

note di cultura per il pediatra

a.e.p.

# Paiδòs

Anno 3 N. 3 - Luglio - Settembre 2002

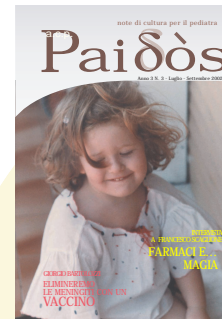


INTERVISTA  
A FRANCESCO SCAGLIONE

FARMACI E...  
MAGIA

GIORGIO BARTOLOZZI

ELIMINEREMO  
LE MENINGITI CON UN  
VACCINO



## EDITORIALE

# Medicina e pozioni magiche

di ALBERTO FISCHER

«...utilizzare un farmaco allo stesso modo di una pozione magica».

M'impadronisco di una frase che Gulino riporta nella sua intervista a Scaglione, per concedermi qualche personale riflessione.

E' indubbio che la medicina ha fatto, ed in tempi rapidi, passi da gigante in tutti i campi, sfruttando al meglio quanto l'evoluzione tecnologica in fisica, chimica, biologia e informatica è in grado di offrire in termini di diagnostica e terapia.

Ma è anche vero che numerosi problemi rimangono aperti e che ad essi sono ricollegabili zone d'ombra che nei rapporti umani e professionali il medico è comunque indotto a riempire, se non con soluzioni tecnologiche, almeno con l'abilità della parola e della forza della comunicazione.

In ciò, spesso inconsapevolmente ma necessariamente, operiamo una sorta di taumaturgia, che può avere lati positivi di fronte a malattie considerate incurabili o a malati terminali, soprattutto in un'età di forte dipendenza ambientale, come quella infantile. Ciò, tuttavia, non è giustificabile quando esistono dati sicuri, scientificamente provati e confermati alla luce di una medicina ebm, poiché ciò configurerebbe un tradimento di quei principi fondamentali ed etici che debbono sempre ispirare i rapporti medico-paziente.

Che senso ha, per esempio, utilizzare antibiotici per batteri il cui metabolismo o vita endocellulare non permettono di garantire alcuna sensibilità.

Poi vengono fuori numerosi studi a dimostrare percentuali di resistenze, regionalmente differenti, senza far considerare che le differenze tra percentuali di resistenza e di sensibilità possono essere legate a guarigioni spontanee. Così come ricorrere alle medicine alternative laddove tutto il mondo scientifico si è espresso positivamente per un unico tipo di terapia risolutrice.

Crederci per fede che una filosofia medica o una terapia tradizionale sia comunque e ovunque applicabile è atto gravido di danni, spesso irreparabili, e in ciò noi possiamo avere grandi responsabilità etiche.

Il simpatico articolo di Di Forti e le acute osservazioni di Libranti in questo numero, conducono a identiche riflessioni.

Altre considerazioni sono da porsi sui farmaci *off label* o *unlicensed*, di cui si fa cenno nella stessa intervista di Gulino, ma ciò richiederebbe spazi che non mi posso concedere, per cui vi rimando volentieri ai competenti articoli di Ugazio su "Area Pediatrica" di alcuni mesi fa, e di Martini sul primo numero di "Gaslini", uscito in questi giorni.

**Direttore responsabile**  
Francesco La Magna

**Direttore**  
Alberto Fischer

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

**Responsabile di redazione**  
Antonino Gulino

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

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

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

**Stampa**  
Litografia  
LA ROCCA  
Giarre (CT)

Questo periodico è distribuito gratuitamente ai pediatri

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

## SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 6 APLV
- 8 Zecche e rickettsiosi
- 10 Un caso di ipertransaminasemia
- 12 Farmaci e... magie

## RUBRICHE

- 4 La rubrica di Giorgio Bartolozzi
- 9 I siti di Mazzola
- 11 E diciAmocelo
- 14 Un pediatra al cinema
- 14 L'angolo della poesia
- 15 La posta di Albertino
- 16 Fermenti in fermento
- 17 Lo stupidiatra
- 18 Ingestione di corpi estranei

## A PROPOSITO DI...

- 11 Vaccini

## PILOE DI... ENDOCRINOLOGIA

- 19 Tiroidite autoimmune

## ULTIMISSIME

- 21 La Regione siciliana estende l'offerta del vaccino antipneumococcico coniugato.

## NEWS DALLA RETE

- 22 Cortisonici inalatori e cortisolemia

Copertina  
(foto di A. Fischer)

*Pur non essendo elevata l'incidenza di meningiti da meningococco in Italia, la malattia invasiva è causa di sepsi gravate da un alto tasso di letalità, che da solo giustificerebbe un approccio vaccinale.*

di **GIORGIO BARTOLOZZI**

## Elimineremo le meningiti con un vaccino

I dati ricavati dal BEN dell'Istituto Superiore di Sanità, del febbraio 2001, indicano che per tutte le età il tasso di meningiti batteriche su 1 milione di abitanti è di 5,1 per lo pneumococco e 4,7 per il meningococco nel 1999. Per l'*Haemophilus* il tasso è sceso a 1,3 casi per milione di abitanti.

La distribuzione delle meningiti nel loro complesso è superiore al nord, intermedia al centro e più bassa al sud. Ma se noi andiamo ad osservare i casi in età inferiore ai 5 anni (0-4 anni), risulta che i casi di meningite da meningococco sono il doppio dei casi da pneumococco (23,4/1.000.000 contro 11,8).

Addirittura l'emofilo nel 1999 aveva dato ancora 18,1 casi/1.000.000, al di sotto dei 5 anni. Ricordiamo che il nuovo calendario è entrato in uso il 7 aprile 1999 e che solo dopo è entrato in commercio l'esavalente, che ha portato a una copertura

per l'Hib uguale a quella delle vaccinazioni obbligatorie.

Ciò vuol dire che almeno nel 1999 la meningite da meningococco è la malattia a carico del SNC più frequente nei soggetti sotto i 5 anni.

La situazione epidemiologica italiana (attestata con un'incidenza di 0,3 - 0,6 meningite meningococciche su 100.000) e forse sottostimata per la carenza di notifiche, dimostra certamente un'incidenza di tipo endemico non allarmante (le grandi epidemie avvengono in Africa e causano decine di migliaia di morti ogni anno).

Ma nelle malattie invasive del meningococco bisogna includere anche la sepsi meningococcica, a volte associata a meningite, ma a volte presentandosi da sola, con un quadro "fulminante", con emorragie cutanee estese e gravissime, stato di shock e morte in un breve periodo di tempo, nonostante una pronta diagnosi.

Nei testi più accreditati tale quadro clinico raggiunge e supera letalità del 20%. In che rapporto numerico sta la sepsi grave alla meningite? Difficile dire perché spesso le due manifestazioni si susseguono l'una all'altra, mentre altre volte sono assolutamente indipendenti. E' possibile affermare che la sepsi, associata o meno a meningite, rappresenta circa il 40% di tutti i casi di malattia invasiva da meningococco, e la sepsi "pura" intorno al 20% (solo la emocoltura evidenzia una sepsi pura).



E' in questo, in questa elevata letalità, non controllabile dal trattamento, che l'infezione meningococcica si differenzia dalle altre due malattie da germi con polisaccaridi capsulari (Hib e pneumococco): è per questo soprattutto che penso sia corretto considerare in modo diverso la vaccinazione contro il meningococco da quella degli altri due.

In altre parole il vaccino contro il meningococco risponde ad uno dei requisiti che una volta si richiedevano per l'introduzione di un vaccino, quello di essere rivolto verso malattie, che non sono in altro modo trattabili.

Dall'esame dei dati ISTAT (1997) ho trovato 24 morti per infezione meningococcica, di cui 9 in età pediatrica (< 14 anni), di cui 4 nel corso del primo anno. E nel 1997 non era presente un'epidemia da meningococco: è stato un anno con un numero di casi inferiore ai 300. Sempre dall'ISTAT risulta che i casi di meningite meningococcica nel 1997 sono stati 202, quindi una situazione al di fuori dell'epidemia in un andamento endemico, che si ripete tutti gli anni in Italia con una predominanza dei sierogruppi B e C. Peraltro non possiamo dimenticare la possibilità di un'alternanza fra il gruppo B e C come è avvenuto nel Regno Unito, in Irlanda e in altri Paesi che hanno conosciuto una grave epidemia da C.. In Italia 1/5 delle meningiti

meningococciche è legato al gruppo C.

In uno studio ISS dal '94 al 2001 sono stati accertati 1.571 casi di malattie invasive da meningococco, così ripartiti: 68% di meningite purulenta, 16% di sepsi, 14% sepsi+meningite. In pratica la sepsi rappresenta un terzo delle malattie invasive totali. Anche il numero dei casi di meningite pneumococcica si aggira intorno ai 200, con un'incidenza calcolata in 0,5 casi/100.000 abitanti, anche se con quadri meno virulenti di quelli dati dal meningococco.

In questo momento non si è in grado di quantificare i casi a seconda dell'età, ma ricordo che sia lo pneumococco che il meningococco colpiscono soggetti di tutte le età, a differenza dell'Hib che preferisce soggetti di età inferiore ai 5 anni.

Come procedura onde evitare di fare al piccolo più inoculi, è preferibile fare in una prima seduta il vaccino pentavalente + Hep B (o l'esavalente) e dopo alcuni giorni il Menjugate ed il Prevenar.

### PAIDOS INFORMA



CALENDARIO  
"INCONTRI 2002"  
ACP-PAIDOS O.N.L.U.S.

**23 Novembre:**  
"Progetto Varicella"  
Hotel Baia degli Aragonesi - Catania

**30 Novembre:**  
"La pediatria che cambia"  
Aula Conferenze P.O. Acireale

**6-7 Dicembre**  
"Malattie neuromuscolari:  
diagnosi e prospettive  
terapeutiche"

6 Dicembre: Dipartimento di Pediatria,  
Università di Catania

7 Dicembre: Aula Conferenze  
P.O. Acireale

*Si definisce allergia alle proteine del latte vaccino qualsiasi reazione avversa legata ad un meccanismo immunologico*

forme non IgE-mediate (da immunocomplessi o da linfociti "committed"), più frequenti ma caratterizzate da una sintomatologia meno eclatante.

Le forme cliniche non immunologiche

# APLV

di ANTONIO FICHERA

**I**n accordo alle più recenti classificazioni basate sui meccanismi patogenetici, si definisce oggi come allergia alle proteine del latte vaccino (APLV) qualsiasi reazione avversa, dopo introduzione di tali proteine, che riconosca un meccanismo immunologico.

Si definiscono, invece, fenomeni di ipersensibilità alimentare non allergica, in sostituzione del vecchio termine di intolleranza (IPLV), i sintomi correlati all'introduzione delle proteine del latte vaccino che non riconoscono una patogenesi immunologica.

Contrariamente al generale aumento delle malattie allergiche, probabilmente correlato al declino delle patologie infettive nelle prime epoche della vita, non è stato osservato incremento delle allergie ed ipersensibilità alle proteine del latte vaccino. L'incidenza di tali manifestazioni, secondo un recente studio che adottava rigidi criteri di selezione e test di scatenamento in doppio cieco, rimarrebbe, infatti, stabilmente ancorata al 2,2% della popolazione pediatrica.

Al determinismo delle A-IPLV concorrono certamente da un lato la predisposizione genetica (familiarità per malattie allergiche) e dall'altro una precoce esposizione ambientale.

Per quanto riguarda le manifestazioni cliniche a patogenesi immunologica, occorre distinguere le forme IgE-mediate (rare ma clinicamente molto gravi, con positività dei test in vivo ed in vitro) dalle

riconoscono, invece cause enzimatiche, tossiche o ancora da definire.

Nelle forme a patogenesi immunologica, dopo la presentazione dell'allergene ai linfociti T e successiva stimolazione dei linfociti B, si determina produzione di IgE e rilascio mastocitario di citochine specifiche (istamina, triptasi, fattori di attivazione piastrinica etc.); talvolta si verifica, inoltre, infiltrazione della mucosa da parte di monociti ed eosinofili con sintomatologia clinica simil-celiaca.

Affinchè si determini lo shift dei linfociti B verso la produzione di IgE, occorre che si rompa l'equilibrio tra linfociti TH1 (ad azione inibente la produzione di IgE), linfociti TH2 (ad azione favorente) e linfociti TH3 (con proprietà regolatrici).

In rapporto ai differenti meccanismi patogenetici, si possono distinguere forme cliniche immediate IgE-correlate (angioedema, anafilassi, broncospasmo...), forme cliniche intermedie da immunocomplessi (con sintomatologia di tipo dermatologico o gastroenterologico minore) forme tardive da infiltrazione mucosale (con sintomi da malassorbimento).

I quadri clinici da ipersensibilità alimentare, sebbene percentualmente frequenti, rimangono invece di difficile classificazione.

La sintomatologia clinica delle A-PLV si manifesta soprattutto entro il primo anno di vita (in oltre il 60% dei casi entro i primi 6 mesi di vita ed in circa il 95% entro il primo anno).

In termini di frequenza si riscontrano più spesso sintomi di tipo dermatologico (64%), quindi sintomi di tipo gastroenterostinale (59%), affezioni di tipo respiratorio (33%), sistemiche (< 8%) ed infine ematologiche (1-2%).

Le varie manifestazioni cliniche, che possono riscontrarsi sia in forma isolata che combinata, sono riassunte nella tabella 1, in ordine decrescente di frequenza.

**U**na questione ancora aperta è l'acquisizione della cosiddetta tolleranza orale alle proteine del latte vaccino, che, secondo alcuni studi verrebbe conseguita entro i primi 2 anni di vita nella quasi totalità dei casi, mentre, secondo altre ricerche, non si verificherebbe fino a 6 anni di vita nel 35% dei soggetti con forme IgE-mediate.

I sintomi che più frequentemente si riscontrano nei cosiddetti quadri clinici persistenti di APLV sono il broncospasmo e la stipsi, con notevole patomorfismi rispetto alla sintomatologia osservata nei primi mesi di vita.

Da un punto di vista diagnostico (tabella 2) possiamo eseguire esami di carattere generale, che si dimostrano ancora utili (eosinofilia, presenza di anemia e di sangue occulto nelle feci); tra i test che si misurano la risposta immune specifica, il prick test cutaneo (pur di modesto valore predittivo positivo) ed il dosaggio delle IgE specifiche sono oggi considerati di provata utilità nella diagnosi delle allergie alimentari mentre di inferiore valenza sono altri esami allo scopo proposti

(test di rilascio dell'istamina, dosaggio di IgG IgA specifiche, test di proliferazione cellulare e di inibizione della migrazione leucocitaria, patch test); tra i test che esplora-

rano il danno della mucosa particolarmente importanti si dimostrano i test di permeabilità intestinale (xilosemia della 1<sup>o</sup> ora) e la biopsia digiunale, mentre meno discriminanti è più indaginose sono la ricerca della proteina cationica eosinofila e del tumor necrosis factor nelle feci.

L'iter diagnostico corretto delle allergie alimentari prevede ancora oggi la dieta di eliminazione ed i test di provocazione specifica.

L'aumento del numero dei neutrofili (6 ore dopo il test di provocazione) e l'aumento del numero degli eosinofili insieme alla riduzione della xilosemia ed alla presenza di sangue occulto nelle feci (24 ore dopo il test) presentano elevato valore predittivo positivo di APLV.

Lo specifico intervento terapeutico (esclusione dell'allergene responsabile dalla dieta) deve essere riservato ovviamente soltanto ai casi correttamente

diagnostici e/o con consistenti elementi clinici ed anamnestici di elevata probabilità di APLV. L'abuso ed il disuso, infatti, di molti test diagnostici di laboratorio (prick e rast) insieme con l'esagerata enfa-

tizzazione di alcuni sintomi clinici (soprattutto l'eczema) hanno determinato senza dubbio una sovrastima nell'incidenza di I-APLV. Ciò ha prodotto una eccessiva percentuale di soggetti sottoposti a trattamento dietetico (idrolizzati estensivi, lattini di soya, etc) senza un corretto iter diagnostico.

L'esagerato ricorso a tali provvedimenti dieto-terapeutici, anche nei casi in cui non se ne ravvisa la reale necessità, costituisce una causa non rara di scarso accrescimento del lattante, che viene sottoposto, talora immotivatamente, ad una dieta spesso ipocalorica, ipolipidica, povera di calcio, oltre che poco palatabile e costosa.

## LA CLINICA

Eczema atopico  
Coliche-Vomito-Diarrea  
Asma-Rinite  
Orticaria  
Scarso accrescimento  
Shock anafilattico  
Anemia

Tabella 1

## LA DIAGNOSI

Esami di carattere generale  
Test della risposta immune specifica  
Test del danno della mucosa

Tabella 2

# ZECCHIE E RICKETTOSI

di ANGELO MILAZZO

**L**e zecche sono artropodi che appartengono allo stesso ordine degli acari. Si possono distinguere zecche dure e molli. In Italia le zecche più comuni sono ospitate da: cani, pecore, piccioni.

Esse possono provocare:

- lesioni correlate direttamente all'azione delle punture;
- patologie provocate da tossine secrete da alcune specie;
- lesioni dovute a microrganismi inoculati.

Esse fungono da vettori e da serbatoi per molte rickettsie, ma possono essere veicoli di numerosi virus patogeni, tra i quali alcuni possono causare: meningoccefaliti, febbri emorragiche e non, etc. Inoltre possono essere vettori di una spirocheta responsabile della malattia di Lyme. Questa si manifesta tipicamente con "eritema migrante" e può causare patologie cardiache, muscolari, artriti.

Tali eventualità non debbono provocare "fobie" nei confronti delle zecche e dei cani che sono i loro serbatoi più frequenti. Malattie altrettanto temibili possono essere trasmessi da vettori apparentemente meno pericolosi, quali zanzare, acari, etc.

Le rickettsie sono patogeni intracellulari che si presentano morfologicamente come piccoli batteri Gram-negativi. Le patologie da esse provocate possono variare moltissimo per gravità. Infatti possono provocare da disturbi lievi fino a infezioni



fulminanti. La Rickettsia Connorsii ha sempre causato focolai epidemici in tutto il bacino del Mediterraneo.

La patologia più caratteristica è denominata "febbre bottonosa". Essa ha dimostrato un incremento costante fin dal 1980 in tutte le regioni meridionali dell'Europa ed in alcune regioni è stata dimostrata una sieroprevalenza umana dell'11-26%. La sintomatologia delle infezioni da rickettsie è in gran parte riconducibile alla loro proliferazione all'interno delle cellule endoteliali dei piccoli vasi, dove determinano infiltrazione perivascolare, fenomeni trombotici e necrotici con conseguenti microemorragie.

**Q**ualsiasi organo può essere colpito. Nella sede della puntura si può frequentemente osservare una lesione cutanea ricoperta da un'escara, nota come "tache noire".

E' frequente una linfoadenopatia. Il picco di incidenza si verifica solitamente tra Giugno e Agosto. La trasmissione si verifica soprattutto in seguito al morso della zecca del cane denominata rhipicephalus sanguineus, ma può essere causata da altre specie.

Sono noti casi di infezione importata, soprattutto dai Paesi dell'Africa. I pazienti tipicamente manifestano: febbre, cefalea, mialgia, rash maculopapulare.



Il decorso può essere grave in circa il 6% degli individui affetti. Le complicanze possibili sono: lesioni purpuriche cutanee, interessamento neurologico, distress respiratorio, insufficienza renale acuta, trombocitopenia, nonché la morte nell'1-5% dei casi gravi se non opportunamente trattati in tempo utile.

Patologie particolarmente gravi possono determinarsi negli ammalati affetti anche da: deficit di glucosio-6-fosfato-deidrogenasi, diabete mellito, epatopatia alcolica.

La diagnosi deve essere soprattutto clinica. Classicamente vengono ricercati anticorpi che cross-reagiscono con antigeni del Proteus (reazione di Weil-Felix). Tale reazione però è aspecifica.

Molto più indicativa è la determinazione di anticorpi sierici specifici, soprattutto del loro incremento nel corso della convalescenza.

Sono possibili solo in Centri specializzati: l'immunofluorescenza indiretta su siero con uso di anticorpi monoclonali, indagini di tipo immunostologico ed immunopatologico, ecc.

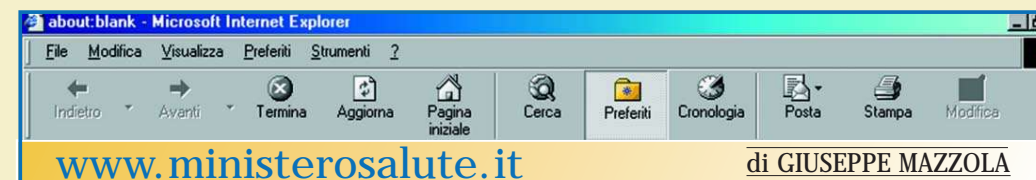
## Terapia

La rimozione delle zecche deve essere effettuata preferibilmente con pinzette, evitando accuratamente lo schiacciamento, che causa ulteriore inoculazione nei tessuti di componenti del parassita. L'antibioticoterapia profilattica negli individui che hanno subito morsi di zecca non è indicata se si accettano i principi della evidence based medicine. Infatti solo l'1% delle zecche trasmette rickettsie virulente.

**La terapia è estremamente efficace se effettuata entro la prima settimana dalla comparsa dei sintomi.** Le complicanze e la mortalità diventano molto più frequenti fin dalla seconda settimana di malattia. Hanno dimostrato ottima azione rickettsiostatica: tetracicline, doxicillina, cloramfenicolo, chinolonici.

Fra questi consigliabile è il trattamento con doxicillina o tetracicline, che espone i bambini a un rischio realmente minimo di alterazione della pigmentazione dei denti e di altri effetti sulle ossa. La terapia dovrebbe essere protratta fino a quando l'ammalato non persista in apiressia per almeno 2-4 giorni e preferibilmente per un periodo complessivo non superiore a 14 giorni.

I pazienti affetti da interessamento del SNC dovuto a processi infiammatori cerebrali o meningei, possono beneficiare dell'utilizzo dei corticosteroidi. Un ritardo nella terapia o nella diagnosi delle forme gravi comporta lo sviluppo di una vasculite con lesioni d'organo e danno irreversibile. Ogni medico deve sempre pensare anche alla possibile diagnosi di rickettsiosi quando un ammalato presenta: febbre con manifestazioni cutanee spesso localizzate anche alle mani e ai piedi. Il sospetto diagnostico deve sempre insorgere se le manifestazioni cliniche dell'ammalato non rispondono prontamente agli antibiotici di uso più frequente, poiché inefficaci in questa patologia, quali: penicilline, cefalosporine, etc.



**Rinnovato il portale del Ministero della Salute. Inaugurato con un discorso in streaming-video dal Ministro Sirchia, piacevole la navigazione, che si pone piu' che in passato come punto di riferimento per i cittadini e gli addetti ai lavori e per l'attualita' medica e scientifica.**

**Accanto alle Leggi e Documentazioni valide le aree tematiche su: Prevenzione e Controlli, Donazioni e Trapianti, Sicurezza alimentare, Medicinali e Vigilanza, Ricerca e Sperimentazione, Salute e Cittadino.**

**Presenti pure dossier di approfondimento su temi di forte rilevanza sociale, sulle strutture sanitarie nazionali, su concorsi e per esteso il programma nazionale per la formazione continua degli operatori della sanità' (E.C.M.).**

# Un caso di ipertransaminasemia

di ALBERTO FISCHER

**U**n vecchio maestro mi diceva che quando il caso è veramente difficile, difficile lo è per tutti. E' così, anche i genitori di Paolo hanno visto scorrere ben quattro anni prima che venisse posta una diagnosi presumibilmente vera. La storia inizia nel '98 quando a seguito di un controllo ematologico generale, per una faringotonsillite a cui erano seguiti artralgie diffuse e transitorie, a Paolo, di cinque anni, viene riscontrato un incremento delle transaminasi 3xN. La prima cosa che viene esclusa, con la sierologia, è la correlazione con virus epatitici (A, B, C, D, EBV, CMV), almeno laddove è possibile arrivare con le tecniche immunologiche conosciute. Quando si è esclusa una patologia infettiva allora si apre un ventaglio di possibilità, la cui analisi non sempre è agevole nelle strutture di 1° livello.

**L**a celiachia deve esser sospettata, e Paolo aveva AGA, EMA e tTg negativi (questi nei controlli più recenti). Non era il caso di fare una biopsia duodenale, anche perché le condizioni generali del bambino (peso al 90° centile e altezza al 75° centile) lo escludevano, ma le atipie della malattia son tante!

L'altra diagnosi a cui immediatamente si pensa venne esclusa già nell'anno successivo alla prima determinazione delle transaminasi.

**L**a malattia di Wilson, infatti venne esclusa con diverse determinazioni della cupremia e della ceruloplasminemia. Aminoacidogrammi e aminoacidurie escludono anche altre patologie metaboliche, ed in fondo tutti i restanti esami del piccolo erano perfettamente nella

norma, compresi (e qualcuno ci pensò) gli ANA, gli ASMA, pANCA, cANCA ed LKM. Test del sudore negativo. Dopo 8 mesi fu fatta una prima biopsia ed il quadro istologico dimostrava modesta degenerazione vacuolare con rari nidi linfocitocitari.

**E** allora? Certo lo studio istologico è importante nella definizione diagnostica e quando nessun dato ematologico ci assiste dopo sei mesi di transaminasemia diventa necessaria. Ma quando l'ultima spiaggia ci tradisce che facciamo? L'attesa è la migliore arma. Ma che diciamo ai genitori? Che tipo di comunicazione utilizziamo. Siamo in grado di rassicurarli o li gettiamo nello sconforto.

**N**el frattempo Paolo cresce bene e va bene a scuola. Dopo 4 anni viene riproposta la biopsia e stavolta l'istologo ci dice che vi è un quadro classico di epatite autoimmune (sic!). Ma l'ipergammaglobulinemia, gli ANA, gli SMA e LKM? Tutto normale. Solo ora a distanza di altri due anni si è riscontrata una positivizzazione degli ANA e soprattutto degli SMA. Possiamo fare diagnosi di Epatite autoimmune e iniziare il trattamento steroideo. Siamo ancora sub judice. Non lo so, ma questa è probabilmente la diagnosi giusta. L'anatomopatologo aveva visto giusto.

**R**icordiamoci che l'ipergammaglobulinemia accompagna tutte le epatiti autoimmuni, la cui genesi è spesso sconosciuta e che sogliono distinguersi in tre forme: a) con ANA e SMA positivi; b) con anti-LKM positivi; c) con presenza di altri anticorpi verso il

E DICIAMOCELO...

## Omeopatia, compliance e "attacchi d'invidia"

di MARIA LIBRANTI

Prima di entrare nel vivo, a placare subito il lieve imbarazzo che il titolo un po' "spericolato" di questa nuova rubrica potrebbe suscitare nei lettori, una premessa è d'obbligo: considero l'omeopatia, al pari di altre medicine alternative (non tutte, in verità), materia rispettabilissima, e so bene come alcuni colleghi sappiano praticarla con la competenza e la professionalità necessarie.

Chi mi conosce, inoltre, potrà confermarvi che ho anche frequentato un corso di omeopatia, non certo per praticarla (un solo corso non basterebbe), ma al fine di emergere da quel "pantano d'ignoranza" in cui mi sembrava di annegare mentre, intorno a me (da parte di amici e parenti perfino!), era tutto un fiorire di "sulphur", "calcarea carbonica", "nux vomica" ect...

Tra i tanti effetti benefici dei "magici granolini" - tutti, in verità, non chimicamente dimostrabili seppur, poi, praticamente efficaci nel contrastare alcune patologie - mi sembra che il più stupefacente riguardi la **compliance**.

Questo il caso: Marco, grazioso monello di 4 anni, figlio di una coppia di amici, è curato omeopaticamente da quando aveva 1 anno.

Poche settimane fa, incontrandolo al mare, rimango colpita dal suo aspetto: il volto, così come tutto il resto della superficie cutanea, appare "tatuato" da numerosissime chiazze ipocromiche, tondeggianti, ben visibili tra i ritagli abbronzati di cute sana.

Il padre mi informa dell'accaduto: «Marco aveva una piccola macchia rossastra vicino l'ombelico; lo abbiamo condotto da un famoso dermatologo» - mi

dice, non senza disappunto - «e questi ha posto diagnosi errata di micosi, prescrivendo una pomata che, in soli due giorni, ha raddoppiato la superficie delle macchioline. Abbiamo subito portato Marco dalla sua Omeopata» - continua fiero - «la quale, per fortuna, ha subito posto diagnosi di piodermite».

Ma perché dunque - chiedo incauta (la solita ficcanaso!) - vista la precoce diagnosi, un così vasto interessamento cutaneo?

«Vedi» - mi risponde benevolo - «si è trattato del "peggioramento omeopatico". Il rimedio dapprima, come tu sai (non lo so, giuro!), "fa venire fuori" tutto il male (sic!)».

«Marco, interamente ricoperto di croste, non è uscito di casa per 1 mese» - confessa il padre - «e l'incontro, sia pure accidentale, con uno specchio era causa certa di pianto. Ma ce lo aspettavamo e siamo rimasti tranquilli.»

Mentre cerco di racimolare tutta la diplomatica correttezza di cui sono capace, necessaria a farmi tacere con lui (ma non con voi), il padre conclude implacabile «Che "cantonata" quel dermatologo! Meno male che la dottoressa ha subito capito di cosa si trattava!» (doppio sic!).

Tutto il resto, lo confesso, è stato incontrollabile: ho passato freneticamente in rassegna con la memoria i 1600 genitori dei miei piccoli assistiti, gli stessi con i quali contrattare 48 ore di attesa prima di intraprendere una terapia o di modificarne una in corso è una vera e propria lotta.

Quanti tra loro, con la stessa incrollabile fede del papà e della mamma di Marco, praticerebbero una terapia tanto a lungo (1 mese!) e con risultati così scadenti?

E mentre rifletto sul livello di fiducia medio dei miei assistiti, così drammaticamente lontano da quello appena rilevato, il mio colorito subisce un "omeopatico peggioramento": sono verde d'**invidia**.

rubriche

**La prescrizione farmacologica è uno degli atti più importanti nella nostra attività professionale, ma molto spesso essa è il risultato di una consuetudine, di un habitus mentale che ci fa trascurare il razionale di una scelta di fondamentale importanza per i nostri pazienti.**

**L'opportunità di chiarire alcuni dubbi su un corretto approccio terapeutico con l'aiuto di uno dei più illustri farmacologi italiani, il prof.re Francesco Scaglione, è certamente utile per migliorare i nostri comportamenti.**

**anche alle cosiddette "medicine alternative". Trova che il ricorso sempre più crescente ad esse sia una sconfitta per la medicina in generale e per la farmacologia in particolare?**

"Ma no, il problema è molto semplice, si fa un grosso errore a parlare di medicine alternative, è necessario distinguere fra medicine che hanno un fondamento scientifico da altre che non c'è l'hanno. Per me già è scorretto il termine di medicina alternativa, ma alternativa a che?"

La medicina è una sola, quella che opera per risolvere malattie. Che poi operi attraverso un farmaco o attraverso altri mezzi come la psicoanalisi, che è accettata da tutti ed è considerata una grande medicina pur non usando farmaci non ha alcuna rilevanza.

Esistono medicine dette alternative che alternative non sono, basti pensare alla Fitoterapia. Il problema sa dove sorge?

Quando si spaccia per medicina qualcosa che medicina non è, cioè quando l'operatore è più importante di ciò che fa. Quello è il problema, lì vuol dire influenzare il paziente, vuol dire dare aspettative al paziente superiori a quelle che uno può dare.

E' lì che la medicina si sporca di magia, lì non va bene, quando cominciano a propinarci

test spettacolari bisogna mettere in guardia il paziente. In questo contesto anche l'omeopatia molto spesso non è molto attendibile, io da farmacologo non credo assolutamente all'omeopatia come medicina. Credo che gli effetti, che indubbiamente hanno i rimedi omeopatici, siano legati soltanto a quello che viene definito *effetto placebo*".

**- Prof. Scaglione, i nostri lettori sono prevalentemente pediatri di famiglia: un problema che ci preoccupa è il razionale sull'uso di farmaci che non hanno alcuna documentazione scientifica che ne giustifichi l'uso in pediatria. Pensa che i nostri timori siano giustificati?**

"Assolutamente sì. Considerare il bambino un piccolo adulto è un grosso errore. Le raccomandazioni dell'OMS e di altri organismi come l'"FDA", spingono a registrare i farmaci per patologia e per età. Cioè, un farmaco efficace nella faringotonsillite non è detto che lo sia nell'otite, anche se lo streptococco procura sia la faringite che l'otite.

Quindi i farmaci andrebbero documentati patologia per patologia, senza fare salti da una patologia ad un'altra. Questa dovrebbe essere la norma ed è quello che si sta verificando

adesso. In passato così non era, infatti un farmaco veniva prima registrato per l'adulto e dopo, l'uso era esteso per analogia al bambino. Non si facevano studi, e spesso non si fanno, nei bambini, perché sono complessi, è difficile ottenere il consenso e, diciamo francamente, è difficile farli bene.

Io in questo periodo sto conducendo uno studio in pediatria, sulla farmacocinetica di un antibiotico. Solo dopo un anno e mezzo che sta andando avanti, a grande fatica, stiamo raccogliendo i primi frutti, ma sono fatiche necessarie perché il pediatra deve avere studi fatti sul bambino e non semplici estrapolazioni da quelli per gli adulti.

**- Prof. Scaglione, noi medici di base siamo frequentemente accusati di far ricorso al farmaco di ultima generazione che spesso è anche il più costoso, incrementando così la spesa farmaceutica. Trova giusta questa accusa? Non pensa che il medico abbia il dovere etico di offrire il meglio al proprio paziente?**

"L'accusa è scorretta perché (e questo lo scriva pure non me ne frega niente) l'incapacità dell'amministrazione pubblica a reperire ed usare risorse, la porta a tagliare la spesa sanitaria, ma io sono convinto che bisogna pur tagliare qualche volta, ma è la razionalizzazione delle risorse che riduce la spesa. Sono gli sprechi che bisogna eliminare, non tagliare o limitare il medico per ottenere una riduzione di spesa.

Venendo all'uso del farmaco, il medico ha la necessità, il dovere etico di usare ciò che ritiene più opportuno per il paziente.

E' ovvio che l'ultimo arrivato non è detto che sia il migliore, nè che ti debba far subito cambiare terapia, però non è detto che io non lo debba usare mai. Ognuno di noi deve avere la libertà di scegliere secondo scienza e coscienza, secondo ciò che ritiene più opportuno per il paziente. Le limitazioni sono ridicole. Io credo che è sull'aggiornamento che l'amministrazione pubblica debba investire, obbligando i medici ad aggiornarsi, perchè un medico aggiornato, un medico bravo è una risorsa per il paziente e per l'amministrazione.

Questo è il segreto, non limitare le azioni: è meglio educare il bambino che non costringerlo a stare chiuso in una casa per non creare danni."



**Gulino. - Prof. Scaglione, rileggendo la prefazione ad un suo testo di farmacologia clinica mi ha colpito una sua affermazione: "usare un farmaco allo stesso modo di una pozione magica...". Reputa che questa consuetudine sia ancora presente nella nostra professione?**

**Scaglione.** "Purtroppo sì, e io credo che sarà presente per molto tempo, perché per molti medici, anche bravi, il problema di ciò che accade all'interno dell'organismo è tralasciato, non è molto considerato.

Io ho un paziente e la sua sintomatologia, somministro il farmaco, e aspetto che succeda qualcosa. Non credo che il medico vada colpevolizzato per questo, in quanto situazioni di questo genere sono legate un po' al contesto in cui egli opera.

Lei immagina uno studio in cui il medico visita mentre 40 persone sono in sala d'attesa, inoltre deve magari espletare 10 visite domiciliari, ecc. ecc., in questo contesto è difficile fare medicina, e molto spesso non si ha neanche il tempo di pensare. Credo che questo problema può essere ridotto dall'aggiornamento professionale, ma soprattutto dal miglioramento del contesto in cui opera il medico."

**- Prof. Scaglione, il nostro periodico dà voce non solo alla medicina tradizionale ma**



di ANTONINO GULINO

La fantascienza è un genere letterario che da sempre offre al cinema la sua linfa vitale.

Steven Spielberg è uno dei registi che meglio ha saputo tradurre per lo schermo l'immaginario letterario di questi scrittori, realizzando opere di grande successo, come *E.T* o *Incontri Ravvicinati*. Ma in quest'ultimo film il regista decide di confrontarsi con una fantascienza più adulta meno accattivante e, prendendo spunto da un racconto di Philip K. Dick, scrittore di "culto" che ha già ispirato capolavori cinematografici come *Blade Runner*, ha realizzato un film di grande forza espressiva, *Minority Report*.

Siamo nel 2052 a Washington, una città sicura, dove ogni individuo è seguito e controllato in ogni istante, un mondo freddo e perfetto, vigilato dall'occhio benevolo di "un grande fratello" di orwelliana memoria. In essa ogni crimine è stato cancellato grazie ad un sofisticato sistema di con-

trollo che, utilizzando dei veggenti, riesce a prevenire ogni delitto.

Il comandante del servizio di Pre-crimine è John Anderton, un uomo distrutto dal dolore per la scomparsa del figlio, che svolge il suo compito con totale dedizione.

Improvvisamente un evento sconvolge la sua vita, i veggenti prevedono che egli ucciderà uno sconosciuto. John non accetta questo verdetto e fugge alla ricerca della verità.

La sua fuga disperata apre la sua mente e gli farà comprendere i limiti di un sistema che toglie all'uomo il suo bene più prezioso: il libero arbitrio, la possibilità di scegliere, la sua libertà.

Spielberg ancora una volta è riuscito a sorprenderci, regalandoci un film formalmente perfetto, capace di coniugare sapientemente l'impegno con lo spettacolo.

Un film inquietante che ci racconta un futuro possibile, ma che in realtà allude al nostro presente.

Un presente sempre più condizionato dall'invasione dei mass-media che stravolgono la nostra vita, i nostri comportamenti, i valori su cui abbiamo fondato la nostra società.

I nostri figli hanno perso

L'angolo della poesia

## ESTATE

di ROSARIO FISCHER

Il caldo sul corpo  
brunito dal sole.  
Un dolce abbandono  
al vento del mare.

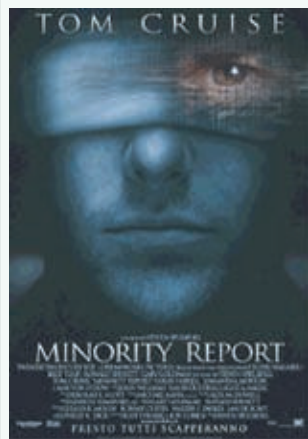
Il pigro vagare  
di eterei pensieri.  
E poi d'improvviso  
sferzante risveglio  
il freddo dell'acqua.

Con lente bracciate  
guadagni la riva  
e subito torni  
nel sole d'estate.

ogni stimolo, la loro fantasia è veicolata in mondi banali e prevedibili, la loro mente rifiuta ogni input se non quelli dei "consigli per gli acquisti".

E' nostro dovere di adulti dare loro i mezzi per crescere, per capire, per giudicare, per scegliere.

Il loro futuro di uomini è in questa scommessa.



**C**aro dottore, come temevo, quest'anno la mia famiglia

ha deciso di replicare la feconda esperienza linguistica anglosassone dell'anno scorso, e, nonostante le mie insistite preghiere affinché desistesse dal bieco proposito, ha organizzato un viaggio cultural-didattico nella patria di Tony Blair; secondo papà, era impensabile non mettere a frutto le lunghe ore da lui trascorse fra tomi, cassette e CD ROM di inglese, per non parlare del solito corso di lingua del dopolavoro ferroviario, ovviamente.

Dopo sole otto ore di ritardo siamo atterrati a Londra; arrivati in albergo – papà, durante il viaggio in metropolitana, ripassava ad alta voce la "lesson number three: the hotel" – ci rivolgevamo alla receptionist, una simpatica ragazza di Bergamo, che ci salutava calorosamente e ci affidava a una collega napoletana, perché lei era impegnata ad accogliere una comitiva di Sassuolo. Il più inglese dell'albergo era il portabagagli pakistano, uno spigliato giovane che si mostrava subito molto premuroso con papà, offrendosi di sciogliere personalmente dei sali da bagno nell'acqua della sua vasca.

Il giorno dopo ci alzavamo alle prime luci dell'alba per fare colazione. La mamma ci aveva istruiti a lungo, tabelle alla mano, sul cambio della valuta, e la sua conclusione era che dovevamo quantomeno limitare al minimo il dispendioso vizio di mangiare. La sua strategia era ridurre i pasti quotidiani a uno (quello del mattino, compreso nel prezzo della camera) più eventualmente qualche snack da procurarsi tramite asporto. Per farla breve, alla fine del viaggio eravamo diventati così abili nel trafugare cibo dal buffet del breakfast che riuscivamo a mettere assieme un pranzo con le fette di bacon che papà nascondeva tra le pagine della guida del Touring Club (utilizzandole fra l'altro come segnalibro), mentre la mamma adoperava il Kway come contenitore per uova strapazzate e salsicce. Il nonno riusciva a nascondere fino a 11 banane nella cintura; il cameriere che ce le aveva portate rimarcava indignato la rozzezza degli italiani, che trangugiavano la frutta senza sbucciare. Il maitre, un gagliardo quarantenne di Bristol con cui papà scambiava qualche parola ("lesson number five – at the restaurant"), mostrava un palese trasporto per il mio genitore, e, incoraggiato, gli procurava sottobanco bocconi prelibati.

Solo al quarto giorno, quando erano finiti i vassoi per il pranzo rubati in aereo, siamo stati costretti da Gigi (ci minacciava con un coltello da cucina) ad entrare in un tipico pub, dove abbiamo conteso un tavolo a una coppia di pensionati di Cuneo. Qui il ristoratore, un estroverso cinquantenne di Birmingham, mostrava una viva simpatia per papà, e si offriva di accompagnarlo alla toilette, dove lo aiutava a lavarsi le mani versandogli sapone profumato al gelsomino.

Londra è una città bellissima, e l'abbiamo girata in lungo e in largo, visitando i monumenti più suggestivi, come la Torre di Londra, Buckingham Palace, il castello di Windsor, che è la residenza della regina e si può visitare, ma si paga il biglietto perché la regina, poverina, ultimamente è in rosso con i conti; chiese

# la posta di Albertino

di DANIELA GINEX



come Westminster Abbey, dove un garbato seminarista di Dover si è offerto di condurre personalmente papà nella cripta; bellissimi musei, come il museo delle cere di Madame Tussaud, dove abbiamo fatto a botte con una famiglia di Molfetta per farci la foto con il gruppo dei reali inglesi; ricchissimi negozi, come i grandi magazzini Harrods, dove abbiamo osservato un minuto di silenzio davanti al mausoleo di Diana e Dodi, inopportuno disturbati da una scolaresca di Marsala.

La sera passeggiavamo a Covent Garden, dove gli inglesi trascorrono lietamente qualche ora sorseggiando svariati litri di birra. Anche noi ci siamo adeguati, e una sera abbiamo dovuto trascinare papà che, ammorbidito dall'alcool, si era quasi lasciato convincere da un eccentrico musicista di strada a fuggire con lui e seguirlo nella sua vita errabonda. La mamma, non tanto lucida neanche lei, cantava a squarciagola vecchie canzoni degli "Alunni del sole", le cui parole le erano inspiegabilmente affiorate alla memoria. Il nonno sostava in tutti i gabinetti pubblici che riusciva a reperire. Immane la visita al mercatino di Portobello (papà ripassava la "lesson number seven – the shopping"), dove la mamma ha concluso un affare con un ambulante di Brescia strappandogli per sole trenta sterline due stampe che lui asseriva risalissero all'epoca vittoriana (ci spiegava successivamente che si riferiva a suo cugino Vittorio, tipografo).

Anche i dintorni di Londra sono molto interessanti. Abbiamo visitato dei suggestivi siti preistorici, come quello famosissimo di Stonehenge, anche se abbiamo avuto non poche difficoltà a far capire al nonno il valore di quelle "pietre", che lui vedeva solo come interessanti angolini nei quali ripararsi da occhi indiscreti per dei momenti di intimità.

Solo verso la fine del viaggio abbiamo notato con un certo sgomento che papà non sembrava più lo stesso; in particolare una delle ultime sere, trascorsa in un locale da ballo di Notting Hill, lo abbiamo sorpreso mentre cercava di insegnare "el burrito" (danza appresa fra enormi difficoltà dagli animatori del lido "Vacarizos") a un disinvolto studente di Canterbury, mescolando arditamente inglese e spagnolo. Era ormai chiaro che papà, lungi dal sentirsi disorientato dall'inopinato effetto del suo sex-appeal, subiva un'importante crisi di identità sessuale; il giorno successivo, infatti, dopo aver acquistato una bandana color arcobaleno, cominciava a manifestare il desiderio di farsi un piercing al sopracciglio e un tatuaggio maori sul polpaccio.

So che tu curi solo i bambini, ma siccome ancora oggi papà sospira tutto il giorno, ascoltando "Daniel" di Elton John, non potresti prescrivergli qualcosa per farlo tornare come prima? Grazie e affettuosi saluti dal tuo piccolo paziente



# FERMENTI IN FERMENTO

Da fermenti lattici a bioregolatori, la "nomenclatura" cambia la nomenclatura o c'è dell'altro?

di FILIPPO DI FORTI

La colonizzazione microbica dell'intestino è un processo che inizia fin dai primi giorni di vita dell'individuo. Famiglie di bifidobatteri e lactobacilli anaerobi occupano progressivamente, con tanto di valigia di cartone, tratti di mucosa intestinale, la colonizzazione è difficile, sono in arrivo flotte di gram negativi con bramosia di potere e di distruzione, ma i nostri bravi gram positivi, forti di un habitat favorevole, si appropriano dei siti di adesione, difendendoli con produzione di ingenti quantità di acidi organici ed H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>.

Beh, si potrebbe continuare a lungo questa rievocazione di "lotte intestine" e di bucolici paesaggi di ameni villi intestinali, ma la biosintesi dei vari fattori probiotici mal si sposa con la giusta voglia di sintesi del mio direttore, che irresponsabile non è.

Quindi in breve gli effetti benefici sono: la facilitazione di digestione di proteine, grassi e lattosio, produzione di vitamine, regolazione della colesterolemia e trigliceridemia, biotrasformazione di farmaci, regolazione immunofisiologica della mucosa intestinale con facilitazione della iperreattività nei confronti di agenti patogeni e tolleranza per quelli innocui.

Un gruppo finlandese i cui nomi, che vi risparmio, somigliano ad una nazionale di calcio, ha osservato che nei primi mesi di vita, una flora batterica prevalentemente gram negativa, favorisce la sensibilizzazione allergica. Quest'evento associato ad una precoce e continua esposizione ad antibiotici, favorirebbe uno scarso lavoro dei TH1 con shift ai TH2 che sono notoriamente allergogenici (ma esiste questa parola?). Hygiene Hypothesis docet quindi.

Sempre i finlandesi ad un gruppo di gestanti allergiche hanno somministrato, negli ultimi

mesi di gravidanza e fino a sei mesi dopo il parto, un probiotico a base di lactobacillo GG.

Gli stessi ad un follow up hanno riscontrato, che i figli delle madri trattate, avevano una minore incidenza di malattie allergiche, presumibilmente per l'aumento nel latte materno del Trasforming Growth Factor (TGF-B2). In questo studio non è stata valutata la variazione della flora batterica della madre.

Recentemente l'industria alimentare seguendo le pulsioni naturalistiche di una "new age nutrizionale", ove i probiotici ridurrebbero l'insorgenza dei tumori del colon, preverrebbero gastriti ed ulcere da helicobacter pylori, ridurrebbero le malattie infiammatorie dell'intestino, le infezioni urinarie e vaginali, preverrebbero l'insorgenza di dermatite atopica, etc etc.. ha fatto sì che nell'ultimo anno le vendite dei cosiddetti "functional foods" siano aumentati del 60%.

Per questo motivo l'OMS sta elaborando delle linee guida al fine di regolare il mercato dei probiotici e degli alimenti i cui punti principali è auspicabile che siano:

- 1) Individuazioni e selezione di batteri dalla comprovata efficacia clinica.
- 2) Verifica mediante studi sull'animale e poi sull'uomo secondo la più classica dell'EBM.
- 3) Studi tossicologici che comprovino la non invasività, la non carcinogenicità e la non patogenicità e la assenza di effetti collaterali.
- 4) Apposizione sull'etichetta degli alimenti addizionati con batteri di indicazioni sulla loro adesività agli enterociti, sulla loro vitalità, capacità di riprodursi negli alimenti in cui sono stati inseriti, nome del ceppo batterico, modalità di conservazione, concentrazione minima, funzione stimolata ed effetto terapeutico.

Presenza di studi esclusivamente concentrati su effetti benefici, fanno sì che ci si dimentichi che l'argomento in questione tratta di batteri e non di "cold water".

Ma chi garantisce che a distanza non ci siano effetti collaterali che una certa "nomenclatura" potrebbe tralasciare per meri fini di profitto? Atteggiamenti naturalistici esasperati, filosofie secondo cui tutto ciò che è naturale è sicuro ed efficace, tolgono equilibrio alla gestione del problema.

Ben vengano studi ben controllati, per la tutela del consumatore, delle ditte serie e dei nostri palati martellati da campagne propagandistiche di cibi aciduli, lievemente emetici, che mai faranno diventare i nostri corpi, conturbati dal flaccidume di armoniose curve scolpite da pannicoli non meglio identificati, in scultorei bronzi dal corpo di bronzo e dalla faccia di bonzo.

A proposito di...

## VACCINI

di ANGELO FAZIO

**Un anno fa ho posto un quesito al Prof. Bartolozzi, a proposito della possibilità che le vaccinazioni possano alterare il sistema biologico dell'individuo favorendo la comparsa di altri virus più aggressivi, ecco qui sotto riportata la sua risposta che nonostante il tempo trascorso mi sembra ancora attuale. "Il Prof. Bartolozzi così risponde":**

*La "pressione immunologica" permette l'evidenziazione di varianti virali o batteriche che, prima dell'introduzione della vaccinazione, sfuggivano a ogni indagine.*

*E' un po' quello che accade con l'antibiotico-resistenza: quella mutazione batterica che si verifica di regola una volta su un miliardo di batteri, in condizioni normali non ha la possibilità di mettersi in evidenza, sommersa dagli altri 999.999.999 batteri sensibili.*

*Ma quando si usa un antibiotico, questo riesce a spazzar via tutti i batteri sensibili, in modo che il mutante, unico*

*a sopravvivere, ha la possibilità di moltiplicarsi e dare segno di sé. Vecchissime esperienze hanno dimostrato che le cose stanno effettivamente così. Qualcosa di simile avviene quando la "pressione immunologica" sia molto forte. In molte parti del mondo e in Italia del sud e delle isole, in qualche caso di epatite B è in gioco un virus variato: se ne conoscono di tipi diversi.*

*Purtroppo il vaccino, costituito da HBsAg, non è capace di difendere da queste varianti, che più facilmente danno malattia. In Olanda si è verificata un'epidemia di pertosse qualche anno fa; vengano colpiti anche bambini che erano stati vaccinati col vaccino intero contro la pertosse; dall'analisi dei ceppi isolati è risultato che queste Bordetelle avevano una mutazione puntiforme a carico della pertactina. Non è d'altra*

*parte risultato chiaro come mai la tossina della pertosse non sia stata capace di difendere immunologicamente i vaccinati. Quindi nella sua frase: "la vaccinazione modifica l'ecosistema biologico e favorisce (avrei detto permette) l'emergere di altri ceppi di virus, magari più virulenti" c'è una gran parte di verità. Ma, e su questo voglio essere assolutamente chiaro, ciò non comporta alcuna conseguenza sulla necessità della vaccinazione e delle alte coperture.*

*E' comunque un aspetto da studiare con accuratezza, da seguire nel tempo, perchè potremmo essere costretti a modificare alcuni dei nostri vaccini, per comprendere anche le varianti. E' al solito quello che succede con l'antibiotico-resistenza: noi scopriamo un antibiotico nuovo che agisce anche sui ceppi resistenti, finchè non esce fuori qualche batterio che presenta una resistenza anche per questo nostro nuovo farmaco.*

*E così via...*

## LO STUPIDIATRA a cura di Fidifo

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

*Questa nuova rubrica vuole essere il "ricettacolo" di tutte le situazioni, vuoi esilaranti, vuoi grottesche, vuoi paradossali, (ma tu non le vuoi!) che incontriamo "hainoi" quotidianamente, durante nostro lavoro.*

*E' una rubrica aperta ai lettori, pertanto tutti voi cari e "bistrattati" colleghi, se siete stati protagonisti o spettatori di episodi particolari, avrete qui "giustizia" con la pubblicazione del vostro "scketch".*

*D'altronde, come non poter menzionare telefonate del tipo: "Dottore sono la signora Coniglio, la madre dei bambini con gli orecchioni", o letture delle proprie prescrizioni con commenti del tipo "va bene dottore.. allora nella ricetta c'è scritto: Augmentin sospensione, bene... questo lo sospendiamo". O sentirsi storpiare i nomi dei latti p.es: "humana disneyland" o "umana diesel", oppure il più recente "nicotina 1". Allora scrivete colleghi, scrivete tutti alla redazione [paidos@tiscalinet.it](mailto:paidos@tiscalinet.it)*

# INGESTIONE DI CORPI ESTRANEI

di ANTONIO RUSSO

L'ingestione di corpi estranei è molto frequente; l'età più colpita va da 2 a 3 anni, ma un bambino più piccolo può ingerire un oggetto messogli in bocca dal fratello maggiore. Bambini con ritardo mentale o patologia psichiatrica possono ingerire oggetti a qualsiasi età e ripetutamente.

La tipologia di oggetti ingeriti è molto ampia, ma ai fini pratici si distinguono quelli a superficie liscia e regolare (tipicamente una moneta) e quelli irregolari, appuntiti o taglienti.

I primi generalmente superano il cardias senza difficoltà, ma anche quelli irregolari per lo più raggiungono lo stomaco e procedono lungo l'intestino, essendo emessi con le feci dopo 3-7 giorni.

I punti fisiologicamente più ristretti dell'esofago, dove i corpi estranei possono essere ritenuti momentaneamente o definitivamente, si trovano a livello del muscolo cricofaringeo (circa a livello delle clavicole), a livello dell'arco aortico e a livello del cardias.

Circa un terzo dei bambini sono asintomatici dopo l'ingestione di un corpo estraneo e l'evento può rimanere sconosciuto se non vi è stato un testimone. Ciò spiega la condizione, rara, di portatore cronico di corpo estraneo caratterizzata da difficoltà di alimentazione, vomito, dolore toracico, che rimane di difficile diagnosi in assenza di un sospetto anamnestico.

Quando i genitori consultano il pediatra riferendo l'ingestione di un corpo estraneo, egli dovrà anzitutto verificare la presenza di sintomi, quali conati di vomito, scialorrea, tosse e soffocamento, dispnea, wheezing, disfonia, dolore al collo o al torace.

Questi sintomi sono indicativi

## PICCOLE EMERGENZE

della ritenzione dell'oggetto nell'esofago, ed il bambino va inviato in ospedale.

In assenza di sintomi è probabile che l'oggetto sia già passato nello stomaco ed è sufficiente l'osservazione domiciliare se si tratta di oggetti lisci e arrotondati, nell'attesa dell'emissione spontanea. In questi pazienti che prevedibilmente elimineranno il corpo estraneo senza complicazioni è discussa l'indicazione alla radiografia di routine.

Al contrario, il bambino asintomatico che abbia ingerito un oggetto irregolare, appuntito o tagliente va ricoverato in osservazione perché esiste il rischio, seppure infrequente, di perforazione e/o emorragia gastrointestinale.

Durante il ricovero verrà eseguita una radiografia basale per la localizzazione dell'oggetto e controlli successivi ogni 12-24 ore per seguirne la progressione nell'intestino.

Nel caso di corpi estranei radiotrasparenti è necessario ricorrere al contrasto con il bario. Nello stesso tempo vanno regolarmente ricercati segni clinici di dolore addominale, emorragia intestinale o peritonite. Una volta superato lo sfintere gastroesofageo, anche gli oggetti più "difficili" in genere sono emessi senza complicazioni.

Se invece l'oggetto rimane in esofago oltre 24 ore è necessario rimuoverlo endoscopicamente, non solo per il rischio di perforazione ma anche perché la rimozione diventa più indagginosa con il passare del tempo.

Le batterie a bottone rappresentano un'eccezione per il loro elevato potenziale di corrosione della mucosa qualora restino indovate nell'esofago: in questo caso vanno rimosse al più presto (possibilmente entro 4-6 ore). Una volta raggiunto lo stomaco, anche per queste batterie non esiste un rischio particolare.

Il tentativo di favorire l'espulsione del corpo estraneo dallo stomaco o dall'esofago stimolando il vomito è controindicato.



## Pillole di... endocrinologia

## TIROI DITE AUTOIMMUNE

di FRANCESCO PRIVITERA

**La tiroidite autoimmune (TA)**, prima intesa come tiroidite linfocitaria giovanile o tiroidite di Hashimoto rappresenta, assieme al diabete mellito tipo I, la più comune endocrinopatia autoimmune in età pediatrica.

Essa costituisce (anche se hanno manifestazioni cliniche diverse) insieme al Morbo di Graves-Basedow un'entità unica conosciuta come **Patologia Autoimmune Tiroidea (ATD)**.

L'epidemiologia è in via di definizione, ma dati recenti indicano una prevalenza di TA in età pediatrica di circa 1%.

Negli ultimi anni si riscontra un anticipo dell'età di esordio della TA fino ai 6-8 anni, mentre è costante la maggiore prevalenza nel sesso femminile (F:M = 4-7:1).

Si ricorda anche che la TA può associarsi con altre malattie autoimmuni (diabete mellito insulino-dipendente, malattia celiaca) o con malattie cromosomiche (S. di Turner e S. di Down) e che rappresenta circa il 60% delle cause di ipotiroidismo acquisito in età pediatrica.

### Diagnosi

Tralasciati i criteri di Fisher (gozzo + autoanticorpi > 1:100 + TSH elevato + scintigrafia ipercaptante con distribuzione irregolare del tracciante + test al perclorato positivo) perché spesso nei pazienti con TA non si soddisfacciano contemporaneamente, e con l'avvento di tecniche ultrasoniche sempre più sensibili, attualmente si seguono altri criteri: **a) clinici; b) laboratoristici; c) strumentali;**

### a) criteri clinici:

gozzo come da classificazione OMS ± segni / sintomi di ipertiroidismo (Hashitossicosi) o ipotiroidismo;

- più raramente: alopecia, vitiligine, glomerulonefrite da immunocomplessi, piastripenia, MEN;
- recentemente è stata se-

gnalata una encefalopatia da TA, in prevalenza negli adulti, con stato confusionale, tremori, clonie, crisi convulsive ed allucinazioni;

*Oltre il 50% delle TA esordiscono con un quadro di ipotiroidismo sub-clinico. L'ipertiroidismo transitorio (10%) è dovuto invece alla rottura dei follicoli ed alla liberazione in circolo di T4.*

### b) criteri di laboratorio:

- FT3, FT4: elevati, normali o diminuiti a seconda dello stadio della malattia e dell'estensione della flogosi
- TSH: diminuito, normale o elevato per gli stessi motivi di prima;
- AbTg: presenti nell'80-100% dei casi;
- AbTPO: corrispondenti agli antimicrosomi, presenti nel 90-100%;
- TRAb: del tipo bloccante l'attività del recettore del TSH, presenti in circa il 15%.

*Va ricordata la possibile discordanza tra AbTg e AbTPO (+/- oppure -/+). Inoltre in circa il 10% dei pazienti affetti di TA possono essere del tutto assenti gli autoanticorpi serici, verosimilmente per la loro completa localizzazione a livello tiroideo*

### c) criteri strumentali:

• ecografia: consente di misurare il volume della tiroide (gozzo: > 2 DS rispetto ai valori di riferimento per età); è caratteristica se dimostra aree di ipoecogenicità diffuse o nodulari e può mettere in evidenza linfonodi loco-regionali.

Positiva in oltre il 90% dei soggetti affetti da TA, consente anche di fornire criteri predittivi per l'outcome.

Se negativa è utile controllo non prima di 1 mese e comunque entro 6 mesi.

#### Grading ecografico della TA (Sostre, 1991)

- G1 (danno minimo) - ghiandola diffusamente ingrandita, normoecogena
- G2 (danno lieve) - focolai multipli di ipoecogenicità in gh. normale
- G3 (danno moderato) - gh. ingrandita, moderatamente diffusamente ipoecogena
- G4 (danno grave) - gh. ingrandita, nettamente e diffusamente ipoecogena

• scintigrafia e test al perclorato non sono più attuali o sono inutili perché positivi solo nel 50-60% dei casi; ago-aspirato: indicato nei casi di inquadramento diagnostico incerto di TA (associato al dosaggio della Tg e/o calcitonina sul liquido di lavaggio utilizzato per la procedura) e comunque se sono presenti noduli di diametro >1 cm. e/o linfonodi regionali sospetti, al fine di escludere forme di carcinoma tiroideo.

#### Diagnosi differenziale

1. M. di Graves-Basedow:

se la TA è in fase ipertiroidea

2. Ca tiroideo: se la TA è associata a presenza di noduli e/o linfonodi

3. M. di Plummer: test di inibizione e stimolazione con TSH

4. Carezza iodica: in caso di eco normale, anticorpi border-line, piccolo struma, approfondire escrezione urinaria di iodio.

#### Terapia

In letteratura sono controversi ancora i dati relativi al trattamento (inizio, durata, effetti della terapia sul volume della ghiandola, sul titolo anticorpale e sulle alterazioni ecografiche), mentre il consenso è unanime sul tipo di terapia.

In sintesi conviene trattare i pazienti con TA e ipotiroidismo clinico o sub-clinico (FT4-FT3 normali e TSH oltre il range normale) con **I-T4** a dosi sostitutive (dose sufficiente a riportare il TSH nei limiti della norma) e per il tempo minimo necessario a raggiungere l'eutiroidismo (in genere non risulta mai inferiore ai 2 anni). Ciò in quanto si è visto che:

**a)** dosi soppressive non abbreviano il decorso della malattia e

**b)** lunghi periodi di trattamento danno effetti secondari (riduzione dell'intervallo sistolico, aumento frequenza cardiaca e riduzione della densità minerale ossea).

Per quanto riguarda l'uso dell'associazione I-T4+T3 per ridurre le dosi di I-T4

stessa (quindi minori effetti collaterali) proposta nell'adulto, non pare giustificata in età evolutiva.

Inoltre alte dosi di Ig. e.v. non hanno trovato applicazioni in età pediatrica nonostante qualche dato incoraggiante nell'adulto, così come gli immunosoppressori (cortisoni ed altri) non vengono utilizzati per gli elevati effetti collaterali.

#### Follow-up

Nei soggetti in terapia o ancora eutiroidei si consiglia valutazione clinica e biochimica ogni 3-6 mesi.

Nei soggetti non in terapia si consiglia una ecografia ogni 12 mesi.

Nei soggetti con lesioni nodulari o linfonodi sospetti si consiglia una ecografia ogni 3 mesi e una valutazione chimica e biologica ogni 3-6 mesi.

Un controllo degli ormoni tiroidei viene consigliato entro 1 mese dalla sospensione del trattamento.

*Concludendo con una nota sull'evoluzione della TA ad esordio precoce, possiamo dire che, secondo dati recenti, in oltre il 60% dei pazienti residua un ipotiroidismo sub-clinico o conclamato e la persistenza del processo morboso anche negli eutiroidei.*

*Ciò suggerisce come la TA ad esordio in età pediatrica, a differenza delle forme ad inizio tardivo, ha scarse possibilità di risoluzione del processo flogistico e quindi tende alla cronicizzazione.*

## ULTIMISSIME

L'Assessorato Regionale Sanità in attuazione anche della Circolare n.11/01 del Ministero della Salute e del relativo parere del Consiglio Superiore di Sanità ha previsto l'estensione del diritto alla vaccinazione PCV-7 ad altri gruppi a rischio, in aggiunta a quelli già individuati.

## La Regione siciliana estende l'offerta del vaccino antipneumococcico coniugato.

di MARIO CUCCIA

### 1

#### SOGGETTI A RISCHIO

L'offerta viene estesa ai seguenti gruppi a rischio:  
a) Bambini di età <5 anni affetti da otiti ricorrenti (3 episodi in sei mesi o 4 episodi in un anno).  
b) Bambini frequentanti gli asili nido.  
c) Neonati con lunga permanenza in neonatologia e con peso inferiore a 1.700 gr. (l'inizio della vaccinazione antipneumococcica dovrebbe essere programmata prima della dimissione).  
Inoltre - in aree delimitate, individuate di concerto con l'Assessorato regionale alla Sanità - l'offerta attiva e gratuita del vaccino PCV-7 potrà essere estesa a tutti i nuovi nati.

### 2

#### MODALITÀ DELL'OFFERTA

Considerato che attualmente l'offerta deve essere garantita solo ai gruppi a rischio, preliminarmente all'esecuzione della vaccinazione, il medico-vaccinatore dovrà verificare il diritto di accesso alla vaccinazione. A tal fine il

P.L.S. (Pediatra di Libera Scelta) - ovvero ogni altro specialista competente - rilascerà un certificato su carta intestata, nel quale dovranno essere riportate la patologia od il gruppo a rischio del bambino e la richiesta della vaccinazione. Le certificazioni saranno acquisite, raccolte e mensilmente trasmesse al Servizio di Epidemiologia e Prevenzione, in allegato al riepilogo mensile delle attività svolte dai singoli distretti.

### 3

#### SCHEDULA VACCINALE.

La schedula vaccinale da utilizzare è quella riportata nella citata Circolare ministeriale n.11/01. Si evidenzia che il vaccino può essere somministrato a partire dal 36° giorno di vita (sesta settimana), ciò avverrà preferibilmente per i soggetti a rischio particolarmente elevato (ad esempio: bambini con malformazioni dell'apparato uditivo). In via ordinaria, la prima somministrazione sarà concomitante con quella della 1<sup>a</sup> dose dei vaccini obbligatori e raccomandati per l'infanzia. Rimane comunque conferma-

ta l'indicazione di privilegiare nei bambini di età > 12 mesi, la somministrazione del vaccino M.P.R. in contemporanea alla 3<sup>a</sup> dose dei vaccini obbligatori e raccomandati.

Nel caso di bambini che non abbiano rispettato la schedula vaccinale prevista, non è necessario in alcun caso ricominciare il ciclo e tutte le dosi devono essere considerate valide.

### 4

#### ANTIPNEUMOCOCCICO CONIUGATO (PCV-7) E POLISACCARIDICO 23-VALENTE.

L'utilizzo dei due vaccini antipneumococcici attualmente disponibili non è alternativo bensì integrativo. Nei bambini di età < 24 mesi sarà impiegato esclusivamente il PCV-7 in quanto capace di indurre una risposta immunitaria "T-dipendente".

Dopo i 24 mesi e fino ai cinque anni, qualora persistano condizioni di rischio elevato, alla somministrazione del PCV-7 seguirà quella con il vaccino polisaccaridico 23-valente, con un intervallo non inferiore ad 8 settimane.

## Acne rivisitata

Forse non ci capita spesso ma può essere utile rispolverarla... Il British Medical Journal pubblica una review dedicata alla terapia di questo disturbo.



### Luoghi comuni sfatati

- Non esistono influssi tra la comparsa delle lesioni e aspetti quali l'alimentazione e l'igiene personale.
- Qualsiasi approccio terapeutico mira a evitare la comparsa di nuove lesioni e non a eliminare quelle esistenti, ragion per cui il paziente deve essere esortato ad aderire alla prescrizione anche in assenza dei risultati che avrebbe sperato.

### Terapie semplici

In linea generale, bastano uno o due farmaci e se nell'arco di 4-8 settimane il regime scelto non ha effetto è meglio cambiare farmaco piuttosto che aggiungerne un altro.

Le opzioni terapeutiche sono dettate dalla gravità del disturbo e si distinguono:

**Acne comedonica**, punti neri dei follicoli pilosebacei, non sussistono fenomeni infiammatori. La terapia con effetto cheratolitico e antibatterico.

**Farmaci:** Retinoidi topici, ovvero tretinoina, adapalene o tazarotene, acido azelaico, acido salicilico.

**Acne pustolosa lieve**, formazione di pustole.

La terapia si basa sull'associazione di un antibatterico attivo e di una sostanza con attività anticomedogena e cheratolitica.

**Farmaci:** Benzoi-perossido topico da solo o in formulazioni in associazione a clindamicina o

eritromicina due volte al giorno Doxiciclina o minociclina orali, al dosaggio di 75-100 mg bid più retinoidi topici.

**Acne papulopustolosa grave e acne indurata**, le due forme più gravi. L'acne indurata è la progressione della prima in cui le papule infiammatorie divengono vere e proprie lesioni destruenti con sede profonda che esitano in cicatrici.

**Farmaci:** Doxiciclina o minociclina per os al dosaggio di 75-200 mg/die più retinoide topico. Isotretinoina 1 mg/kg/die. Il primo step è la preparazione locale, con switch ad antibiotici orali se non si ottiene un risultato entro le 8 settimane.

Eventuali alternative al fallimento dell'antibiotico usato come prima scelta (che però presuppone il ricorso all'antibiogramma) sono il cotrimossazolo e la ciprofloxacina. La terapia antibiotica può durare anche mesi nei casi gravi di acne indurata.

### Precauzioni ed effetti collaterali

- **Cheratolitici e anticomedogenici** casi di irritazione peraltro transitoria.

- **Retinoidi locali** controindicati per chi soffre di dermatite atopica.

- **Minociclina**, casi di ipersensibilità con effetti che vanno dall'orticaria al lupus, peraltro piuttosto rari.

- **Isotretinoina orale** effetti teratogeni, possibilità di mialgie, innalzamento delle aminotransferasi muscolari, nei pazienti che fanno intensa attività fisica, aumento della trigliceridemia, controllabile con la dieta.

In alcuni casi si può avere epatite.

(Webster GF. Acne vulgaris. BMJ 2002 Aug 31;325(7362):475-9)

## Il Sonno e i... pisoli

È importante conoscere quale sia la durata "normale" del sonno dei bambini a ciascuna età per poterla, in tal modo indicare ai "provati" genitori.

Esistono, peraltro, differenti esigenze di sonno tra i prematuri e i nati a termine e tra gli allattati al seno e quelli allattati artificialmente.

Vediamo quanto può essere "giusto" dormire in cifre.

Dal sito del Medical College of Georgia-Department of Pediatrics:

<http://www.mcg.edu/pedsonl/CCNotebook/chapter1/sleep.htm>

Ore di sonno normale  
(Ferber's Sleep Chart for Normal Children-  
PIR Sept 1987)

Età	Sonno diurno	Sonno notturno	Ore totali di
1 settimana	9 ore	8 ore	17 ore
1 mese	8 ore	8 ore	16 ore
3 mese	6 ore	9 ore	15 ore
6 mese	4 ore	10 ore	14 ore
9-12 mesi	3 ore	11 ore	14 ore
18 mesi	2 ore	11 ore	13 ore
2 anni			
3 anni	1 ora	11 ore	12 ore
4-5 anni	nessuno	11 ore	11 ore

