

note di cultura per il pediatra

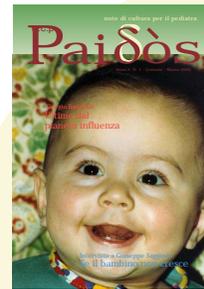
Paidòs

Anno 5 N. 1 - Gennaio - Marzo 2004



Giorgio Bartolozzi
Ultime dal
pianeta influenza

Intervista a Giuseppe Saggese
Se il bambino non cresce



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 & EPM

di Alberto Fischer

Sorrisi quando nel corso di un bel convegno sulla terapia antibiotica un collega, seduto accanto, sottolineò l'intervento in discussione di un altro collega con la frase: "Osserva, quello è il tipico fautore dell'EPM", specificando "Evidenced Personal Medicine".

Ora, pur non volendo escludere una certa valenza a quella che viene considerata la nostra esperienza medica, che non è fatta solo di osservazione diretta, ma anche di cultura e quotidiana informazione, facilitata oggi dal navigare in net, è purtuttavia vero che mancano alcuni elementi essenziali per poterla rendere universalmente accettabile e definirla come linea-guida dei riferimenti comportamentali. Perché infatti la nostra sola esperienza possa esser elevata al rango di EBM mancano alcune caratteristiche basilari: un'analisi metodologica valida (confronto di esperienze diverse su problem solving secondo criteri valutativi omogenei), verifica dei risultati e loro scientifica riproducibilità.

Ma soprattutto, a parer mio, è necessario svestirsi in maniera coraggiosa di tutti i condizionamenti che ci inducono a "subire" scelte non condivisibili sul piano metodologico e scientifico. Ed in primo luogo, bisognerebbe spogliarsi da quei condizionamenti, spesso subliminali, che provengono dalle aziende farmaceutiche e dai media. Correlato a quest'ultimo problema, ed anche alle considerazioni di cui sopra, vi sono le recenti notizie giornalistiche in merito ad alcuni tragici eventi collegati alla vaccinazione. Le correlazioni causali tra un atto medico ed un evento inaspettato avverso, non possono esser decise dall'opinione di un giornale o di una tv o da un giudice ma debbono più che mai fondarsi su una valutazione scientifica, la più esatta e corretta possibile (ebm e non epm) ed esistono per questo criteri e metodi validati in campo internazionale.

Solo le evidenze motivate e documentate ci permettono di interrogarci sulle nostre scelte, ricordando che esse rappresentano comunque un'assunzione di responsabilità, che nei suoi aspetti etici non può trascurare il rapporto tra benefici e costi (intesi non solo su base economica, ma soprattutto in termini di salute psicofisica).

Ogni farmaco che abbia un valore terapeutico come ogni atto medico sono in quanto tali gravati da una percentuale di fenomeni avversi, ma dobbiamo evitare che atteggiamenti emotivi, o paure sollecitate, ci inducano a perseguire percorsi medici non congrui con quanto invece ci suggerisce la letteratura più accreditata. Non è corretto occultare o negare, come i talebani dell'antivaccinazione, gli oggettivi benefici ottenuti con le vaccinazioni, sin da quando Jenner nel 1796 ne aveva individuato le enormi possibilità preventive.

E' invece necessario condividere le responsabilità dei nostri atti con i genitori attraverso una comunicazione che sia formativa e informativa, in modo tale che quel disagio e quell'impotenza, che avvertiamo quando siamo obbligati a correlare alla nostra attività indesiderati eventi spiacevoli, non ci inducano a percorrere vie non consone con le rilevanzze ebm.

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 6 La dotazione di un ambulatorio pediatrico
- 8 Le infezioni erpetiche
- 7 Il sito di G. Mazzola
- 12 Se il bambino non cresce
- 19 Cantare gli alberi
- 19 Una strana alitosi

RUBRICHE

- 4 La rubrica di Giorgio Bartolozzi
- 10 Operazione marsupio
- 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

- Più febbre da piccoli meno allergie da grandi
- 22 Vaccini alla riscossa

Copertina (foto di M. Libranti)

Siamo al lumicino con la stagione invernale ed anche con l'influenza, che quest'anno si è dimostrata meno intensa di quanto faceva temere l'allarmismo mediatico e le cassandre di casa nostra. Anche la vaccinazione sembra aver dato modesti risultati,

ma, in compenso oltre la vacca ed il furetto, ora abbiamo un altro animale che mette terrore: il pollo. E così il prof. Bartolozzi, invocato ed itinerante nume tutelare, chiude la partita con un resoconto finale.

Ultime dal pianeta influenza

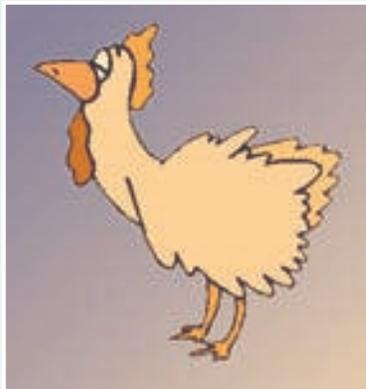
di Giorgio Bartolozzi

L'andamento influenzale non è stato poi così disastroso nella stagione 2003-2004: è stato raggiunto l'acme più basso degli ultimi 5 anni.

Nel grafico 1 si evidenzia questo andamento e come si vede nel grafico 2 la classe di età più colpita è stata quella tra i 0 ed i 4 anni.

L'incidenza infatti in tale età è stata pari a 10,90 casi per 1000 assi-

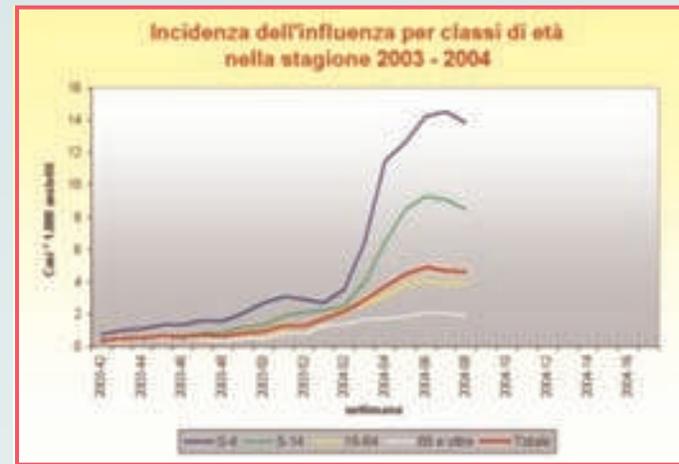
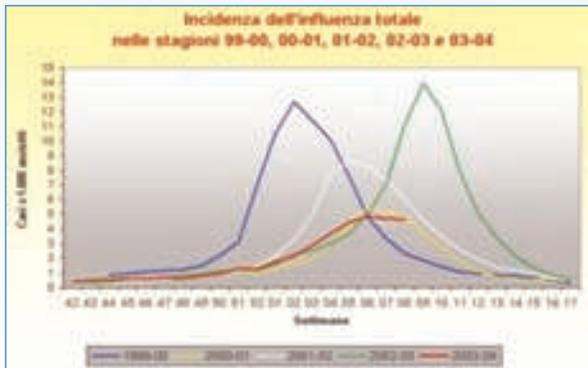
stiti, mentre tra i 5 ed i 14 anni è stata del 7,04 contro quella di 1,71 nei soggetti di oltre 65 anni, tenendo però in considerazione che proprio quest'ultima fascia di età è quella gravata da una maggiore incidenza di complicanze. Se noi poi andiamo ad analiz-



zare l'andamento regionale (fig. 3) potremo osservare come le Marche sembra la regione più colpita e con un numero ancora crescente di casi.

L'epidemia non sembra essersi fermata nemmeno nel Lazio, Abruzzo e Campania, mentre nelle altre regioni è stazionaria.

Secondo i dati Influnet prevale in tutta Italia l'isolamento di ceppi H3N2.



Una notizia di agenzia (Associated Press) riporta che uno studio del CDC di Atalanta ha concluso che l'efficacia del vaccino contro l'influenza è stata del 63% fra i soggetti adulti sani del Colorado in età fra i 50 e i 64 anni.

E' questo il primo studio ben eseguito sull'efficacia dell'attuale vaccino in corso di un'epidemia dovuta al ceppo Fujian. Una valutazione precedente, riportata dal MMWR, valutava l'efficacia a livelli inferiori. L'epidemia di influenza aviaria che a febbraio ancora continuava ad estendersi ora è in fase di stanca. In Thailandia i casi di soggetti contagiati sono stati 9, tutti confermati in laboratorio, di cui 7 sono morti.

In Vietnam al 21 febbraio sono stati uccisi 38,1 milioni di polli, quasi il 15% del totale dei polli esistenti in quel Paese

ed al 19 febbraio scorso i casi di influenza aviaria negli umani erano di 23 di cui

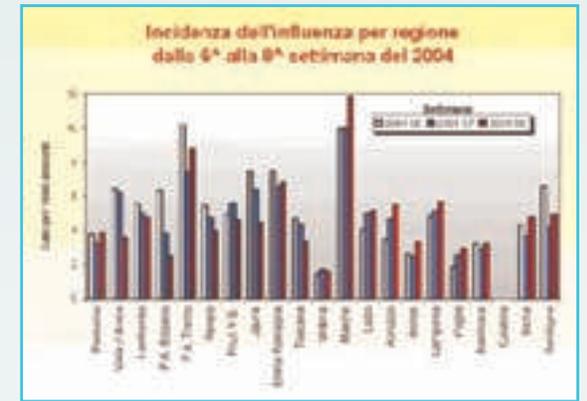
15 morti. Nel Lancet del 21 febbraio 2004 viene riportata una pubblicazione (Koopmans, Lancet 2004, 363) riguardante



un'epidemia d'influenza A aviaria (H7N7) che ha imperversato in Olanda nel 2003.

Anche in Olanda l'influenza aviaria colpì gli umani: all'inizio si pensava che il contagio avvenisse raramente, ma da un questionario, distribuito tra i lavoratori delle fattorie, dove erano allevati i polli ammalati, è risultato che il passaggio dai polli agli umani era avvenuto

abbastanza di frequente: 453 soggetti si erano ammalati, 349 di congiuntivite, 90 di una malattia simil-influenzale e 67 di sintomi diversi.



In 78 soggetti con congiuntivite venne ritrovato il virus A/H7N7 nella congiuntiva come anche nel 9,4 % di coloro che avevano una malattia simil influenzale.

Tutti i lavoratori ricevettero la vaccinazione antinfluenzale corrente ed un trattamento preventivo con oseltamivir.

Più della metà dei casi descritti insorse prima della vaccinazione e del programma di trattamento.

Il lavoro conclude che in questa epidemia la trasmissione pollo/umana è elevata, mentre è rara la trasmissione da persona a persona.

La prevenzione di tali epidemia deve prevedere una stretta collaborazione tra veterinari e medici.

Cosa non deve mancare nel nostro studio



La dotazione di un ambulatorio pediatrico

di Gaetano Bottaro

La definizione precisa del luogo dove svolgiamo la nostra attività è: studio medico professionale. Questo ci esime da tutta una serie di adempimenti legali, primo fra tutti la dotazione strumentale e di farmaci. Purtroppo è bene che un minimo di dotazione la teniamo, anche per tranquillizzare noi stessi e i nostri assistiti.

Queste considerazioni sono tanto più pressanti quanto più ci allontaniamo dai centri urbani dotati di PS attrezzati, perché se è vero che un pediatra di città o di un'area metropolitana molto difficilmente si troverà dinanzi ad un'emergenza, è anche vero che i colleghi che operano in paesi piccoli e lontani dal centro, possono più facilmente trovarsi davanti un bambino con codice giallo o rosso. Solo una breve parentesi per chi non lo sapesse: finalmente anche i nostri PS hanno adottato il sistema americano di codifica per l'accettazione dei malati.

Si tratta del cosiddetto TRIAGE: codice ROSSO: intervento molto critico, emergenza con pericolo di vita; codice GIALLO: intervento critico, non differibile perché in evoluzione verso critico; codice VERDE: intervento poco critico, differibile; codice BIANCO: intervento

programmato, non da espletare in tempi brevi.

Quali possono essere le situazioni di emergenza, tolti i traumi e le loro conseguenze, che potrebbero verificarsi in ambulatorio?

Innanzitutto le convulsioni, poi laringospasmo, edema della glottide, grave crisi di asma, grave crisi allergica, crisi cardiaca e arresto cardiaco. Dato che l'arresto respiratorio e poi cardiaco sono comunque le situazioni estreme cui ci si può imbattere, è bene che ciascuno di noi conosca e sappia applicare bene i principi del Pediatric Basic Life Support (PBLs), di cui recentemente la FIMP ha promosso dei corsi.

Insieme ai principi del PBLs dovremo dotarci in studio di un Ambu pediatrico o una mascherina per la respirazione artificiale. Poi vengono i farmaci. Vediamo qualche esempio significativo.

Il farmaco più importante è l'adrenalina sia preparata in siringa per via sottocutanea, sia in fiale soprattutto per aerosol. Questo farmaco è indispensabile nelle crisi respiratorie acute, ma ha purtroppo l'inconveniente (oltre al costo) di essere rapidamente deperibile; le preparazioni sottocutanee hanno scadenza di circa 12 mesi e le fiale non oltre i 30 gg e vanno tenute costantemente in frigo.

Per le stesse patologie è bene tenere il salbutamolo o inalatorio o in soluzione per aerosol.

E' sempre bene avere una benzodiazepina, meglio per somministrazione rettale o in fiale, che possono essere somministrate sia per via parenterale, sia rettale.

Meno importante è avere uno steroide, ma a questo proposito va fatta qualche considerazione. Data la patologia prevalentemente respiratoria, escludendo le allergie acute, il farmaco più

utile è la budenoside per aerosol che trova grande indicazione nelle laringiti.

Per quanto riguarda invece gli steroidi per via generale, è bene pensare prima all'I drocortisone (Flebocortid) piuttosto che al Betametasona, che è uno steroide ritardo con un tempo di latenza di 60' se somministrato per os, 30' se somministrato per i.m. e 15' per e.v.

Spero di avervi dato qualche dritta utile, per il resto vi rimando ai corsi FIMP e alla tabella.

FARMACO/STRUMENTO	Preparazione e via di somministrazione	Nome commerciale	DOSE IN EMERGENZA	
Adrenalina (conservare in frigo)	fiale	Adrenalina	0.01 mg/Kg/dose	I N D I S P E N S A B I L I
	s.c. i.m.	Fiale 1:1.000	0,01 ml/Kg/dose	
	e.v.	diluita 1:10.000 (1 fiala + 9 ml di sol.fis.)	0,1 ml/Kg/dose	
Cortisonico (Idrocortisone)	Fiale i.m. o e.v.	Flebocortid Solucortef	5 mg/Kg/dose	
Diazepam	e.v. o R	Valium Fiale 2 ml = 10 mg	R. 0,5 mg /Kg/dose (1 fiala per 20 Kg) (ripetibile) e.v. 0,3 mg /Kg/dose (1 fiala per 30 Kg) (ripetibile)	
Beta 2 agonista (Salbutamolo)	puff	Ventolin spray	1-5 puff (ripetibile)	
Soluz. fisiologica (10 fiale da 10 cc)				
Glucosio (10 fiale)	Fiale e.v.	glucosio 33% Fiale 10 ml	1 ml/Kg (ripetibile)	
AMBU (pediatrico e preferibilmente anche tipo adulti), MASCHERE (tutte le misure), CANNULE FARINGEE (tutte le misure), SONDE PER ASPIRAZIONE NELATON (n° 8), SET PER INFUSIONE, AGHI A FARFALLA (21g, 23g), SIRINGHE (varie misure), STICK PER GLICEMIA				
Diuretico (Furosemide)	i.m. o e.v.	Lasix fiale 2 ml = 20 mg	0,5 mg/Kg/dose (• fiala per 20 Kg) (ripetibile)	
Antistaminico antiH1 (Clorfeniramina)	i.m. o e.v.	Trimeton fiale 1 ml = 10 mg	0,2 mg/Kg (• fiala per 25 Kg)	
Vasocostrittore (Etilefrina)	Fiale i.m. o e.v.	Effortil Fiale 1 ml = 10mg	0,2mg/Kg (1 fiala per 50 Kg)	
Antibiotici vari	i.m.			
Set per medicazione, fasce elastiche, 2 Agocannule (14g), aghi da sternale per intraossea (15g e 18g).				



Affezioni da virus erpetici della cute e delle mucose

Le infezioni erpetiche

di Angelo Milazzo

Il virus herpes simplex (HSV) è un agente patogeno comune e determina varie manifestazioni cliniche coinvolgenti la cute, le mucose, l'occhio, gli organi genitali, il sistema nervoso centrale.

Le manifestazioni sono in gran parte determinate dallo stato immunitario. L'HSV-1 comunemente infetta cute e mucose; l'HSV-2 colpisce principalmente i genitali ed il neonato. Non esiste però nessuna esclusività di localizzazione. L'infezione recidivante rappresenta la riattivazione di una infezione latente e viene evocata da stimoli aspecifici esterni (freddo, insolazioni) o da fattori interni: febbre, stress emotivi, etc.

L'HSV è un virus a DNA con doppia elica e solitamente sviluppa una relazione di estrema compatibilità: l'infezione è sub-clinica in circa l'85% dei casi.

Lesioni cutanee e delle mucose.

Sulla cute le lesioni consistono in gruppi di vescicole a parete sottile su base eritematosa. Vanno incontro a rottura e formazione di croste in 7-10 giorni. Le lesioni possono essere precedute da irritazione, bruciore, dolore nevralgico localizzato. Possono andare incontro a sovrainfezione batterica e tendono a ricorrere nella medesima sede. Tutte le lesioni traumatiche della cute o le ustioni possono essere infettate dall'herpes virus.

Lesioni caratteristiche si verificano sulle dita di bambini con gengivostomatite erpetica che si succhiano il pollice.

Gengivostomatite erpetica acuta.

È probabilmente la causa più frequente di stomatite nei primi 1-3 anni di vita. L'esordio clinico può essere insidioso oppure brusco con: dolore alla bocca, salivazione, alitosi, rifiuto degli alimenti e febbre. Sebbene la lingua e le mucose delle guance

sono più frequentemente interessate, a differenza delle affezioni da enterovirus (Coxsachiosi), nessuna parte della mucosa orale può essere risparmiata.

Stomatite ricorrente ed herpes labialis.

Tipicamente compaiono più vescicole raggruppate sulla giunzione mucocutanea. Si manifestano solitamente dolore locale, formicolio o prurito per 3-7 giorni.

Le lesioni aftose recidivanti non sono causate dal virus erpetico. In alcuni soggetti. 7-10 giorni dopo un'infezione labiale recidivante compare una stomatite generalizzata che è spesso associata da manifestazioni cutanee tipo eritema multiforme.

Eczema erpetico (eruzione varicelliforme di Kaposi).

È causata da un'estesa infezione erpetica, solitamente post-traumatica, su cute eczematosa. Possono manifestarsi quadri clinici gravi, con localizzazioni molto estese. Episodi recidivanti si verificano su lesioni cutanee atopiche croniche.

Lesioni oculari.

Possono insorgere *congiuntivite e cheratocongiuntivite*. Le congiuntive appaiono congeste, con essudato scarso od assente. Le lesioni corneali possono essere superficiali o profonde. La diagnosi viene suggerita dalla presenza di vescicole erpetiche sulle palpebre. L'infezione corneale recorrente può causare cicatrizzazione ed alterazioni del visus.

Herpes genitale.

Sebbene l'infezione per via mano-genitali e l'autoinoculazione siano possibili, l'herpes genitale o rettale in un bambino piccolo giustifica una prudente valutazione di abuso sessuale. Dal 10 al 25% dei casi di herpes genitale primario sono causati dall'HSV-1.

La terapia

L'**acyclovir** rappresenta il fondamento del trattamento dell'HSV.

Due farmaci approvati di recente dall'FDA hanno semplificato la terapia dei casi gravi e dell'herpes genitale. Il **valacyclovir** ed il **famciclovir** hanno un'eccellente biodisponibilità orale e vengono convertiti dall'organismo rispettivamente in acyclovir e penciclovir. Possono essere somministrati meno frequentemente, ma hanno un costo più elevato. Dosi elevate in pazienti immunocompromessi raggiungono livelli sierici paragonabili a quelli dell'acyclovir per via endovenosa.

L'**acyclovir topico** può ridurre il periodo di diffusione virale ma ha scarso effetto sui sintomi, se non usato molto precocemente. La **vidaribina** e la **idoxuridina** sono efficaci nella cheratite erpetica. I **corticosteroidi topici** possono aumentare l'interessamento oculare e possono essere utilizzati solo in associazione a terapia antivirale. L'**acyclovir per via orale**, alla dose di 15mg/Kg cinque volte al giorno somministrato entro 72 ore dall'esordio di una gengivostomatite erpetica, apporta notevoli benefici su tutta la sintomatologia.

Purtroppo il nostro Ministero ha stabilito, con la **nota 84**, la **non prescrivibilità a carico del SSN dell'acyclovir nelle stomatomucositi**. Tale limitazione è ovviamente irrazionale, anche se forse motivata dall'abuso che si faceva di questo farmaco per qualsiasi gengivite o per qualunque lesione aftosa del cavo orale. Cibi liquidi o semiliquidi e freddi saranno accettati meglio assecondando i gusti del bambino: gelati, granite, succhi di frutta, creme, etc.

I pazienti affetti da forme di malattia erpetica clinicamente significative, trattati con acyclovir orale (200 mg 5 volte al giorno per 10 giorni) manifestano un notevole miglioramento clinico. Le 2 somministrazioni di valacyclovir o famciclovir corrispondono alle 5 dosi di acyclovir. La terapia soppressiva quotidiana riduce la frequenza di ricorrenze di herpes genitale di oltre il 75% nei soggetti con più di 6 episodi /anno. Le dosi e le formulazioni pediatriche non sono state ancora stabilite.

La prevenzione

somministrato durante i periodi di alto rischio nei soggetti immunocompromessi

e cronicamente negli individui con malattia orale o genitale a ricorrenza elevata, diminuisce notevolmente il tasso di recidive. Somministrato prima di un fattore scatenante noto, può prevenire la recidiva. Sono stati prodotti parecchi vaccini purificati, ma i trias clinici hanno dimostrato efficacia limitata.

Il virus della varicella-zoster (VZV) provoca, in seguito alla varicella, un'infezione latente delle radici posteriori dei nervi spinali. La sua riattivazione può manifestarsi con l'herpes zoster. Si manifesta con lesioni vescicolose in corrispondenza di uno, o più raramente due, dermatomeri adiacenti. Lo zoster pediatrico è raramente accompagnato da dolore, iperestesia, prurito e febbricola. Recidiva una seconda volta solo nel 4% dei casi.

Il trattamento antivirale, soprattutto realizzato con acyclovir, modifica il decorso sia della varicella che dell'herpes zoster. È rara la resistenza a questo farmaco. Può essere usato anche nella profilassi post-esposizione. Il vaccino con virus vivo ha dimostrato ottima efficacia contro la varicella, ma può determinare infezione latente e quindi non sembrerebbe utile nella prevenzione dello zoster.



Operazione marsupio

Mamme canguro?

di Maria Rita Rinaldi

Sì, in qualche modo è proprio così. Abbiamo da apprendere molto anche osservando questi animali apparentemente timidi. La KANGAROO MOTHER CARE o anche contatto pelle a pelle, fra noi umani trae le sue origini da un gruppetto di pediatri di Bogotà e risale al 1978. Questa scelta fu dettata dalla necessità, più che da una reale convinzione che potesse diventare una metodica.

L'insufficienza numerica delle incubatrici a disposizione, portò infatti a sistemare per necessità più bambini in una sola termoculla, ma, anche noi al presidio Osp. S. Bambino, nel vecchio reparto, abbiamo sperimentato questa urgente necessità quando nascevano 8.000 neonati l'anno ed anche successivamente.

I risultati a Bogotà, ma devo dire anche da noi, furono sorprendenti, in quanto invece di verificarsi l'incremento delle infezioni e della mortalità fu tutto il contrario! Anzi i problemi più frequenti nel prematuro come il reflusso gastroesofageo, le apnee, ecc. e la mortalità diminuirono.

Oggi, ogni neonato ha la sua termoculla, e noi tentiamo di sperimentare questa metodica con le mamme di neonati prematuri, con peso intorno a 1.200 gr., e che portano il loro latte.

Il piccolo viene sistemato nudo sul petto nudo della madre, dopo che questa ha precedentemente indossato un camice chirurgico, ponendo l'apertura sul davanti e stringendo bene le stringhe sul dietro a livello della vita.

Il piccolo, viene adagiato dentro questo marsupio che si viene a formare in modo tale che la testa, gli arti e il tronco siano allineati sulla linea mediana, mentre la mamma sta comodamente seduta su una poltroncina con la schiena ed i piedi ben poggiati.



Quello che accade in quei momenti di intimo rapporto è veramente suggestivo ed irripetibile: la mamma si riappropria di quel figlio che si è distaccato da lei troppo precocemente, è il ritorno ad una appartenenza che ricostituisce

il cuore e la mente della madre ma allo stesso tempo anche del figlio prematuro e suscita sentimenti molto profondi anche a chi ha la fortuna di assistere a tutto ciò.

A questo punto vorrei ricordarvi che nel 1998, nella città di Santa Fè di Bogotà, i medici rappresentanti di 30 paesi del mondo (fra cui anche l'Italia), hanno firmato una dichiarazione che afferma che il metodo canguro è un elemento base per l'assistenza integrale del neonato e deve essere adottata da tutti i paesi.

Credo che ce ne sia quanto basta, per lo meno, ad una seria riflessione sulla nostra realtà catanese.

DI GIAMOCELO...

Ecco descritto, in due sole parole, il "paziente tipo" del terzo millennio. Proprio oggi che il progresso scientifico ha raggiunto, in tempi sorprendentemente brevi, risultati prodigiosi che hanno permesso abbassamenti record dell'indice di mortalità e di morbilità, migliorando la quantità e la qualità della vita di ognuno

di noi ecco che, paradossalmente, il livello di fiducia e di soddisfazione nei riguardi della classe medica da parte dei pazienti rasenta il "minimo storico".

Se ci guardiamo appena indietro - non occorre certo arretrare di un secolo - è facile rilevare come le pratiche mediche del passato fossero rivolte, sia pure con i migliori intenti, ad abbreviare la vita dei malcapitati pazienti più che ad alleviarne le sofferenze; eppure la fiducia e il rispetto per la categoria medica erano assoluti ed indiscutibili.

Senza nessun rimpianto per un'epoca tanto oscura sotto il profilo delle conoscenze e della cultura (destinata ad una ristrettissima élite) e con tutto il rispetto possibile per la scolarizzazione obbligatoria, che è la ragione prima del progresso e del benessere in ogni società, viene da chiedersi come mai gli ammalati di allora fossero tanto più sereni e fiduciosi di quelli di oggi.

Un male inquietante serpeggia tra i nostri pazienti i quali, pur ritrovandosi, rispetto al passato, in un "paradiso" diagnostico - terapeutico annaspano nell'"inferno" dei sospetti e delle incertezze, indecisi se rivolgersi prima all'avvocato o alla medicina alternativa (che, non a caso, mai ha conosciuto tempi migliori degli attuali).

Eppure, *digiamocelo* (con una puntina di sconforto!), il paziente di oggi è molto più informato. Se per caso non avesse pensato ad autoeducarsi con enciclopedie o riviste specializzate o fosse talmente sprovveduto da non guardare la televisione - vanno in onda più programmi a carattere medico-sanitario che varietà (temo, sentendolo vicino, il momento in cui i due generi si mescoleranno) -, ecco che interveniamo noi chiedendo, ad ogni piè sospinto, il suo **consenso informato**. Più che dal giusto intento di informare il paziente, l'esigenza del consenso informato nasce dalla necessità tutta "moderna" di tutelarsi dagli inconvenienti di natura medico-

legale che ogni atto medico può, ahimè, comportare.

La gran parte dei pazienti, non avendo perlopiù le conoscenze necessarie a ben comprendere l'informazione, finisce per recepire il *consenso* come una "liberatoria" per il medico; quasi che, dal momento in cui si appone l'agognata firma, quest'ultimo fosse libero di agire con leggerezza e irresponsabilità, pronto a

Scontento e informato

di Maria Libranti

causare tutte quelle complicazioni così dettagliatamente descritte negli odiosi foglietti.

Un'altra fetta di ammalati, meno smaliziati ma ugualmente smarriti, si rifiuta persino di leggere e si rivolge al medico con aria indifesa, implorandolo a decidere in via...suppletiva.

Una minoranza, infine, come dimostra un caso di poche settimane fa ampiamente divulgato dai mass-media, oppone strenuo, irragionevole rifiuto e non acconsente di essere curata al di là di ogni evidenza scientifica. Seppoi qualcuno credesse che informare accuratamente il paziente (che sia meccanico, ragioniere, commesso, maestro, ambulante etc..) sugli eventi avversi delle vaccinazioni o sul rischio anestesiológico e/o chirurgico di un determinato intervento ci sollevi da ogni responsabilità sulle possibili, seppur rare, complicazioni è vana illusione.

Agire o non agire, informare o tacere un'informazione: nulla oramai - troppi sono gli episodi che lo dimostrano - è salvifico per il medico. E' fatale che le tariffe delle assicurazioni professionali (prima modeste e rivolte a poche categorie di medici; oggi assai esose e generalizzate) siano divenute un'ulteriore spia delle difficoltà crescenti del rapporto medico-paziente. Spero si tratti di un'analisi errata, ma ho il timore che nella nostra epoca "supertecnologica" l'uomo abbia maturato un'insana idea di onnipotenza che lo conduce a rifiutare non solo la malattia ma perfino l'idea stessa della morte.

Avete prestato ascolto, ovunque ci si ritrovi a conversare, a quale sia divenuta oggi la prima causa di morte? Il novantenne cardiopatico, il prematuro alla 26^a settimana, il paziente oncologico, il politraumatizzato in coma da mesi ... hanno tutti la stessa causa di morte in comune: il medico.

rubriche

rubriche





Il bambino è l'essere umano in via di accrescimento, quindi la crescita è da considerarsi la caratteristica peculiare del bambino.

Conoscere le dinamiche che regolano questo processo è indispensabile per il pediatra, diventano quindi preziosi i consigli del prof. Saggese, neo presidente della SIP, nonché endocrinologo pediatra di grande competenza.

Gulino. - Cos'è la crescita normale?

Saggese: "La crescita è un processo continuo che inizia con il concepimento e termina quando si verifica la fusione delle epifisi, dopo il completamento dello sviluppo puberale.

Durante tale processo si possono verificare variazioni o alterazioni della progressione della crescita. Queste possono essere identificate eseguendo periodiche ed accurate misurazioni della lunghezza da sdraiato, durante i primi 2 anni di vita, e della statura negli anni successivi.

I risultati ottenuti devono essere poi comparati con opportuni dati di riferimento, ottenuti nella popolazione normale. Un aspetto importante è la necessità di disporre di valori di riferimento specifici per le varie popolazioni, per ambedue i sessi. Con tali dati è possibile costruire apposite curve di riferimento (curve dei percentili di distanza), ad esempio per l'altezza, che descrivono il comportamento di tale parametro alle varie età.

Nelle carte di distanza il valore mediano della statura è rappresentato dal 50° percentile e si considera normale una crescita che si mantiene tra il 10° ed il 90° percentile, para-fisiologica se <10° o >90° percentile, patologica se <3° o >97° percentile.

Un concetto importante è il potenziale genetico accrescitivo trasmesso dai genitori ai figli che è espresso dalla statura bersaglio. Infatti, se il soggetto in esame cresce all'interno della statura bersaglio, la sua crescita viene ritenuta appropriata anche se la statura è ridotta.

Un tipico esempio è costituito dalla bassa statura familiare. La statura bersaglio è ridotta poiché i genitori sono bassi e la crescita del probando, pur progredendo intorno al 3° percentile, resta all'interno della statura bersaglio.

Se si valuta la velocità di crescita annuale di questi soggetti, si può osservare che essa non scende al di sotto del 25° percentile, limite che separa la

normalità dalla patologia, indicando che essi non sono auxopatici.

La crescita può quindi essere definita normale se la progressione della statura è compatibile con gli standard per l'età ed è appropriata per il potenziale genetico di accrescimento dell'individuo in esame."

G. - Il pediatra di famiglia può fare diagnosi di bassa statura?

S.: "Non vi è alcun dubbio che il pediatra di famiglia possa porre diagnosi di bassa statura.

A questo proposito vorrei sottolineare che, come sempre accade in medicina, un accurato esame

clinico è estremamente importante per mettere in evidenza alterazioni cliniche di organi ed apparati che possono indirizzare la diagnosi verso una patologia specifica, tipo una celiachia, una cardiopatia o una collageneopatia, che è causa della bassa statura. Naturalmente è necessario possedere un minimo di strumentazione. Mi riferisco al paidometro ed allo statimetro.

E' importante che questi due strumenti siano ben tarati e utilizzati con la dovuta cura. Non è infrequente infatti, che alcune misurazioni possano essere incorrette o perché eseguite con strumenti non ben tarati o per l'adozione di tecniche di misurazione inappropriate.

Ad esempio l'utilizzazione, peraltro frequente, di un pesapersona dotato di statimetro non è indicata per la valutazione della statura, poiché si tratta di un sistema impreciso.

La raccolta dei dati relativi alla statura permette di costruire la curva di crescita e della velocità di crescita del soggetto in esame, utilizzando le rispettive carte di riferimento. Una volta accertata la presenza di una bassa statura il pediatra di famiglia ha la possibilità, con l'esecuzione di una semplice indagine strumentale, come la radiografia del polso e mano sinistra, di

orientare meglio la diagnosi etiologica. Questa radiografia permette infatti di valutare l'età ossea del soggetto in esame, che costituisce una stima della sua età "biologica".

Ad esempio una progressione della crescita che si mantiene intorno al 3° percentile, nell'ambito della statura bersaglio che è ridotta, con una normale velocità di crescita ed una età ossea paragonabile a quella cronologica, è suggestiva di bassa statura familiare (una forma non patologica di bassa statura che costituisce una variante normale della crescita). Allo stesso modo, la presenza di un ridotto accresci-

mento in un bambino con ritardo puberale, maturazione ossea ritardata, con positività anamnestica di ritardo puberale in uno od in ambedue i genitori od in germano, potrà orientare la diagnosi verso una forma di ritardo costituzionale di crescita e pubertà (anche questa una variante normale della crescita).

Naturalmente il pediatra di famiglia, basandosi sulla gravità del ritardo di crescita, potrà decidere se limitarsi all'osservazione del probando, se approfondire ulteriormente lo studio eseguendo ulteriori indagini o se inviarlo presso un centro specialistico."

G. - Quali sono le cause più frequenti di ritardo dell'accrescimento staturale?

S.: "Non c'è alcun dubbio che le forme più frequenti di bassa statura sono le varianti normali della crescita che, come già osservato, sono rappresentate dalla bassa statura familiare, dal ritardo costituzionale di crescita e pubertà e dalle forme miste.

Queste forme, che hanno generalmente una prognosi staturale spontanea favorevole, costituiscono quasi il 70% delle basse stature, mentre quelle di origine endocrina rappresentano soltanto una piccola percentuale."

G. - Una crescita normale ma inadeguata ai bisogni dell'adolescente e della sua famiglia può essere affrontata farmacologicamente?

S.: "Questo è un aspetto particolarmente delicato poiché da una parte c'è l'adolescente e la sua famiglia, che vivono con disagio ed ansia l'inadeguatezza staturale, e dall'altra il pediatra che si trova di fronte ad una crescita normale, dunque non ad un'auxopatia, che non richiede alcun trattamento farmacologico.

Che fare allora in questi casi? L'unico supporto che si può fornire, avendo escluso una forma di auxopatia, è quello di rassicurare l'adolescente ed i suoi familiari sulla natura non patologica della bassa statura, facendo anche notare loro che la statura si colloca magari ai limiti bassi, ma pur sempre nell'ambito della variabilità normale.

A questo proposito direi che è molto importante indurre i genitori stessi a supportare psicologicamente il loro figlio, sdrammatizzando la questione statura, sottolineando che quest'ultima costituisce soltanto un aspetto dell'individuo e focalizzando, al tempo stesso, la sua attenzione su altre caratteristiche che sono importanti per una normale vita di relazione."



Intervista a Giuseppe Saggese

Se il bambino non cresce

di Antonino Gulino



di Antonino Gulino

Federico Fellini in un'intervista televisiva rilasciata dopo l'uscita di un suo film, al solerte cronista che gli chiedeva come interpretare la storia narrata rispondeva (più o meno): "Io spero che lo spettatore guardi il mio film con gli occhi di un bambino curioso capace di farsi trascinare in un mondo fantastico senza mai chiedersi la ragione di ciò che accade".

Un'affermazione certamente controcorrente in un mondo sempre più popolato da tuttologi dal facile approfondimento psicologico, pronti a trovare interpretazioni più o meno ardite di fatti o situazioni che forse non hanno bisogno di essere spiegati.

Il cinema, quello vero, è per me (modestissimo cinefilo) semplicemente uno spettacolo fantastico, un viaggio in un altro mondo. Trovare però un'opera capace di coinvolgerci completamente è sempre più difficile, troppi film inutili riempiono le nostre sale: dietro tante ambiziose opere di autori, più o meno impegnati, c'è solo noia.

Un autore che certamente merita la nostra attenzione è Tim Burton, il suo ultimo film *Big fish* è forse uno dei pochi film di quest'anno che meritano di essere ricordati e consigliati. Le incredibili storie del protagonista, Edward Bloom, ci portano attraverso un universo popolato di personaggi fantastici, giganti, streghe, poeti-rapinatori, gemelle siamesi.

Avventure inverosimili, surreali, che riempiono le giornate << e forse la vita dei tanti amici del protagonista >> ma che lo hanno allontanato dal suo unico figlio, William. Un uomo precocemente invecchiato che dietro la ostentata razionalità nasconde le proprie debolezze, incapace di accettare l'innocente follia della fanciullezza, simile a tanti genitori che dichiarano con grande orgoglio di parlare con il proprio figlio come con "uno grande", dimenticando che un bambino è un bambino e non vuole essere altro, tanto meno un adulto.

Ma la fantasia del vecchio Edward, riesce, infine a coinvolgere anche il figlio che decide di aiutarlo a morire nel modo che ha sempre desiderato, immerso nel fiume dove si trasformerà nel grande pesce che dà il titolo al film. A quest'insolito funerale parteciperanno, come in un film di Fellini, tutti i fantastici

L'angolo della poesia

Desiderio

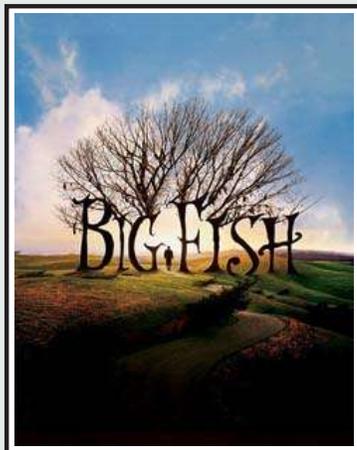
di Marisa T. Bonfiglio

**Il mio desiderio
guizza prigioniero
in una bolla
lieve come l'amarezza
dei bimbi.**

**E' un pesciolino d'oro
in un'urna preziosa
che sarebbe felice
senza l'ansia del mare.**

protagonisti delle sue avventure, quasi a rendere omaggio ad un uomo capace di sognare.

Tim Burton chiude così forse la sua opera migliore, una storia esile, delicata, ambientata in un mondo magico fatto di foreste incantate, di spazi incontaminati che ci rimandano alla nostra fanciullezza, a qualcosa di dimenticato fra le rughe della nostra maturità.



la posta di Albertino

di Daniela Ginex



Caro dottore, perdona i miei eventuali errori di battitura: la sedia del computer è regolata, purtroppo, ad un'altezza a dir poco impropria per noi felini.

So che tu sei un veterinario degli umani e so che essi si rivolgono spesso a te per risolvere ogni sorta di problemi di salute, per cui spero che non troverai irragionevole che oggi lo faccia io, preoccupata come sono per il loro singolare comportamento. Premetto che trovo la razza umana dotata di straordinaria intelligenza; nonostante i pregiudizi che la accompagnano presso i miei simili, conoscendoli devo convenire che le loro possibilità di apprendimento sono sottovalutate. Ad esempio, essi sono riusciti in breve tempo a decodificare alcuni miei semplici messaggi, come "dammi la pappa", "voglio le coccole", "fammi uscire", "ho paura", "giociamo".

Alcune loro consuetudini, però, suscitano la mia viva perplessità. Da quando li ho presi in casa ho stentato ad abituarli ai loro modi rozzi: sono infatti una specie iperattiva e rumorosa, dormono pochissimo, cosa che ha conseguenze perniciose sul loro equilibrio psichico; non fanno altro che lanciare assordanti versi l'uno contro l'altro per una gran parte del loro tempo. Quando non trovano interlocutori, lo fanno da soli, appoggiando la testa su una barretta rigida cui annettono una grande importanza: ne hanno un esemplare ciascuno, la portano sempre con sé e quando non la appoggiano alla testa la fissano inebetiti e ne percuotono le numerose sporgenze. Gli ingenui non riescono a comprendere il fatto che l'oggetto sia completamente inanimato e discutono con esso con grande foga.

Altro esempio: hanno portato nella mia casa un Mostro Ventoso, orribile carnivoro con un lungo collo sormontato da una testa piatta, che aspira le sue sfortunate vittime attraverso un'orrenda e rumorosa bocca; è munito di coda lunga un paio di metri che si innesta nella parete. Almeno una volta al giorno la Mamma ingaggia con esso una furibonda lotta, che vede come teatro tutti gli ambienti della casa; solo alla fine lei capisce che staccando la coda dalla parete il mostro si addormenta e diventa inoffensivo.

Come vedi, uno dei principali limiti degli esseri umani è proprio quello di non apprendere granché dalle esperienze precedenti. Essi hanno un atteggiamento altrettanto strano con il Mostro Rumoroso. Si tratta di un grosso essere, così pesante da non potersi muovere, che viene cibato quotidianamente di stoffe (sì, lo alimentano con tessuti!) attraverso la sua grande bocca di forma rotonda. Viene ingozzato all'inverosimile, e la pratica scatena la collera del Mostro, che comincia una laboriosissima

digestione, accompagnata da rumori, vibrazioni e scuotimenti, alla fine della quale esso vomita gli indumenti prima ingurgitati, sporcati dalle sue secrezioni gastriche. Nonostante il copione sia sempre uguale, gli umani non si stancano di ripeterlo!

Ma essi hanno anche fra di loro delle difficoltà di comunicazione che mi fanno riflettere sulla limitatezza del loro codice. Tanto per fare un esempio, Sabrina, esemplare femminile della famiglia, spesso rientra a casa quando sono sola, accompagnata da un individuo estraneo; passa pochissimo tempo e già intraprendono una lotta violenta, sul divano o sul letto, a volte sul mio tappeto preferito, lanciandosi insulti terribili; nessuno dei due esce mai vincitore dalla tenzone, però, e ambedue ne escono spossati, quasi esanimi.

Tuttavia, nonostante i risultati deprimenti, essi non riescono a frenare i loro brutali istinti aggressivi. La cosa che però mi preoccupa di più, e che mi ha spinto a scriverti, è il loro esasperato misticismo. Essi adorano un totem che ha forma di parallelepipedo, con una finestra attraverso la quale amano osservare il vortice di immagini che vi scorre. Lo sviluppo embrionale del loro olfatto rende perfetto l'inganno, per cui essi sono convinti di trovarsi in una situazione reale.

Riuniti davanti al feticcio, assistono alla rappresentazione religiosa: in un grande campo verde un gruppo di sacerdoti, vestiti con gli stessi abiti liturgici, tenta di riportare nel sacrario (uno stretto ambiente con le pareti di rete) il simulacro del Dio, che ben lo rappresenta: si tratta di una sfera, le cui valenze simboliche saltano agli occhi (la forma rotonda, che rappresenta la perfezione del tutto; i colori opposti bianco e nero, che rappresentano la sintesi luce-buio, essere-non essere). L'operazione è ostacolata da un gruppo di religiosi vestiti in modo diverso, a quanto parrebbe appartenenti ad un'altra setta.

La cerimonia eccita alquanto gli animi degli ingenui primitivi, che si agitano scompostamente, urlano, cadono in un deliquio spaventoso, a volte in estasi mistica; spesso il rito arcaica dolore e sconforto, perché la setta a cui credo appartengono i miei umani (vestiti di nero e azzurro) non riesce mai a portare la sfera divina all'interno del sacrario; ciò è di cattivo auspicio, e predice lutti e rovine. Io voglio bene agli umani e li ho adottati con simpatia, ma potresti per favore aiutarmi a correggere i loro aberranti comportamenti?

Miao
La gatta di Albertino

Il naso

di Filippo Di Forti

L'unica parte del polmone dove è possibile mettere il dito ed altre tecniche di detersione.

Da Cirano di Bergerac a Pinocchio, da qualche politico a vari chirurghi plastici, il naso nella storia, così come in campo medico, ha sempre destato grande interesse.

Oltre alle già monotone funzioni quali umidificazione, ventilazione e difesa, a lume di naso (rassegnatevi) direi che l'attenzione dei ricercatori si è spostata su una funzione ben più complessa.

Il naso è da considerarsi un vero e proprio laboratorio immunologico ove stimoli diversi fanno da impulso a risposte diverse. Stimoli che non mancano perché se si legge il lavoro fatto da Norback e coll pubblicato su Allergy nel 2000, viene evidenziato come nel fluido del lavaggio nasale di 234



studenti di Upsala siano presenti formaldeide, aspergilli, con incremento di lisozima ECP ed MPO. Roba da fare impallidire il mutandone di Eta Beta!

Su Occup. Environ. Med. di giugno 2003 risulta contenere anch'esso spore fungine, endotossine, batteri e neutrofili,

(c'è anche qualche "carciofo" statisticamente non significativo).

Ma le risposte del naso non hanno esitato a farsi vive. Secondo Figueroa DJ su Clin Exp. Allergy di ott. 2003, nasi pollinosici e pollinofobi hanno presente nel fluido di lavaggio elevati livelli di cistenil-leucotrieni e se a ciò si associa una infezioncina da rinovirus, intervengono pure le interleuchine per una lotta senza quartiere tra le sfiancate ed anemiche ciglia vibratili del povero naso, magari innescando una esacerbazione asmatica (Kluijver J e coll su Allergy di ott. 2003).

Dissertazioni varie tendenti a dimostrare che i rinovirus possano innescare weezing et similia potrebbe fare "storcere" il naso a qualche purista "allergico" a queste conclusioni, ma la coincidenza è quantomeno suggestiva. Lo studio forse più interessante è quello di Frischer T e coll. su Allergy ago. 2000.

Su questo lavoro si espongono i dati tratti da uno studio multicentrico chiamato SPACE, ove dall'analisi del fluido nasale

fatto in ben 397 bambini di età inferiore alle 4 settimane, con infiammazione delle vie aeree superiori, è stata riscontrata l'aumento della ECP ed EPX, (proteina cationica eosinofila e proteina x eosinofila) rispettivamente del 47% e 53,7%.

Di questi bambini che avevano ECP ed EPX elevati, 40 hanno sviluppato weezing nei mesi successivi.

La logica più evidente è che la rimozione del muco nasale potrebbe essere importante come atto preventivo e come atto terapeutico, ma l'EBM ha poco da fornire in merito, pochi lavori con casistiche ridotte suggerirebbero di sì, forse, può darsi.

Ficcando il naso ancora in letteratura, Rabone SJ su Occup.Med. apr.2000 mette in evidenza come i sintomi respiratori di 150 lavoratori del legno sottoposti a lavaggio nasale per 2 mesi sono fortemente diminuiti.

Un bel lavoro di Geortgidis su Chest del 1994 riporta che in 41 pazienti pollinosici su cui veniva eseguita irrigazione nasale con soluzioni saline non meglio identificate, si assisteva a riduzione, nelle secrezioni nasali, di istamina e leucotriene C4, 43 pazienti sottoposti a vapori di acqua calda a grosse particelle o piccole vedevano i valori summenzionati ridotti di poco.

Si deduce che il lavaggio nasale fatto con le irrigazioni è più efficace per l'azione meccanica del liquido. Jankowski nel 2002 conferma che l'utilità del lavaggio nasale è dovuta alla riduzione della contaminazione di allergeni e pollini, ma soprattutto alla rimozione dei mediatori della flogosi.



Il muco ha la tendenza a riformarsi, ma la detersione migliora il "comfort", oltre a determinare una riduzione delle secrezioni delle cellule mucipare. Ritengo che noi pediatri della maggioranza silenziosa, fedeli all'EBM, per mancanza di meglio, pur consapevoli di certe frustrazioni della medesima, abbiamo il dovere obbligo di cercare qualcosa di più.

Guardare oltre il proprio naso è una necessità, tecniche come il lavaggio nasale dinamico, primo gradino di terapie fisiche più complesse, sono uno strumento in più che, a "lume di naso", potrebbero portare ad un miglioramento dei sintomi in patologie respiratorie più complesse.

Alternative alle alternative, alternative alle non alternative ed alternative ad entrambe sono sogni, ma la scarsa conoscenza della fisiokinesiterapia respiratoria, derivante dalla asfittica preparazione universitaria, è per l'allergonauta una grave carenza.

LO STUPIDIATRA

a cura di Fidifo

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

Il crescente benessere della nostra opulenta società ha portato nella descrizione della sintomatologia note inquietanti di decadentismo. Alcune domande incresciose impongono una risposta chiara e "circonscisa". Cosa dare per una "tosse sfiziosa" se non uno sciroppo di erbe "naturali", voi direste che sbagliare è umano,

ma richiedere una visita dermatologica per le papere nella bocca (papule n.d.r) potrebbe preservare da simili errori? Meglio richiederla per la "punteggiatura nella bocca". Somministrare Interflora ad un bambino con alitosi potrebbe alla lunga fargli spuntare "un fiore in bocca", ma

conservare il latte nel "Demis" (termos) vorrebbe significare la riesumazione di un cantante ormai demodé? Certi esami clinici sono di facciata lo sappiamo tutti e se ci fosse meno "scenografia" (scintigrafia) il primario avrebbe ancora il coraggio di girare con la sua "cricca" (equipe)?

di Antonio Russo

Parlare di piccole emergenze può alla lunga stancare, ho provato pertanto a riproporre dei casi clinici per possono aiutarci ad affrontare al meglio piccole e grandi emergenze.

Ti portano un lattante di 9 mesi che ha diarrea profusa da 2 gg.

Vengono riferiti frequenti episodi di vomito. Cute e mucose asciutte, tempo di ricircolo 3 sec., F.C. 180 bpm, sensorio lievemente compromesso (risponde alla voce), peso kg 7,9.

Se disponi di un'infusione, ma non si riesce a reperire un accesso venoso dopo alcuni minuti di tentativi, che cosa fai ?

A - Somministro soluzione reidratante orale e riprovo in seguito a reperire una vena.

B - Chiamo il rianimatore per reperire una vena centrale.

C - Eseguo un'infusione intraossea.

D - Prelevo un campione di sangue per dosaggio elettroliti e mi regolo di conseguenza.

Nel paziente della domanda precedente, qual è la terapia infusionale più corretta?

A - Soluzione elettrolitica pediatrica, 10 ml/kg/ora per 8 ore.

B - Soluzione fisiologica 20 ml/kg in 20 minuti.

C - Plasma fresco congelato, 10 ml/kg in 20 minuti.

D - Sangue intero, 10 ml/kg.

Ci troviamo davanti ad un lattante in stato di shock ipovolemico per disidratazione da gastroenterite acuta.

Infatti egli è clinicamente disidratato, con una perdita di peso di almeno 10% rispetto al peso ideale, tachicardico, con segni d'insufficiente perfusione periferica (tempo di ricircolo allungato) e compromissione del sensorio.

Quest'ultimo è un indice molto sensibile dello stato di shock.

Pertanto, la ricostituzione della volemia rappresenta un intervento prioritario, tanto che le linee guida sul trattamento dello shock raccomandano, dopo 90 secondi di tentativi di reperimento di una vena periferica, il ricorso all'infusione intraossea.

Quest'ultima è una procedura di facile e rapida esecuzione, praticamente priva di rischi, in grado di assicurare un accesso "vascolare" duraturo ed efficiente.

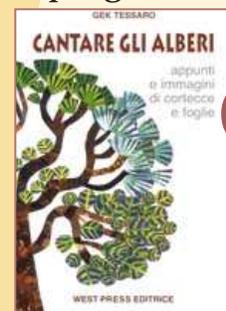
La soluzione reidratante orale è ovviamente inadeguata al trattamento dello shock in atto. La delega al rianimatore è errata per il tempo di attesa e per l'incertezza del reperimento di una vena centrale in un lattante.

Il prelievo di sangue non è prioritario in quanto non influenza la decisione terapeutica. La scelta della soluzione infusionale in prima istanza deve cadere su una soluzione isotonica di cristalloidi alla dose di 20 ml/kg somministrata in 20 minuti (tipicamente sol. Fisiologica o Ringer lattato).

Le soluzioni contenenti potassio non vanno utilizzate se non in presenza di diuresi attiva. La trasfusione di sangue trova indicazione dopo l'insuccesso di due boli di fisiologica, nel sospetto che lo shock sia dovuto ad un'emorragia occulta (ad es. nel trauma). Il plasma ha indicazione nelle turbe della coagulazione secondarie, ad esempio, a shock settico.

Risposte corrette: 1-C e 2-B

Il progetto "Nati per leggere"



Gek Tessaro
Cantare gli alberi
West Press editrice (con la collaborazione di Legambiente)
Verona, 2004
€ 10,00

Cantare gli alberi

Un libro insolito e particolare, allegro e profondo, utile e divertente questo "Cantare gli alberi" scritto e illustrato da Gek Tessaro edito da West Press, il cui sottotitolo precisa "appunti e immagini di cortecce e foglie".

Non è un racconto e nemmeno un saggio, bensì un inno, cantato in varie forme: la riflessione, la filastrocca, l'immagine, la storia, l'invito ad un laboratorio.

Un inno agli alberi, spettatori silenziosi dei nostri giorni, così poco notati e rispettati eppure così presenti, così desiderati quando assenti.

Un libro per tutti: per riflettere insieme ai bambini, per parlare con i ragazzi, per giocare, per approfondire un percorso sull'immagine, per partire con un discorso su un tema che può portare molto lontano. Lontano come la storia che chiude il volume che è, guarda un po', quella del "nostro" Castagno dei Cento Cavalli, testimone vivo e millenario, a cui

l'autore cattura uno spunto riflessivo che si intreccia con tutta la storia che si è rappresentata davanti alle verdi fronde.

E' una sottile poesia quella che pervade tutto il testo, anche nella sua varietà di forme comunicative, una poesia tenera che a tratti si colora di tristezza di fronte alla rassegnata immobilità di questi grandi amici vegetali e di tutti gli esseri che di loro si nutrono e in loro vivono.

Presenti le immagini di tanti alberi veri, incontrati, inventati, sognati, assurdi o impossibili composti in coloratissimi collage, nell'inconfondibile stile dell'autore, o in veloci immagini monocrome.

"A quale pubblico pensavi quando hai scritto il libro?" - ho chiesto a Gek Tessaro nell'impellenza di definire l'ormai irrinunciabile target. "Agli alberi" - è stata la risposta.

E se è vero che loro non leggeranno mai questo libro, dai lettori agli alberi, invece, ritornerà sicuramente qualcosa!

Giusi Germenia

di Angelo Fazio

La mamma di Mario è ansiosa perché suo figlio ha un'alitosi insopportabile. Mario è un bambino un poco trattabile, ha 5 anni e tutte le volte che viene allo studio si mette a piangere, non vuole farsi visitare eppure non gli ho mai praticato alcun intervento doloroso, ho persino un fonendoscopio camuffato da orsacchiotto, ci manca solo che mi trasformo nel dott. Patch Adams.

Eccolo in sala d'attesa che picchia la madre perché vuole andare via.

Arriva il suo turno ed io con voce gentile ed un lieve sorriso gli chiedo: "Come stai? " la sua risposta non si fa attendere, "Vai via" - mi dice - "non ho niente".

Provo ad avvicinarmi ma ecco che grida ancora più forte. Riesco a sentire il suo odore: è veramente nauseabondo! Tipo uova marce.

La madre dice che anche le sue flatulenze hanno lo stesso cattivo odore! Mi viene in mente che in Omeopatia esiste un rimedio, famoso per curare i traumi contusivi degli sportivi, Arnica, che ha alcune caratteristiche peculiari:

Eruttazioni dall'odore di uova marce, alitosi, paura che gli altri lo possano toccare e paura che gli altri si avvicinano a lui per timore che gli possano fare male!

Decido di prescrivergli Arnica e chiedo di rivederlo dopo 15 giorni.

Al controllo Mario non ha più quel cattivo odore e la cosa strana è che spontaneamente sale da solo sul lettino per farsi visitare.

I noduli tiroidei

di Francesco Privitera

I noduli tiroidei, patologia non frequente in età pediatrica possono essere isolati o multipli.

I noduli multipli sono rari e di solito indicano un processo benigno, mentre il nodulo isolato spesso può avere caratteristiche di malignità. I noduli tiroidei in età pediatrica hanno una frequenza dell'1% contro il 7% degli adulti ed un rischio di malignità del 20-50% (adulti 5 volte inferiore).

Essi sono nel 60-70% noduli isolati di cui il 20% cistici, e nel 10% sono noduli iperfunzionanti. Il rapporto maschi-femmine è di 1:4.

L'etiopatogenesi è multifattoriale, comprendendo fattori genetici (distribuzione familiare, mutazioni), fattori ormonali (TSH), immunologici (tiroidite autoimmune) ed ambientali (carenza o eccesso di iodio, radiazioni ionizzanti).

La **Diagnosi** si avvale di una valutazione combinata di fattori clinico-anamnestici, laboratoristici e strumentali. **Anamnesi** familiarità, radiazioni ionizzanti soprattutto capo e collo, aumenti di volume del collo, patologie tiroidee. **Es. obiettivo:**

a) della ghiandola tiroidea (consistenza, simmetria, mobilità, dimensioni);

b) del nodulo (numero e consistenza);

c) ricerca linfonodi palpabili latero-cervicali e sovraclavari.

Es. di laboratorio:

a) TSH, FT3, FT4 per la funzionalità;

b) Ab TPO, ab TG, ab TR, che possono risultare positivi talora anche nel carcinoma o nel Graves;

c) Tg;
d) calcitonina (v.n.1 ng/ml) in quanto valori elevati suggeriscono un carcinoma parafollicolare.

Es. strumentali:

a) ecografia color/power doppler;

b) scintigrafia con ^{99m}Tc o ¹²³I;

c) agobiopsia con ago sottile ed ecoguidata.

L'ecografia è utile perché ci permette di definire la sede, il numero ed il volume dei noduli, nonché di caratterizzarli in cistici o solidi, valutandone anche la vascolarizzazione e la eventuale necrosi intranodulare, ma non è attendibile per stabilirne la malignità.

La scintigrafia è utile per stabilire se un nodulo è freddo o caldo, per cui l'unico esame che abbia un alto grado di attendibilità per stabilire la malignità dei noduli tiroidei è l'agobiopsia ecoguidata in cui la percentuale di falsi negativi è trascurabile.

Infatti l'accuratezza diagnostica di questa metodica supera in mani esperte il 90% e può eventualmente essere associata al dosaggio della tireoglobulina e/o calcitonina sul liquido di lavaggio, per aumentarne l'attendibilità in caso di malignità.

Le indicazioni all'esecuzione dell'agobiopsia ecoguidata sono descritte nella tab.1.

Tabella 1

Indicazioni dell'agobiopsia con ago sottile ed ecoguidata

Nodulo isolato solido o cistico con diametro > 1 cm, anche nell'ambito di una patologia tiroidea nota ed indipendente

Nodulo di qualsiasi dimensione in rapida crescita o presenza di linfonodi regionali sospetti

Nodulo dominante in gozzo multinodulare

Può verificarsi a volte un aumento repentino ed improvviso di un nodulo, e spesso ciò è dovuto ad un'emorragia all'interno di un nodulo benigno: in genere in questi casi l'ecografia chiarisce il dubbio.

La **Terapia** è spesso controversa e comunque indirizzata dall'agobiopsia (vedi sintesi in Tab. 2).

Se siamo di fronte ad un **nodulo cistico** si può usare **L - T4** a dosi soppressive (>2g/μg/die) per 6-12 mesi e vedere se si riduce il volume (anche se in letteratura non c'è concordanza, sembra che questa terapia porta ad una riduzione del nodulo e comunque ne blocca la crescita). Lo **Iodio** è indicato nella situazioni di carenza ambientale. Negli ultimi anni si è diffusa, anche se limitatamente, la tecnica dell'**alcolizzazione per cutanea** del nodulo.

Tabella 2

TERAPIA

L-T4	- Nodulo cistico - Nodulo solido freddo o tiepido
Iodio	- Nodulo cistico da carenza di iodio
Alcolizzazione	- Nodulo cistico - Nodulo solido freddo o tiepido - Nodulo caldo iperfunzionante
Anti-tiroidei	- Nodulo caldo iperfunzionante
Chirurgica	- Nodulo solido freddo o tiepido (in caso di insuccesso terapia medica) - Nodulo dubbio (o in prima istanza o dopo ripetizione agobiopsia) - Nodulo caldo iperfunzionante (non solo dopo fallimento terapia medica) - Nodulo maligno

Se invece il nodulo è **solido freddo o tiepido benigno** si può fare terapia con **L-T4** a dosi soppressive ed in mancanza di risposta, si può fare anche l'**alcolizzazione per cutanea** (nei bambini più grandicelli),

oppure **terapia chirurgica** (a qualsiasi età).

La **terapia chirurgica** si può fare in prima battuta in un **nodulo dubbio** se presenta fattori di malignità (familiarità positiva, anamnesi positiva per irradiazione, rapida

crescita del nodulo, dimensioni del nodulo >5 cm.), oppure ripetere agobiopsia e decidere dopo.

Se il nodulo è **caldo** (raro in età pediatrica), i **farmaci antitiroidei** hanno scarsa efficacia se è iperfunzionante, ed allora si può fare l'**alcolizzazione per cutanea** (più efficace nei noduli di grandi dimensioni), oppure **terapia chirurgica**, la quale viene oggi preferita in quanto nel bambino il rischio di malignità di questi noduli iperfunzionanti è maggiore che negli adulti, oltreché causa di ipertiroidismo non rispondente alla terapia.

Nel **nodulo maligno**, ovviamente, **terapia chirurgica** elettiva.



Più febbre da piccoli meno allergie da grandi

Più febbre si ha da piccoli, meno allergie si sviluppano da grandi. Questo è il risultato di uno studio pubblicato sul **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, da Christine Johnson del Henry Ford Health System di Detroit.

Johnson ha esaminato 835 bambini ricostruendo dai dati ospedalieri quanti episodi di febbre i piccoli avevano avuto nel loro primo anno di vita. Mentre la metà dei bimbi che non si erano mai ammalati il primo anno di vita a sette anni avevano sviluppato qualche allergia, tra coloro che hanno avuto un solo episodio influenzale il 46,7% a sette anni è divenuto allergico.



Invece, con due o più influenze nel primo anno solo il 31% alla stessa età aveva allergie. "Non ci aspettavamo di trovare una relazione così forte tra febbre e sindromi allergiche", ammette la Johnson, ipotizzando che ciò potrebbe suggerire misure preventive e la ricerca di nuove strategie per bloccare sul nascere il problema.

L'articolo arriva ad ipotizzare che queste evidenze possano provare la validità della teoria dell'igiene eccessiva come condizione favorevole all'insorgere di malattie quali allergie o asma.

...diremo meno ai nostri pazienti di ...non mettersi le mani in bocca?

Radiologia

Un'incubatrice RM-compatibile di nuova concezione consente di ottenere immagini di alta qualità del neonato in modo sicuro. La RM del neonato è importante, dato che vi possono essere problemi complessi e multipli dovuti a prematurità o disordini dello sviluppo, ma essa implica lo spostamento del neonato dal suo ambiente controllato all'apparecchio.

Questo problema viene eliminato con la nuova metodica, che non richiede nemmeno la sedazione del paziente. Un problema ancora irrisolto è costituito dal fatto che il neonato non è facilmente visibile dalla stanza di controllo, ed avere un membro dello staff nella stessa stanza del neonato rende la procedura più sicura (**Pediatrics**, 2004; 113: e150 - e152)

Vaccini...
alla riscossa...

Vaccini e Autismo

Non è vero che esiste il legame certo tra vaccini e autismo. A sei anni dalla pubblicazione del primo articolo su *The Lancet*, si scopre che lo studio era viziato da un forte conflitto di interesse. L'autore del lavoro era stato incaricato dai legali dei genitori di un bambino autistico, di trovare il legame tra questa malattia e il vaccino in modo da chiedere il risarcimento al Servizio sanitario britannico. Leggi la pioggia di ritrattazioni sul numero di **The Lancet** del 6 marzo 2004.

...cum judicio!!!

Ci sono diversi elementi da verificare prima di vaccinare un bambino o un adulto. Per esempio un possibile stato febbrile in atto.

Ma come viene valutato a livello internazionale questo elemento nelle attività di vaccinazione? Gianni Gallo, dell'Azienda Us12 di Venezia, fa il punto della situazione

internazionale mettendo a confronto le indicazioni dei diversi paesi, Italia compresa. Consulta anche la check list di domande a cui rispondere prima della vaccinazione e il manuale delle controindicazioni, entrambi on-line sul sito <http://www.levaccinazioni.it/> (il network italiano per le vaccinazioni).



CALENDARIO "INCONTRI 2004"

ACP-PAIDOS / FIMP

Per ulteriori informazioni contattare la segreteria organizzativa al 347 7792521

8 Maggio - 22 Maggio - 29 Maggio

Corso Self Help intitolato
"Le emergenze nell'ambulatorio del pediatra di famiglia"

Aula Prontoturismo Via Verrotti 38- Catania

N° 8 crediti formativi

5 Giugno

Malattie maestre.
Burgio, Notarangelo

Aula Conferenze P.O. Acireale

In fase di accreditamento

9 Ottobre

Ematuria e
proteinuria.
G. Rizzoni

Aula Conferenze P.O. Acireale

In fase di accreditamento

13 Novembre

Il Vomito.
G. Magazzù

Aula Conferenze P.O. Acireale

In fase di accreditamento

