HA?

M.: Il costo degli idrolisati estensivi e la loro scarsa palatabilità hanno stimolato l'utilizzo di formule ad allergenicità moderatamente ridotta, i cosiddetti latti HA, ma queste formule contengono concentrazioni di proteine intere del latte vaccino fino a 100.000 volte superiori all'idrolisato spinto,

quindi possono determinare l'insorgenza di reazioni anafilattiche in pazienti allergici al latte vaccino.

La loro efficacia nella prevenzione dei soggetti atopici è piuttosto dubbia, anche se in alcuni casi hanno dimostrato una certa utilità.

G.: Un neonato a rischio atopico, ma sostanzialmente sano va subito alimentato

con un latte speciale, in particolare con un idrolisato estensivo?

M.: I dati della letteratura dimostrano che l'impiego di un idrolisato estensivo precocemente, al disotto dei quattro mesi come già detto, previene la comparsa di malattie allergiche, reputo che nel bambino ad "alto rischio atopico" in mancanza del latte materno il suo impiego debba essere consigliato fin dalla nascita.

G.: In questi bambini quando è consigliabile l'introduzione del latte o di alimenti diversi dal latte, come svezzare?

M.: In letteratura non ci sono vere linee guida, ci sono raccomandazioni più o meno utili come ritardare l'introduzione dei cereali, o come suggeriscono gli autori americani di introdurre l'uovo dopo l'anno e iniziare il latte vaccino dopo i tre anni per i bambini a rischio. In un recente lavoro condotto su 42 lattanti con allergie alle proteine del latte vaccino si è visto che a 2 anni solo il 25% non aveva più l'allergia, mentre a 5 anni di distanza solamente il 22% presentava ancora l'ipersensibilità al latte.

G.: Nella nostra realtà è frequente l'uso di altri sostitutivi del latte vaccino quali il latte di capra, di pecora o il latte d'asina, qual è la sua opinione?

M.: I migliori risultati sembra che siano quelli ottenuti con il latte d'asina, che ha valori nutrizionali simili al latte umano ma una cross-reattività con esso decisamente inferiore; ma prima di consigliarne l'uso estensivo sono necessari ulteriori conferme.

Intervista a Maria Antonella Muraro

Quando il latte è speciale



di Antonino Gulino

Aerobiologia

Conoscere i propri pollini

di Filippo Di Forti

E' primavera! Svegliatevi mastociti. Una nuova vita fiorisce tra la voglia di fazzoletti, di starnutire agli altri la propria gioia di esserci, nuovi amori e nuovi impulsi corticosteroidi vagano in un montelukast di fischi e sibili e mentre dilaga la voglia di iperatropio, il salbutamol imperversa tra le mucose. Un pululare di ciglia vibratili impollinati trasportano miriadi di splendidi ed invisibili mediatori di flogosi. Migliaia di bombolette variopinte dispensano puffs benevoli ed accattivanti, il buco dell'ozono aumenta sempre più "Ed è subito serra!"

Questa continua costante e progressiva alterazione del rapporto tra l'uomo e l'ambiente che si è verificata negli ultimi 100 anni è l'habitus mentale corrente che ha portato alle "hainoi" continue celebrazioni di guerre preventive, si è spostata sempre più nella pratica medica. Purtroppo l'aumento delle allergopatie necessita di nuove armi ed una, molto giusta ed importante, proviene dall'aerobiologia. Da anni esiste una rete chiamata EAN-

EPI (European Aeroallergen Network-European Pollen Information) il cui ruolo dichiarato è di tenere un aggiornamento costante della quantità di pollini e spore fungine disperse nell'atmosfera. Ad essa è collegata l'AIA (Associazione Italiana di Aerobiologia) da cui è possibile avere settimanalmente (senza pungersi) le previsioni nazionali dei pollini e delle spore fungine, consultando il sito Web: www.pollinieallergia.net.

Il valore della concentrazione pollinica è espresso in pollini su metro cubo d'aria e i dati sono studiati su base settimanale per ottenere curve più regolari che rappresentano meglio il fenomeno stagionale e che risultano meno sensibili alle condizioni meteorologiche. (Fig 1)

L'AIA è collegata a 30 centri campionatori (Fig 2) distribuiti nel territorio nazionale e tramite questo sito fornisce il Bollettino di previsione del polline della settimana. Obiettivo della rete è anche definire la dose soglia per ogni polline. A tal uopo per ogni polline ogni centro ha selezionato alcuni pazienti monosensibili che vengono controllati con scheda diario sintomatologia giornaliera. I dati clinici vengono poi correlati statisticamente con i dati delle conte.

E' indubbiamente arduo trovare una correlazione statistica tra la conta degli starnuti e delle goccioline di Plugge e presenza pollinica poiché il tutto è correlato alla reattività individuale ed anche se è vero che non esistono correlazioni statistiche significative tra conte polliniche e score symptoms dei pazienti per i pollini più importanti, l'analisi dell'andamento "long term" dei sintomi fa osservare un graduale miglio-

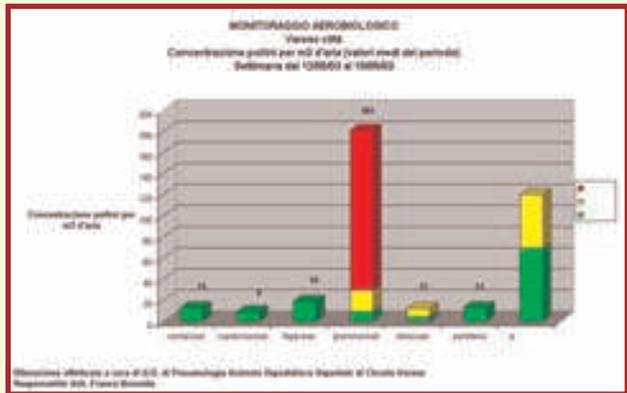


Fig.1



Fig.2

mento.

Esiste un programma dichiarato dal nome "Progetto dose soglia" che ha come obiettivo la definizione della dose soglia di Cipresso (allergene emergente) Nocciolo, Betulla, Parietaria, Graminacee, Olea, Compositae. Ciò che produce l'aggravamento maggiore è il brusco incremento dei pollini, specie se nell'ordine del 70-80% da un giorno all'altro, che non il numero determinato degli stessi. A tal proposito i pollini che sembrano dare una più bassa soglia di sensibilità sono quelli della parietaria e graminacee. Analizzando gli anni precedenti si è visto che il 2003 è stato un anno fiorente (è il caso di dirlo) per i pollini e chissà che qualche studioso americano non voglia verificare la correlazione con le annate di buon vino.

Se paradossalmente confrontiamo gli aeroallergeni alle cellule inattive di Bin Laden e la rete AIA ad un controspionaggio internazionale, possiamo immaginare molte analogie con quanto precedente-

mente espresso. Ben venga anzi "Bin" venga la guerra preventiva ai pollini tramite la conoscenza della loro diffusione e concentrazione, combattiamololi con raffiche di ng di puffs di ogni tipo e la nostra salute migliorerà, ma col tempo avremo ancora bisogno di ulteriori armi più raffinate da opporre all'ingravescenza del sistema perverso che si è creato e chi non può permettersi i puff è meglio che rimanga a casa!

Immaginare la partenza tipo di una famiglia di oggi fa ipotizzare una programmazione sempre più inquietante. Se papà è allergico agli acari, mamma alla parietaria e Giletto all'alternaria, occorrerà consultare il bollettino per evitare le zone a rischio di "attentato" ma il tutto in collegamento col meteo tradizionale, che ci informerà delle possibili alluvioni, telegiornale ci dirà degli scioperi, mentre una occhiata al centro di rilevazione sismica ci dirà se saremo finalmente inghiottiti da un orbe terracqueo che metterà fine alla nostra inutile esistenza.

LO STUPIDIATRA

a cura di Fidifo

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

<p><i>Siamo ormai alla fine dell'anno scolastico e si sa i rendimenti dei bambini sono spesso altalenanti e contraddittori.</i></p> <p><i>L'emozione li rode e se hanno delle gaffes è giusto ricondurle alle "papere" nella bocca. L'ansia di dimostrare di essere buoni e bravi potrebbe far comparire, in un eccesso di zelo, financo la</i></p>	<p><i>"punteggiatura" nella pelle ed a quel punto si renderebbe necessaria la "visita visiva" del dermatologo.</i></p> <p><i>E' tempo di interrogazioni il primo della classe ha senza dubbio una "intelligenza bestiale" che gli farà fare sicuramente nella vita "dei passi da cavallo", la competizione sana e responsabile lo farà senz'altro</i></p>	<p><i>prevalere nei confronti del compagno che "è talmente intelligente che gli manca la parola".</i></p> <p><i>Merito di tutto è l'alimentazione più varia e completa ed anche se "gli hanno trovato il colesterolo un po' alticcio" sicuramente il tutto deriva dal fatto che "lo spezzamento" non viene fatto nei tempi dovuti.</i></p>
---	---	--

di Antonio Russo

1. Ti portano un bambino di 3 a. che ha vomitato due volte, apparentemente incosciente, che avrebbe bevuto 1 o 2 bicchieri di vino circa mezzora fa alla festa per la cresima del fratello. Che cosa fai ?

- A. Eseguo una glicemia rapida con dextrostix
- B. Eseguo una valutazione ABCD
- C. Pratico una dose di caffeina o somministro caffè zuccherato
- D. Eseguo lavaggio gastrico

2. Il bambino respira regolarmente con frequenza 18/min, la FC è 72 b/min, la saturazione di ossigeno 98% in aria ambiente, non risponde alla voce ma solo allo stimolo doloroso, per riassopirsi subito dopo. L'alito odora di vino. Che cosa fai?

- A. Eseguo una glicemia rapida con dextrostix
- B. Eseguo lavaggio gastrico
- C. Somministro sciroppo d'ipecacuana
- D. Somministro carbone attivo

3. Quale di queste anomalie NON è tipica dell'intossicazione acuta da etanolo?

- A. Ipoglicemia
- B. Ipotermia
- C. Arrossamento cutaneo
- D. Acidosi

La valutazione ABCD è l'intervento

prioritario in ogni paziente critico.

L'intossicazione da etanolo determina depressione del SNC, possibile depressione respiratoria e miocardica, per cui la valutazione dei parametri vitali e la correzione di eventuali anomalie è prioritaria anche rispetto alla ricerca ed al trattamento dell'ipoglicemia.

La caffeina e altri farmaci non trovano indicazione nel trattamento della depressione del SNC (Ris. 1B).

Una volta verificati i parametri ABCD, il riconoscimento e trattamento dell'ipoglicemia diventa l'intervento più urgente. Solo dopo si procederà al lavaggio gastrico, purchè sia trascorsa meno di un'ora dall'ingestione.

L'effetto emetico dell'ipecacuana è lento ed è comunque sconsigliata in un paziente con turba della coscienza.

L'alcool è una delle poche sostanze che non vengono assorbite dal carbone attivo (Risposta 2-A).

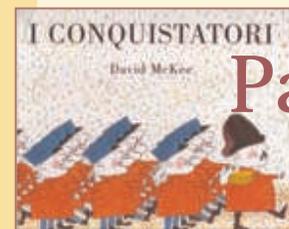
Le manifestazioni più caratteristiche dell'intossicazione da etanolo, oltre alla depressione del SNC fino al coma, sono l'ipoglicemia da inibizione della gluconeogenesi epatica che può determinare anche convulsioni, la vasodilatazione periferica con arrossamento cutaneo ed aumentata dispersione di calore.

L'acidosi è possibile ma infrequente: può essere respiratoria (da depressione respiratoria) o metabolica (per produzione di ac. Acetico).

La presenza di acidosi metabolica severa suggerisce l'ingestione di alcool diversi dall'etanolo (metanolo, alcool isopropilico) che hanno una tossicità molto superiore.

di Angelo Fazio

Il progetto "Nati per leggere"



Parlare di pace

I Conquistatori
Di David McKee
Milano, Il castoro bambini, 2004, € 19,90

Ancora un albo illustrato per venire in aiuto degli adulti in difficoltà... Parlare di pace o di guerra ad un bambino, infatti, comporta sempre un notevole imbarazzo: il tema è duro e i piccoli filtrano tutto attraverso una disincantata semplicità, che ostacola naturalmente la comprensione degli umani comportamenti (più o meno giusti).

I Conquistatori di David McKee, edito da Il castoro bambini, offre l'occasione di porgere il tema delle lotte tra i popoli in modo delicato, arguto e a tratti sorridente.

Il generale di un grande stato, esauriti i paesi da conquistare (per il loro bene, è ovvio!) attacca un piccolo stato che, invece di resistere, accoglie come ospiti i soldati instaurando con loro una comunicazione civile e quasi simpatica e realizzando una invidiabile situazione di corretta convivenza e di scambio culturale. Il messaggio passa attraverso grandi immagini in cui i personaggi, senza connotazioni particolari, sono resi, dalla mano dell'illustratore,

con tratti veloci ed essenziali, con poco colore riservato in prevalenza alle divise dei soldati, e pochi particolari di sfondo. L'autore, che conosciamo per avere dato vita al personaggio di Elmer l'elefante variopinto, la cui presenza sulla pagina è affidata proprio ad una scelta cromatica articolata e preponderante, affronta qui il suo tema "difficile" quasi alleggerendo le immagini e commentando con poche parole le azioni dei personaggi, lasciando così più spazio alla riflessione ed all'immaginazione dei piccoli lettori.

Il volume è quindi una occasione per parlare ai bambini, a tutti quelli che, nelle situazioni di instabilità internazionale in cui ci troviamo, chiedono, cercano risposte per comprendere gli avvenimenti di cui sono giornalmente involontari testimoni, inorridiscono, si spaventano.

A tutti loro ed a tutti gli adulti educatori che hanno, loro malgrado, il dovere di capire e di fare capire, è dedicato questo semplice libro, da leggere "doverosamente" insieme.

Giusi Germana

Mario è un bambino di 8 anni che ha sofferto in passato di orzaioli ripetuti, adesso mi viene portato dalla madre poiché soffre di una dermatite alle braccia e di una rinite allergica. Le chiedo di darmi alcune notizie circa il carattere di suo figlio, mi dice che è un bambino particolarmente curioso, che sembra molto attratto dal computer ed in effetti sta molto tempo a giocare con la playstation, è irrequieto, non gli piace commettere errori nel gioco o a scuola, è molto competitivo, vuole essere il primo, dice di essere il "migliore".

Chiedo alla mamma se per caso ha notato dei desideri alimentari molto forti, mi dice che gli piace la carne, il pollo, i sottaceti, gelati, mentre odia il grasso della carne, lo toglie, così come non gli piace l'uovo alla coque, inoltre non riesce a bere nel proprio bicchiere se per caso qualcuno, fosse anche la madre, vi ha bevuto prima.

Suda ai piedi, ha sofferto del piede d'atleta. Si mangia le unghie delle mani. Si lava molto superficialmente e la mamma nota che ha spesso le mutandine sporche di feci.

Gli prescrivo Sulfur avvertendo la mamma che potrebbe notare un peggioramento della dermatite e di chiamarmi se compaiono altri sintomi. Dopo qualche giorno mi telefona dicendomi che la dermatite è peggiorata e che Mario ha una rinorrea acquosa, dico alla mamma di saper pazientare ancora un poco. Dopo una settimana mi richiama dicendomi che la dermatite è migliorata e non ha più disturbi al naso.

Lo rivedo dopo uno, tre e sei mesi, la cute è perfettamente guarita e finora non soffre di prurito e congestione nasale. Sulfur è uno dei rimedi omeopatici più prescritti in omeopatia. Nei bambini che necessitano di questo rimedio si nota che sono particolarmente curiosi, iperattivi, sono dei leader e tali vogliono essere considerati, sono egotisti ed egocentrici, non sopportano i cattivi odori, possono addirittura vomitare, ma sono poco interessati alla loro pulizia, generalmente un po' pigri, tendono ad avere le labbra molto rosse, hanno buon appetito anche se molto selettivo, sanno ciò che vogliono. Non sopportano il caldo, possono soffrire di stipsi e si può notare un odore sgradevole del sudore e delle secrezioni.

Ipoparatiroidismo

di Francesco Privitera

L'ipoparatiroidismo (IP) è un disordine metabolico dovuto ad un difetto di sintesi del paratormone (PTH) che porta comunque a caratteristiche cliniche in comune con lo pseudoipoparatiroidismo (PIP) che invece è dovuto ad un difetto di azione del PTH, e di cui parleremo in un prossimo numero.

Tralasciando per motivi di spazio di parlare nel dettaglio del meccanismo d'azione del PTH, diremo in sintesi che esso favorisce il riassorbimento del calcio nel tessuto osseo, mentre a livello renale promuove l'escrezione del fosfato, stimola il riassorbimento del calcio e regola l'attività dell'enzima **1 idrossilasi** renale che trasforma la 25-OH D₃ in 1-25 (OH)₂ D₃ o Calcitriolo che è la sua forma attiva; a sua volta il calcitriolo favorisce l'assorbimento di calcio e fosforo nel duodeno e nell'intestino tenue. Per quanto riguarda la patogenesi (vedi tab.1), può essere varia: nella maggioranza dei casi l'IP è congenito ed è conseguente a cause che hanno origine durante la vita uterina; può insorgere sia in età neonatale sia in età successive e può essere transitorio o permanente.

L'IP congenito può essere:

A) Isolato: è familiare a trasmissione autosomica dominante, recessiva X-linked, recentemente attribuito a delezione o mutazione puntiforme del gene che codifica il PTH; in questi soggetti il deficit cronico si manifesta spesso non in epoca neonatale, ma nelle età suc-

cessive.

B) Sindromico o associato a dimorfismi: in questi casi spesso la ghiandola parotidea è ipoplasica o assente.

C) Autoimmune: generalmente insorge dopo il 3° mese di vita e può essere isolato o associato ad altre disfunzioni autoimmunitarie endocrine o anche extraendocrine (sindrome polighiandolare autoimmune tipo I).

D) Transitorio neonatale: la forma di ipocalcemia neonatale precoce si manifesta nelle prime 48-72 ore di vita, ha una durata variabile da 5 a 21 gg. e si presenta di solito in prematuri, in nati da parto patologico o da gravidanze complicate; la forma tardiva invece si presenta alla fine della 1ª settimana di vita ed ha una durata compresa tra 7 gg. e 3 mesi: si manifesta in neonati a termine e sembra associata a somministrazione di latte ad alto contenuto di fosforo, ad ipomagnesiemia prolungata oppure ad un iperparatiroidismo sintomatico o asintomatico materno.

E) Idiopatico: forma in cui non è riconoscibile un'etiologia nota.

L'IP acquisito è raro in pediatria ed è secondario ad un intervento chirurgico di tireoidectomia, ad irradiazioni; si può riscontrare anche nel corso di malattie sistemiche, come ad es. l'emocromatosi o la malattia di Wilson per deposito rispettivamente di Fe o Cu a livello tissutale; anche una deplezione cronica di magnesio provoca IP, in seguito ad una ridotta secrezione di PTH, oltremodo aggravato da una resi-

stenza al PTH spesso concomitante. Anche l'IP acquisito può essere idiopatico.

Diagnosi:

Le manifestazioni cliniche sono riferibili al grado ed alla insorgenza dell'ipocalcemia. Nel neonato prevale una sintomatologia aspecifica caratterizzata da irritabilità, letargia, tremori, vomito, difficoltà di alimentazione, convulsioni, laringospasmo. Tutti questi sintomi ovviamente possono essere dovuti ad un IP transitorio o permanente.

Poiché l'IP transitorio può durare 6 mesi, solo dopo tale periodo si può parlare di IP permanente. Nell'età successiva si può avere un esordio acuto con la tipica **crisi tetanica** (laringospasmo, spasmi carpopodali, iperton generalizzato, convulsioni tonico-cloniche generalizzate), oppure manifestarsi con uno stato di ipereccitabilità centrale e periferica (parestesie, crampi muscolari, astenia, irritabilità, labilità emotiva, cefalea) che viene chiamata **tetania latente** evidenziata con i segni di Trousseau o di Chvostek.

I dati di laboratorio sono: ipocalcemia, iperfosforemia, ipocalciuria e ipofosfaturia, PTH non dosabile o relativamente basso rispetto all'ipocalcemia.

Comunque in tutti i casi è bene andare a ricercare altri segni clinici (ad es. labiopalatoschi, ipertelorismo, micrognazia, malformazioni cardiovascolari, assenza o ipoplasia del timo e paratiroidi per scoprire una S. di De Gorge, oppure microftalmia, macrocefalia, ri-

le, osteosclerosi, ispessimento della corticale delle ossa lunghe per orientarsi su una S. di Kenny). Inoltre segni di alopecia, vitiligine, epatite cronica, anemia megaloblastica, oncodistrofia, insufficienze surrenalica, pancreatica, tiroidea e gonadiche che si possono manifestare anche dopo anni dalla tetania, ci possono orientare per una forma autoimmune.

Infine possiamo servirci della analisi genetica-molecolare per alcune forme congenite.

Terapia:

Il trattamento è rivolto a normalizzare i valori di calcemia e fosforemia, pertanto se l'ipocalcemia è sintomatica si rende necessaria la somministrazione endovena di 1-2 mg/kg di calcio elementare in 10 min. a cui si possono associare farmaci anticonvulsivanti in quei pazienti con patologia convulsiva. Non appena si siano raggiunti valori di calcemia prossimi alla normalità, si può passare alla somministrazione di calcio per os (0.5-1 g) in associazione ai metaboliti della vit. D (25-50 ng/kg/die di alfacalcidolo o calcitriolo in due dosi) poiché non necessitano di idrossilazione renale la quale è ridotta in questi pazienti.

E' utile anche ricordare la

Tabella 1

Ipoparatiroidismo Congenito	<ul style="list-style-type: none"> < Deficit isolato di PTH (autosomico dominante, recessivo, x-linked) < Sindromico (S.di Di Gorge, S. di Kenny, ecc.) o associato a dimorfismi < Autoimmune (isolato o S. polighiandolare autoimmune multipla tipo I) < Transitorio neonatale < Idiopatico
Ipoparatiroidismo Acquisito	<ul style="list-style-type: none"> < Rimozione chirurgica, processo infiltrativo, irradiazione delle paratiroidi < Deplezione di magnesio < Idiopatico

principale complicanza del trattamento e cioè la nefrocalcinosi da iperdosaggio: essa si manifesta all'inizio con ipercalcemia e successivamente con ipercalcemia. Per prevenire questa complicanza, le dosi di calcio e metaboliti della vit. D vanno regolate in modo tale che la calcemia sia tra 4 e 4.5 mEq/l, che la calciuria e/o il rapporto calciuria/creatininuria nelle urine delle 24 ore siano rispettivamente <4 mg/kg/24 ore e <0.22. Pertanto è bene fare controlli di calcemia, fosforemia e calciuria per i primi tempi ogni settimana e poi ogni 2-3 mesi.

In quei soggetti con IP normocalcemico ma con elevata calciuria, può essere utile ridurre l'apporto di Na o somministrare un diuretico tiazidico (idrocortiazide 1-2 mg) che favorisce il riassorbimento di Ca a livello del tubulo distale

e quindi può normalizzare la calciuria.

Nei pazienti in trattamento che vanno in ipercalcemia e ipercalcemia, la somministrazione di alfacalcidolo o calcitriolo va sospesa sino a quando i valori non ritornano nella norma, per poi riprendere con un dosaggio inferiore di circa il 15-20 % rispetto il precedente.

In genere normalizzando la calcemia si normalizza anche la fosforemia per conseguente **n o r m a l i z z a z i o n e** dell'assorbimento tubulare di fosfati, però quando i livelli di fosforo rimangono comunque elevati, si possono somministrare preparati che riducono l'assorbimento intestinale di fosfati come ad es. l'idrossido di alluminio. La terapia sostitutiva con PTH sintetico, che sarebbe il top, per adesso è limitata dalla necessità di ricorrere a più somministrazioni giorno-



Un pò di conti in...pancia

Dopo le fatiche ..invernali ci aspettano quelle estive: ed ecco riapparire mamme (ma sono mai scomparse?) dolenti e inconsolabili che ci ricordano puntualmente che .."il bambino non mangia NULLA". E noi esausti ormai da i "ci ha una tosse!!!" raccoglieremo le ultime forze per provare a far capire che in realtà il bambino mangia abbastanza ...merendine, brioscine e gelati da sottoporsi indisturbato alle fatiche di Ercole.

Recentemente mi è capitato di scorrere le pagine delle "Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana" (Revisione 2003) pubblicate dall'Istituto

Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) con il patrocinio del Ministero delle Politiche Agricole e Forestali.

Nella versione integrale della pubblicazione sono inseriti alcuni schemi e proprio grazie a due di questi, dopo opportuna elaborazione, ho potuto estrapolare, "connettendoli" i dati che Vi propongo e che confermano il talora mostruoso apporto calorico che introducono i nostri piccoli "inappetenti".

Basti pensare infatti che assumendo soltanto: un cornetto, un panino, un'aranciata e un gelato si sommano 869 kcal. che

869 Kcal introdotte permettono							
	Dormire	Stare seduto	Stare in piedi inattivo	Scrivere al computer	Camminare in piano (4 Km/ora)	Correre in bicicletta (22 km/ora)	Correre a piedi (12 km/ora)
Minuti	966	869	860	844	248	79	58
Ore	16	14	14	14	4	1	1

Forse da adesso avremo più consapevole vigore ad affrontare le mamme imploranti e, chissà forse capiremo perché tutti ci dicono che i bambini italiani sono obesi.

Non ... sazio, però, mi sono permesso di modificare uno degli schemi sopra citati per dare un quadro più completo a quei quattro lettori che ancora mi sopportano. P.S. Un giorno se ben ricordo è composto di ventiquattr'ore...

Kilocalorie apportate da alcuni alimenti			DISPENSO ENERGETICO PER OGNI MINUTO DI ATTIVITÀ (KCAL/MINUTO)						
			Dormire	Stare seduto	Stare in piedi inattivo	Scrivere al computer	Camminare in piano (4 km/ora)	Correre in bicicletta (22 km/ora)	Correre a piedi (12 km/ora)
	Quantità in gr.	Energia in kcal	0,90	1,00	1,01	1,03	3,50	11,01	15,00
Biscotti secchi (n° 2 (4 unità))	20	81	82	83	82	81	28	8	8
Cornetto semplice (n°1)	40	164	162	164	162	159	52	15	11
Merendina con marmellata (n°1)	35	125	126	125	124	121	40	11	8
Cioccolata al latte (n°14 unità)	18	87	87	87	86	84	28	8	8
Caramelle dure (3 unità)	5	17	18	17	17	17	5	2	1
Aranciata (1 lattina)	330	125	128	125	124	121	40	11	8
Panino arrotolato con prosciutto cotto e formaggio	120	250	278	250	248	243	79	23	17
Pasta e fagioli (1 porzione)	350	300	333	300	297	291	85	27	20
Torta farcita con crema (1 porzione)	190	370	411	370	368	359	117	34	25
Gelato alla crema	150	330	367	330	327	320	105	30	22
	Quantità totali assunti	Kcal totali	Minuti di attività totale						
	1166	1851	2957	1881	1823	1787	588	188	123
			Ore di attività possibile						
			34	31	31	30	18	3	2

