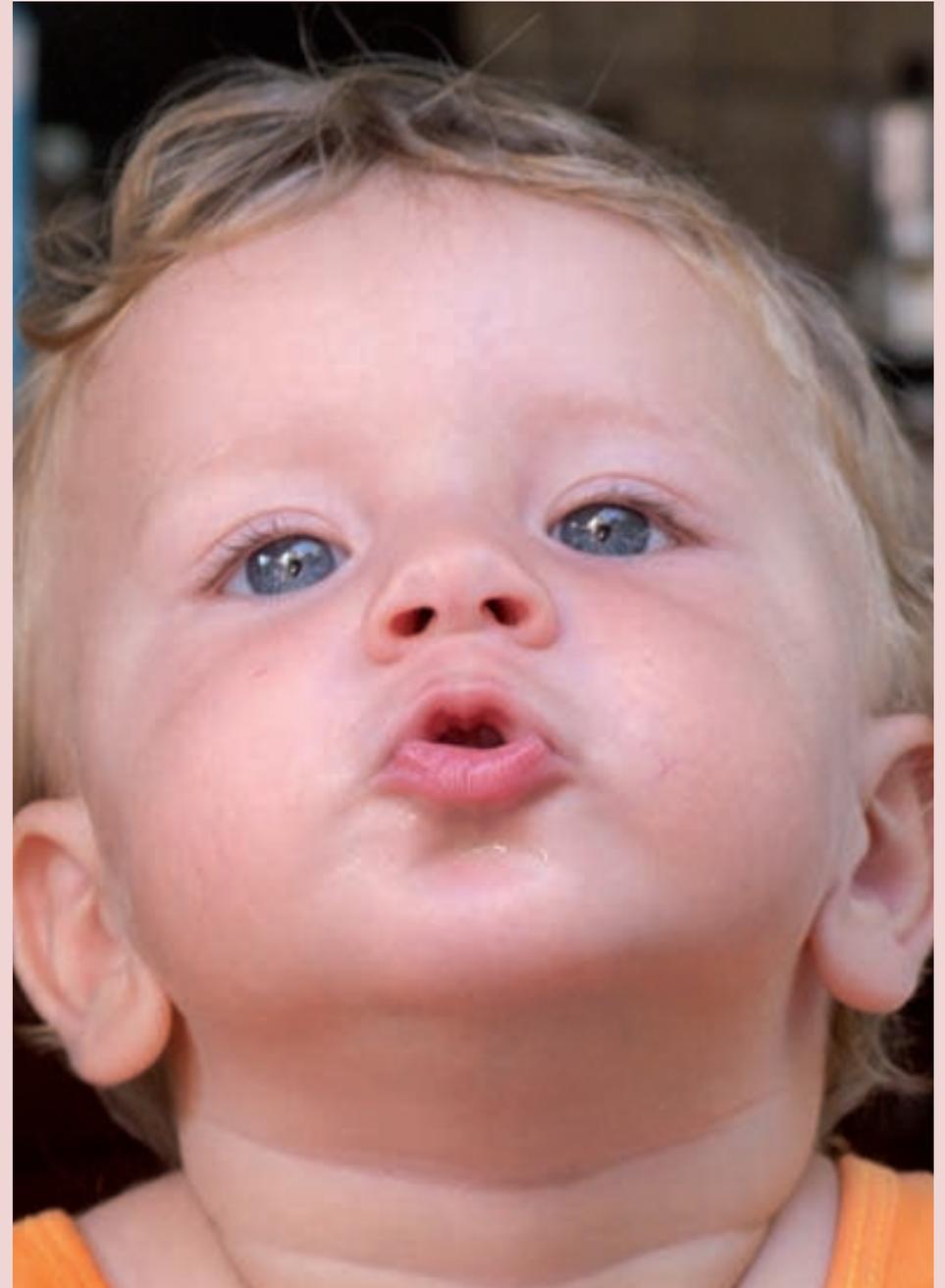


# Paìdòs



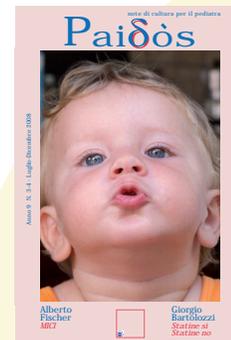
Anno 9 N. 3-4 - Luglio-Dicembre 2008



Alberto  
Fischer  
*MICI*



Giorgio  
Bartolozzi  
*Statine sì  
Statine no*



#### Rivista Paidòs

Direttore responsabile  
Francesco La Magna

Direttore  
Antonino Gulino

Vicedirettore  
Maria Libranti

Comitato Scientifico  
Giorgio Bartolozzi  
Alberto Fischer  
Lorenzo Pavone  
Gino Schilirò  
Francesco De Luca

Responsabile  
di redazione  
Francesco Privitera  
Comitato di redazione  
Filippo Di Forti  
Vito Marletta  
Salvatore Spitaleri

**Collaboratori**  
Giusy Germenia  
Angelo Milazzo  
Sergio Sambataro  
Antonio Fichera  
Raffaele Falsaperla

#### C.D. Ass. Culturale Paidos \*

Alberto Fischer  
Salvatore Bonforte  
Rosario Bucchieri  
Filippo Di Forti  
Antonino Gulino  
Maria Libranti  
Lidia Luglio  
Vito Marletta  
Giuseppe Mazzola  
Gino Miano  
Giuseppe Patanè  
Francesco Privitera  
Salvatore Spitaleri

#### Segreteria e Grafica

ASC Europromo  
Tel 347 7792521  
Fax 095 7571514  
redazione.paidos@tiscalinet.it

#### Stampa

Eurografica La Rocca  
Riposto (CT)  
Tel. 095 931661 - 095 9700035  
info@eurograficalarocca.it

Questo periodico è distribuito  
gratuitamente ai pediatri

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

## EDITORIALE

# Editoriale di fine anno

di Antonino Gulino

Scrivere un editoriale di fine anno è diventata una noiosa consuetudine, provare a fare bilanci spesso è uno sterile esercizio di auto compiacimento, cercherò pertanto di parlare solo dei progetti futuri del nostro giornale e della nostra associazione.

Pur con risorse economiche modeste, stiamo cercando di proporre vecchi e nuovi protagonisti per i prossimi incontri Paidos, coinvolgendo non solo pediatri ma psicologi, cardiocirurghi, neuropsichiatri e igienisti.

Abbiamo provato a cercare nuovi argomenti, senza peraltro allontanarci dalla nostra quotidianità, come ci insegna il mitico Prof.re Bartolozzi "nostro nume tutelare", esempio di come fare pediatria.

Ancora una volta cercheremo di coniugare l'esigenza della formazione continua con il piacere di incontrarci e di incontrare persone in grado di diventare punti di riferimento quando inevitabilmente saremo costretti ad affrontare problematiche mediche più complesse.

Speriamo di coinvolgere sempre più pediatri nel nostro neonato Dotto's club, un modo per riscoprire attraverso la presentazione di casi clinici il piacere di parlare di pediatria senza inutili preamboli accademici nè sterili vincoli di ECM.

Stiamo cercando di costruire un nostro sito internet dove convogliare tutto il materiale, le presentazioni che negli anni abbiamo raccolto, ma soprattutto dove inserire il nostro giornale, magari provando a liberarci degli oneri che la carta stampata impone e immaginare un nuovo modo di proporre le nostre modeste note di cultura per il pediatra.

Il tutto senza dimenticare che l'oggetto del nostro lavoro sono i bambini, le famiglie, per loro è necessario continuare ad impegnarci, su tutti i fronti, nei nostri ambulatori ma anche attraverso le nostre associazioni sia sindacali che culturali come la SIP o l'ACP.

Le indagini statistiche nazionali fotografano spietatamente una situazione sociale a dir poco allarmante, la povertà in Italia è diventata una compagna poco gradita per tante famiglie, oggi ancor più che in passato è necessario garantire ai nostri bambini una vita dignitosa.

La recessione economica non deve diventare un comodo alibi per tagliare spese in modo indiscriminato, è indispensabile razionalizzare le spese, ma investire su salute e istruzione è la migliore presentazione per un paese che vuole essere considerato civile.

## SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 4 L'angolo di Giorgio Bartolozzi
- 6 Mici
- 8 La tosse cronica
- 9 Caso clinico: il torcicollo
- 10 Pillole di... neonatologia
- 12 Emergenze in pediatria
- 16 L'allergonauta
- 18 Flash su...cervello e psiche
- 20 Le proporzioni auree in ortodonzia
- 21 Pediatroscopo
- 22 News dalla rete

## RUBRICHE

- 14 Cinema e pediatria
- 14 Recensioni
- 15 Digiamoco

Copertina  
(foto di F.Privitera)

L'ipercolesterolemia è un segno che accresce il rischio coronarico presente nei bambini e negli adolescenti, la cui obesità si complica con la temuta sindrome metabolica. In alcuni casi, laddove dieta ed esercizio fisico non hanno dato i risultati sperati, è possibile ricorrere ad un trattamento farmacologico, che non trova un consenso unanime nella letteratura, essendo farmaci che non hanno sufficiente sperimentazione in età pediatrica.



## Statine sì - Statine no

di Giorgio Bartolozzi

E' un dato ormai più volte confermato che il trend d'incidenza della obesità infantile è, anche in Italia, in aumento, tanto che in alcune zone se ne sono rilevati picchi del 20-30%. L'alto rischio di attivare una sindrome metabolica fa considerare l'obesità come una vera patologia, impegnando il pediatra in una dura battaglia, che lo vede schierato insieme alla famiglia ed alla scuola (ma spesso solo) contro tutti i mali che caratterizzano e motivano spesso i nostri ragazzi e adolescenti (sedentarietà, televisione, pubblicità alimentare, ecc.)

L'obesità si correla in maniera diretta con tutta una serie di modificazioni metaboliche e cardiovascolari che vanno a costituire la "sindrome metabolica". Si può considerare che trigger di queste modificazioni metaboliche sia l'instaurarsi di una insulino-resistenza cellulare, la quale si accompagna a variazioni degli ormoni prodotti dagli adipociti, variazioni del livello plasmatico del colesterolo e delle sue frazioni, come anche dei trigliceridi, con delle tappe che già in questo periodo aveva ben descritto il dott. Privitera.

L'elevazione dei tassi di colesterolo oltre i valori oggi definiti come normali in rapporto all'età, nei casi di obesità infantile, impegna il pediatra ad una attività di prevenzione che ha il suo fulcro nel continuo controllo sulla alimentazione (qualità e modalità) e sull'attività fisica, nonché sui tempi dedicati dal bambino o dal'adolescente ad attività sedentarie, soprattutto davanti alla TV o con i tanto diffusi giochi elettronici. Il problema nasce quando sia la prevenzione che il controllo alimentare falliscono nei loro obiettivi, e si pone

Category	Percentile	Total Cholesterol, mg/dL	LDL, mg/dL
Acceptable	<75th	<170	<110
Borderline	75th-95th	170-199	110-129
Elevated	>95th	>200	>130

Adapted from NCEP guidelines for children and adolescents.<sup>11</sup>

il problema del ricorso al trattamento farmacologico, non da tutti universalmente condiviso.

Stiamo a parlare delle statine, che tra i farmaci per le dislipidemie (tab.1), nell'adulto, si sono dimostrate di un'efficacia strabiliante nel ridurre i valori di colesterolemia, riducendo consensualmente l'entità del rischio metabolico e cardiovascolare. Le statine bloccano la sintesi del colesterolo endogeno (fig.1) inibendo l'enzima HMG-CoA (3-idrossi-3-metilglutaril coenzima A). Si è osservato che il livello di colesterolo si abbassa del 20-50% e che vengono attivati i ricettori delle LDL con conseguente aumento del loro catabolismo.

Il blocco della sintesi del colesterolo può causare, tuttavia, la riduzione di processi intracellulari quali i segnali di trasmissione, di proliferazione cellulare e di apoptosi. Segnalata anche la riduzione di componenti strutturali cellulari, della produzione di ormoni e della formazione di mielina. Ciò si può tradurre in uno degli effetti secondari più rilevati e cioè una miopatia che può evidenziarsi acutamente con rhabdmiolisi ed elevazione del CK ed inoltre si può avere anche un aumento delle transaminasi. Poiché, inoltre, il blocco del colesterolo avviene anche nel cervello, si ritiene che una terapia protratta con statine in un bambino piccolo possa influire anche con lo sviluppo del SNC. Di recente, in relazione all'uso estensivo in USA delle statine, l'American Academy of Pediatrics, ha suggerito di iniziare le statine solo in bambini di età superiore agli 8 anni, quando la concentrazione di colesterolo totale superiori

Classi di farmaci	Potenziati eventi avversi
Sequestranti gli acidi biliari (resine)	Sintomi gastro-intestinali, Stitichezza, crampi, borborigmi
Bloccanti l'assorbimento del colesterolo (ezetimibe)	Sintomi gastro-intestinali
Inibitori della 3-idrossi-3-metilglutaril coenzima A riduttasi (statine)	Miopatia, rhabdmiolisi, aumento delle transaminasi epatiche, teratogenicità

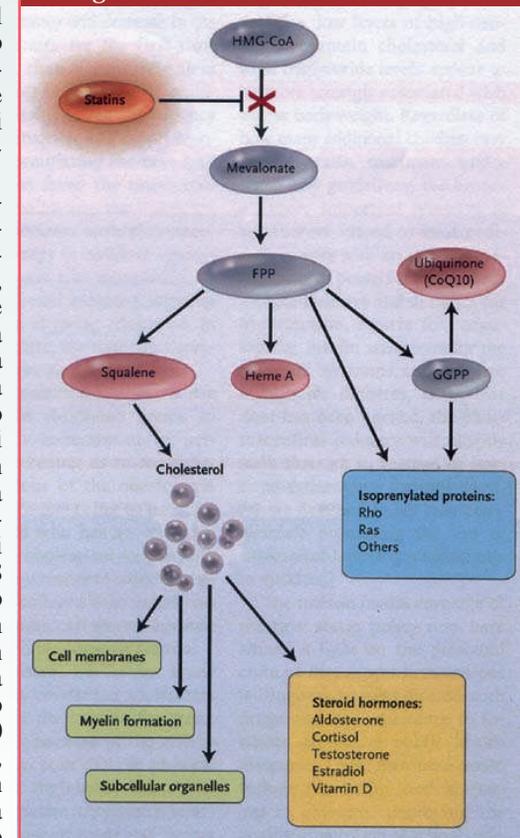
500 mg/dL (omozigosi per l'ipercolesterolemia familiare), quando si associno fattori aggravanti il rischio (diabete, malattie renali croniche, malattie congenite di cuore, malattie del collagene) e quando altri interventi abbiano fallito.

Oggi peraltro anche il Goodman&Gilman, edizione 2006, suggerisce come data di inizio del trattamento farmacologico con statine l'età di 8 anni (Pravastatina) e di 11 anni (atorvastatina, lovastatina e simvastatina), mentre anche la FDA ha autorizzato la pravastatina dopo gli otto anni. Sta di fatto che in USA circa 17.000 soggetti al di sotto dei 18 anni sono trattati con statine, con un'incidenza di 1 bambino ogni 4500 (Pediatric, 2008), con un'incidenza che è molto

al di sotto degli 1:500 dell'ipercolesterolemia familiare.

In attesa tuttavia di ulteriori contributi scientifici che documentino l'assoluta innocuità del trattamento con statine nei bambini si dovrebbe essere molto cauti nel seguire le indicazioni dell'AAP.

fig.1 - Blocco enzimatico da statine



*Il Registro Nazionale di Gastroenterologia, Epatologia e Nutrizione Pediatrica rileva come dal 1995 vi è un incremento annuo di Malattia Infiammatoria Cronica pari a 3 - 7,2 casi ogni 100.000 abitanti in età pediatrica. Non è una cifra da poco soprattutto se si tiene presente che la diagnosi è spesso ritardata (7-11 mesi) dal momento in cui iniziano a apparire i primi sintomi, non sempre correlabili a patologie intestinali.*



## Quando, come e perchè sospettare una MICI

di Alberto Fischer

### A) Cosa sono le MICI?

Le MICI, o Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali sono malattie caratterizzate da un processo infiammatorio cronico che coinvolge uno o più tratti dell'intestino e la cui patogenesi è multifattoriale. Si conoscono ben 9 loci genetici di suscettibilità che interagiscono con fenomeni nutrizionali, batterici, immunitari per realizzare tre forme classiche: a) **Colite Ulcerosa (CU)** – b) **Malattia di Crohn (MC)** – c) **Colite Indeterminata (CI)**. La CU è confinata alla mucosa e sottomucosa del colon, con lesioni che si estendono in maniera continua dal retto al cieco. La MC interessa a tutto spessore la parete del tratto gastrointestinale, in maniera segmentaria dal cavo orale all'ano. Sia la localizzazione prossimale (afte e ulcere della mucosa orale, dell'esofago e del tratto gastro-intestinale) come la malattia perianale (ascessi e fistole) sono più frequenti nelle insorgenze precoci della malattia (prima degli 8 anni). La CI coinvolge il colon e le sue caratteristiche endoscopiche la mettono a metà strada tra le due forme precedenti, tanto da rendere difficile la diagnosi, soprattutto nelle prime fasi. La prevalenza della malattia è di 30 casi/100.000, mentre la frequenza sembra essere in aumento con un'incidenza raddoppiata da 3 a 6 casi/100.000 < 16 anni.

### B) Quali segni di allarme dovrebbero essere colti per una diagnosi precoce?

Le MICI possono esordire in modo subdolo, con sintomi spesso extraintestinali e che possono indurre ad iter diagnostici errati. La febbre, può essere spesso l'unico sintomo, ed essere diagnosticata per molto tempo come idi origine sconosciuta. Anche alcuni segni, genericamente definibili come *ida infiammazione*, possono indurre in errore. *L'arresto della crescita staturale* è un altro segno tipico della MC, ed in tal senso non va sottovalutato nella valutazione clinica e diagnostica del bambino.

Il dolore addominale ricorrente è il sintomo più frequente sia nella CU (47%) che nella MC

(75%) come evidenziato nella tab.1. Esso è più localizzato verso il basso ventre nella CU, e più diffuso nella MC. La *rettorragia* è rara nella MC, ma molto frequente nella CU, ed in questo caso lo è anche l'ematochezia. La *diarrea muco-ematica* presente spesso nella CU, è rara nella MC. Un sospetto di MC deve essere formulato anche in presenza di alcuni sintomi subdoli come una *febbre* di lunga durata, un *calo ponderale* ingiustificato, un *ritardo della crescita staturale* o un *ritardo dello sviluppo puberale*.

Alcuni segni o sintomi extraintestinali debbono essere valutati attentamente perchè spesso precedono per molto tempo le turbe intestinali vere e proprie: *afte orali* (MC), *eritema nodoso* (MC) e *pioderma gangrenoso* (CU), *episclerite* e *uveite* (MC), *ipertransaminasemie*, *steatosi epatica*, *epatite cronica attiva*, *nefrolitiasi* e *artriti periferiche*. Di tutti questi sintomi o segni l'artrite è presente con discreta frequenza (23% nella MC) e può essere di due tipi: un'artrite periferica, la cui evoluzione è sincrona a quella del processo infiammatorio, ed una forma assiale (spondilite e sacroileite) ad evoluzione indipendente dall'enteropatia. L'artrite si presenta come transitoria, non deformante e nel 50% dei casi può precedere anche di anni la MC.

Tab. 1: Segni e sintomi (in %) rilevati dal Registro Nazionale MICI della SIGENP

Sintomi	CU	MC	CI
Diarrea muco-ematica	59,4	29,7	44,8
Dolori addominali	47,5	67,7	54,3
Rettorragia	22,5	5,2	16,4
Calo ponderale	20,3	50,2	16,4
Ematochezia	18,4	8,3	19,8
Anemia	15,9	24,3	12,9
Diarrea cronica	15	37,7	13,8
Artralgia	6	23	7
Malattia perianale	1,9	14,2	4,3
Febbre	5,5	18,2	13

In casi molto rari la MC e la CU si possono complicare o evidenziare attraverso una malattia trombo embolica e ciò in conseguenza di alcune anomalie della coagulazione segnalate in corso di MICI: iperfibrinogenemia, accelerata attivazione tromboplastinica, riduzione di ATIII o deficit delle proteine S e C.

### A) Quali indagini sono più utili per documentare il sospetto?

Una marcata anemia ferrocarenziale in un bambino che cresce poco deve essere di forte sospetto, dopo aver escluso la malattia celiaca (utili sempre eseguire EMA e tTg). Gli ASCA (anticorpi anti *Saccharomyces Cervisiae*) sono spesso elevati nella MC, mentre nella CU troviamo con frequenza una forte positività degli ANCA (anticorpi anticitoplasma neutrofili). Gli ASCA hanno una specificità del 100% ma una bassa sensibilità (50%) per cui sono molti i falsi negativi. Gli ANCA hanno una specificità ed una sensibilità di circa 80%. Tra gli esami fecali la ricerca del sangue occulto e quella della calprotectina danno un buon indirizzo diagnostico. Ma nella diagnosi delle MICI la colonscopia e la esofago gastroscopia rappresentano il gold standard. Questi esami permettono non solo la visione diretta ma anche la possibilità (necessaria) di analizzare istologicamente quanto prelevato con biopsia mirata. L'afte della mucosa è l'alterazione tipica della MC, e l'aspetto "acciotolato" è quello che il susseguirsi di fessure con aree di rigenerazione dà alla visione endoscopica la mucosa della MC. Istologicamente vi è una massiva infiltrazione di mononucleati, mentre nella CU il danno è prevalentemente superficiale, con distorsione delle cripte, formazione di ascessi criptici ed infiltrazione di polimorfonucleati.

Altre indagini utili, più in funzione di evidenziare l'estensione della malattia, che in funzione diagnostica sono la ultrasonografia, il tenue seriato, la scintigrafia con leucociti marcati, la video capsula endoscopica e la RM con gadolinio. L'*ultrasonografia* è una metodica che nell'ambito della MICI ha reso sempre più piede, perchè non invasiva, ripetibile a breve distanza e con minori costi rispetto alle altre anche se la capacità discriminante e diagnostica è operatore-dipendente. Essa permette di valutare l'assenza delle peristalsi, l'ispessimento delle pareti intestinali, la perdita delle lustrature, la presenza di fistole, ascessi o versamenti e l'ipervascolarizzazione parietale. In alcuni casi sono indicate anche la scintigrafia con leucociti marcati e la RM, mentre la TC non fornisce più dati della US.

### D) Quale è oggi la terapia più idonea per le due più importanti MICI?

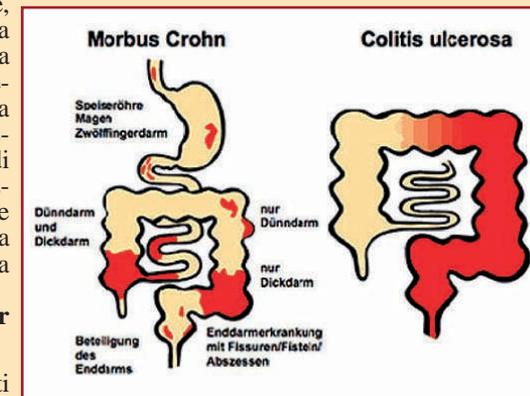
Le migliorate conoscenze su alcuni aspetti

patogenetici, come anche la individuazione di nuove molecole attive ha certamente migliorato l'efficacia terapeutica nell'indurre la remissione e la stessa qualità di vita dei piccoli pazienti. Tuttavia vi è ancora la necessità di procedere per gradi terapeutici e quindi la correlata necessità di identificare una stadiazione iniziale della malattia e verificarne sia l'indice di ricaduta come i tempi di remissione totale. Nella MC gli step terapeutici sono: nutrizione enterale > steroidi (tempi brevi) > 5-ASA > Azatioprina > Metotrexate > Infliximab > chirurgia. La nutrizione enterale è utilizzata come terapia iniziale e, protratta per 8 settimane, è in grado da sola di indurre la remissione nel 60-80% di casi selezionati. I corticosteroidi, utilizzati nelle forme moderate severe, non dovrebbero superare tempi di 2-4 settimane, alla dose di 1-2 mg/kg/die. È chiaro che la tipologia terapeutica è strettamente legata ad una valutazione globale, che tenga conto della diffusione e del grado della malattia, della sensibilità al farmaco, della compliance, della comorbilità ecc., per cui si rimanda a specialisti pediatri che hanno dimestichezza e con la malattia e con i farmaci.

Lo step terapeutico della CU è rappresentato dagli steroidi > 5-ASA > Azatioprina > Ciclosporina (Tacrolimus) > chirurgia. Non è stato adeguatamente studiato l'Infliximab, anche se si tende ad estendere anche a questa forma l'uso soprattutto nei casi resistenti o in quelli dalle frequenti ricadute.

### B) A quali complicanze possono andare incontro i piccoli affetti da MICI?

La complicanza più temibile è il *megacolon tossico* che esordisce con diarrea profusa (anche 15 scariche giornaliere) per evolvere verso la completa chiusura dell'alvo a gas e feci, accompagnata da dolori addominali elevati, stato tossico, febbre e tachicardia. Altre complicanze sono l'ostruzione intestinale, l'anemia grave, la perforazione intestinale o la rettorragia profusa, gli ascessi addominali, le fistole e una sindrome trombo-embolica.



# La tosse cronica

di Antonio Fichera

La tosse cronica costituisce un problema che non raramente il pediatra deve affrontare, e la cui diagnosi non risulta sempre agevole. Vengono di seguito riportati alcuni commenti che rendono meglio intelligibile il presente algoritmo, che, per necessità di sintesi, non può non risultare parzialmente incompleto.

★ Si definisce cronica la tosse che persiste per oltre quattro settimane. Il *tipo di tosse* suggerisce spesso l'eziologia: produttiva (asma), secca (tosse nervosa, tracheite), abbaiante (croup), parossistica (corpo estraneo, pertosse, fibrosi cistica), notturna (sinusite, asma), al risveglio (fibrosi cistica, bronchiectasie), da esercizio fisico (asma, fibrosi cistica), durante il sonno (nervosa).

★ La *radiografia del torace* può dimostrare la presenza di un infiltrato diffuso o localizzato, di una iper-espansione localizzata, di una deviazione tracheale, di un corpo estraneo, di un processo infettivo o di una massa.

★ Una *terapia broncodilatatrice* può essere utile nei pazienti senza affezioni delle vie aeree superiori con radiografia del torace normale. Infatti l'asma può causare tosse cronica senza respiro sibilante, spesso indotta dall'esercizio fisico. I pazienti che non rispondono a questa terapia e che presentano altri sintomi associati (scarso accrescimento, episodi febbrili ricorrenti, stridore o respiro sibilante)

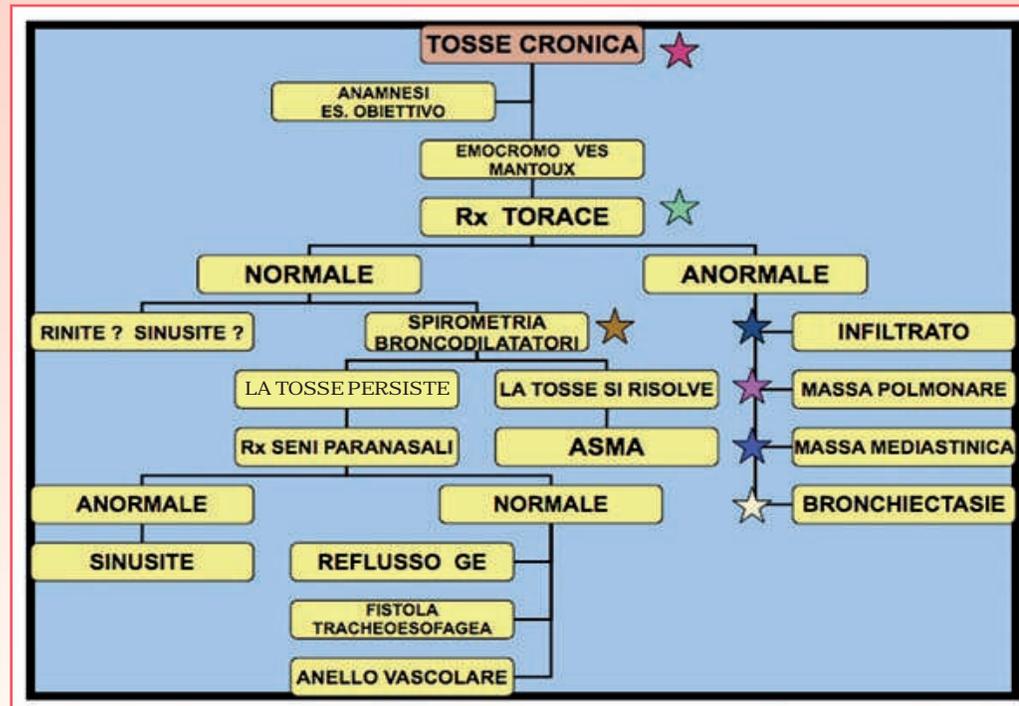
devono essere sottoposti a radiografia dei seni paranasali e/o ad esame contrastografico di esofago e stomaco.

★ Gli *infiltrati polmonari* localizzati e/o diffusi hanno spesso una etiologia infettiva: batterica (mycoplasma, clamidia, pneumococco, tubercolosi...), virale (VRS, CMV, adenovirus, influenza, parainfluenza), parassitaria (pneumocystis), micotica (candida, istoplasmosi, coccidioomicosi).

★ Le cause più importanti di *masse polmonari* sono rappresentate da: sequestro polmonare, cisti broncogeno, eventratio diaframmatica, malformazione cistica adenomatosa, ascesso polmonare, atelettasia massiva, tumori. Le masse polmonari possono essere studiate bene con la TAC.

★ Le cause più frequenti di *masse mediastiniche* e la loro abituale collocazione nel mediastino sono, in ordine statisticamente decrescente, le seguenti: tumore neurogeno (posteriore), linfoma (anteriore o medio), teratoma (anteriore), lesione timica (anteriore), cisti broncogeno (medio), angioma (anteriore), cisti da duplicazione (posteriore), infezione linfonodale (medio). Utili la TAC e la consulenza chirurgica.

★ Le cause più frequenti di *bronchiectasie* comprendono la fibrosi cistica, la sindrome di Kartagener e le infezioni croniche. Utili per la diagnosi sono il test al sudore, il dosaggio dei livelli ematici delle immunoglobuline e lo studio delle ciglia della mucosa nasale.



# Caso clinico: il torcicollo

di Raffaele Falsaperla

Il torcicollo parossistico benigno dell'infanzia (TPBI) rappresenta una condizione morbosa benigna ad insorgenza entro il primo anno di vita, autolimitante e sottodiagnosticata caratterizzata da ricorrenti episodi di deviazione del collo probabilmente secondaria a distonia cervicale e in assenza di altra causa organica.

Gli attacchi non sono preceduti da alcun segno premonitore, non hanno uno specifico fattore scatenante e si ripetono senza un ben determinato intervallo di tempo. Da sottolineare che nel periodo intercritico l'esame obiettivo neurologico è del tutto negativo. La durata degli episodi è estremamente variabile da 15 a 2 mesi e tendono a risolversi solitamente entro i 5 anni. In alcuni casi al TPBI può subentrare la vertigine parossistica benigna dell'infanzia (VPBI) che rappresenta una variante dell'emicrania giovanile con esordio dai 6 anni di età in poi.

Descriviamo il caso di un paziente di sesso maschile venuto alla nostra osservazione all'età di 22 mesi. Il paziente è nato a termine da parto cesareo e non vengono riferite dai genitori patologie perinatale degne di nota. Il piccolo ha retto il capo a 4 mesi, ha mantenuto la posizione seduta a 8 mesi ha retto la stazione eretta a 12 mesi e ha deambolato a 16 mesi. Riferito ritardo del linguaggio infatti all'età attuale di 22 mesi proferisce poche parole chiare.

Il piccolo ha presentato tre episodi (a distanza di un mese) caratterizzati da deviazione del capo verso sinistra, ipotonia generalizzata senza perdita della coscienza della durata di 30 minuti circa e per tale motivo è stato ricoverato presso un presidio ospedaliero cittadino e dimesso con diagnosi "eventi pa-

rossistici di probabile natura non epilettica". Durante il ricovero è stato sottoposto a EEG ed a RMN-encefalo risultati nella norma. Il bambino è venuto al PS pediatrico della nostra UO di Pediatria perchè presentava una deviazione del collo verso sinistra con associato malessere generalizzato che si è risolto nell'arco di 40 minuti, spontaneamente, con un episodio di vomito. All'ingresso il paziente presentava un peso, una altezza ed una circonferenza cranica sul 50 percentile. Durante il ricovero il piccolo ha eseguito le prove vestibolari, il fundus oculi e un radiogramma baritato del tratto esofago-gastrico che sono risultati tutti nella norma.

Il TPBI rientra nella classificazione della International Headache Society (IHS) tra le sindromi periodiche dell'infanzia possibili precursori comuni dell'emicrania insieme all'emiplegia alternante dell'infanzia, il vomito ciclico e l'emicrania addominale. La clinica è caratterizzata da episodi ricorrenti di inclinazione del capo da un lato, talora con lieve rotazione, con remissione spontanea. Tale condizione insorge in lattanti e bambini piccoli nel corso del primo anno di vita.

I criteri diagnostici sono i seguenti: episodi accessuali con tutte le caratteristiche seguenti: inclinazione del capo da un lato (non sempre lo stesso), con o senza lieve rotazione della durata da minuti a giorni, remissione spontanea e tendenza a ricorrenza mensile.

Durante gli attacchi, sono presenti uno o più dei seguenti sintomi e/o segni, pallore, irritabilità, malessere, vomito e atassia. Da sottolineare che l'esame neurologico è sempre negativo in fase intercritica. Kimura ha ipotizzato che la causa

del torcicollo fosse distonica evidenziando durante le crisi scariche elettriche con l'elettromiografo. Inoltre in un lavoro di Schertz su 101 pazienti con deviazione del collo primitiva o secondaria ha mostrato un maggiore rischio a sviluppare ritardo delle tappe motorie e nessun rischio a sviluppare ritardo cognitivo. A tutt'oggi il TPBI rimane una diagnosi di esclusione e non attribuibile ad altra condizione o patologia. L'atassia può insorgere in bambini di età più avanzata nell'ambito della fascia d'età affetta. Il decorso clinico prevede una possibile evoluzione in vertigine parossistica benigna dell'infanzia o in emicrania con aura.

La diagnosi differenziale deve essere posta con diverse entità cliniche come le crisi parziali semplici, la sindrome di Sandifer, i tumori cerebrali, l'accesso retrofaringeo, la spondilite cervicale piogena e la lussazione atlanto-occipitale o sindrome di Griesel. Il nostro caso mostra i segni caratteristici del TPBI anche se ne differenzia per un lieve ritardo semplice del linguaggio che può non essere correlato alla patologia in questione. Al contrario non vi è stato un ritardo motorio anche in contrasto con il lavoro di Schertz e questo può essere messo in relazione con la breve durata degli episodi critici di torcicollo.

La diagnosi di TPBI presuppone un complesso iter diagnostico di esclusione poichè le cause sono diverse e ne condizionano la prognosi. Nel nostro caso le crisi di deviazione del collo hanno una prognosi buona scomparendo per la maggior parte dei casi verso i 5 anni di vita o evolvendo verso una forma di emicrania con aura.



## IL PEDIATRA DI FAMIGLIA, IL NEONATO PREMATURO ED IL FOLLOW UP: ASPETTI NUTRIZIONALI

di Francesco Privitera



La sopravvivenza del neonato prematuro è andata ad aumentare negli anni e, dunque, il pediatra di famiglia (pdf) si trova a gestire numerosi problemi connessi a questa condizione. Per prevenire e controllare gli esiti della grave prematurità, il pdf deve saper interagire con altre figure professionali (neonatalogo, endocrinologo, otorino, oculista, neuropsichiatra infantile, fisiatra, cardiologo pediatra etc.) e, soprattutto, con i genitori. Per tale motivo deve conoscere le complicanze cui possono andare incontro questi soggetti, conoscere quali strumenti utilizzare per meglio valutarne

l'evoluzione e quali mezzi di intervento proporre per favorirne lo sviluppo.

Possiamo distinguere il neonato in base al peso, all'età gestazionale ed al rapporto peso/età gestazionale (vedi tab.1). Ovviamente più il neonato è prematuro, maggiori saranno i problemi e le sequele nel prosieguo della vita. Gli aspetti che bisogna considerare nell'out-come dei prematuri sono tanti: nutrizionali, respiratori, neuroevolutivi, metabolici, auxologici, visivi e uditivi. In questa occasione parleremo in sintesi degli aspetti nutrizionali.

In letteratura, a tutt'oggi, non esiste accordo unanime sull'alimentazione del prematuro dopo la dimissione. L'ESPGHAN (European Society of Pediatric Gastroente-

rology Hepatology and Nutrition) raccomanda:

a) latte materno o formula standard arricchita con LC-PUFA nei neonati che non presentano ritardo di crescita post-natale al momento della dimissione;

b) latte materno fortificato o formula post-discharge (almeno fino alla 40<sup>a</sup> sett. post-concezionale e, se possibile, fino alla 52<sup>a</sup> sett. post-concezionale) nei neonati che presentano ritardo di crescita post-natale al momento della dimissione e dopo si può passare alle formule start;

c) dal 5°-6° mese formule di proseguimento + svezzamento. Il latte materno, comunque, rappresenta anche per i prematuri la migliore fonte nutrizionale da raccomandare fino ad oltre i primi 6 mesi di vita e, se possibile,

per tutto il primo anno. Di fronte ai tanti benefici del latte materno (miglior assorbimento di grassi, Fe e Ca, presenza di ac. linoleico, linolenico ed ac. grassi a lunga catena, presenza di proteine del siero di alta qualità, di fattori trofici per lo sviluppo come l'*epidermal growth factor*, gastrina, ormoni e prostaglandine, poche intolleranze metaboliche, basso carico renale di soluti, minore rischio di NEC, aumento del QI, prevenzione all'allergia alle proteine del latte e della soia, più facile chiusura dell'intestino alle allergie e, cosa di non poco conto, la migliore interazione madre-neonato), pochi sono infatti i potenziali limiti nutrizionali (relativa carenza di Ca, F, Na, Vit. D e vit. K, carenza occasionale di Zn, possibile carenza di proteine, distruzione dell'amilasi e della lipasi col riscaldamento).

Una cosa che bisogna comunque tenere presente è che il rapido recupero di crescita sembra costituire un fattore di rischio per lo sviluppo della sindrome metabolica in età adulta, per cui è stato suggerito che una relativa "under-nutrition" dei pretermine nelle prime fasi della vita e fino al raggiungimento del peso di g. 2000 e/o fino alla dimissione dall'ospedale, possa avere un effetto protettivo riguardo lo sviluppo dell'insulino-resistenza. E' necessario, per-

tanto, eseguire un attento follow up della crescita al fine di individuare il management nutrizionale del singolo soggetto.

Per quanto riguarda, invece, l'anemia del prematuro distinguiamo due forme:

1) *precoce* (tra la 4<sup>a</sup> e la 10<sup>a</sup> sett. di vita, soprattutto negli ELBW, dovuta sia ad una ridotta sopravvivenza degli eritrociti, sia ad un deficit parziale di eritropoietina, oltretutto ai continui prelievi ematici), con valori di Hb che possono raggiungere livelli talmente bassi da richiedere l'emo-trasfusione oppure terapia con EPO ricombinante;

2) *tardiva*, cioè oltre i due mesi di vita, per carenza marziale, in quanto il ferro si accumula dalla 24<sup>a</sup> alla 36<sup>a</sup> settimana di gestazione. Questo tipo di anemia si manifesta dopo una fase di latenza e può essere prevenuta con una supplementazione di Fe all'incirca quando il neonato raddoppia il peso della nascita e comunque al compimento del 2° mese fino allo svezzamento o addirittura fino all'anno se il prematuro nasce con un peso < 1000 g. Alcuni studi suggeriscono addirittura di cominciare a supplementare il Fe già a 2 settimane di vita nel prematuro estremo. Il fabbisogno di Fe dall'8<sup>a</sup> sett. di vita è di circa 1,5-2 mg/100 kcal. Questa quota è fornita da tutti i latti per prematuri, mentre le formule

start ne contengono molto di meno. Quando si usano queste formule, pertanto, è consigliabile fornire un supplemento di circa 2 mg/kg. di Fe. Lo stesso discorso lo possiamo fare per l'acido folico, il cui fabbisogno giornaliero di circa 60 mcg/100 kcal viene sempre soddisfatto dalle formule per prematuri, ma che deve essere supplementato quando usiamo le formule start o il latte materno (40 – 50 mcg/die).

Per quanto riguarda la vit. D, essa è frequentemente carente nei prematuri, e pertanto il fabbisogno sarà alto (800-1600 UI/100 kcal), vista anche l'imaturità di alcuni sistemi enzimatici. Questo fabbisogno non può essere soddisfatto né dall'alimentazione latte artificiale né, tantomeno, da quella materna, pertanto si raccomanda una supplementazione di 800-1000 UI/die almeno fino al divezzamento o, addirittura, per tutto il primo anno di vita. Ciò al fine di evitare l'*osteopenia del prematuro*, condizione frequente soprattutto con l'allattamento materno che è carente in Ca, F e vit. D (per cui si associa oltre alla vit. D anche Ca e F), mentre è quasi assente nei prematuri allattati con i latti dedicati. Per finire, la vit. K si somministra ai neonati allattati al seno, in quanto i latti dedicati ne soddisfano i fabbisogni.

Tabella 1 - Classificazione del prematuro

SECONDO IL PESO ALLA NASCITA	
ELBW (Extremely Low Birth Weight)	< 1000 g
VLBW (Very Low Birth Weight)	1000 – 1499 g
LBW (Low Birth Weight)	1500 – 2499 g
SECONDO L'ETA' GESTAZIONALE	
Pretermine	< 37 sett.
Pretermine a Basso Rischio	32-36 sett.
Pretermine Precoce	28-31 sett.
Pretermine Molto Precoce	20-27 sett.
SECONDO IL RAPPORTO PESO/ETA' GESTAZIONALE	
AGA (Adequate for Gestational Age)	5°- 90° percentile
SGA (Small for Gestational Age)	< 5° percentile
LGA (Large for Gestational Age)	> 90° percentile

Latte per prematuri

Azienda	Pre-dimissione*	Post-dimissione**	Kcal/100 ml	LCPUFA	Prot. g%	Osmolarità mOsm/l
Nestlé	Pre-Nidina 16%	Pre-Nidina 14,4%	81* - 73**	SI	2,3* - 2,1**	290* - 280**
Dicofarm	Formulat Pre-0	Formulat 0	82,9* - 82**	SI	2,78* - 2,2**	320* - 290**
	Formulat 0	Formulat Pre-1	82* - 75**	SI	2,2* - 1,8**	290* - 260**
Humana	Pre-Humana	Humana 0-B	80* - 75**	SI	2,2* - 2,0**	280* - 270**
Mellin	Mellin 0	Mellin 0 Post	80* - 75**	SI	2,5* - 2,0**	325* - 300**
Milupa	Pre Aptomil	Aptomil PDF	80* - 75**	SI	2,5* - 2,0**	325* - 300**
Pleasmon	Pleasmon Pre-0	Pleasmon 0	82* - 79**	SI	2,9* - 2,4**	280* - 280**
	Pleasmon 0		82*	SI	2,9*	280



*In occasione di un convegno sull'emergenza svoltosi a Catania presso l'Ospedale Vittorio Emanuele, abbiamo posto alcune domande al presidente della SIMEUP (Società Italiana di Medicina d'Urgenza Pediatrica), nonché Direttore dell'UOC di pediatria e pronto soccorso dell'Ospedale "Giuseppe Moscati" di Avelino, su quello che il pediatra di famiglia deve saper fare in caso di ingestione accidentale di sostanze tossiche.*

**Privitera:** Quali sono le cause più frequenti di avvelenamento nel bambino?

**Vitale:** Il bambino è capace di ingerire di tutto. Soprattutto a casa accade che accidentalmente ingerisca prodotti per la pulizia domestica che possono essere sostanze schiumogene o caustiche (acidi o basi forti). Per cui il pediatra di famiglia, che spesso viene interpellato per primo, deve avere delle conoscenze di tossicologia clinica per agire rapidamente ed efficacemente. Per esempio, se il bambino ha assunto sostanze schiumogene si deve evitare di farlo bere è somministrare *dimeticone* per impedire la formazione di schiuma; nel caso di sostanze debolmente irritanti dovrà somministrare dei gastroprotettori blandi come il "gaviscon" o meglio il *sucralfato* (queste sostanze sono da preferire al *maalox* per facilitare

l'eventuale intervento dell'endoscopista in un secondo tempo); in caso di sostanze caustiche sia acidi che basi forti, cioè con  $\text{pH} < 3$  i primi o  $> 11$  le seconde, la gastroprotezione deve essere più spinta, per cui oltre al *sucralfato* il pediatra dovrà somministrare anche un anti H2 come la *ranitidina*.

**P.:** Qual è il tempo entro il quale il pediatra di famiglia consultato può fare qualcosa prima dell'arrivo del bambino al Pronto Soccorso?

**V.:** Il tempo è la fatidica "prima ora".

**P.:** Cosa deve tenere il pediatra di famiglia nella sua borsa o nel suo ambulatorio in caso di avvelenamento?

**V.:** Come abbiamo accennato dimeticone, sucralfato, ranitidina, e, soprattutto, non può mancare il *carbone vegetale attivato*: questa è una sostanza con evidenza A1 e, conoscendo quanto siano poche le sostanze che in medicina hanno questa valenza, si comprende facilmente la sua importanza. Il carbone vegetale attivato si può usare in caso di ingestione accidentale di farmaci o per sovradosaggio di essi, funzionando come una spugna assorbente (ogni grammo di carbone attivato corrisponde a circa 1000 mq di superficie assorbente). La dose è di 0.5-1g/kg ed un cucchiaino corrisponde a 6,9 grammi e si deve somministrare entro un'ora. Per 10 minuti ha ancora capacità di riassorbire la sostanza dal tratto gastro-enterico.

**P.:** In quali casi è controindicato l'uso del carbone vegetale attivato?

**V.:** Ovviamente nell'ingestione di caustici e sostanze schiumogene (ne abbiamo fatto cenno prima) e di metalli pesanti (dove si usano i chelanti).

**P.:** Esiste una banca dati aggiornata delle sostanze tossiche?

**V.:** Una banca dati non può essere completa e consultabile perchè, ad esempio

n cosmesi, esiste il segreto di composizione ed inoltre al giorno d'oggi esistono sostanze varie, come i coloranti cinesi, che non vengono dichiarate. L'ultima banca dati risale a circa 10-12 anni orsono: è il CITOX, con 36000 voci bibliografiche, che ancor oggi è valida, anche se ogni anno vengono messi in commercio circa 2000 nuovi prodotti chimici. Ciò rende la cosa sempre più difficile, soprattutto perchè il bambino, passando dalle varie fasi dello sviluppo (lattante, infante, adolescente), cambia il suo metabolismo e quindi cambiano le capacità di depurazione dell'organismo, sia del rene che del fegato. Stiamo lavorando come SIMEUP assieme alla CHICCO, per fare delle schede e facilmente consultabili dal pediatra di famiglia. Anche se tutto è consultabile via internet, è chiaro che nella concitazione di un avvelenamento è meglio avere del materiale di facile e rapida consultazione.

**P.:** Non si potrebbe ad esempio fornire un CD o DVD al pediatra di famiglia con queste schede complete per far sì che egli, se consultato, possa dare un aiuto concreto e rapido prima di inviare il paziente ad un Pronto Soccorso?

**V.:** Quando finiremo questo lavoro con la CHIC-

CO, nulla ci vieta di chiedere la diffusione di questi dati a tutto il territorio, sia cioè ai pediatri di famiglia, sia ai pediatri dei PS.

**P.:** Concludiamo con questo auspicio la chiacchierata col Dott. Vitale, ringraziandolo per la sua concretezza e disponibilità e ricordando inoltre che la SIMEUP si fa spesso promotrice di iniziative per l'aggiornamento nelle emergenze-urgenze ed è anche impegnata in progetti umanitari nel terzo mondo, come il progetto Malawi.

## Intervista ad Antonio Vitale

# Emergenze in pediatria

di Francesco Privitera

di Antonino Gulino

Strana storia quella di Gabriele Salvatores consacrato grande autore con un Oscar per "Mediterraneo", ma che continua ad essere maltrattato dalla critica ad ogni nuovo film, magari di buon livello anche se non il capolavoro che ci si aspetta.

Stessa sorte per l'ultima opera "Come Dio comanda": un film decisamente da vedere, tratto da un romanzo di Nicola Ammaniti.

In questo film il regista abbandona i paesaggi assoluti delle sue opere migliori, il già citato *Mediterraneo* ed *Io non ho paura*, per condurci in una landa desolata del Nord-Est dove vivono Rino Zena, un balordo misogino e xenofobo e il figlio Cristiano, un adolescente timido e irrequieto.

Uniti da un amore viscerale, padre e figlio vivono un'esistenza precaria in continua lotta contro il mondo, in compagnia di un solo amico: "Quattro Formaggi", un povero ritardato, ossessionato dal preseppe e dalle immagini di una biondissima pornodiva.

Ma in una notte di pioggia e fango Quattro Formaggi, in balia delle sue allucinazioni, violenta ed uccide una ragazzina; Rino, chiamato dall'amico in aiuto, in un impeto di rabbia repressa, viene colto da un male e perde conoscenza.

Cristiano, sopraggiunto poco dopo, crede sia il padre l'autore del delitto, e per proteggerlo occulta il cadavere e successivamente chiama un'ambulanza.

Il ragazzo è solo, disperato, assiste Rino nel suo letto di ospedale, ma la delusione lo allontana dal padre adorato e idealizzato.

Il drammatico suicidio di Quattro Formaggi fa luce sul delitto e Cristiano, finalmente sollevato dai suoi dubbi, corre in ospedale dal padre per stringerlo in un tenero abbraccio, un atto d'amore ma anche di speranza.

Salvatores esplora con perizia e sensibilità il difficile rapporto tra padre e figlio, trascinandoci nel contempo in un mondo di sassi e fango, popolato da personaggi sgradevoli, che conducono una esistenza ai margini della società.

Rino è un uomo violento, ferito dalla sorte, ma nessuno lo sostiene nel quotidiano, nessuno gli offre una chance per raggiungere una possibile normalità, anzi è costretto a lottare contro la logica implacabile di un assistente sociale che minaccia di togliergli il figlio, unica e reale possibilità d'amore.

Cristiano è un ragazzo difficile, emarginato dalla scuola e dai compagni, si trova coinvolto in una tragedia, che lo segna profondamente ma che lo spinge a liberarsi dal rapporto esclusivo col padre, a confrontarsi con la realtà, con il dolore degli altri, ed a cercare un suo personale percorso di vita.

Il dramma vissuto diventa opportunità di redenzione, di cambiamento ma ci chiediamo di quante vittime ha bisogno la nostra società per cambiare, per superare la precarietà etica che domina i nostri giorni.

recensioni



La famiglia topini va a scuola

di Haruo Yamashita  
illustrazioni di Kazuo Iwamura

Babalibri € 11,00

di Giusi Germenia

Un delizioso piccolo albo illustrato adattissimo ai lettori in erba, quelli per i quali il libro è un gioco e sottolinea più che altro un momento sereno di vicinanza e condivisione con le persone a cui si è più legati, oltre ad essere anche occasione per guardare le illustrazioni con occhi avidi e immagazzinare parole e colori nel proprio piccolo mondo.

L'albo in questione è "La famiglia Topini va a scuola" opera di due autori giapponesi Haruo Yamashita e Kazuo Iwamura, rispettivamente per testo e illustrazioni (Babalibri, € 11,00), Come negli altri volumi della stessa serie sono protagonisti i personaggi di una simpatica e credibilissima famiglia di topolini alle prese con la quotidianità e le piccole incombenze che essa comporta, affrontata però con la simpatica serenità di un mondo semplice.

In questa avventura i piccoli della famiglia Topini devono fare i conti con il problema scuola: per la loro mamma convincere i suoi sette piccoli a rinunciare alle loro piacevoli attività di giochi per uscire di casa

non sarà facile ma, armata di una saggezza esemplare, mamma Topini saprà trovare espedienti giusti ed anche provare ad insegnare loro qualcosa di molto importante. Le atmosfere calde e rasserrenanti, le ricostruzioni piccole e puntuali delle casette e dei loro interni, la raffigurazione dei personaggi così simpatica, l'uso sapiente dei colori e dei mille particolari della natura, tutto contribuisce a rendere l'albo una occasione per entrare piacevolmente nel vissuto dei bambini ed interagire con le loro mille curiosità, in perfetta regola per essere "amico indivisibile" del piccolo lettore, ottimo per prestarsi alla lettura autonoma delle illustrazioni ed al gusto dell'immedesimazione nei personaggi.

Un libro che in fondo riesce a prendersi il suo tempo offrendo ai bambini quella grande importantissima semplicità che troppe volte, noi adulti, mettiamo da parte per volere precorrere troppo i tempi: per fortuna i bambini, con la loro piccola e affettuosa pazienza, ci prendono per mano e ci impongono di fermarci.

DI GIAMOCELO...

Dopo avere delineato un preoccupante parallelismo tra il pediatra sindacalista e il "politico" medico (categoria assai ben rappresentata in parlamento) è facile riconoscere, all'interno di un pur sparuto gruppo sindacale, tutte le componenti che, più in grande, è possibile individuare nelle aule di Montecitorio.

Ci sono dunque maggioranza e opposizione, estremisti e integralisti, franchi tiratori e fedeli soldati di truppa ma anche abili mediatori e perfidi opportunisti. clamore che la Gestifimp con l'incresciosa vicenda di "Ovito" ha sollevato sulle pagine dei maggiori quotidiani (ma anche sul forum di pediatria on line) dimostra che anche la gestione di un sindacato - ancora più pericolosamente a livello nazionale che provinciale - risente degli endemici mali che affliggono l'amministrazione della "res publica".

Manca sempre, anche nel più virtuoso dei sistemi, un adeguato controllo dei controllori (che sono pur sempre uomini e, in quanto tali, fallibili e/o corruttibili) che non rallenti troppo l'operatività dei dirigenti ma che assicuri al tempo stesso condivisione e trasparenza nell'azione politico-sindacale: *digiamocelo* la Fimp catanese non ha fatto eccezione!

Sono a tutti noti i fatti che hanno prodotto movimenti "tellurici" all'interno della sezione etnea: anch'essi frutto di una gestione superficiale e di una mentalità che può talvolta paradossalmente considerare il puro e semplice svolgimento del proprio ruolo istituzionale, con il dovuto rigore e con trasparenza, quale

segno di sfiducia o inimicizia verso singole personalità o specifici settori. Un terribile equivoco, e - forse - l'ancestrale retaggio di quella mentalità clientelare che permea tutta l'isola, se non tutto il Paese.



L'epilogo di questo grave "scossone" ricalca, in maniera discretamente prevedibile, l'iter di certi ribaltoni politici. Nel polverone generale si concertano le più improbabili "consultazioni" e si sperimentano, senza ritegno, tutte le possibili combinazioni: i *vecchi marpioni* che si ripropongono con virginale candore, le *pavide nullità* che ambiscono a ricoprire un qualsiasi ruolo che dia loro visibilità, gli *scaltri manipolatori* - poco "poetici" e molto "prosaici" - che tessono spregiudicatamente finte alleanze, pronti a tradirle alla prima utile occasione.

Su tutti vince quello che riesce opportunamente ad orientare la base - strumentalizzandone magari la legittima indignazione - ed a condurla per mano nella tempesta, laddove, con la peculiarità tipica di certa materia organica, egli riesce a nuotare con naturalezza: è lui il leader indiscusso, acclamato da un'assemblea "belante", ignara di essere stata così astutamente condotta al "pascolo" designato.

Tranquilli...tranquilli, non scriverò più di sindacato: lo giuro!

# Orticaria-angioedema cronico: il prurito di una diagnosi

di Filippo Di Forti

Per chi spera o possa immaginare chissà quale novità su questa patologia, può placare i suoi pruriti conoscitivi. Non c'è niente di nuovo, è troppo frustrante e poco redditizio studiare l'orticaria. Credo che al momento come tutte le cose poco chiare ci sia un pò di confusione, desiderio personale è limitarla, ma trattasi di un progetto ambizioso e superiore al mio quoziente intellettivo. Chiedo venia.

Dall'acclarato concetto che, l'atopia è alla base del 3-4% dei casi di orticaria cronica, le cause della degranolazione del mastocita devono essere ricercate in altre direzioni. Lo spartiacque è rappresentato dalla durata dei sintomi che se perdurano per più di 6 settimane fanno collocare

la crisi pomfoide nel quadro dell'orticaria cronica. I tentativi di diagnosi devono vertere soprattutto nel ricercare forme di autoimmunità, che sono circa il 30%. La figuraccia col paziente è conclamabile nella misura in cui le forme idiopatiche rivestono il 70% dei casi. Ma l'autoimmunità come si estrinseca? Il più delle volte sono implicati autoanticorpi anti-IgE, essi bloccano a ponte due IgE che, adese al mastocita e/o al basofilo, ne innestano la degranolazione. Le IgG1 ed IgG2 sarebbero implicate, ergo potrebbe essere utile effettuare un dosaggio. Altro meccanismo patogenetico implica la presenza di autoanticorpi contro i recettori ad alta affinità per le IgE ed attivazione mastocitaria. Il versante immunità non è ancora completato, tiroiditi autoimmuni, celiachia e deficit C1 esterasi ne sono l'esempio, così come l'evenienza di una forma da immunocomplessi circolanti con deplezione del complemento. In questo caso si configurerebbe un inquadramento nosologico nel tipo 3 della classificazione del duo Gell&Coombs che nella *tabella 1* ne vede una versione ampliata e dettagliata, leggetela è molto interessante. Semeiologicamente parlando trattasi nelle forme croniche di pomfi persistenti ove prevale l'angioedema, magari associato a sintomi intestinali. La forma da immunocomplessi vedi *fig.1*, ha una situazione è un pò differente, così come la diagnosi differenziale tra vasculite e/o lo strofuro e/o la mastocitosi urticata, *figg.2 e 3*. Da non trascurare nelle forme croniche l'evenienza di una malattia neoplastica (M. di Hodgkin p.es) o di una forma psicogena.

All'inizio parlavo di autoimmunità come causa principale, l'intervento dei fatidici esami di laboratorio potrebbe racchiudere una "salve"

Tab. 1

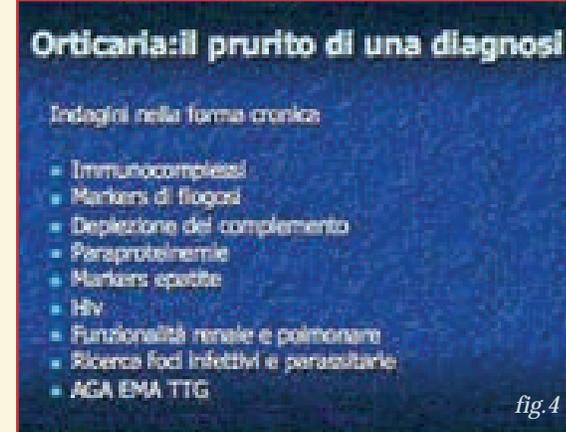
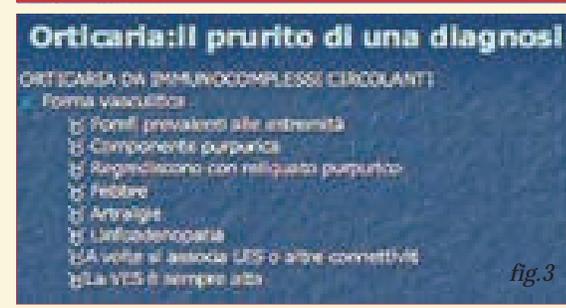
Classificazione di Gell e Coombs (ampliata)	Tipo di risposta immune	Caratteristiche	Quadri clinici principali
Tipo I	IgE	Degranolazione dei mastociti	Anafilassi, orticaria
Tipo II	IgG e FeR	Distribuzione cellulare dipendente dal FeR	Anemiaemolitica, leucopenia, trombocitopenia
Tipo III	IgG e complemento o FeR	Deposito di immunocomplessi	Malattia da siero, vasculite, nefropatie
Tipo IVa	Th1 (INF- $\gamma$ )	Attivazione del monocita	Eczema
Tipo IVb	Th2 (IL-5 e IL-4)	Infiammazione eosinofila	Esantema bolloso o maculopapulare
Tipo IVc	CTL (perforin e granzyme B)	Uccisione di cellule (ad esempio cheratinociti) mediata da CD4 o CD8	Esantema bolloso o maculopapulare o pustoloso, eczema
Tipo IVd	Cellule T (IL-8)	Reclutamento e attivazione neutrofili	Esantema pustoloso

rappresentata nella *fig.4*.

A questo punto il nostro genio clinico deve portare alla quadratura del cerchio.

Orticaria da immunocomplessi circolanti a volte si associa con LES o altre connettiviti, la VES è sempre alta, insorge dopo 7-12 giorni dalla somministrazione di siero eterologo o antibiotici, in questo caso potrebbe essere utile, trovando il laboratorio, dosare gli anticorpi IgG antiproteine. Il test di Coombs potrebbe servire per dirimere i casi dubbi costituiti dalla sola vasculite. Il test con siero o plasma autologo è semplice, ma poco eseguito, basterebbe l'iniezione intradermica di 0,1 cc di siero o plasma da prelievo venoso del paziente, se compare un pomfo la diagnosi è fatta. La tiroidite autoimmune non è da dimenticare, gli a.a.antitireoperossidasi, a.a.antitireoglobulina FT3, FT4, TSH sono sempre da fare, così come un Rx torace per un possibile Hodgkin. Le forme psicogene le lascio allo sfortunato collega che vi incappa, mentre le forme idiopatiche sono il modo ipocrita con cui ce ne usciamo quando non sappiamo che pesci pigliare.

Terapia?!: Gli antistaminici sono d'elezione, meglio se di prima o seconda generazione, l'idrossizina con la sua azione anticolinergica e/o la cinnarizina con la sua azione anticomplemento andrebbero provati, mentre gli antistaminici topici li lascerei nel bancone del farmacista. L'associazione col cortisone parrebbe utile per interrompere l'effetto domino dell'orticaria stessa, l'orticaria sembrerebbe autoinnestantesi per la labilità mastocitaria. L'orticaria fa orticaria, il cortisone interromperebbe questo circolo vizioso. Plasmaferesi, ciclosporina, iv-Ig, nei casi importanti, ma solo nei centri specialistici. E poi... correzioni dietetiche? Sì, forse, dieta senza additivi, senza istaminoliberatori (ma esistono?), restrizioni alimentari... E' tutto indignoso ed ex adjuvantibus, non esiste un atteggiamento univoco, occorre, come dice il Prof. La Rosa per l'asma, cucire il vestito terapeutico addosso il paziente, sperando che non faccia allergia al vestito stesso...buon lavoro.



# “Flash” su...cervello e psiche

di Angelo Milazzo

L'interesse crescente nei confronti dei problemi psichici nell'età evolutiva ha trovato riscontro recentemente nelle attività della nostra Università, che ha organizzato un Convegno sui problemi psichiatrici nell'infanzia ed un altro sui problemi psicopatologici legati alle nuove tecnologie. Va riconosciuta ai Professori Domenico Mazzone ed Eugenio Aguglia una capacità d'iniziativa che merita il nostro appoggio e la nostra piena collaborazione.

## Cyberspazio e psicopatologia

Il termine IAD (Internet addiction disorder) indica lo stato di dipendenza patologica dalla Rete, quando diventa una sorta di “droga” o di malattia. Sembra che ne soffra almeno il 10% di tutti i navigatori. In particolare il 5% dei bambini supera le 5 ore al giorno di techno-abuso. Recentemente, la cronaca ha portato alla ribalta il fenomeno di abuso o di uso ossessivo delle videoregistrazioni, realizzato soprattutto mediante web-bam incorporate nei telefonini o nei computer. Fenomeni esasperati di voyeurismo e di narcisismo inducono molti adolescenti a mettere in atto comportamenti erotico-pornografici, aggressivi, o di bullismo, soprattutto per il piacere di videoregistrarli e di diffonderli nel cyberspazio.

Il technoautismo colpisce bambini tra i 6 ed i 9 anni, che diventano talmente dipendenti dalle nuove tecnologie, fino al punto da non riuscire più a comunicare, se non per mezzo delle stesse tecnologie o, comunque, attribuendo a tutti caratteristiche e nomi del loro mondo fantastico.

Il pedofilo trova nel cyberspazio una dimensione che può essere completamente svincolata dalle regole morali della convivenza. Trova inoltre un mondo nel quale sentirsi normale, comunicando con i suoi simili, anzi può sviluppare un vero e proprio “orgoglio” pedofilo, e persino aggregarsi a forme di vere e proprie lobby.

Oggi il 34% del bullismo è on-line. Far circolare immagini spiacevoli o compromettenti, oppure inviare materiale offensivo può fare molto più male di una aggressione fisica. Sono state descritte varie tipologie del fenomeno: messaggi violenti o volgari, molestie, denigrazioni, sostituzioni di persona, rivelazioni, inganni, esclusioni. Il cyberstalking (cyber-persecuzione) può essere basato su molestie ripetute e minacciose. Nonostante il fenomeno esista da quando esisto-

no le comunicazioni telefoniche, soltanto nel Giugno 2008 in Italia è stato approvato un Disegno di Legge anti-stalking. Viene reputato che almeno il 20% delle donne italiane abbia sperimentato forme di molestie o persecuzioni telematiche.

Il counseling nei confronti delle famiglie e degli stessi bambini e ragazzi rappresenta un'attività articolata e complessa. Comunque, si potrebbero riassumere in tre punti i consigli per i giovani navigatori.

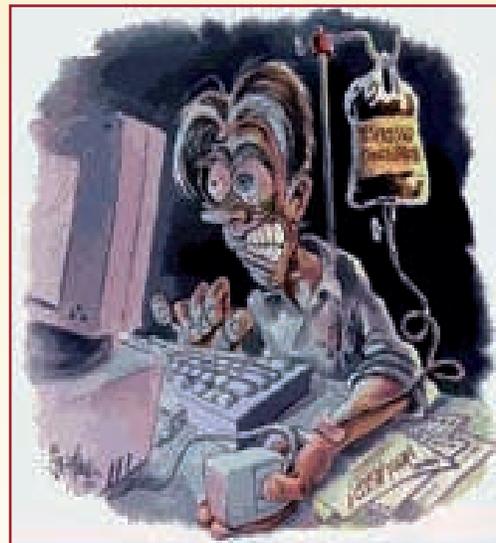
1) Proteggi i tuoi dati personali; non fornire mai il tuo nome, il tuo numero di telefono, una tua fotografia, il nome della scuola, a chiunque incontrato on-line.

2) Non incontrare mai qualcuno conosciuto on-line.

Riferisci ad un genitore, ad un insegnante, o ad un adulto in cui hai fiducia qualsiasi cosa che hai individuato come sgradevole o minacciosa su Internet.

## Specchio delle mie brame...

Si va sempre più affermando la teoria che noi capiamo gli altri, almeno nella maggior parte dei casi, non come osservatori passivi, ma come attori, che rivivono le azioni degli altri. Questa concezione, analoga a quella dei filosofi fenomenologi, ha ricevuto una conferma da parte



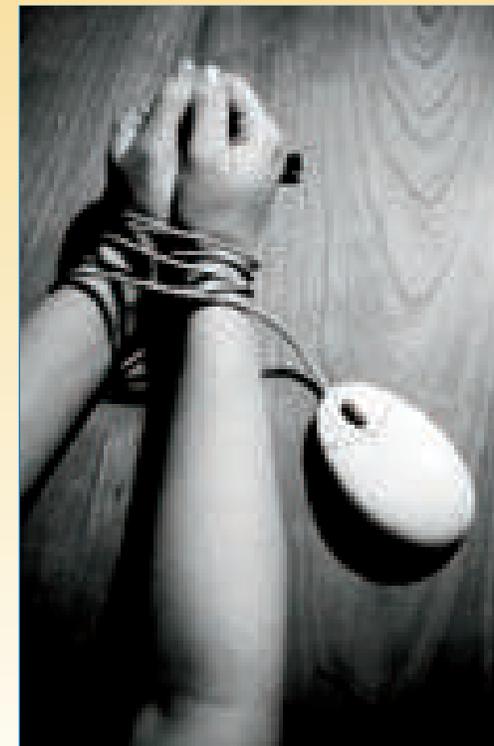
delle neuroscienze, con la scoperta dei neuroni specchio. Il meccanismo è in essenza il seguente. Il comportamento degli altri, dopo essere stato registrato dai sistemi sensoriali, attiva le nostre rappresentazioni motorie o emotive, che corrispondono ai comportamenti osservati.

Il meccanismo dei neuroni specchio di base permette di capire cosa fa e sente un altro individuo “qui ed ora”. Altri meccanismi aggiuntivi permettono di predire che cosa molto verosimilmente farà, in altre parole le sue intenzioni. I vari aspetti dei meccanismi di comprensione immediata possono essere denominati come “sistema specchio”.

Numerosi, recenti ed autorevoli Studi indicano che nei bambini con autismo vi è un deficit proprio dei neuroni specchio. In questa condizione i bambini, anche se intelligenti, non “capiscono” gli altri. Essi, specie se affetti dalle forme più gravi, vivono in un mondo di semplici oggetti. Avendo difficoltà di formare, per cause almeno in parte genetiche, proprie esperienze motorie ed emotive, non riescono a capire né i comportamenti, né le intenzioni degli altri.

## Odio, violenza, emergenza educativa.

L'odio è un sentimento tipico della natura umana. Recentemente sono stati mappate diverse regioni neurali non solo nella sub-corteccia, sede più primitiva ed istintiva dell'emotività, ma anche della corteccia, fulcro del pensiero e della ragio-



ne. Studi con Risonanza magnetica funzionale hanno dimostrato che, alla semplice vista di immagini o situazioni che evocano sentimenti di



odio, si attivano le aree putamen ed insula, implicati l'uno nel senso del disgusto e del disprezzo, l'altra nell'elaborazione diversi stati emotivi. Conseguentemente, vengono ad essere attivati centri della corteccia, sedi del pensiero razionale, del controllo dei movimenti, della pianificazione. Le stesse regioni vengono deattivate nello stato dell'innamoramento romantico. In fondo, c'aveva azzeccato lo slogan: “fate l'amore, non fate la guerra”....

Ai bulli la violenza piace proprio: infatti dà loro soddisfazione ed appagamento. Studi hanno dimostrato che nel cervello dei bulli cui vengono mostrati atti di prevaricazione e violenza, si attivano le aree del piacere (striato ventrale), piuttosto che le aree del dolore empatico, nonché le aree legate ai giudizi morali degli altri. Quindi i bulli provano piacere nel vedere la violenza, segno che questo disturbo della condotta affonda, almeno in parte, le sue radici in substrati costituzionali e genetici. Può non fare piacere, ma esistono veramente gli individui costituzionalmente “buoni o cattivi”.

Certamente, un ruolo enorme potrebbe essere svolto dall'educazione. Bisogna però superare una sub-cultura permissivista e lassista, che lotta persino contro il divieto in condotta. I genitori dovrebbero stabilire e fare rispettare regole e limiti ai propri figli, fissare paletti che li aiutino a crescere. La scuola rappresenta la prima esperienza sociale dei bambini e proprio lì dovrebbero imparare che “chi sbaglia paga”. Anche noi Pediatri non possiamo sottrarci al nostro ruolo educativo sapendo rimproverare, dire di no, magari con una buona dose di humour ed anche, quando necessario, decidendo di ricusare determinate famiglie per “turbativa del rapporto di fiducia”.

L'attività della negazione modula i circuiti del controllo motorio. Fa acquisire quindi anche capacità auto-educative a chi “sa dire di no”. Inoltre affina le capacità del linguaggio. Insomma, “dire di no” talvolta fa bene, a sé ed agli altri. In mancanza di comportamenti ed esempi educativi, l'orizzonte dei nostri ragazzi si ferma ad obiettivi concretissimi, ma effimeri o meschini: le sigarette, le droghe, il cellulare di nuova produzione, la “movida” notturna.

# Le proporzioni auree in ortodonzia (2ª parte)

di Sergio Sambataro

**L'**a Sezione Aurea, in quanto legge strutturale del corpo umano, ha conosciuto in Leonardo da Vinci (1452/1519) un geniale assertore, avendo collaborato con i suoi schizzi alla stesura del trattato "De Divina Proportione" (Venezia, 1509) di Luca Pacioli.

A partire dal Rinascimento la *Sectio Aurea* acquista il crisma della bellezza estetica. Secondo ed Albrecht Durer, la *Sectio Aurea* o numero d'Oro, era elemento proporzionale analogico tra la figura umana e la natura oggettiva. Non ci deve certo stupire se l'uomo, consapevolmente o no, riveli una certa propensione per l'utilizzazione della sezione aurea, che applica nella sua produzione artistica e tecnica: le dimensioni delle carte di credito, dei biglietti da visita e dei più comuni formati di carta sono dei rettangoli aurei.

Il senso della bellezza, come qualcosa che eccita o dà piacere ai sensi, viene percepito dal sistema limbico, tanto che si può affermare che l'amore è piacere per il cuore e la bellezza è piacere per i sensi. Nella società moderna la bellezza sicuramente costituisce un vantaggio per identità, fiducia in se stessi e successo, basti pensare ai concorsi di bellezza o al mondo dello spettacolo in genere.

Ma si può classificare o misurare la bellezza? E, soprattutto, la bellezza concerne solo l'estetica o riguarda anche la funzione? Ricketts, ortodontista di fama mondiale, padre della Scienza Bioproggressiva e mio mentore, negli anni '80, dopo aver studiato la proporzione aurea sulle teleradiografie del cranio, sui modelli dei denti e sulle fotografie del volto, ha ripreso i lavori di Leonardo da Vinci (fig. 1) e pubblicato vari articoli, sostenendo che l'occhio umano percepisce bello tutto quello che è congruo, che funziona, cioè, invece di basarsi sull'occhio allenato, come è consuetudine dei chirurghi

plastici o estetici più esperti, Ricketts ha messo a punto uno strumento chiamato "golden divider", sia per diagnosticare delle dismorfosi, ma anche per pianificare la terapia da eseguire (figg. 2 e 3).

Questo strumento viene utilizzato nella nostra pratica clinica quotidiana soprattutto nei pazienti in crescita, in modo da individuare eventuali alterazioni scheletriche, correggibili ortopedicamente con la terapia Bioproggressiva da noi praticata. Per essere stato il primo scienziato ad applicare la sezione aurea sull'uomo da un punto di vista terapeutico, nel 2002 a Seoul, durante il Congresso Mondiale di Scienza e Tecnica, Ricketts è stato proposto per il premio Nobel.

**L**e proporzioni auree vengono ormai utilizzate di routine in Ortodonzia, sia in fase diagnostica che terapeutica; il loro uso scardina il concetto di norma con le deviazioni standard, che pur viene utilizzato, e si rifà ad un'armonia facciale individuale.

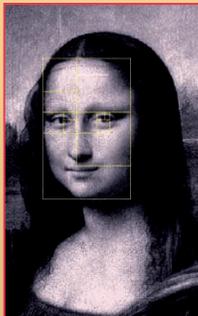


Fig. 1  
La Gioconda di Leonardo da Vinci e le proporzioni auree del volto.

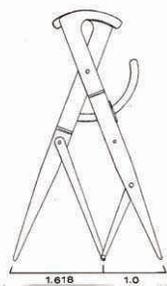


Fig. 2  
Il Golden Divider strumento ideato da Ricketts per misurare la proporzione aurea.



Fig. 3  
Una delle proporzioni auree nel volto umano.

## Pediatroscopo dell'anno

*Cari lettori lo spazio tiranno mi ha spinto a suddividere le mie previsioni astrali per il 2009 al solo campo lavorativo. Ma non vi voglio deludere: amore e salute saranno trattati nei prossimi numeri.*

di Filippo Di Forti



**Ariete:** Il pianeta di recente scoperta, dal nome Oronzio oscurerà i vostri piani professionali. Le nubi del vostro futuro si concretizzeranno quando a dirigere l'UTAP sarà il medico generico con cui avete avuto innumerevoli contrasti e lì il pianeta Oronzio eserciterà il suo influsso.



**Toro:** Lavorerete molto per raggiungere il massimale, che, una volta raggiunto sarà vanificato dall'annullamento delle convenzioni fatto a via sperimentale nel vostro distretto.



**Gemelli:** La via lattea influenzerà negativamente il periodo dal 1 giugno al 30 settembre ed impedirà ad una nota ditta la sponsorizzazione di una vostra vacanza. Bene il 18 ed il 25 ottobre, ma essendo domenica non ne potrete usufruire.



**Cancro:** L'ingresso di Urano nella nebulosa di Calliope renderà difficoltoso e per l'appunto nebuloso il vostro vissuto professionale. Bene nel periodo estivo, ma ne usufruirà la vostra sostituta, gli astri prevedono infatti un grosso gettito nel mese di agosto.



**Leone:** Per i nati nella prima e seconda decade a marzo avrete una grossa opportunità di lavoro, che vi farà perdere quello attuale, salvo poi essere licenziati per inettitudine conclamata.



**Bilancia:** I vostri arretrati saranno calcolati in eccesso e voi starete zitti. A settembre la USL si accorgerà dell'errore e vi richiederà il tutto. A novembre ipocritamente addebiterete le colpe di ciò al vostro sindacato e lo cambierete, ma non trovandone più uno disponibile vi iscriverete a quello dei veterinari.



**Vergine:** L'amore, che non saprete mai concretizzare in campo affettivo, lo riverserete nel lavoro; a luglio i vostri bilanci di salute non verranno pagati e a dicembre avrete un aumento "ad personam" del vostro software ambulatoriale.



**Scorpione:** Il pianeta di Esculapio, col suo ingresso nella 6ª casa, aumenterà la vostra "clinical governance" tra gennaio e maggio. Plutone a giugno scaccerà Esculapio e diventerete dei brocchi. A dicembre diagnosticherete brillantemente una rinite idiopatica!!!



**Sagittario:** Saturno vi è amico e vi favorirà facendovi canalizzare puntualmente i vostri miseri emolumenti. A dicembre sognerete vostra nonna che vi darà tre numeri da giocare al lotto, ma dopo aver visto al teatro "Non ti pago", non li giocherete.



**Capricorno:** Mercurio in Marte vi renderà geniali e fantasiosi, farete grossi investimenti tra agosto e ottobre, ma l'esito si saprà il primo gennaio del 2010, anno che esula dalla trattazione di questo oroscopo.



**Acquario:** Una fortuita diagnosi di malattia di Kawasaki al figlio di una ereditiera vi assicurerà un futuro professionale ricco di soddisfazioni, salvo poi svegliarvi di soprassalto e scoprire che era tutto un sogno. Per il resto l'oroscopo registra solo gravi e progressive perdite economiche.



**Pesci:** Il vostro duro lavoro sarà ripagato dalla stima dei vostri colleghi ed amici, che elargiranno a iosa parole di ammirazione nei vostri confronti. Tutto ciò arriverà all'orecchio di vostra madre, che orgogliosa di voi, vi darà un bacio in fronte. Guadagni in calo.

...Non mangia NIENTE!! ...o no??? 1/2

L'attività del Dipartimento Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato alla sanità della Regione Siciliana ha tra i suoi compiti anche lo sviluppo di strumenti di monitoraggio dello stato di salute della popolazione.

La struttura, tra gli altri studi, sta curando in Sicilia la realizzazione del Piano Regionale di Prevenzione dell'Obesità, in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali In Sicilia. La necessità, infatti, di seguire con attenzione la situazione nutrizionale della popolazione generale e, in particolare, dei nostri bambini è fortemente motivata dai dati epidemiologici recenti che individuano l'obesità come problema

Livello di istruzione e occupazione della madre		
Regione Sicilia - (N = 1529)		
Caratteristiche	% Sicilia	% Italia
<b>Grado di istruzione</b>		
Nessuna, elementare, media	50,2	41,3
Diploma superiore	39,3	45,2
Laurea	10,3	13,5
<b>Lavoro</b>		
Tempo pieno	22,4	28,9
Part time	26,7	31,4
Nessuno	50,9	39,7

prioritario di salute pubblica. L'indagine "OKKIO alla SALUTE - Promozione della salute e della crescita sana dei bambini della scuola primaria" ha avuto questo obiettivo. Vediamo un pò più in dettaglio qualche numero.

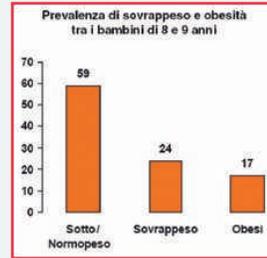
"Il questionario è stato compilato più spesso dalla madre del bambino (88%), meno frequentemente dal padre (11%) o da altra persona (1%). Per motivi di semplicità e uniformità abbiamo limitato l'analisi alle madri, che nel nostro studio costituiscono il genitore che ha risposto più frequentemente al questionario rivolto ai genitori.

\* La maggior parte delle madri che ha risposto al questionario ha un'istruzione di scuola elementare o media inferiore (50%); hanno il diploma di scuola superiore il 39% e la laurea il 10%.

\* Il 50% delle madri non lavora, solo il 22% delle madri lavora a tempo pieno.

\* Il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 19% per titolo di scuola elementare o media, a 18% per diploma di scuola superiore, a 6% per la laurea.

**Complessivamente il 41% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.** Se riportiamo la prevalenza di obesità e di sovrappeso riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini in eccesso ponderale nella nostra regione



sarebbe pari a 130.299, di cui 52.815 obesi.

\* Bambini che frequentano scuole in aree metropolitane o perimetropolitane sono in genere più obesi.

\* Nella nostra Regione solo il 50% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.

\* La prevalenza del non fare colazione è più alta nei bambini di mamme con titolo di studio più basso (elementare o media).

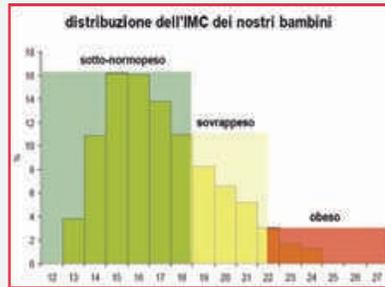
Oggi giorno viene raccomandato che, se è stata assunta una prima colazione adeguata, venga consumata a metà mattina una merenda contenente circa 100 calorie, che corrispondono in pratica a uno yogurt, o un frutto, o un succo di frutta senza zuccheri aggiunti. Solo una piccola parte di bambini (5%), consuma una merenda adeguata di metà mattina. Non sono emerse differenze per sesso del bambino mentre La percentuale dei bambini che fa merenda adeguata aumenta con il titolo di studio della mamma.

\* Nella nostra Regione, i genitori riferiscono che solo il 3% dei bambini consuma 5 o più porzioni di frutta e verdura ogni giorno, il 40% una sola porzione al giorno.

\* Il 28% dei bambini mangia frutta e verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.

\* Non sono emerse differenze per sesso del bambino ma solo per livello di istruzione della madre.

**Continua...alla prossima !!!**



Stato nutrizionale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e dei genitori			
Caratteristiche	Regione Sicilia (n=875)		
	Normo/ sottopeso	Sovrappeso	Obeso
<b>Età*</b>			
8 anni	57,7	25,1	17,2
9 anni	61,7	23,2	15,0
<b>Sesso*</b>			
maschi	57,6	24,6	17,8
femmine	59,9	24,5	15,5
<b>Zona geografica</b>			
<10.000	60,6	22,9	16,5
10.000-50.000	59,8	24,4	16,1
>50.000	59,7	25,9	14,5
<b>metropolitana</b>			
<b>perimetropolitana</b>			
	54,9	25,8	19,4
<b>Istruzione della madre*</b>			
Nessuna, elementare, media	59,2	22	18,7
Superiore	54,9	27,4	17,7
Laurea	65	29,5	5,5

\* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)

## INCONTRI PAIDÒS 2009



17 Gennaio:  
**Problem solving in neurologia pediatrica. Percorsi e procedure.**  
*Responsabile scientifico: Raffaele Falsaperla*

21 Febbraio:  
**Comunicare l'incomunicabile**  
*Responsabile scientifico: Giovanna Perricone*

21 Marzo:  
**Un cuore di pezza**  
*Responsabile scientifico: Francesco De Luca*

18 Aprile:  
**Approccio alla metodologia epidemiologica nelle più comuni patologie del bambino**  
*Responsabile scientifico: Maria Libranti*

16 o 30 Maggio:  
**Le mici**

19 Settembre:  
**Il mondo sottopelle**  
*Responsabile scientifico: Francesco Privitera*

21 novembre:  
**Il bambino in emergenza**  
*Responsabile scientifico: Antonino Gulino*

Gli incontri si terranno tutti presso la sala congressi dell'Ospedale di Acireale.  
N.B.: Le date e gli argomenti degli eventi possono subire variazioni.



Si ricorda inoltre che l'ultimo mercoledì di ogni mese si svolgeranno dalle ore 14,00 alle ore 15,30, gli incontri del "dotto's club" presso il reparto di cardiologia pediatrica dell'Ospedale Ferrarotto, diretto dal prof. Francesco De Luca.

