

Paìdòs

Anno 9 N. 1 - Gennaio - Marzo 2008



Filippo
De Luca

Le tiroiditi



G. Roberto
Burgio

Socrate al caffè



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
G. R. Burgio
Filippo De Luca
Antonio Fichera

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

Buoni maestri

di Antonino Gulino

Uno degli obiettivi del nostro giornale è informare e formare, provare a dare un aiuto a chi ha scelto di fare il pediatra, una professione difficile, in continua evoluzione, non solo scientifica ma anche sociale.

Una volta il pediatra curava il bambino malato, oggi non è più sufficiente perché "l'infanzia di per sé è un'età che ha bisogno di protezione, di conoscenze attraverso le quali questa protezione diventa efficiente e può essere trasferita nella realtà del bambino".

Il nostro compito diventa quindi tutelare la salute del bambino, intesa non come assenza di malattia, ma come la realizzazione del suo completo benessere fisico, mentale e sociale.

Impegno gravoso in quanto spesso privo di punti di riferimento, non esistono linee guida né medicina basata sull'evidenza in grado di guidarci, molto è affidato alla nostra esperienza o meglio alla nostra sensibilità.

Un aiuto importante ci è offerto dal professor Burgio, maestro non solo di pediatria, che nella sua ultima opera "Una pediatria per la società che cambia" scritto in collaborazione con Silvano Bertelloni, ha cercato di analizzare i diversi "input" ambientali che bambini e adolescenti ricevono in maniera sempre più invasiva rispetto al passato.

Il testo non è, nè vuole essere un ennesimo trattato di pediatria, ma attraverso diverse monografie cerca di affrontare i molteplici aspetti della pediatria: il bambino, l'adolescente ed il pediatra, ma anche il pediatra ed il territorio ed il pediatra e l'ospedale, le frontiere della pediatria, la comunicazione ed, infine, il nuovo pediatra.

Un capitolo particolare è infatti dedicato al pediatra di famiglia a cui è affidato il difficile ruolo di *antenna sociale*, attento non solo alle innovazioni mediche ma anche ai mutamenti ambientali, invitandoci a curare non solo il sapere medico ma anche il "sapere sociale".

Un importante articolo, tratto da quest'opera, è il regalo che il Professore Burgio ha voluto fare al nostro giornale ed al nostro gruppo.

Vi invito a leggerlo attentamente, dietro l'analisi colta e attenta del vissuto della pediatria nella storia, c'è il nostro futuro, ma anche i suggerimenti che solo un buon maestro sa dare per realizzarlo.

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 4 Socrate al caffè
- 7 L'angolo di Bartolozzi
- 8 Il bambino con malattia reumatologica
- 10 Pillole di... endocrinologia
- 12 Le tiroiditi
- 16 L'allergonauta
- 17 Lo stupidiatra
- 18 Le infezioni delle vie urinarie
- 19 Pediatri tra le stelle
- 20 "Flash" su... cervello e psiche
- 22 News dalla rete

RUBRICHE

- 14 Digiamocelo
- 14 Cinema e pediatria
- 15 Recensioni

Copertina
(foto di F.Privitera)

Socrate al Caffè

Il bambino nella società di oggi

Qualche approccio, anche storico, alla figura sociale del bambino

di G.R. Burgio



Fra i diritti meno vistosamente emergenti – e forse, comunemente, meno caratterizzanti l'infanzia – che, tuttavia, dovrebbero riconoscersi come “propri anche del bambino”, si colloca la “dignità” (il “diritto alla sua dignità sociale”), che, pure, ha una sua storia.

È vero che, quasi 2000 anni fa Giovanale aveva sollecitato il massimo rispetto per il bambino (*Maxima debetur puero reverentia*. Satira XIV, verso 47).

Ma è anche vero che, già superato il Medio Evo da molto più di un secolo, era stato scritto in un trattato sull'educazione (padre B. Gracian, *El Discreto*, 1646): “Solo il tempo può guarire dell'infanzia e della giovinezza, che davvero sono in tutto età imperfette”. E sappiamo, anche, che una svolta radicale, per quanto attiene all'attenzione che al bambino era stata concessa, in pedagogia, in letteratura e soprattutto nella famiglia, aveva avuto luogo a cavallo tra il XVIII e il XIX secolo, al punto che, a proposito di questo passaggio di secolo (diciamo dopo Rousseau, specie fra il 1750 e il 1765), Ph.Ariè (1971) conclude che, in Francia, fino ad allora (1780-1820) il bambino “non era niente” (era negletto in quanto non capace di ragionare sul modello degli adulti) e che, da allora in avanti, “sarà tutto”. Qualche anno dopo Ariè, Zelizer sintetizza che il grande evento dell'inizio dei tempi moderni è stato l'apparire di una preoccupazione educativa e che, di conseguenza, il valore dell'infanzia è slittato dalla sfera economica (inerente al diffuso lavoro minorile) a quella del sentimento. (GR Burgio, Nuova Antologia, n. 2236, 2005, pp. 200-206).

Attraverso i secoli, dopo il XVII, con la critica affermazione di B. Gracian, nel XVIII (il secolo dei lumi) emerge lo stile delle “nuove paternità” (emblematica quella di Pietro Verri; [1728-97] non a caso definito “Papà illuminista”), intese ad osservare e controllare lo sviluppo dei “corpi infantili” dei loro bambini (E. Becchi, *Medicina e Storia VII*; 2004, pp. 15-30); mentre – come può avvenire nel corso delle grandi rivoluzioni sociali – il XIX secolo si connota di una grande dicotomia: si afferma, da un canto, l'“attenzione educativa” (la legge Casati sull'obbligo scolastico è del 1859, la legge Coppino, più 9d operativa, del 1877), mentre, dall'altro, resiste (e prospera) il ruolo economico del lavoro minorile. A conciliare scuola e lavoro temperò la legge Orlando (1904) con l'istituzione di 3450 scuole serali.

Occorre addentrarsi in pieno XX secolo, per la grande affermazione dei “diritti del bambino”, oltre che con l'esplosione del progresso medico: per questa “esplosione” ci riferiamo all'evento e al concetto della “rivoluzione biomedica” (con la diagnosi prenatale e la fecondazione assistita, con i trapianti e gli approcci alla terapia genica)

che si colloca nell'ultimo terzo di tale secolo, mentre, per la grande affermazione dei diritti del bambino, citiamo: una “Déclaration de Genève, 1924”; una “Résolution de l'Assemblée Générale de l'ONU, 1959”; una “Déclaration d'Helsinki, 1964”, revisionata a Tokio e, soprattutto, la Dichiarazione dell'ONU/WHO di New York, Novembre 1989 (secondo la quale il bambino, o “fanciullo”, è l'essere umano nei suoi primi 18 anni di vita) e poi, ancora, quelle di Oviedo e di Strasburgo, 1997.

Con G.B. Sgritta (1994: “Infanzia”. Enciclopedia delle Scienze Sociali, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma. Vol. IV, pp. 679-690) che, fra l'altro, analizza l'infanzia come fenomeno sociale, si può convenire che “se per tradizione l'analisi della socializzazione si è soffermata in modo prevalente sulla relazione tra il bambino e gli agenti della socializzazione (la famiglia e la scuola soprattutto) è perché la maggior parte delle ricerche si è interessata agli aspetti psicosociali della crescita e dello sviluppo del bambino e ha, pertanto, attribuito minore importanza sia alla società globale, sia all'intera categoria dell'infanzia.”

Ma è anche rilevante ricordare che, ancora nell'ultimo terzo del XX secolo (1974), la massima istituzione mondiale tutrice della salute (l'OMS), introduce come leit-motiv definizionale della *pediatria* il suo valore socio-pedagogico, indicandola come “la medicina dello sviluppo e dell'educazione”, la quale, se implicitamente punta su famiglia e scuola, dell'una e dell'altra coltiva l'importanza degli ambiti applicativi e delle collaboratività socio-sanitarie.

La “dignità sociale” del bambino – abbiamo visto – nasce nel secolo dei lumi; non è difficile ammettere, e non meraviglia, che la “dignità della pediatria” (che si emancipa dalla grande “medicina generale”, poi anche cosiddetta “medicina interna”), nasce contemporaneamente.

Nel secolo dei lumi, infatti, vengono pubblicati in Europa i *primi trattati* di Pediatria degni di questo nome (primo quello del medico svedese Nils Rosen von Rosenstein, 1764) e, altrettanto, agli albori del XIX secolo e nel primo decorso di esso, la riconosciuta dignità sociale del bambino (per il rispetto della sua salute, per il trattamento delle sue malattie) trova forte corrispettivo nella creazione dei *primi ospedali* pediatrici: Parigi (maggio 1802) con l'Hopital des Enfants Malades; Vienna (1837), Ospedale di Sant'Anna; Londra (1852) con il grande ospedale di Great Ormond Street, rimasto famoso nel mondo”. (Burgio GR. *Medicina nei secoli*, 2008, in press).

Tutto prelude e concorda con una nuova tesi di Abraham Jacobi (1889) che ulteriormente ri-

badisce dignità autonoma al piccolo dell'uomo, con il concetto che “il bambino non è un adulto in miniatura”.

Nella seconda metà del XX secolo si realizza, proprio in Italia (1979), la più significativa realtà operativa dell'assistenza medica a bambini ed adolescenti, con la creazione dell'Area pediatrica, che trova ufficiale riconoscimento nella stesura e nell'applicazione dei Piani Sanitari Nazionali triennali del Ministero della Salute, quale “ambito globale delle attività assistenziali pertinenti al bambino e all'adolescente”, cioè delle attività loro dedicate (sia a livello ospedaliero, ambulatoriale, consulenziale, specialistico e superspecialistico, sia a livello di pediatria di famiglia), tutte, e comunque, gestite “a misura di bambino”. In questo modo, la famiglia può contare su Istituzioni e su competenti figure umane in grado di fornire “protezione e difesa di salute” per il “benessere fisico, mentale e relazionale” di bambini e adolescenti: almeno lungo i primi 14 (e possibilmente 16-18) anni di età.

In ogni caso, oggi, il pediatra non è più soltanto “il curante” del bambino in necessità di assistenza squisitamente (e limitatamente) medica: è anche (triste, se oggi non fosse capace di esserlo) “antenna sociale” sensibile nel coglierne disagi, oltre che fisici, anche psichici, mentali, ambientali, familiari (e non) o, più in generale, relazionali, e tentarne, in tutti i modi, la correzione, divenendo, al bisogno, anche l'“avvocato del bambino.”

Qualche rinnovato approccio al ruolo sociale di famiglia, scuola e pediatria

Facendo riferimento al ruolo di “antenna sociale”, divenuto proprio del pediatra, abbiamo precisato “oggi”. Forse avremmo dovuto precisare “nella società di oggi più che mai”: spesso almeno, potrebbe non esservi, infatti, sufficiente difesa dei diritti del bambino senza che il pediatra espliciti - con sensibilità, tatto, “intelligenza emotiva” ed empatica - questo ruolo, affiancando eventualmente la sua opera, con quella di altre figure professionali di competenza: psicologi, neuropsichiatri infantili, eventualmente figure del mondo medico-legale e/o del servizio sociale e - perché no? - della scuola.

La *società di oggi* richiede la presenza di pediatri, e in genere di operatori, non solo qualificati professionalmente nel campo della salute e di ogni accudimento alle nuove generazioni (pensiamo in particolare agli insegnanti), ma anche umanamente e socialmente dotati:

a) nell'impatto con le varieguate complessità di molte famiglie, non di rado impreparate alla corretta educazione dei bambini, oltre che “fragili” nella loro stessa struttura o già disgregate, o “povere” (così, circa l'11% in Italia nel 2002 e oggi intorno al 15%) e, pertanto, in carenza di serenità relazionale-pedagogica;

b) per prendere posizione riguardo alle rinnovate “abitudini ambientali” di giovani e giovanissimi: pensiamo al dilagare di TV e di altra elettronica, con gli estremi rischi per loro di chattare su Internet, e/o di contrarre “addiction”, e di diventare obesi; pensiamo alle madri che stanno

poco in casa, alle nonne giovani (e spesso lontane); pensiamo agli incontri nelle discoteche del sabato pomeriggio, al tempo e alle energie sottratti allo sport e ad altre sane attività cui dedicare il “tempo libero”;

c) nel deprecare pedagogicamente e correggere, fin dove possibile, sia la dimensione e diffusione allarmanti di “nuovi stili di vita” (alcol, sesso precoce, fumo, eventuali sostanze d'abuso), sia il frainteso concetto della “libertà”; laddove questa venga intesa fino alla permissività di non rispettare neanche nella sua dignità somatica il proprio corpo, come è ormai “stile” di molte adolescenti;

d) per contrastare l'incombere di nuove minacce comportamentali nel mondo dei bambini e degli adolescenti, protagonisti e vittime di bullismo e microcriminalità, quando non anche vittime di pedofilia e di altri abusi e sfruttamenti.

Per caratterizzare la *società* in cui il bambino e l'adolescente vivono *oggi* - e in cui il pediatra si prodiga per essi e le loro famiglie, spesso come “antenna sociale”, quando non anche come “avvocato” - abbiamo esemplificato alcune aree calde per problematiche e difficoltà sociali. Ma molti altri *cambiamenti societari* hanno cimentato cultura e professionalità di tutti gli operatori attivi nel mondo dell'infanzia; oltre a quelli della *medicina* pensiamo a quelli della *scuola* che, per i bambini, e gli adolescenti rimane, la grande alternativa socio-ambientale alla famiglia, non fosse che per il molto tempo che in essa vi trascorrono (dal settembre 2007 la durata dell'istruzione obbligatoria copre un arco di 10 anni: legge 26 dicembre 2006 n. 296) e per l'istituzionalità del compito educativo, formativo, acculturante, che ad essa compete.

Nella odierna società gli adulti sogliono chiedere alla Medicina - alla Pediatria per i loro bambini - sempre e per ogni problema di *salute* anche il più difficile, il ripristino totale di essa: si stenta ad ammettere qualsiasi limite ai successi delle cure. Si crede in una *Medicina* sempre doverosamente salvavita e salva-salute. Si fraintendono i progressi e le nuove risorse mediche con una raggiunta onnipotenza di essi. Si postula una sorta di sillogismo fra diritto alle cure e diritto alla salute.

Con un accostamento forse azzardato ci sembra di poter ammettere che questi stessi adulti pretendano dalla *Scuola*... che i loro bambini siano bravissimi; o, comunque, che vengano sempre giudicati tali. E sono, poi, di solito, gli stessi adulti, ad essere pedagogicamente insufficienti e pronti ad ogni richiesta dei loro figli, a concedere loro, come per un loro diritto naturale o acquisito, “tutto e subito.” Sarà il contesto del consumismo e dell'edonismo, enfatizzati come ideali del nostro modo di vivere, a sottendere un autentico lassismo pedagogico (...che poi sfoci in temperamentale prepotenza e arroganza o bullismo dei figli viene ben poco, o per nulla, considerato).

La *società multietnica* (con quasi 6% di stranieri nella fascia di età 0-18 anni, nel 2006), in cui i bambini, a scuola e fuori, vivono e si confrontano, richiede agli insegnanti e ai pediatri una

nuova affinata e maturata sensibilità dialogica e relazionale; e richiede a tutto il sistema socio-sanitario il migliore equilibrio nella equità distributiva delle risorse.

Non certo limitatamente alle esigenze degli stranieri (per questi, specie nel favorirne l'interazione senza disattendere il rispetto per le loro culture di origine), ma, anzi, nel modo più esteso e capillare possibile, il Pediatra deve sentirsi (con rinnovata eticità sociale della sua professionalità) erogatore di cultura della salute. Non a torto gli si è attribuito anche un ruolo di "educatore". "Non a torto si auspica una maggiore integrazione tra pediatria e scuola. Non a torto la pediatria si configura come la disciplina medica, fra tutte le altre, dotata della maggiore valenza e affinità sociale, e se ne esalta – soprattutto per la pediatria di famiglia - un valore di osmosi fra "cultura dei medici e cultura medica dei non medici." Non a torto in una dimensione etico-sociale si colloca l'attenzione ai disabili, da un canto, e ai nati estremamente pretermine, dall'altro.

La nostra del mondo occidentale è diventata una società "con poche nascite" (oggi, con una prerogativa italiana di iponatalità: 9,2 per mille abitanti) e con una mortalità infantile di eccellente collocazione al valore minimo del 3,6 per mille nati vivi (nel 2004) e con un progressivo allungamento della attesa di vita: 77,8 anni per i maschi nati nel 2004 e 83,7 per le femmine, 79 anni in media; 65-52 anni per i nati nei Paesi in via di sviluppo o meno sviluppati, e con punte minime di 46 anni (nell'Africa subsahariana).

Come tristissimo paragone viene anche fatto di pensare che, in questi Paesi, nonostante l'impegno sempre validissimo dell'UNICEF, 1 bambino su 6 muore prima dei 5 anni, 1 su 10 prima di 1 anno e viene fatto di pensare che – molto più in generale – anche nel nostro mondo occidentale la "categoria dell'infanzia" è straordinariamente composita ed eterogenea: che vi sono i bambini del "cronico benessere" con i relativi problemi psicopedagogici e somatici (uno per tutti l'obesità dilagante fra bambini e adolescenti); e i bambini del "cronico malessere": notizie in merito sull'infanzia - autoctona e straniera – negletta, abusata e maltrattata, sono, anche secondo Eurispes-Telefono Azzurro (2006), a dir poco drammatiche (Burgio GR, Bertelloni S. *Una Pediatria per la Società che cambia*. Tecniche Nuove, Milano 2007).

Nella nostra società e nella nostra cultura, la vita:

- può essere indotta per fecondazione assistita (si ritiene nell'1-2% di tutte le gravidanze);
- può essere controllata e indagata in termini di salute già prima della nascita (mediante 5 o più ecografie del feto), oltre che per "diagnosi prenatale": ormai, circa 15% di tutte le gravidanze;
- può essere soppressa legalmente secondo la legge 194.

Ci riferiamo, in altri termini, alla vita prenatale, implicito, naturale oggetto di "pediatria prenatale" che, in particolare, prodiga (in solidarietà

collaborativa col ginecologo, ovviamente con il neonatologo e con le rispettive partecipazioni infermieristiche, ma anche col genetista), la sua assistenza al feto e/o al neonato.

Nella nostra società, pediatri, neonatologi e ginecologi fanno educazione per l'igiene della gravidanza (deprestando fumo, alcol, esposizione della gravida a radiazioni e a rischi infettivi di vario tipo e sostenendo l'importanza di certe profilassi preconcezionali, di certi screening prematrimoniali o di coppia) e efficacemente sostengono l'utilità estrema dell'allattamento materno e, non meno, di molte vaccinazioni antinfettive nel lattante, la necessità di farlo dormire supino e in culla, con calore controllato e modesto.

Da molti anni ormai (anzi, da alcuni decenni), per autorevole parere condiviso di sociologi, economisti, uomini di Stato, esperti di pubblica amministrazione, Enti e Istituzioni con competenze sopranazionali, è stata sostenuta come positiva e meritevole la tesi di investire in una *società puerocentrica*: per migliorarla, con il massimo impegno, nella salute e nella cultura delle giovani generazioni. Questo è stato correttamente pensato, in prospettiva alla preparazione di adulti in grado di essere al meglio utili in senso civico e compiutamente produttivo nella società di cui verranno a far parte.

La validità di questa tesi e di questa politica che la *società* deve indirizzare alla "categoria" dell'infanzia-adolescenza è certamente condivisibile e sostenibile; ma qualche pediatra ha sostenuto la necessità di una integrazione pedagogica-affettiva di tale tesi da proiettare individualmente sui singoli bambini da parte delle singole *famiglie* cui questi bambini appartengono.

Oggi, che i bambini nascono, in linea di massima almeno, per "procreazione responsabile e consapevole", la famiglia (non solo la società e, anzi, la famiglia molto prima della società) deve essere "*pedocentrica*", mettendo cioè i figli al centro di ogni attenzione affettivo-pedagogica: dalla culla in poi, lungo tutta l'infanzia e l'adolescenza. Se "il sonno della ragione genera mostri" anche un'indifferenza negligente dei genitori li produce; magari con il supporto di una TV non controllata e di una elettronica mediatica spesso eticamente aberrante e civicamente irresponsabile.

Solo un bambino amato e che senta di esserlo – in quanto i genitori partecipano alla sua vita, la mamma o una nonna (o chi per loro), eventualmente la baby-sitter, gli racconta le fiabe o qualche filastrocca, a tempo e a luogo, gli propone qualche proverbio, qualche canzoncina, qualche frase "da lessico familiare" e (la sera e la mattina) lo coinvolge in qualche preghiera o (perché no?) ogni tanto anche nella domanda "cosa ti piacerebbe fare da grande?" – solo un bambino così amato e accudito potrà diventare un adolescente e un adulto capace di amare e di prodigarsi in solidarietà sociale.

(Burgio GR, Bertelloni S. *Una Pediatria per la Società che cambia*. Tecniche Nuove, Milano 2007).

Gli esantemi infantili son sempre una grossa gatta da pelare anche per il più esperto dei pediatri. Ed ancora oggi che le vaccinazioni hanno ridotto la diffusione di alcuni di essi, non sempre l'anamnesi, il tipo e l'evoluzione dell'esantema, come la copresenza di altri sintomi permettono di risolvere diagnosticamente quelli che vengono genericamente definiti come "virosi esantematiche". Uno degli esantemi poco classici e di non semplice diagnosi è quello che caratterizza la "mononucleosi infettiva". Ma come si fa a documentare il sospetto diagnostico di questa diffusa malattia?



Un esantema, cento diagnosi...

di Giorgio Bartolozzi

Durante la prima decade del '900 la "Mononucleosi Infettiva" era considerata una leucemia benigna, non essendo stata ancora caratterizzata come malattia legata ad un virus, l'*Epstein Barr* (1964). La confusione era determinata dal notevole incremento dei linfociti, la maggior parte dei quali avevano dimensioni e morfologia da farli definire come "infomonociti". Già queste caratteristiche in una situazione anamnesticamente e clinicamente sospetta (linfocitomegalia, epatosplenomegalia, edema palpebrale) permettono di formulare una corretta diagnosi. Spesso in fase acuta appare un esantema dai caratteri morfologici non specifici, che può essere correlato ad un trattamento con derivati penicillinici per una sorta di reazione allergica. Ma vogliamo avere conferma della diagnosi? Beh abbandoniamo subito l'idea della Paul Bunnell o del monostest, talmente di bassa sensibilità e specificità che possono farci fare diagnosi solo con molta fantasia. Esclusa peraltro la possibilità di ricorrere ad una PCR, attestiamoci ad una corretta interpretazione della sierologia.

Gli anticorpi da esaminare sono tre: gli anti-VCA (contro antigeni del capsido virale), gli anti EA (antigene precoce) e anti-EBNA (antigene nu-

cleare dell'EBV). Questi ultimi si sviluppano tardivamente, e cioè dopo due mesi dall'inizio della malattia, raggiungendo il loro picco dopo 4-6 mesi. Hanno poca importanza nella fase acuta, ma la loro presenza ad alto titolo è indicativa di un'infezione avvenuta 3-4 mesi prima. Gli anti-EA sono presenti in un'alta percentuale di casi (80%) in soggetti in fase acuta di malattia. Il loro incremento, pur essendo precoce è lento, e raggiunge il picco massimo dopo circa un mese dall'inizio della malattia: in genere rimangono presenti per almeno un anno. Agli anticorpi anti-VCA deve essere dato il maggior peso in senso diagnostico. Essi aumentano precocemente e velocemente raggiungendo il massimo in pochi giorni. Gli anti VCA-IgM sono transitori e scompaiono dopo 1-2 mesi. Lievi positività sono dubbie e possono essere dovute ad altri fattori, come la presenza del fattore reumatoide (attenzione all'artrite giovanile poliarticolare!). Gli anti-VCA IgG persistono invece per tutta la vita (sono presenti nell'80% delle persone adulte), anche se col tempo il tasso riscontrato è basso.

La malattia decorre asintomaticamente nel 50% dei soggetti, tanto che molti adulti non ricordano di averla mai avuta.

L'esantema non ha caratteristiche particolari, assomigliando di volta in volta a quello del morbillo, o a quello della rosolia, ma non è mai vescicolare o bollosa. L'esantema che si accompagna a linfocitomegalia nel piccolo bambino con febbre dovrebbe anche far scattare in diagnosi differenziale l'ipotesi di una malattia di Kawasaki. Nella Mononucleosi è spesso associato alla somministrazione di derivati sintetici della penicillina, per una reazione aptenica con antigeni virali.

Nella diagnosi differenziale è necessario escludere la leucemia, ma anche malattie come l'epatite, la malattia citomegalica, la toxoplasmosi, l'infezione streptococcica. Nella maggior parte dei casi la mononucleosi ha una prognosi buona. Bisogna fare attenzione se il piccolo inizia a presentare anemia e leucopenia, potremmo trovarci di fronte ad una temibile complicanza rappresentata dall'emofagocitosi istiocitaria, da cui il bambino può salvarsi tramite chemioterapia o trapianto di midollo osseo.

Rara complicanza è la rottura di milza, ma come complicanze segnalate vi sono anche l'anemia emolitica autoimmune, la s. di Guillain-Barré, la miocardite e la rhabdomiolisi.

La quasi totalità delle diagnosi di malattia reumatologica in età pediatrica si fa sulla base dei dati clinici ed anamnestici, mentre i dati di laboratorio, lungi dal permettere da soli la formulazione di una diagnosi, diventano importanti e necessari nel contribuire a rafforzare l'ipotesi diagnostica e, soprattutto, a valutare temporalmente l'attività della malattia e la risposta al trattamento farmacologico. Le modeste variazioni, tuttavia, che relativamente ad alcune di esse, possono riscontrarsi in bambini del tutto normali, attivano spesso percorsi diagnostici inidonei e costosi, che gravano fortemente sull'equilibrio emotivo delle famiglie.



Il bambino con malattia reumatologica: interpretazione degli esami di laboratorio

di Alberto Fischer

Proteine della fase acuta

La loro sintesi avviene nel fegato per effetto delle citochine, tra le quali più importanti sono IL1, IL6, TNF. La PCR è il parametro più utile poiché aumenta precocemente e si normalizza più rapidamente in corso d'infiammazione. Il suo aumento, che si ha in circa 4 ore, non è condizionato, a differenza della VES, né dal numero e dalla morfologia dei globuli rossi, né dagli incrementi del fibrinogeno o dai livelli di immunoglobuline in circolo. Il grado di elevazione e la persistenza di essa possono anche suggerire l'entità di una patologia infettiva o anche indirizzare verso patologie quali la malattia di Kawasaki, se vi è qualche dato clinico che ne possa suffragare l'idea. Nel LES la PCR è quasi sempre normale, mentre nelle neoplasie possiamo riscontrare una dissociazione tra VES (alta) e PCR (normale). Oggi una nuova proteina la **procalcitonina** può chiarire un problema di diagnosi differenziale. La proteina, pro-ormone della calcitonina, identificata nel 1975 da Moya, viene prodotta in maniera significativamente elevata in tutte le infezioni batteriche gravi, mentre rimane bassa nelle infezioni virali e nelle malattie autoimmuni. L'aumento di essa nel corso di queste ultime malattie è indicativo di una sovrainfezione batterica.

La **VES** è l'indice storico più importante della fase acuta della flogosi, per il 70% dovuto all'incremento del fibrinogeno. E' più lento ad aumentare e a rinormalizzarsi rispetto alla PCR, ed in reumatologia permette di valutare l'attività di una malattia immunologica (AIG, LES) e la risposta alla terapia. Suoi limiti sono proprio la lentezza delle sue modifiche. Nella tab.1 i fattori

Tab.1 - Fattori che influenzano la VES

VES elevata	VES ridotta
- Anemia	- Leucocitosi importante
- Macrocitosi	- Policitemia
- Proteine fase acuta	- Anemia falciforme
- Fattori tecnici	- Sferocitosi
- Età	- Anomalie proteiche

che influenzano la VES.

Fattore reumatoide

E' un esame che spesso viene richiesto in maniera impropria, associato ad un altro esame che oggi può esser definito come "inutile", e cioè il TAS. Il Fattore Reumatoide (FR) evidenzia la presenza di autoanticorpi diretti contro il frammento Fc delle immunoglobuline di classe IgG. Esso è presente nell'85% dei casi di AIG dell'adulto e nel 10% di AIG poliarticolare del bambino, definita come AIG sieropositiva. In queste forme la positività FR è anche indice di maggiore severità e aggressività della malattia. Per tale motivo il FR non può essere utilizzato come test di screening per l'AIG. E' possibile riscontrare una debole positività in una piccola quota di soggetti normali o asintomatici. I bambini con AIG ed FR negativo (sieronegativi) raramente presentano una sieronegazione nel corso degli anni, per cui non ha senso ripetere il test più volte. Il test è positivo anche in altre patologie reumatologiche come il LES (10-30%), la sclerodermia (25-40%), la crioglobulinemia mista (40-100%), ma anche in corso di infezioni come l'endocardite batterica subacuta e l'epatite B o C.

Anticorpi anti ccp

Sono anticorpi diretti contro il peptide citrullinato ciclico, rilevabili con metodo ELISA nel siero di pazienti affetti da artrite reumatoide. E' stato dimostrato che questi anticorpi hanno una elevata specificità (90-98%) ed una buona sensibilità (41-88%) per l'artrite reumatoide dell'adulto, mentre non sembrano essere molto significativi nell'artrite idiopatica giovanile. (ricordo che sensibilità è la capacità di evidenziare i veri positivi e specificità quella di evidenziare con sicurezza i veri negativi).

Anticorpi antinucleo

Anticorpi diretti contro antigeni nucleari, nucleolari e perinucleari. Pur non essendo chiaro il ruolo patogenetico di tali anticorpi, la loro presenza ha valore significativo nell'ambito di alcune malattie autoimmuni solo se a titoli elevati e se corredati da un'anamnesi e dati clinici

Tab. 2 - Cause di positività ANA

- Soggetti normali (età avanzata, sesso femminile);
- Farmaci: isoniazide, minociclina, anticonvulsivanti, penicillamina;
- Infezioni: Mononucleosi, tbc, endocardite batterica, malaria, epatite C;
- Malattie autoimmuni: LES, Sclerodermia, AIG, Polimiosite, S. Di Sjogren.

significativi. Il loro riscontro, peraltro, a bassi titoli in soggetti normali non ha particolare significato, benché recenti studi tendono a dare a ciò un valore predittivo positivo. Vengono messi in evidenza attraverso la tecnica dell'immunofluorescenza indiretta, avente come substrato la linea cellulare umana Hep-2. Il tipo di fluorescenza varia in ragione del tipo di antigene coinvolto e quindi della specificità della patologia autoimmune.

Nel LES abbiamo una fluorescenza omogenea per la presenza di antiDNA, mentre una fluorescenza punteggiata si riscontra per la presenza di antigeni SSA e SSB (m. di Sjogren e

malattia mista del connettivo). La fluorescenza nucleolare si ritrova nelle sclerodermia sistemica (anti Scl 70). Titoli superiori a 1:40

si ritrovano nel 100% dei casi di LES da farmaci e nel 90% dei casi di LES (tab.2).

Gli ANA sono presenti nel 30-40% dei bambini con AIG poliarticolare e nel 60% di quelli con pauciarticolare (rischio di iridociclite) ma si trovano anche con discreta frequenza in patologie non autoimmuni (mononucleosi, sepsi ecc.). Nel caso in cui gli ANA dovessero risultare positivi a valori > 1:160 e vi è un forte sospetto clinico di una malattia autoimmune è necessario ricercare i singoli anticorpi (anti-DNA a doppia elica, antistonioni, anti-Ro, anti-La, anti Scl-70).

Nella tabella 3 l'interpretazione.

Tab. 3 - Autoanticorpi nelle malattie autoimmuni

Autoanticorpo	Malattia	Frequenza	Note
ANA	LES LES da farmaci	99% 100%	Anticorpi sensibili ma non specifici. Monitoraggio in corso di trattamento.
Anti-dsDNA	LES	60%	Correlano con la nefrite da LES
Anti-ssDNA			Nessuna utilità
Anti istone	LES da farmaci LES	90% 50%	Sensibili ma non specifici del LES da farmaci
Anti Sm	LES	20-30%	Specifici ma non sensibili del LES
Anti Ro (SSA)	Sjogren LES	75% 40%	Associati con la fotosensibilità, malattia polmonare e blocco cardiaco congenito da LES
Anti La (SSB)	Sjogren LES	40% 10-15%	LES neonatale
Anti ribosoma	LES	10-20%	Associati alla psicosi da LES
C-ANCA	Granulomatosi Wegener	>90%	Altamente specifici e sensibili

Esempi di iter diagnostico

Caso	Sospetto diagnostico	Iter
Bambina di età prescolare, senza febbre, con artrite del ginocchio, poco dolorosa ma limitazione funzionale.	Artrite Pauciarticolare; Artrite reattiva; Trauma.	Emocromo, pcr, ANA, urine, ecografia, visita oculistica
Bambina di età prescolare con artrite delle articolazioni degli arti inferiori, esantema macropapulare ecchimotico agli arti inferiori, dolore addominale	Schoenlein-Henoch; Artrite settica; Malattia ematologica.	Emocromo, pcr, ves, plt, ricerca sangue occulto
Artrite ed eritema nodoso	Tbc; Sarcoidosi; MICI; RAA.	Emocromo, FR, TAS, VES, PCR, Mantoux, AST, ALT, ECG, sangue occulto, p-ANCA, endoscopia
Febbre elevata, artrite estremamente dolorosa con limitazione funzionale	Artrite settica; AIG sistemica; Emopatia.	Emocromo, ves, pcr, liquido sinoviale, emocoltura, elettroforesi hb, urine, sierodiagnosi
Dolore articolare improvviso all'anca, mattutino con limitazione funzionale	Coxite benigna; Perthes	Emocromo, ves, pcr, ecografia, rx
Dolori diffusi, febbre ricorrente, afte al cavo orale, anemia	LES; Behçet; AIG; Febbre periodica.	Emocromo, ves, pcr, mantoux, enzimologia, genetica, ANA, ENA

Ipercolesterolemia familiare (2ª parte) La terapia

di Francesco Privitera



Dopo aver parlato nel numero precedente di genetica e clinica, qui si discute di terapia, con tutte le riserve possibili, in quanto essendo di lunga durata non si hanno ancora riscontri e certezze sugli eventuali effetti collaterali in pediatria.

La terapia dell'PH si basa su due momenti successivi: A) Nutrizionale e B) Farmacologica

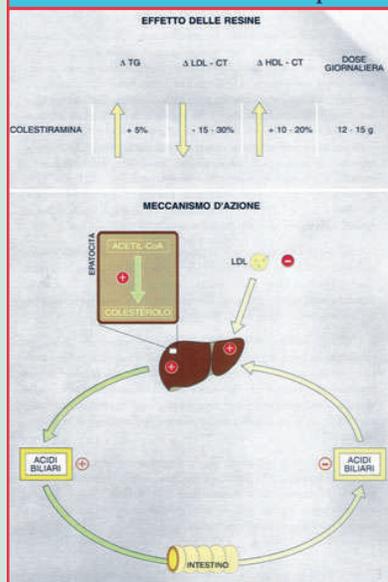
A): dieta povera di grassi saturi e colesterolo da adottare in bambini con LDL-C alto (American Heart Association = AHA e American Academy of Pediatric = AAP col suo programma NCEP = National Cholesterol Education Program). La dieta mostra una limitata efficacia riducendo il colesterolo dal 4 al 20%, ma nella pratica clinica rimane indiscussa la sua importanza come primo approccio nella FH eterozigote. Quando la dieta per 6 - 12 mesi non riesce a riportare entro limiti accettabili il colesterolo nella FH eterozigote, si devono allora usare i farmaci.

B): L'efficacia dei farmaci ipocolesterolemizzanti per lungo tempo in pediatria rimane ancora sconosciuta e poco studiata (mentre nell'adulto è dimostrata), pertanto sembra prudente limitarne l'uso a quei pazienti con ipercolesterolemia severa, soprattutto se nell'anamnesi emergono casi di morte prematura cardiaca

all'interno del nucleo familiare. Le linee guida del NCEP raccomandano di cominciare la terapia farmacologica solo dopo almeno 6-12 mesi di dieta e solo in bambini > 10 anni di età con 1) LDL > 190 mg/dl se non sussistono altre condizioni di rischio per malattie cardiache precoci o 2) con LDL-C > 160 mg/dl se esiste una familiarità per malattie cardiache precoci o se presenti due o più fattori di rischio (bassi livelli di HDL.C, fumo, ipertensione, obesità o diabete). I farmaci disponibili sono: a) **resine sequestranti degli acidi biliari** (colestipolo, colestiramina e colestilano). Assunte per via orale, non sono generalmente assorbite ed agiscono nell'intestino legando gli ac. biliari facendone aumentare la loro secrezione fecale. Questa diminuzione del circolo enteroepatico degli ac. biliari, comporta un aumento della loro sintesi a partire dal colesterolo e ciò porta ad una diminuzione dei livelli serici di colesterolo ed un aumento della sintesi dei recettori per LDL. Il dosaggio è di 0.4- 0.6 g/kg/die fino ad un massimo di 16 g/kg/die (dosi di 8 g/die, indipendentemente dal peso, sembrano avere migliore compliance e minori effetti collaterali). Effetti indesiderati possono essere dolore addominale, costipazione e nausea, mentre bisogna stare attenti all'assorbimento delle vitamine liposolubili e di altri

farmaci (supplementare con vit. D ed ac. folico). In ambito pediatrico questi farmaci sono considerati di scelta nella FH

Meccanismo d'azione delle resine e loro effetto sui lipidi

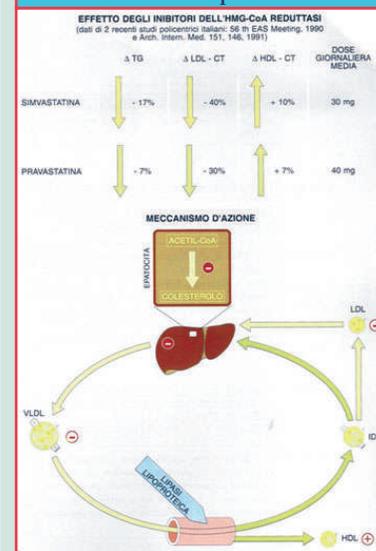


per la loro efficacia e la buona tollerabilità. **b) inibitori della 3-idrossi-3-metil-glutaril-coenzima A (HMG-CoA) reductasi o Statine**: essi funzionano bloccando l'enzima suddetto e con ciò il ciclo di sintesi del colesterolo, quindi riducono il colesterolo e di conseguenza aumentano la sintesi di recettori per le LDL. Gli effetti collaterali più frequenti in pediatria sono la cefalea, insonnia, nausea e/o vomito, diarrea, dolore addominale, rash cutaneo, prurito, mialgia o artralgia. Nella maggior parte dei casi questi disturbi si risolvono nel corso

del primo mese di vita e non è necessario interrompere la terapia. Ma il loro impiego è limitato prima della fase puberale per le complicanze sulla

pazienti adulti affetti da FH, impedendo in modo specifico anche l'assimilazione del colesterolo dalla dieta, anche se esistono dei lavori dove è si dimostra che sua efficacia nel ridurre il colesterolo nella FH omozigote non è superiore alle statine e l'associazione con esse non dà risultati significativamente superiori. Altri farmaci sono in studio come ad esempio il *BMS-201038*; esso inibisce la proteina di trasporto dei trigliceridi microsomiale (MTP), che ha un ruolo essenziale nel processo di inserimento dei lipidi su apoB48 ed è cruciale per la formazione di chilomicroni. Uno studio recente pubblicato sul NEJM dimostra la sua efficacia nel ridurre l'LDL-C nella FH omozigote, tuttavia è stato riscontrato durante la terapia un aumento delle transaminasi ed un accumulo di lipidi nel fegato.

Meccanismo d'azione delle statine e loro effetto sui lipidi



crescita, sullo sviluppo puberale e sulle funzioni endocrinologiche che in teoria queste statine potrebbero comportare. Inoltre non si conoscono gli effetti a distanza in quanto la terapia si dovrebbe protrarre per lunghissimi periodi, se non per tutta la vita e l'efficacia del trattamento mostra una grande varietà interpersonale (in genere fanno abbassare l'LDL-C del 37% circa). **c) nuovi farmaci:** l'*et ezimibe* è il capostipite di una nuova classe di farmaci inibitori selettivi dell'assorbimento del colesterolo esogeno e biliare a livello intestinale senza alterare l'assorbimento delle vitamine liposolubili. Nell'adulto l'associazione con le statine porta ad una ulteriore diminuzione del LDL-C, ma mancano studi pediatrici. Altri farmaci come gli **inibitori dell'acil-CoA-colesteroloaciltransferasi (ACAT)**, non ancora in commercio, sembrano poter migliorare l'assetto lipidico dei

pazienti adulti affetti da FH, impedendo in modo specifico anche l'assimilazione del colesterolo dalla dieta, anche se esistono dei lavori dove è si dimostra che sua efficacia nel ridurre il colesterolo nella FH omozigote non è superiore alle statine e l'associazione con esse non dà risultati significativamente superiori. Altri farmaci sono in studio come ad esempio il *BMS-201038*; esso inibisce la proteina di trasporto dei trigliceridi microsomiale (MTP), che ha un ruolo essenziale nel processo di inserimento dei lipidi su apoB48 ed è cruciale per la formazione di chilomicroni. Uno studio recente pubblicato sul NEJM dimostra la sua efficacia nel ridurre l'LDL-C nella FH omozigote, tuttavia è stato riscontrato durante la terapia un aumento delle transaminasi ed un accumulo di lipidi nel fegato.

Per completezza diciamo che esistono anche altre terapie per la forma grave di FH non adatte ai soggetti pediatrici: la **LDL aferesi**, che consiste nella rimozione extracorporea delle LDL dal plasma tramite un'apparecchiatura ogni due settimane; il **trapianto di fegato** che pone problemi di reperibilità di organi oltre ai rischi legati al trapianto. E' stata tentata anche la **terapia genica** con risultati scoraggianti.

Un capitolo a parte merita l'uso di sostanze dette **"nutraceuticals"** (costituenti alimentari di un cibo che di per sé hanno azione salutistica co-

me ad es. ac. grassi essenziali ω3) e **"functional foods"** (cibi arricchiti in principi attivi che ne fanno prodotti dietetici con indicazioni specifiche. I dati preliminari di studi su queste sostanze sono in alcuni casi confortanti, tuttavia ci sono pochi studi e non su tutte le sostanze usate e comunque pochissimi in pediatria. Queste sostanze sono: le proteine della soia, gli ω3 estratti dal pesce, i policosanoli estratti prevalentemente dalla canna da zucchero, i fitosteroli, la berberina contenuta in diverse piante, il γ orizanol estratto dalla crusca del riso, gli estratti di riso rosso fermentato dal *Monascus Purpureus* ed altri. Sul bambino sono stati studiati in piccole casistiche le fibre solubili, gli ω3 ed i fitosteroli con buoni risultati. Tuttavia bisogna aspettare ulteriori studi nel settore cercando di fare chiarezza in quanto queste sostanze nei cibi, essendo considerate integratori dietetici sfuggono a controlli e studi approfonditi, e tutto viene demandato all'industria. Infine solo una nota sull'uso dei fitosteroli: esiste una rara malattia genetica, la β sitosterolemia, nella quale si hanno normali recettori per le LDL, ma livelli elevati di sitosterolo ed altri steroli vegetali (fitosteroli) nelle lipoproteine plasmatiche e nei tessuti. Il difetto metabolico sembra consistere sia nell'accentuato assorbimento in fitosteroli sia nella ridotta escrezione biliare di essi. La dieta con ridotto contenuto in grassi neutri e colesterolo in questo caso riesce a riportare l'LDL-C a livelli accettabili.

tab1-Statine: età e dosi per l'uso pediatrico secondo l' FDA

Principio Attivo	Età	Dose/die	Lipofilia
Simvastatina	> 10 aa	10-40 mg	+++
Lovastatina	> 10 aa	10-40 mg	++
Atorvastatina	> 10 aa	10-40 mg	---
Pravastatina	8-13 aa	20 mg	---
	> 13 aa	40 mg	



In occasione di questo mio esordio ufficiale quale collaboratore scientifico occasionale della Rivista Paidos desidero innanzitutto ringraziare il dott.

Gulino per il cortese invito e, nella mia qualità di neo-eletto Presidente Regionale della Società Italiana di Pediatria (SIP), invitare i lettori di Paidos a riavvicinarsi alla SIP prendendo in considerazione i vantaggi di una possibile iscrizione. A parte l'opportunità di ricevere direttamente a casa la Rivista Italiana di Pediatria, Area Pediatrica ed altre Riviste specialistiche nazionali, l'iscrizione alla SIP dà diritto ad accedere on-line ad una prestigiosa rivista pediatrica internazionale (Pediatrics) attraverso una password personale. Inoltre viene offerta la possibilità di stipulare a prezzo davvero competitivo (grazie all'altissimo numero degli iscritti) una polizza assicurativa sui rischi professionali di cui oggi non può fare a meno chiunque eserciti la nostra professione. Chi volesse avere qualche informazione in più potrà contattarmi al mio indirizzo e-mail (filippo.deluca@unime.it) o partecipare al primo evento formativo SIP Sicilia della mia nuova gestione societaria (Siracusa, Villa Politi 13-14 giugno), che sarà comunque pubblicizzato attraverso l'invio dei programmi scientifici.

Gulino: *Le tiroiditi acute e subacute sono state considerate in passato patologie di raro riscontro in pediatria, ma negli ultimi anni abbiamo avuto la sensazione di un aumento della loro incidenza. Questa sensazione corrisponde al vero?*

De Luca: Secondo un recentissimo studio collaborativo nazionale che ha coinvolto numerosi Centri qualificati di Endocrinologia Pediatrica ed è stato coordinato dal nostro Gruppo di Messina le tiroiditi in età pediatrica ed adolescenziale avrebbero una prevalenza del 3% circa e sarebbero rappresentate quasi esclusivamente dalla Tiroidite cronica linfocitaria di Hashimoto (98% dei casi), mentre la prevalenza relativa della Tiroidite acuta suppurativa (meno del 2%) e della Tiroidite subacuta (0.2%) sarebbe assai più bassa (Wasniewska et al., J Endocrinol Invest 30:346; 2007). Per quanto riguarda la

sensazione di un aumento complessivo di incidenza delle tiroiditi, essa non si basa su una reale evidenza epidemiologica ma più probabilmente sul maggior numero dei casi che vengono diagnosticati oggi rispetto ad un tempo, grazie all'impiego assai ampio della metodica ecografica, che costituisce un test irrinunciabile per la diagnosi di tiroidite.

G.: *Queste patologie hanno spesso un esordio insidioso, quali possono essere i segni di allarme?*

D.: Mentre la Tiroidite acuta suppurativa ha un esordio repentino ed un quadro clinico inequivocabile di tipo asettuale, quella cronica ha effettivamente un esordio assai più insidioso ed il segno di allarme nettamente più frequente è costituito da un aumento volumetrico della tiroide, accompagnato o meno da segni di ipofunzione (più spesso) o anche di iperfunzione ghiandolare.

G.: *Quale deve essere il nostro atteggiamento diagnostico e terapeutico?*

D.: La diagnosi di Hashimoto non può prescindere dall'esecuzione di una ecografia tiroidea, che mette solitamente in evidenza delle zone ipocogene diffuse le quali conferiscono alla ghiandola quelle caratteristiche di disomogeneità che sono l'espressione del processo infiammatorio. Oltre che dal quadro clinico ed ecografico, la diagnosi di Hashimoto viene infine supportata dalla positività degli anticorpi anti-perossidasi e anti-tireoglobulina, mentre i test ormonali di funzionalità tiroidea non sono risolutivi ai fini della diagnosi giacché l'Hashimoto può accompagnarsi tanto ad eutiroidismo che ad ipotiroidismo e, molto più rara-

mente, anche ad ipertiroidismo non grave.

Per quanto riguarda la terapia essa deve essere prescritta nei casi con gozzo e/o documentato ipotiroidismo e consiste nell'assunzione di tiroxina alla dose iniziale di 1 mg/kg/die, da rivalutare in base all'andamento clinico ed ormonale, mentre gli anticorpi non devono essere tenuti in considerazione giacché non si modificano per effetto della terapia tiroxinica. Obiettivo della terapia è di prevenire un aumento del volume ghiandolare ed un deterioramento della funzione endocrina, ma non di interferire sul processo autoimmunario la cui evoluzione è autonoma.

G.: *Quali relinquiati può dare?*

D.: La prognosi a lungo termine può essere positiva con regressione spontanea del processo autoimmune a variabile intervallo di tempo dal suo

esordio, ma può anche essere negativa, con automantenimento del processo autoimmune, ulteriore aumento del gozzo e deterioramento nel tempo della funzione ghiandolare. Un'altra eventualità da tenere ben presente è che l'Hashimoto possa evolvere spontaneamente nel tempo in un'altra malattia autoimmune della tiroide ben più grave e cioè la malattia di Graves-Basedow, per cui in caso di comparsa di segni clinici specifici (esoftalmo, tremori, tachicardia, palpitazione, perdita di peso) procedere ad un controllo del quadro ormonale (FT4, FT3, TSH) e ad una ricerca di anticorpi anti-recettore del TSH (TRAB) che non sono solitamente presenti nella Hashimoto e sono specifici del Basedow.

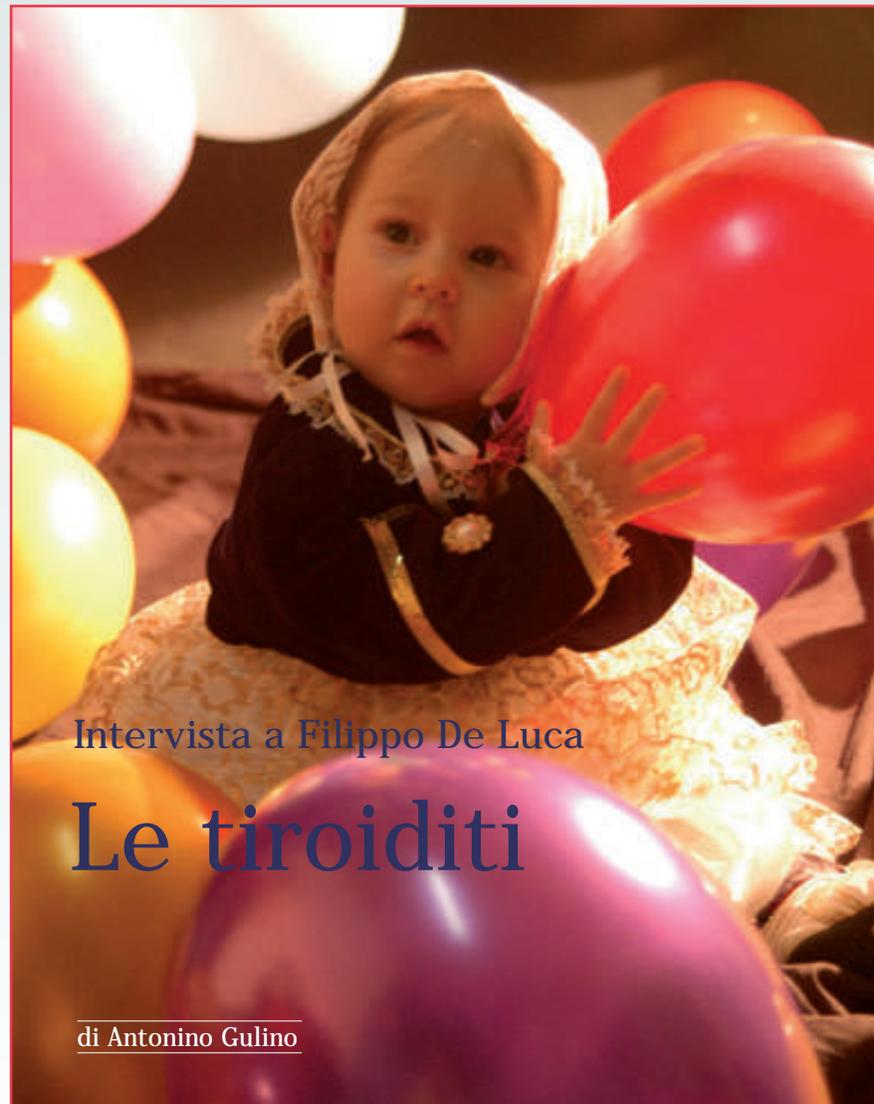
G.: *Quale il possibile follow-up?*

D.: Il follow-up dovrebbe consistere in una periodica (semestrale) rivalutazione clinica, con controlli annuali dell'ecografia, dei test di funzione tiroidea e degli anticorpi anti-tireoglobulina ed anti-perossidasi. La terapia con tiroxina andrebbe comunque proseguita fino al compimento della crescita. Successivamente, in caso di negativizzazione degli anticorpi, si deve provare a sospendere la terapia e rivalutare il quadro ormonale a distanza di un mese dalla sospensione: se l'FT4 si abbassa ed il TSH aumenta ciò indica la necessità di riprendere il trattamento; in caso di persistente eutiroidismo il trattamento va sospeso definitivamente.

G.: *Possono essere messe in relazione con altre patologie, magari di tipo autoimmune?*

D.: L'Hashimoto si può frequentemente associare ad altre malattie autoimmuni per lo più organo-specifiche (celiachia, diabete mellito di tipo 1, malattia di Addison, artrite reumatoide ed altre), nell'ambito di Sindromi polighiandolari di tipo 2 e 3. Infatti, la frequenza di ciascuna delle suddette malattie è significativamente più alta in soggetti con Hashimoto che nella popolazione pediatrica generale. Ne deriva che in presenza di un aplotipo "permissivo" (DR3/DR4, DQ2/DQ8) il rischio di sviluppare insieme Hashimoto, celiachia e diabete di tipo 1 è significativamente elevato ed andrebbe dunque tenuto presente nel follow-up. Un'altra associazione da tenere in considerazione è quella che lega l'Hashimoto a due frequenti cromosomopatie (la sindrome di Down e quella di Turner), per cui pazienti con queste sindromi sono ad alto rischio di sviluppare una tireopatia autoimmune ed anche altri disordini dell'autoimmunità.

Per quanto riguarda la Tiroidite acuta suppurativa essa si associa frequentemente ad altri difetti congeniti ed in particolare alla fistola del seno piri-forme, che costituisce un fattore di rischio per la trasmissione di infezioni batteriche dal cavo orale alla ghiandola tiroide e specialmente al suo lobo sinistro, per cui in caso di frequenti recidive si rende necessaria l'asportazione della fistola per prevenire la ricorrenza di nuovi episodi.



Intervista a Filippo De Luca

Le tiroiditi

di Antonino Gulino

di Antonino Gulino

Non pensarci
di Gianni Zanassi
con Valerio Mastrandrea, Anita Caprioli,
Giuseppe Battiston.

Segnalare un film è spesso difficile, scegliere fra l'ultimo prodotto di Hollywood e l'ennesima noiosissima riflessione sull'ego, solitamente ipertrofico, di uno dei nostri autori è impresa ardua spesso inutile.

Trovare un film intelligente, ben fatto e soprattutto divertente, è un'evenienza rara, ma non impossibile, la dimostrazione è "Non Pensarci" ultima opera di Gianni Zanasi.

Una commedia originale capace di raccontarci un'Italia diversa da quella dei *talk-show* o dei tanti *reality* televisivi, uno spaccato della nostra provincia molto più reale di tante ambiziose indagini sociologiche.

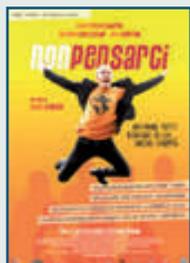
Il protagonista, Stefano Nardini è un chitarrista rock che a trentasei anni si ritrova a suonare con dei ventenni con cui non ha nulla in comune, rimasto senza casa né fidanzata decide di tornare dalla famiglia che non vede da tempo.

Cerca sicurezza, cerca un mondo che nel frattempo è cambiato, si scontra con una realtà diversa, gli amici, i parenti, spesso idealizzati, trascinano la loro esistenza tra fallimenti e compromessi, senza voglia, desiderosi solo di ritagliarsi una piccola fetta di felicità. Gli stessi bambini, i propri nipoti, sembrano aver perso come tanti nostri piccoli pazienti la fantasia, il gusto di sognare.

Stefano di fronte ai primi problemi si ritrae, si fa scudo della sua diversità, ma infine decide di dare una mano, si fa carico per una volta delle sue responsabilità e prova ad aiutare i propri cari.

Un tentativo forse velleitario, inutile ma che lo libera dalla sua paura di crescere, che gli permette di diventare finalmente adulto.

Il regista riesce a coinvolgerci nella sua storia, a farci amare i suoi protagonisti, ci fa riflettere senza ricorrere a facili moralismi, ma soprattutto ci restituisce un'immagine della nostra società in cui è ancora possibile sorridere e perché no, sognare.



DI GIAMOCELO...

SMS

Stranamente Molto Soli

di Maria Libranti

Se non bastasse lo specchio a ricordarci l'inesorabile e democratico passare del tempo, il nostro arrancare dietro le novità tecnologiche (è escluso 'd'ufficio' il mitico Prof. Bartolozzi) fuga ogni dubbio. Non voglio generalizzare ed urtare la suscettibilità di alcuno e dunque *melodicodasola*: sono una tardona! Mi basta guardare la sorprendente facilità con la quale i miei figli si destreggiano sul Web, usano PC e Ipod, spadroneggiando con entusiasmo ogni novità (le stesse che a me danno i "sudori freddi") per averne quotidiana conferma. Ma - dico io - che motivo c'era di passare a "Vista" (accidenti a Bill Gates!), proprio adesso che avevo appena familiarizzato con XP?

Non parliamo poi dei telefonini. Ho il fondato sospetto che più della metà degli adolescenti sia più veloce a "digitare" che a parlare. Certo gli SMS sono meno costosi delle telefonate e forse per questo prediletti dai più giovani: da un lato lo strenuo allenamento, (pare che ci siano i campionati di velocità nel "messaggiare") e dall'altro il linguaggio "stringato" pieno di acronimi, fanno sì che la comunicazione via SMS sia fluente al pari di una "tradizionale" conversazione a voce. Bisogna essere per forza giovani per trovarsi a proprio agio digitando: "K fai? Qnd torni? Cm q ti vgl dire ke tvukdb". Tradotto per gli 'over-anta' si scriverebbe: "Che fai? Quando torni? Comunque ti voglio dire che ti voglio un casino di bene".

Negli ultimi decenni i progressi nel campo delle telecomunicazioni hanno segnato un'epoca e le prospettive, puntualmente attese, sono indubbiamente sorprendenti. Ma è proprio vero che i nostri giovani, così palesemente privilegiati dai mezzi telematici, abbiano meno difficoltà di comunicazione o si sentano, proprio per questo, meno soli degli adolescenti di venti o trent'anni fa?

La lettera di carta, che impiegava giorni o settimane per raggiungere i de-

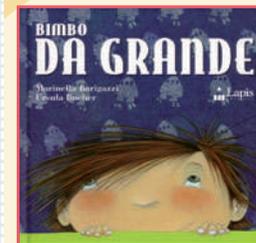
stinatari, che faceva un pò trepidare nell'attesa, si poteva toccare, annusare, studiare nei dettagli per immaginare il "non scritto", per intuire toni e stati d'animo. Come avremmo scritto la nostra storia senza attingere ai "carteggi d'autore" tramandati negli anni. E noi, riusciremo a far giungere ai posteri le nostre pen drive? Ma sarà proprio vero che ricevere una SMS romantico - per quanto romantici possano essere i vari *tvb, tvttb, tvukdb* - sia la stessa cosa di un 'ti voglio bene' in viva voce? Anche l'insana abitudine di fare e ricevere auguri con gli short- message in occasione di ricorrenze mette una certa tristezza: se si tratta di veri amici è avvilente pensare che non abbiano trovato un attimo, non dico per vederci, ma per farci una telefonata e comunicarci insieme all'augurio un pò d'affetto. E, d'altronde, se non si tratta di amici veri, cosa vi è di più "asettico" e sgradevole di quei messaggi 'preconfezionati', spesso riciclati o digitati in forma impersonale (per adattarli a chiunque) e sfacciatamente serviti a tutta la rubrica, con un semplice e tecnologico 'invia a tutti'?

Ed infine, vi siete mai accorti che succede ai ragazzi quando il sabato si riuniscono in luoghi di ritrovo? Stanno l'uno accanto all'altro, perfettamente in " tiro" con l'ultimo modello di Hogan e la cintura di Gucci, le unghie curate e i capelli sventagliati all'ultima moda e che fanno? Tirano fuori ognuno il loro telefonino (tra i vari accessori il più 'figo' di tutti) e anziché parlare e confrontarsi, scherzare, ballare o magari litigare fra di loro, stanno lì - soli in mezzo a tanti - con il dito frenetico e lo sguardo in basso, facendo un'unica cosa: messaggiano.

Digiamocelo o, se preferite, *digitiamocelo*: c'è qualcosa che non va!



recensioni



BIMBO DA GRANDE
di Marinella Barigazzi
e Ursula Bucher
Ed. Lapis, 2008
€ 11,00



IL BELLO DI ESSERE PICCOLI
di Giusy Capizzi
Ed. Lapis, 2008
€ 11,00

di Giusi Geremia

Due albi illustrati in formato quadrato, allegri e maneggevoli, adatti "per piccole manine", aventi come argomento comune diverse osservazioni relative alla crescita: uno, "Bimbo da grande" di Marinella Barigazzi e Ursula Bucher (Lapis, € 11,00) analizza la visione dei bambini nella prospettiva di diventare adulti e quindi potere finalmente assumere comportamenti eccezionali, quasi ai limiti dell'impossibile, l'altro "Il bello di essere piccoli" di Giusy Capizzi (Lapis, € 11,00) si sofferma a guardare quanto di positivo comporta anche l'essere piccoli per tutto un insieme di situazioni in cui i grandi non potrebbero trovarsi a loro agio, non ultima la possibilità di farsi coccolare "per intero" dalla propria mamma. Da una pagina all'altra quindi, con l'accompagnamento di immagini accattivanti e colorate, i

piccoli lettori saranno invitati alla riflessione e all'osservazione ma valutando con ironia e divertimento oneri e onori del crescere, avventura che, soprattutto agli occhi dei bambini, si presenta carica di aspettative in un futuro apparentemente insondabile. Due testi che non comunicano storie ma esaminano situazioni con il risvolto positivo di muovere i pensieri, i confronti, le valutazioni, le curiosità che formano la base necessaria per crescere non solo nel senso fisico ma soprattutto in quello, non meno importante e fondamentale per la vita di relazione, dello sviluppo delle idee. Ed in questo senso un libro, lo sottolineo anche nella certezza di ripetermi, svolge un ruolo insostituibile e rappresenta uno strumento pedagogico indispensabile per gli adulti, almeno per tutti quelli disposti a scendere ai "piccoli livelli".

DERMATITI DA TESSUTI: QUANDO I VESTITI "TRAMANO"

di Filippo Di Forti

I vestiti, è ormai notorio, hanno la storica funzione di difendere il nostro corpo dalle aggressioni esterne; intrecci noti o meno noti, trame recondite ed ingegnose, effettuano un lavoro oscuro, ma prezioso. Da tutto difendono, ma dalle beghe no, le altre trame si intrecciano, fili perfidi ed invisibili arzigogolano tra loro, con un unico intento: la distruzione fisica e morale dell'odiato nemico, reo solo di essersi frapposto all'ambito e succulento obiettivo.

Epidemiologicamente parlando, alludo alle dermatiti da tessuto, pare che l'8,4% dei bambini ne sia affetto; su altri tipi di trame l'epidemiologia varia a seconda che siano trame da condominio o da comitiva, per passare a dati più elevati se trattasi di trame del mondo professionale: si parla dell'87% ma sono numeri preliminari (pare che si associ anche la calunnia per cui occorre dicotomizzare i dati).

Le dermatiti da contatto da tessuto possono essere dovute ai tessuti, ai coloranti e alle resine utilizzate.

Le fibre tessili (tabella 1) si dividono in fibre naturali e tecnofibre; quest'ultime si dividono in artificiali, se derivano da polimeri organici, e sintetiche (da polimeri di sintesi). Di tutti i tessuti disponibili solo due naturali e due di sintesi "tramano" veramente per la nostra salute:

1) La lana, causa di forme irritative cutanee, può indurre Dermatite atopica da contatto (DAC) e/o orticaria da contatto, mentre aggrava la dermatite atopica;

2) La seta, essendo di natura proteica, aggraverebbe la dermatite atopica, ma un nuovo tipo denominato DermaSilk avrebbe fatto superare il problema;

3) Il nylon può causare DAC ed orticaria da contatto;

4) La gomma è causa molto frequente di allergia. Esiste anche una dermatite da panno denominata "Lucky Luke dermatitis" dovuta all'impiego di derivati della gomma come il mer-

captobenzodiazolo e la resina p-terbutilfenolfomaldeidica (attenzione a questi nomi quando si legge la composizione).

Anche le fibre di vetro possono dare DAC, ma non per la loro presenza originaria nei tessuti, ma come contaminanti in ambienti di lavaggio che hanno trattato delle tende.

I coloranti, vengono anche suddivisi in base alla procedura utilizzata nell'applicazione ai tessuti. Coloranti diretti, dispersi, sintetizzati nella fibra, pigmenti, vengono legati al mordente, (si chiama proprio così) per diffondersi tra le trame tissutali. I dispersi cross-reagiscono colla PDF, che non è la pediatria di famiglia ma la parafenilendiamina (PDF). Esiste in realtà una cross-reazione tra trame più o meno colorate e la pediatria di famiglia, ma si aprono prospettive dialettiche inquietanti ed invitanti, dalla cui tentazione vorrei proprio dissociarmi, la colpa di qualche "disperso" non può ricadere sull'intera categoria.

Proprio sui dispersi ricade la maggiore probabilità di causa di DAC: essi sono liposolubili privi di gruppi polari, per cui si disperdono e non si sciolgono in acqua, ma per questo motivo diffondono molto bene tra i tessuti e nella pelle. I dispersi giallo, orange e blu sono implicati maggiormente. Ma i bambini sono sensibili alla PDF non solo per bere e miserrime problematiche assistenziali, ma anche perché presente nell'hennè e nei tatuaggi. Pare che circa il 5% dei bambini presenti DAC da coloranti a base di hennè.

Le resine servono a dare morbidezza, resistenza ai colori, impermeabilità alle trame tissutali. Quelle più comunemente usate sono a base di formaldeide e di derivati ciclici dell'urea. Occasionalmente anche le resine epossidiche presenti nelle etichette possono dare DAC. Ultimamente, dopo un periodo di riduzione dei casi di DAC da formaldeide, per merito dei tessuti cinesi ricchi di questa resina, i casi riferibili alla formaldeide sono aumentati. Pare che nei vestiti cinesi ve ne sia un quantitativo 900 volte superiore a quello consentito dall'OMS.

La formaldeide è anche un ottimo conservante di cadaveri, essa impedisce alla cute del nemico ucciso l'aggressione di agenti esterni e permette la sua visione seduti comodamente in salotto.

Nell'ambito di queste trame internazionali occorre considerare la possibile presenza di sostanze cancerogene. Da una denuncia di Greenpeace, abiti per bambini, commercializzati da una nota marca internazionale presentavano trac-

TABELLA 1

Fibre tessili naturali:

- Origine vegetale (lino, cotone);
- Origine animale (lana, seta).

Tecnofibre:

- Fibre artificiali (viscosa, acetato);
- Fibre sintetiche (poliammide, poliuretano, poliestere).

ce di ftalati, piombio, cadmio, alchifenoli etossilati.

Nella diagnosi di DAC da tessuti oltre alle classiche tecniche che utilizzano l'anamnesi e la valutazione clinica delle localizzazioni, i patch test sono i test spesso dirimenti.

La topografia e la tipologia (tab.2) delle lesioni cutanee sono importanti perché una DAC non dovuta a tessuti è in genere localizzata in regioni non protette dagli indumenti ovvero ascelle, collo, cavo popliteo etc etc., la DAC da indumenti colpisce invece aree non protette da biancheria intima, aree di maggiore sudorazione e di maggiore attrito con gli indumenti. Quando la causa è rappresentata dalle calze viene interessata la fossa poplitea degli arti inferiori ed il dorso o le dita dei piedi. Il sovrappeso è un fattore di rischio perché favorisce la sudorazione e la frizione con gli indumenti.

Prima di passare ai patch test con estratti del commercio, si potrebbe tentare un "bricolage diagnostico" ritagliando ed applicando direttamente sulla cute un campione del tessuto sospeso.

Se siete proprio in vena di fare bella figura, potete anche applicare un brandello di tessuto messo semplicemente a bagno in acqua per 10 minuti o estrarre i coloranti scaldando un pezzo di stoffa in etanolo assoluto a 60° per un ora.

Ben più facile la diagnosi da trame da comitiva o condominiali, basta ammaliare la zitella del terzo piano, elargire ampie mance al portiere o far parlare il terzogenito del sospettato, ma più difficile la diagnosi di trame professionali, esse appaiono sempre di natura idiopatica.

La terapia, oltre ad evitare il contatto con le sostanze responsabili, consiste nell'utilizzo di steroidi topici. Vi sono comunque consigli di carattere generale come il lavaggio ad acqua dei capi di abbigliamento prima di indossarli, l'esposizione all'aria dei capi lavati a secco e l'utilizzo di intimo non colorato. Spesso il termine di "anallergico" è abusato, infatti, durante la lavorazione industriale, il cotone viene rivestito di resine che impregnano le fibre di formaldeide.

Si preferisce utilizzare il termine di "tessuto ecologico", inteso come prodotto finale della

cooperazione tra la lavorazione, la produzione e la manutenzione ecologica.

La prevenzione è diventata dal 2004 obiettivo di una campagna promossa dal ministero della salute, con la promozione di un osservatorio nazionale per la valutazione dei rischi alla salute da prodotti tessili e la creazione di un registro delle allergie cutanee da tessuti, attraverso una banca di informazioni clinico-allergologiche e la promozione di un'etichettatura adeguata sui capi di vestiario con informazioni sulla trama utilizzata.

Il Ministero degli Interni dovrebbe promuovere anche un osservatorio sul tipo di trama utilizzato nelle umane beghe, con formazione di un centro di elaborazione e smistamento dati ed un protocollo d'intesa magari da trattare in sede nazionale coll'Aran. Trattasi di un progetto ambizioso ove io a seguito ipotizzerei tre tipi di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria. La prevenzione primaria vera, utopica e per questo irrealizzabile, consistente nell'eliminazione fisica del nemico, suggerirei anche piccole azioni di tortura del tipo visione coercitiva di tutte le sue foto dalla nascita in poi, o ascolto ossessivo di laudi pubbliche del nemico. Ove impossibile, una prevenzione secondaria potrebbe essere attuata tramite l'apposizione di bendaggi occlusivi (anallergici) alla bocca, ma attenzione, se presente "un disperso liposolubile" potrebbe diventare allergico e fare comparire una irrefrenabile oricaria pruriginosa da odio, il taglio del nervo vago potrebbe essere anche una buona opportunità. La prevenzione terziaria potrebbe essere costituita da una campagna denigratoria, scientificamente organizzata, ma questa è da lasciare agli esseri di poca fantasia.

TABELLA 2

- Dermatite da contatto irritante (DCI);
- Orticaria da contatto (OC);
- Dermatite da contatto purpurica;
- Follicolite;
- Dermatite da contatto pigmentaria;
- Dermatite da contatto tipo pustolosa;
- Dermatite da contatto simile eritema polimorfo;
- Dermatite fototossica da tessuti.

LO STUPIDIATRA

a cura di Fidifo

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

Il rapporto col pediatra di famiglia si sa è un rapporto basato sui solidi pilastri affettivi, di "una casa arieggiante", piena di gas più o meno inquinanti. L'eliminazione di dette emissioni richiede un atto d'amore, caratterizzato dalla somministrazione del "lovegas" (levogas). Il

desiderio di concretizzare in maniera pregnante la voglia di amare è anche testimoniata dalla frequente affermazione fatta al cellulare mentre si entra in ambulatorio. "Sono dentro il pediatra!" esclama raggianti la mamma al raggiungimento del suo Eden e se ella volesse uscire niente paura, perché abbiamo

"l'esodo della TAC". Anche noi vorremmo uscire, viaggiare e sogniamo di andare lontani a sdraiarsi sulla "sabbia nell'Eritrea" (sabbia nell'uretore), ma una "tosse aggressiva" ci fa sbarrare gli occhi e ci fa rientrare nell'amara realtà, ovvero quella del nostro beneamato studio.

Le infezioni delle vie urinarie: un approccio razionale

di Antonio Fichera

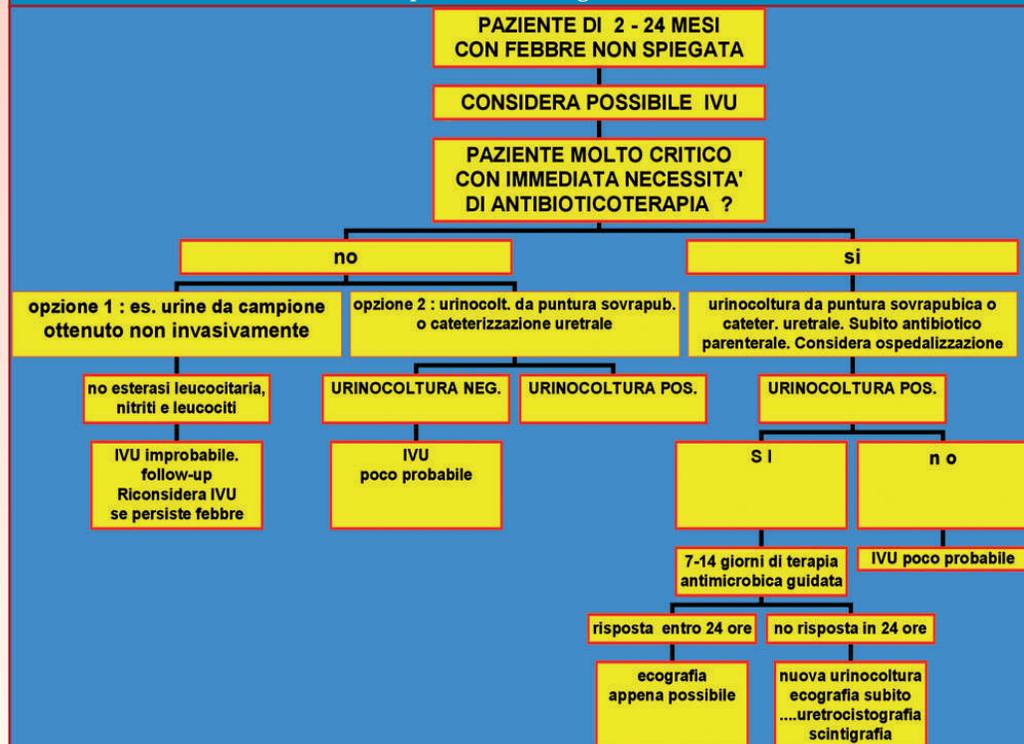
L'algoritmo presentato è tratto dalle linee guida della AAP (American Academy of Pediatrics) ed è sufficientemente intelligibile senza particolari approfondimenti. Vengono tuttavia riportati alcuni suggerimenti e/o raccomandazioni al fine di una maggiore comprensione:

- La prevalenza di IVU nei bambini febbrili al di sotto di 2 anni è particolarmente elevata e presenta una maggiore incidenza nel sesso femminile. Occorre sottolineare l'elevata probabilità di **uropatia malformativa** in caso di IVU in questa fascia di età ed il rischio di **danno renale** in caso di ritardato specifico trattamento. I parametri normalmente suggeriti per la distinzione tra le alte e basse IVU (titoli anticorpali, leucocitosi, PCR, VES...), certamente molto utili, forniscono tuttavia una ampia variabilità nel livello di sensibilità e specificità.

- Se le condizioni cliniche del piccolo pa-

ziente sono particolarmente critiche e richiedono un immediato trattamento antibiotico, un valido campione di urine per coltura **deve** essere ottenuto **prima** dell'inizio della terapia. La **puntura sovrapubica** viene ritenuta da molti Autori la migliore tecnica di prelievo, ma anche la **cateterizzazione transuretrale** può fornire un campione di urine valido con garanzia di risultati di alto grado di sensibilità e specificità. Quando le condizioni cliniche non sono molto gravi e non è necessario un tempestivo trattamento antibiotico, secondo alcuni clinici è sufficiente ottenere un campione di urine con metodi non invasivi (es. sacchetto di raccolta), con obbligatoria ulteriore conferma nel caso di risultati positivi (possibile contaminazione). Secondo i fautori di questa opzione, alcuni parametri di un normale esame di urine (esterasi leucocitaria, presenza di nitriti ed esame microscopico) possono consentire uno screening dei soggetti da sottoporre alla

Valutazione del rischio di infezione delle vie urinarie nei bambini febbrili di 2 - 24 mesi di età.
Proposta di un algoritmo



delle urine raccolte con metodi più invasivi. Altri Autori ritengono, comunque, che, anche nei casi in cui un immediato trattamento antibiotico non è necessario, dovrebbe essere ottenuto, sempre, un campione di urine per urinocoltura con metodi sicuri.

- Il piccolo paziente febbrile in condizioni critiche, con sospetta IVU, che richiede immediata terapia, deve essere trattato per via parenterale e probabilmente ospedalizzato. Il paziente meno grave, che, però, presenta una coltura urinaria positiva, può essere trattato, a seconda dei casi, per via parenterale o anche per via orale. I bambini che non presentano la risposta clinica attesa entro 2 giorni dall'inizio della terapia, devono essere rivalutati con ulteriore urinocoltura, poiché la sensibilità del microrganismo all'antibiotico scelto potrebbe essere modesta.

- La durata del trattamento antibiotico non può essere inferiore a **7-10 giorni nei casi di IVU non complicate**, ma di **almeno 14 giorni nei pazienti più gravi con evidenza di pielonefrite**.

- Secondo molti Autori, dopo il trattamento di cui al punto precedente, i bambini dovrebbero continuare a ricevere agenti antimicrobici a dosaggi terapeutici o profilattici fino all'esecuzione di approfondimenti clinici, mediante tecniche di diagnostica per immagini.

- I bambini che non presentano entro 2 giorni una favorevole risposta clinica dovrebbero essere sottoposti prontamente ad **esame ecografico** e, non appena possibile, ad **uretrocistografia minzionale** e/o a **scintigrafia**. I pazienti che, invece, presentano rapidamente una risposta clinica favorevole, dovrebbero essere sottoposti almeno ad un esame ecografico appena possibile.



Pediatri tra le stelle

Asse: Casa vostra è stata affittata, a vostra insaputa, da un tour operator pirata, ad una famiglia neozelandese. Sarete costretti a trasferirvi con la famiglia al vostro studio per non far scoppiare un caso internazionale.

Toro: Vi è stato attribuito un titolo onorifico gratuitamente dalla libera Università del Polo Sud, ma rifiuterete per non recarvi in loco a ritirarlo.

Capelli: Avete vinto 35 ECM ad un gratta e vinci, affrettatevi a ritirarli prima che scadano.

Castro: Una bottiglia incendiaria verrà buttata davanti l'uscio del vostro studio, successive indagini attribuiranno l'attentato ad "AL PAEDA".

Leone: L'impiegato dell'anagrafe assistiti ha cancellato, a dir lui, per errore, l'unica copia ufficiale dei vostri assistiti e pertanto dovreste ricominciare da zero.

Vergine: Una madre vi chiederà un bacio e voi le darete un Bacio Perugina.

Bilancia: Il paese è pieno di una falsa storia d'amore tra voi e la segretaria, voi tacerete compiaciuti!

Scorpione: Gli esami scritti, per fare bella figura, ad una madre sospettosa non saranno mai fatti, perché essendo cugina del capo distretto vi farà incolpare di eccesso di spesa sanitaria!!

Sartorio: Aderirete alla medicina di gruppo sperando di fregare qualche assistito agli altri componenti, ma i fregati sarete voi.

Capricorno: L'ospedaliere vostro nemico ha avuto un incidente sciistico ad un convegno sottrattovi fraudolentemente e per un mese lavorerete in tranquillità.

Acquario: Il carrozziere a cui avete fatto riverniciare l'auto ha fatto un pessimo lavoro e vi ha presentato un salatissimo conto, ma voi farete finta di niente perché padre di sei assistiti.

Capri: E' arrivato finalmente il vostro primo assistito dell'anno, non fate la vostra stupida pretattica di farlo aspettare in sala d'attesa inutilmente!

“Flash” su... cervello e psiche

di Angelo Milazzo

Non esiste alcun dubbio che l'organo più complesso del nostro organismo sia rappresentato dal cervello, e che le funzioni più “affascinanti” siano quelle mentali e psichiche.

Le conoscenze in questo campo progrediscono in maniera incredibile, legati agli studi della sociologia e della psicologia cognitiva, ma anche a tecniche e settori, quali: la RM funzionale, la medicina nucleare, la psicofarmacologia, la genetica, ecc.

Poiché i comuni cittadini vengono talvolta a conoscenza di tali novità prima dei medici, per mezzo dei mass-media, ed in maniera spesso distorta, è necessario informare gli operatori della sanità, meglio e prima degli “utenti”.

Cercherò di presentare dei “flash” di alcune recenti acquisizioni.



Lo stress dei genitori fa ammalare i figli

Sono ormai molto numerosi gli studi che hanno dimostrato l'effetto negativo dello stress sul fisico e sulla mente:

lo stress abbassa le difese immunitarie e facilita varie patologie.

Un recente studio pubblicato su “Brain, behaviour and immunity” ha coinvolto i genitori di 169 bambini tra i 5 ed i 10 anni, per un periodo di 3 anni. I genitori ogni sei mesi sono stati sottoposti ad un'attenta disamina psicologica per valutare il loro livello di stress e di ansia.

E' emerso che per ogni punto in più sulla scala dello stress, secondo i parametri diagnostici usati dai medici, “messo a segno” da mamma e papà, i figli si sono ammalati del 40% in più per anno. In particolare, hanno presentato sintomi febbrili con una frequenza aumentata del 77%.

Viene così confermata la convinzione dei medici pratici che anche le patologie infettive

ed infiammatorie vengono facilitate dall'ansia o dalla depressione dei genitori.

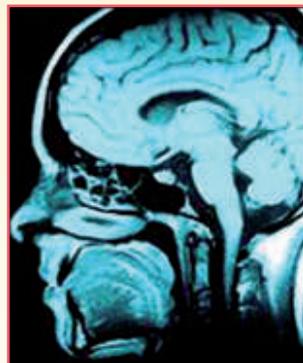
Recenti studi hanno inoltre confermato come parte della responsabilità nella genesi di una fobia in un bambino è da attribuire agli atteggiamenti

ed ai comportamenti dei genitori. Genitori fobici tendono a trasmettere il proprio disagio ai propri figli. Genitori troppo apprensivi provocano incapacità a gestire numerose condizioni, nonché incapacità a controllare determinate reazioni, in modo tale da compromettere la qualità della vita.

Nel DNA il segreto dei bebè che piangono sempre

Neuroscienziati ricercatori hanno scoperto una particolare mutazione genetica, che stabilisce se i piccoli di macaco si metteranno a strepitare quando manca la loro mamma, senza calmarsi dopo breve tempo. Si tratta di una mutazione simile a quella collegata, nell'uomo, al rischio di abuso di sostanze ed alcolici. La mutazione infatti riguarda i recettori degli oppioidi, che “captano” gli oppioidi endogeni in maniera significativamente superiore alla norma. L'attaccamento alla madre fornisce quindi per loro un “supplemento” di tali sostanze.

Nella vita selvatica o preistorica probabilmente i cuccioli “mammoni” erano più sicuri: il pianto inconsolabile richiamava più facilmente l'attenzione della madre e del branco nel



caso di minacce, o pericoli.

Purtroppo, oggi avere un figlio “urlatore e mammoni”, non rappresenta più alcuna utilità, soprattutto se dovesse risultare più vulnerabile ad alcol e droghe.

“Conta-calorie” anti eccessi alimentari

Nel cervello c'è una sorta di “bilancia pesa-calorie” che controlla quante calorie contiene il cibo che stiamo mangiando, ed aziona la “leva della sazietà”. Già in passato erano stati identificati dei “centri dell'appetito” nel cervello: il nucleo accumbens, collegato alle aree della gratificazione e del piacere, collegate con l'intestino, in modo da indurre il senso della sazietà, e da prevenire così le abbuffate. Ma ricerche più recenti hanno dimostrato appunto una sorta di “conta-calorie” cerebrale. Questo regolatore diretto del nostro apporto calorico potrebbe andare in “tilt” sotto l'effetto di alcuni cibi “spazzatura”, tipici delle abitudini errate dell'alimentazione moderna. Questo meccanismo potrebbe spiegare molti tipi di “overeating” e, quindi, di obesità.

Neuroni specchio coinvolti anche nel linguaggio

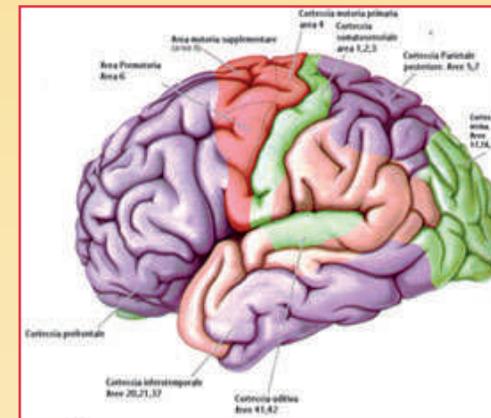
I neuroni specchio, già da anni ritenuti essenziali per l'istaurarsi dell'empatia, sono stati recentemente identificati nei processi di comunicazione verbale.

I neuroni specchio si attivano quando un individuo esegue un'azione, oppure osserva un suo simile svolgere la stessa azione. Sono comuni a molte specie animali.

Studiando il cervello di uccelli, sono stati identificati neuroni simili, in grado di attivarsi sia quando i pennuti emettono alcune note, sia quando essi le ascoltano da un altro. I neuroni

audio-
vocali
scoperti
nei volatili
si trovano
in un'area
cerebrale
analogamente
a quella
umana del
linguaggio.

Negli
esseri



umani questa tipologia di neuroni specchio potrebbero spiegare il meccanismo con cui decodifichiamo le parole, e con altrettanta rapidità siamo in grado di generare una risposta verbale.

In particolari processi di apprendimento, quali quelli finalizzati alle lingue straniere od alla musica, l'“imitazione” e la riproduzione dei suoni è ovviamente fondamentale.

Varie

- L'evoluzione delle più recenti metodiche di RM funzionale cerebrale ha fatto riferire ai mass-media di una “macchina che legge il pensiero”. In effetti, l'identificazione delle aree cerebrali è ormai talmente sofisticata, che permette di identificare persino la tipologia dei pensieri. Allo stato attuale, si possono però individuare soltanto pensieri “elementari”.

- E' stato dimostrato che un sonnellino di 90 minuti al giorno, preferibilmente in corrispondenza della cosiddetta pennichella pomeridiana, stimola il consolidamento della memoria a lungo termine.

- Nel determinarsi dell'autismo, potrebbe svolgere un ruolo il trasferimento transplacentare di autoanticorpi materni, in aggiunta ai fattori genetici ed ambientali. Tali tipi di anticorpi reagiscono con alcune proteine cerebrali fetali specifiche.

- L'insorgenza di molte psicosi frequentemente si colloca nell'età adolescenziale, in particolare tra i 16 ed i 18 anni. E' pertanto importante riconoscerne i sintomi e le manifestazioni, ben diverse dai disturbi funzionali di una comune “crisi adolescenziale”. Lo scatenamento delle sindromi psicotiche viene facilitato dai conflitti familiari, nonché dalla vita stressante delle grandi città.

Spigolature...

**Adolescenti: G.B., una ragazza su tre pratica autolesionismo**

(AGI) - Londra - Un terzo delle ragazze inglesi tra gli 11 e i 19 anni pratica l'autolesionismo, infliggendosi tagli, bruciature o contusioni; tra i maschi la percentuale di chi si fa del male è del 22 per cento. Lo rivela un sondaggio condotto dall'organizzazione per la salute mentale Affinity su 800 giovani, dal quale risulta che la motivazione addotta dai ragazzi (nel 43 per cento dei casi maschi) è il fatto che si sentono depressi. Il 73 per cento dei giovani che praticano autolesionismo si procurano tagli, il 48 per cento si prendono a pugni, il 14 per cento si infliggono ustioni, il 10 per cento si avvelenano; il 17 per cento di loro dicono di farlo per rabbia, il 10 per cento a causa di problemi di relazione, il 10 per cento a causa dello stress.

NOTA: insomma visto che non ci pensano i genitori ... ci pensano i figli !!!

Genetica: 30% geni regolato da ambiente esterno

Nelle discussioni se conti di più il Dna o l'ambiente per formare una persona la ricerca dell'università americana di North Carolina segna un punto a favore del secondo. Dallo studio, effettuato su 46 soggetti di etnia berbera, emerge infatti che un terzo dei geni si 'accende' o si 'spegne' guidati dai fattori esterni. I soggetti



studiati appartengono allo stesso gruppo etnico, quindi hanno un genoma molto simile, ma sono stati scelti da tre gruppi diversi, uno urbanizzato, uno che vive nel deserto e uno che vive in montagna. Più di 23mila geni sono stati analizzati a caccia di differenze nella loro espressione, dovute a fattori ambientali. Il risultato è stato che circa il 30% dei geni viene 'acceso' o 'spento' dalle condizioni esterne. Ad esempio quelli legati alla respirazione sono molto più espressi negli individui che vivono in città rispetto agli altri, come conseguenza dell'esposizione allo smog. "La conseguenza principale dello studio - spiega Youssef Idaghour, che ha coordinato la ricerca - è che non bisogna più guardare solo ai geni, ma anche a come interagiscono con l'ambiente".

NOTA: Mi spiego sempre meno come i figli dei Professori diventano Professori!

Farmaci: 11/5 se urgenti in farmacia senza ricetta

Dall'11 maggio sarà possibile acquistare medicinali urgenti in farmacia anche se in quel momento si è sprovvisti della necessaria ricetta del medico. La misura, promossa dal ministero della salute e approvata dalla Conferenza Stato-Regioni, è stata pubblicata nella Gazzetta ufficiale dello scorso 12 aprile e diventerà operativa ap-

punto l'11 maggio, trascorso il previsto periodo di 30 giorni dalla pubblicazione. In sostanza, dunque, farmaci che normalmente richiedono la prescrizione medica, potranno essere consegnati subito dal farmacista al paziente in casi di urgenza. L'obiettivo della misura, come spiega il ministero della Salute, è "garantire la non interruzione di un trattamento in corso per i casi di patologie croniche ed acute o in occasione di dimissione ospedaliera". L'erogazione di farmaci in tali situazioni, precisa il ministero, "non avviene a carico del Servizio sanitario nazionale". Un esempio, "il farmacista può consegnare il medicinale a condizione che siano disponibili elementi che confermino che il paziente è in trattamento con il farmaco, quali l'esibizione da parte del paziente o della persona che si reca in farmacia in sua vece di uno dei seguenti documenti: un documento rilasciato dall'autorità sanitaria attestante la patologia; un documento originale firmato dal medico attestante la patologia cronica con l'indicazione del farmaco; una ricetta scaduta da non più di trenta giorni" ovvero la presenza nella stessa farmacia di una precedente ricetta o la conoscenza diretta dello stato di salute del paziente da parte del farmacista. In caso invece di patologia acuta che implica la necessità di non interrompere un trattamento, quale ad esempio l'ulteriore assunzione di un antibiotico, il farmacista può consegnare il medicinale a condizione che ci sia la presenza in farmacia di una prescrizione medica rilasciata in una data che faccia presumere che il paziente sia ancora in trattamento con il medicinale richiesto o l'esibizione, da parte del cliente, di una confezione inutilizzabile, ad esempio un flaconcino danneggiato (*restano esclusi i medicinali inseriti nelle tabelle delle sostanze stupefacenti*). Il farmacista dovrà comunque informare il medico curante e consegnerà al cliente una scheda, da inoltrare al medico, contenente la specificazione del medicinale erogato.



NOTA: Prescriveremo anche per i farmacisti!!!

Arriva in Italia la 'supermarijuana' Skunk

È quattro volte più forte della comune 'erba' e sta facendosi breccia anche sul mercato italiano: la marijuana Skunk, nata negli anni '80 ibridando varietà già esistenti, sale agli onori della cronaca nazionale. Gli inglesi l'hanno chiamata così (puz-zola) per l'odore molto pungente ed è un micidiale incrocio tra la Cannabis sativa (75%) e la Cannabis indica (25%). Il suo Thc, ovvero il principio attivo, arriva fino al 16% contro il 3-5% della marijuana 'comune'. La sua 'potenza' in termini psicoattivi l'ha fatta subito entrare nella lista dei desideri dei consumatori di droghe leggere, ma soprattutto degli spacciatori di mezzo globo. Secondo i carabinieri un grammo di Skunk può costare fino a 60 euro contro i 10 euro di quella normale.

NOTA: Anche le droghe non saranno "generiche". I farmaci si!!!

INCONTRI PAIDOS 2008

La difficile Pediatria:
dal caso clinico al confronto con gli specialisti

17 Maggio:

Percorsi clinico-diagnostici nel bambino con diarrea persistente

A. Fischer, Bagnara, Magri, S. Bonforte, A. Gulino

In fase di accreditamento
ECM

25 Ottobre:

Il bambino con orticaria e angioedema

Cacopardo, S. Fiocchi, A. Fischer, Di Forti, M. Libranti

In fase di accreditamento
ECM

22 Novembre:

Il bambino con enuresi

Privitera, G. Bartolozzi, Caruso, R. Lorini, P. Ferrara

In fase di accreditamento
ECM

13 Dicembre:

Il bambino con anemia emolitica

A. Fischer, G. Bartolozzi, Martini, Ravelli, G. Russo

In fase di accreditamento
ECM

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.

