

note di cultura per il pediatra

a.c.p.

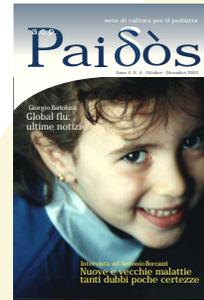
Paiδòs

Anno 4 N. 4 - Ottobre - Dicembre 2003



Giorgio Bartolozzi
Global flu:
ultime notizie

Intervista ad Antonio Boccazzi
Nuove e vecchie malattie
tanti dubbi poche certezze



Direttore responsabile
Francesco La Magna

Direttore
Alberto Fischer

Comitato Scientifico
Pasquale De Luca
Lorenzo Pavone
Gino Schilirò

Responsabile di redazione
Antonino Gulino

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

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

Segreteria e Grafica
A.S.C. Europromo
Tel 347 7792521
Fax 095 472387
redazione.paidos@tiscalinet.it

Stampa
Litografia
LA ROCCA
Giarre (CT)

Questo periodico è distribuito gratuitamente ai pediatri

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

EDITORIALE

Formazione e formatori

di Alberto Fischer

Ricordo ancora, con un pizzico di nostalgia, l'epoca pionieristica pre-ecm, quando con un gruppo di amici motivati ci dedicavamo ad organizzare corsi di aggiornamento o, più semplicemente, incontri culturali-professionali.

Due erano le principali spinte operative: la consapevolezza dei numerosi bisogni formativi insoddisfatti da una didattica universitaria ultraspecialistica o tutta passerella ed una realtà professionale quotidiana che ci spingeva a confrontarci in maniera amichevole e conversevole con chi aveva più competenze ed esperienze professionali escludendo chi si proponeva con aria paternalistica o di supponenza. Grazie alla Fimp molti di noi avevano imparato la metodologia più idonea e soprattutto il concetto di verifica ed eravamo in grado di utilizzare quanto appreso nella progettazione e realizzazione dei nostri incontri.

Oggi l'attuazione normativa dei crediti ECM ha determinato una svolta, che mi torna difficile valutare positivamente. Pur rimanendo fissi alcuni principi fondamentali dei percorsi formativi, mai considerati dalle istituzioni didattiche storiche, e cioè la partecipazione diretta, la formazione pratica e la verifica dell'apprendimento, vi è stata un'eccessiva burocratizzazione attraverso un lungo procedimento sperimentale, attualmente ancora non completato. Questo ha determinato uno svilimento dei contenuti a tutto vantaggio degli aspetti formali, peraltro poco elastici, tanto da spingere il singolo alla scelta di percorsi formativi non in funzione delle proprie necessità formative, ma in funzione dei crediti che possono essergli garantiti. Inoltre i singoli obiettivi non sono quelli che ciascuno può individuare sulla base delle proprie necessità, ma quelli stabiliti a tavolino dall'ECM in funzione delle risoluzioni della Conferenza Stato-Regioni. E' mia opinione che questo polverone svanirà come i geroglifici sulla battaglia e che l'unica forma di vero aggiornamento resterà comunque legato alle scelte del singolo di frequentare centri altamente qualificati e specialistici, amministrazioni permettendo. Il timore è che rimarrà la cattiva abitudine a scegliere in funzione dei crediti e non dei contenuti. Chissà quanti sono coloro che vorranno frequentare corsi credit-free, i cui contenuti formativi potranno esser e dimostrarsi superiori a quelli accreditati.

Come ACP c'imporremo sempre di trovare contenuti che abbiano un valenza formativa in relazione ai nostri bisogni, sempre modificantesi in funzione dell'esigenze del piccolo di cui ci è affidata la cura. Questo periodico entra insieme a voi nel nuovo anno e, nato quasi come un gioco o una scommessa, ci regala la consapevolezza che "viene letto" gratificando così tutti i colleghi che direttamente o indirettamente ne hanno determinato e favoriscono con il loro lavoro la sua esistenza. Io vorrei evitare stereotipi augurali con un invito ma che è anche un augurio sforziamoci sempre di "capire" l'altro, senza avere la presunzione che le nostre ragioni siano quelle giuste e che abbiano carattere universale.

Buon Anno ai redattori, ai collaboratori, alla segreteria ed a tutti i lettori.

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 6 Certi "grattacapi dei bambini"
- 7 Il sito di G. Mazzola
- 7 Limone e sale
- 8 Le articolazioni dolenti
- 12 Nuove e vecchie malattie: tanti dubbi poche certezze
- 19 La medicina nucleare in pediatria

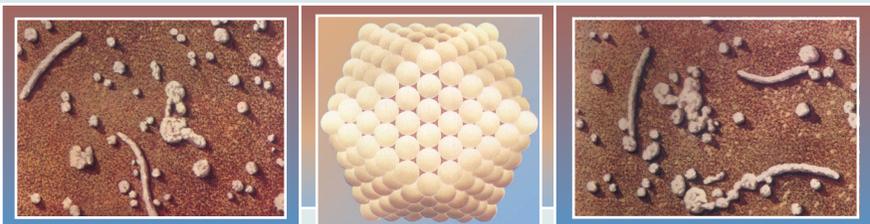
RUBRICHE

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

NEWS DALLA RETE

- 22 Occhio agli occhi
- Un pò di ... "alternativa"

Copertina
(foto di P. Rocuzzo)



Global Flu: ultime notizie

L'influenza procede di paese in paese con costante aumento dell'epidemia, ma non sembra che essa sia più pericolosa che nel passato, come i quotidiani allarmi televisivi c'inducono a credere.

di Giorgio Bartolozzi



Il 18/12/2003 PROMED informava che in Europa l'epidemia da ceppo A/H3N2 è in aumento in alcuni Paesi (Finlandia, Francia, Russia e Svizzera), come negli USA. Essa declina in Portogallo, in Spagna e in alcune parti del Canada.

Nel Regno Unito l'influenza sembra stabilizzata, sebbene ancora non sia chiara la tendenza. In Italia viene riportata la notizia (6 dicembre 2003) dell'isolamento di un ceppo d'influenza B, mentre l'attività influenzale viene considerata bassa.

Nella maggior parte degli isolamenti è stato trovato il virus influenzale A/H3N2: soprattutto A/Fujan/411/2002; più di rado A/Panama/2007/1999 (ceppo corrispondente al nostro Mosca, contenuto nel vaccino attualmente in commercio).

Secondo l'Ufficio di Statistica del Regno Unito il numero delle morti per tut-

te le cause è sulla media per questa parte dell'anno, presente negli ultimi 5 anni.

Anche il CDC di Atlanta riporta che la proporzione delle morti attribuite alla polmonite e all'influenza negli USA è al di sotto della "soglia epidemica" per questa parte dell'anno.

Viene riportato inoltre che è stato confermato il caso da influenza H9N2, riscontrato il 9 dicembre 2003 a Hong Kong: esso è rimasto un caso isolato, senza ulteriore diffusione ad altri soggetti.

Negli USA l'attività influenzale continua ad aumentare durante la settimana 49 (di questo anno). Le visite per influenza hanno raggiunto la percentuale del 5,1%, contro una base nazionale del 2,5%.

Nella settimana dal 7 al 13 dicembre (50°) hanno raggiunto il 7,4%.

Il 36,8% dei campioni sono risultati positivi per il virus influenzale, con l'isolamento di 1394 virus in-

fluenzali A e solo 15 virus influenzali B.

Secondo indagini eseguite nella 40° settimana, il 25% di questi virus sono risultati A/Panama (Mosca)/2007/99 e il 75% A/Fujan/411/2002.

Nel comunicato del 20/12/03 PROMED viene rilevato che negli Stati Uniti dall'ottobre 2003 al 17 dicembre 2003 (cioè in circa due mesi e mezzo) si sono avute 42 morti, associate all'influenza, fra soggetti in età inferiore ai 18 anni (CDC).

Tutti i pazienti avevano infezioni da virus influenzali, dimostrate sia con la ricerca rapida degli antigeni che con altri metodi di laboratorio: in 11 (26%) venne isolato il virus dell'influenza.

Di queste 42 morti, 20 (48%) erano fra soggetti di sesso maschile e il 50% fra soggetti di sesso femminile. Tredici avevano fra 6 e 23 mesi; l'età media era di 4 anni.

Ben 17 pazienti (40%) avevano malattie croniche sottostanti (lupus eritematoso sistemico, paralisi cerebrale, ipotiroidismo, alterazioni gastro-intestinali, ritardo di sviluppo, ritardo mentale, malattie polmonari, trapianto di organo, epilessia, altre); in altri 4 non si conoscono notizie in proposito.

Cinque avevano infezioni batteriche invasive, incluse 3 dovute a streptococco gruppo A meticillino-resistente.

Solo in 7 casi si conosceva la situazione nei confronti della vaccinazione contro l'influenza: 5 (dell'età di 1 anno, 14 mesi, 20 mesi, 3 e 8 anni) non erano stati vaccinati e 2 (21 mesi e di 5 anni) avevano ricevuto una sola dose di vaccino. Nella nota editoriale dell'MMWR (19 dicembre 2003) viene ricordato che le morti, associate all'influenza non sono condizioni comunemente riportate nelle statistiche degli Stati Uniti e che quindi il numero medio annuale di queste morti negli anni passati non è attualmente conosciuto. Tuttavia casi di morte improvvisa associata all'influenza nei bambini degli Stati Uniti sono state riportate dal CDC. Inoltre durante gli anni 1990-1999, circa 92 morti per cause respiratorie o circolatorie, associate all'influenza, sono stimate avvenire ogni anno fra i bambini al di sotto dei 5 anni (Thompson W, Shay D, Weintraub E, et al. Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States. JAMA 2003, 289: 179-86).

Va ricordato tuttavia che quest'ultima valutazione è stata ottenuta con modelli matematici.

Viene ripetuto: sebbene l'efficacia del vaccino contro il virus A/Fujan/411/2002 possa essere minore di quella contro il virus Panama(Mosca), il vaccino attualmente in commercio probabilmente offre una qualche immunità protettiva crociata con

il ceppo Fujian e riduce la gravità della malattia.

MMWR, numero 50, settimanale 52:1232-4 del 19 dicembre 2003-12-20. Dal 28 settembre, i laboratori dell'OMS hanno studiato 32.854 campioni per la ricerca dei virus dell'influenza: 9.464 risultarono positivi per i virus influenzali.

Di questi 9.395 il 99,3% erano influenza A e 69 (0,7%) influenza B. Dei 9.395 virus d'influenza A, 2.113 (22,5%) vennero sottotipizzati. 2.112 (>99,9%) erano virus A/H3N2 e solo 1 (<0,1%) era un'influenza A (H1). Il 77% dei ceppi H3N2 erano A/Fujan/411/2002, il resto era Panama (Mosca per noi).

Quali considerazioni trarre? a) in parecchie parti del mondo ancora l'influenza deve arrivare; in altre l'epidemia è in crescendo (USA).

b) ancora l'influenza non sembra colpire in modo evidente il nostro Paese.

c) non sembra che l'influenza attuale presenti una gravità superiore a quella presente nei passati anni.

d) il numero dei morti (42) in soggetti in età inferiore ai 18 anni rientra, per quanto non siano disponibili statistiche specifiche in proposito, nella media riscontrata negli anni 1990-1999 (JAMA 2003, 289: 179-86).

In questa casistica le morti per influenza avvengono in un elevato numero di soggetti appartenenti alle classiche situazioni patologiche a rischio (40% e più delle morti).

e) Da tutto questo la necessità d'incrementare la vaccinazione contro l'influenza nei soggetti appartenenti alle categorie ufficiali a rischio.

TABELLA SULLA DISTRIBUZIONE PER ETÀ DELLE 42 MORTI.

<6 mesi	1 morto	2%
6-23 mesi	13 morti	31%
2-4 anni	9 morti	21%
5-11 anni	9 morti	21%
12-17 anni	10 morti	24%



CALENDARIO "INCONTRI 2004" ACP-PAIDOS

24 Gennaio 2004:
La diagnosi delle malattie muscolari infantili.

Falsaperla, Angelini

Aula Conferenze
P.O. Acireale

In fase di accreditamento

21 Febbraio

Il bambino con bassa statura.

G.Saggese

Aula Conferenze
P.O. Acireale

In fase di accreditamento

27 Marzo 2004

Il bambino con dispnea acuta.

A.Russo

Aula Conferenze
P.O. Acireale

In fase di accreditamento

17 Aprile

La febbre.

A.Ugazio

Aula Conferenze
P.O. Acireale

5 Giugno

Malattie maestre.

Burgio, Notarangelo

Aula Conferenze
P.O. Acireale

9 Ottobre

Ematuria e proteinuria.

G.Rizzoni

Aula Conferenze
P.O. Acireale

13 Novembre

Il Vomito.

G.Magazzù

Aula Conferenze
P.O. Acireale

Per ulteriori informazioni contattare la segreteria organizzativa al 347 7792521

La pediculosi del capo è un'infestazione intensamente pruriginosa del cuoio capelluto



Certi "grattacapi" dei bambini

di Angelo Milazzo

La trasmissione più frequente è il contatto testa-testa. Un'importante via di trasmissione è rappresentata dall'uso in comune di pettini, spazzole ed asciugamani.

Le uova di 0,5 mm vengono deposte dal parassita pediculus humanus capitis vicino alla porzione prossimale del fusto del capello e vengono "incollate" ad una parte di esso mediante materiale contenente chitina. In seguito ai traumi causati dal grattamento possono insorgere piodermiti e conseguentemente linfadenopatie cervicali ed occipitali.

I pidocchi non sono sempre visibili, ma si possono osservare, meglio con una lente di ingrandimento, le lendini (uova) sui capelli, più comunemente in regione occipitale e retroauricolare. Con la crescita del capello la lendine si allontana progressivamente dal cuoio capelluto ma, alla fine, prima di schiudersi, arriva a poco più di mezzo centimetro dalla superficie cutanea. A differenza della forfora le lendini non sono facilmente asportabili.

La pediculosi, contrariamente all'opinione comune, non è conseguenza di cattiva igiene, anzi sembra che venga facilitata dai lavaggi troppo frequenti. Colpisce pertanto qualsiasi ceto sociale.

Alcuni dati dimostrerebbero un incremento in Italia del 20 per cento dei casi di pediculosi nell'ultimo decennio. L'affezione è presente in tutti i Paesi del mondo (centinaia di milioni di casi), tanto da essere stata considerata la seconda malattia trasmissibile, dopo l'influenza. Nel Regno Unito è stata documentata un'incidenza del 25 per cento! Negli Stati Uniti l'incidenza viene stimata del 10 per cento nei bambini ed adolescenti di razza bianca e, stranamente, solo dello 0,3% nella razza negra.

Nonostante l'allarmismo delle famiglie, la tendenza in tutto il mondo è quella di non escludere il bambino dalla frequenza scolastica. In alcune Ausl viene richiesta

l'autocertificazione da parte dei genitori, in altre da parte del medico, di "trattamento iniziato" In ogni caso, quando si diagnostica l'infestazione, bisogna iniziare una terapia e controllare ed eventualmente trattare gli altri membri della famiglia.

Non è necessario, anzi può essere nocivo, usare insetticidi negli ambienti per eliminare i pidocchi. Il taglio dei capelli e gli shampoo antiparassitari non servono a livello preventivo.

La terapia: Il regolare spazzolamento e pettinamento dei capelli aiuta a ridurre il numero dei pidocchi e delle uova ed è utile per ridurre l'infestazione. Le lendini possono essere rimosse con un pettine a denti fitti dopo un lavaggio con acqua ed aceto nella proporzione 1:1. Gli abiti o la biancheria devono essere lavati in lavatrice con acqua molto calda, oppure lavati a secco. Spazzole e pettini devono essere eliminati oppure ricoperti da un antiparassitario per almeno 15 minuti e puliti accuratamente in acqua bollente.

La **permetrina** dovrebbe essere il trattamento di prima scelta. E' un derivato sintetico del piretro ed è attivo sulle membrane delle cellule neuronali degli insetti, ma non agisce sui mammiferi, per la rapida biotrasformazione, soprattutto per idrossilazione.

Il suo effetto è meno immediato di quello del malation, ma persiste nel capello per una decina di giorni.

Ritengo consigliabile, comunque, una seconda somministrazione a distanza di 1-2 settimane.

E' commercializzata in Italia come crema liquida all'1%, (**Nix**), di non sempre facile reperibilità. Sono state segnalate reazioni allergiche.

Le formulazioni diluite perdono gran parte della loro efficacia e pertanto sono state studiate applicazioni a "secco". Esiste un prodotto, denominato **Dermobase TS**, che contiene lo 0,5% di permetrina ed il 10% di benzoato di benzile, altro antiparassitario che viene utiliz-

Il D-phenotrin è commercializzato come **Mediker AP** shampoo.

Sostanze analoghe sono contenute nella linea di prodotti denominati **Mom**: gel, shampoo, polvere, shampoo schiuma

La **piretrina sinergizzata con piperonilbutossido**, che le conferisce stabilità e potenza, viene commercializzata anche come lozione (**Cruzz**) e come shampoo (**Cruzz potenziato alla sumitrina o antiparassitario al piretro**).

Il prodotto denominato **Milice** è in commercio sotto forma di **mousse, schiuma per uso topico**, da usare prima dello shampoo. Ha una base alcolica che le permette di raggiungere anche le uova. La schiuma consente una applicazione veloce ed una penetrazione rapida.

Esercita il suo potere insetticida in circa 10 minuti. Un secondo ciclo è obbligatorio, dopo 7-10 giorni.

Sono state segnalate resistenze da parte dei parassiti, ma la maggior parte delle ricadute è dovuta ad un trattamento scorretto, ad una insufficiente attenzione alle regole, oppure alla reinfezione.

Il **malation** è un pesticida organofosforico molto meno tossico del noto paration. E' un inibitore delle colinesterasi ed è disponibile come shampoo e come gel all'1% (**Aftir**). Si applica per 10 minuti e si riapplica a distanza di 7-10 giorni.

Uno svantaggio deriva dal contenuto elevato di alcool, che lo rende infiammabile. Esiste un rischio di depressione respiratoria in seguito alla sua ingestione accidentale.

Limone e sale

di Angelo Fazio

L'elaboro bianco è una pianta diffusa in Europa, utilizzata nei tempi antichi come panacea universale, i cui principi attivi sono degli alcaloidi, contenuti nella radice, ed il principale è la veratridina. Il quadro tossico è caratterizzato da disturbi gastrointestinali, collasso e turbe psicotiche di tipo maniacoale. Dalla Tintura madre ottenuta dalla radice fresca si ricava un rimedio omeopatico: **VERATRUM ALBUM**.

Il Veratrum è utilizzato in omeopatia in alcune condizioni acute come la diarrea dei viaggiatori, con vomito improvviso e violenta diarrea, sudore freddo in fronte, pallore e sensazione di freddo in tutto il corpo. La cosa che più colpisce è che il vomito e la diarrea avvengono senza apparente motivo, sono improvvisi ed esplosivi. Un'altra indicazione è nelle ragazze che soffrono di dismenorrea con sudorazione, sensazione di freddo, vomito e/o diarrea.

Accanto a questi quadri acuti vi sono i tipi costituzionali che richiedono questo rimedio, è sono caratterizzati dall'essere sempre indaffarati, sono in costante attività, sempre intenti a fare qualcosa. Si può trattare di ragazzi iperattivi che tendono

continuamente a dipingere, a cantare, a giocare.

Il soggetto Veratrum si crede superiore agli altri e man mano che la sua patologia progredisce può giungere ad uno stato di profonda confusione mentale, pensando addirittura di essere una persona scelta per salvare il mondo! E' l'oratore che all'angolo della strada esorta la gente a pentirsi!

L'individuo che necessita del rimedio omeopatico Veratrum album appare un po' strano fin dall'inizio, è molto rigido e tende a parlare a voce alta per tutta la durata del colloquio. Un altro aspetto insolito riscontrato in questo soggetto è il modo intraprendente ed eccessivamente sicuro di sé con cui parla.

Questo paziente quando viene a farsi visitare per un disturbo fisico, è portato a lanciarsi in una descrizione dei suoi sintomi non appena si siede, e senza aspettare che il medico si rivolga a lui. Pone molte domande riguardanti

all'azione dei farmaci e talvolta risponde con un cinismo che rasenta la mancanza di fiducia nel medico.

E' **ALTEZZOSO** ed arrogante, ha un atteggiamento saccente, che rende difficile la vita a chi gli sta vicino. Si offende facilmente. E' una persona **IPERCITICA** verso chi ha autorità, verso chi è più intelligente. Ricordo un caso di un collega che in un congresso si alzava per mettere in difficoltà il relatore per il solo gusto di criticarlo.

E' indicato in quei bambini iperattivi e precoci, che fanno delle domande, come quelle di un adulto, e senza aspettare una risposta ne fanno un'altra. Una curiosità: hanno un forte desiderio di mangiare limone e sale, e di bevande ghiacciate.

<http://www.giuseppezazzola.it>

http:// Il sito di Giuseppe Mazzola

Volete leggere un articolo scientifico gratis? Se vi accontentate di quelli non proprio aggiornatissimi (da 6 mesi fino ad un anno addietro) e se non è proprio scritto su riviste blasonatissime e "sempre" a pagamento, questo è il sito che fa per Voi: <http://highwire.stanford.edu/freart.dtl>

Oltre 646.000 articoli sono a Vostra completa disposizione!!



L'artrite cronica giovanile è un'affezione relativamente frequente nell'infanzia che il pediatra deve saper riconoscere precocemente.

Le articolazioni dolenti

di Antonio Fichera

Secondo l'American College of Rheumatology, la diagnosi di artrite cronica giovanile (ACG) si fonda essenzialmente sui criteri clinici riportati nella tabella 1, in quanto non esistono ad oggi esami di laboratorio assolutamente patognomonici di tale patologia. L'ACG, che predilige globalmente il sesso femminile, presenta due picchi di maggiore incidenza (2-4 anni e 2°-3° infanzia) ed una frequenza stimata oggi in circa 1 caso ogni 1000 soggetti di età < 16 anni.

Da un punto di vista anatomico-clinico la malattia si caratterizza per la presenza di una sinovite cronica, con intensa attività immunologica a livello della membrana sinoviale, la quale diviene ricca di cellule incontrollatamente proliferanti, che rilasciano vari mediatori erosivi, con conseguente un variabile grado di distruzione della cartilagine e dell'osso.

L'inquadramento eziopatogenetico è notevolmente complesso: accanto ad una predisposizione genetica nel contrarre la malattia (geni HLA e non HLA) è evidente, nei casi conclamati, un movimento immunologico caratterizzato dall'aumento di alcuni parametri (IL-6, IL-2R, VEGF) correlati con i fenomeni di neoangiogenesi presenti nella membrana sinoviale, di altri (TNF-alfa) espressione dell'attività flogistica e dalla riduzione di altre citochine anti-infiammatorie (IL-10).

Un'aumentata sintesi di immunoglobuline ed a volte di complemento ed uno squilibrio delle sottopopolazioni linfocitarie con aumentato rapporto CD4/CD8 completano quel movimento immunitario che non può non fare ritenere l'ACG una malattia autoimmuna.

Dal punto di vista clinico l'ACG viene distinta in 3 forme molto diverse tra loro e con ulteriori suddivisioni al loro interno: ACG pauciarticolare (< 5 articolazioni interessate), ACG poliarticolare (> 5 articolazioni interessate) ed ACG ad esordio sistemico (con prevalente sintomatologia extraarticolare).

L'ACG pauciarticolare (circa il 50% del totale) colpisce prevalentemente le grandi articolazioni e può grossolanamente essere distinta in 2 forme: il tipo 1 si caratterizza per l'esordio precoce (< 6 anni), per la prevalenza del sesso femminile, per la assoluta negatività del fattore reumatoide (FR), per la frequente positività degli anticorpi anti-nucleo (ANA) e per l'elevata incidenza (50% dei casi) di iridociclite cronica asintomatica, che può capricciosamente insorgere prima delle manifestazioni articolari, contemporaneamente o anche molto dopo, quando l'artrite è già in remissione. Il tipo 2 colpisce soprattutto il sesso maschile, con esordio spesso tardivo (> 8 anni), presenta quasi sempre negatività di FR e ANA, con modesto rischio di iridociclite (10-20%), ma possibile evoluzione verso la spondilite anchilosante.

L'ACG poliarticolare riguarda il 25% della totalità dei casi e può colpire tutte le articolazioni, fino alle più piccole; in relazione alla presenza o meno del FR può essere distinta in 2 forme: i soggetti FR+ sono in genere di sesso femminile, di età adolescenziale e presentano un decorso simile all'artrite reumatoide dell'adulto (noduli reumatici, artrite erosiva grave, vasculite reumatoide, prognosi spesso cattiva, raramente iridociclite).

I soggetti FR- sono anch'essi di sesso femminile, ma di età inferiore e presentano una prognosi migliore, con minore frequenza di artrite deformante.

L'ACG ad esordio sistemico riguarda il rimanente 25% ed esordisce sempre acutamente e sempre con sintomi di tipo sistemico, che possono precedere anche di molto le manifesta-

zioni. E' sempre presente febbre (100% dei casi) di tipo intermittente e prevalentemente pomeridiana, rash esantematico (95%) maculopapuloso color rosso salmone, linfadenomegalia ed epatosplenomegalia (70-80%), pleurite e pericardite (20-30%), dolori addominali (10%) e noduli reumatoidi (5%). Rarissimo è il riscontro di iridociclite.

Come già ricordato, la **diagnosi** è esclusivamente clinica; tuttavia alcuni esami di laboratorio (riduzione di Hb, Ht, e Volume glob., innalzamento di ves, pcr, gammaglobuline, C3, C4, ANA, piastrine e rapporto T-helper/T-suppressor) ed alcuni elementi della diagnostica per immagini (rigonfiamento dei tessuti molli, versamento articolare, ipertrofia sinoviale, osteoporosi, distruzione cartilaginea, erosioni sub-condrali, assottigliamento articolare, distruzione ossea) possono contribuire all'inquadramento nosologico.

Per quanto concerne la **diagnosi differenziale** occorre discernere tra le altre malattie reumatiche infantili (malattia reumatica, lupus eritematoso sistemico, dermatomiosite, sclerodermia, artrite psoriasica tra le malattie infettive (artrite piogenica, artrite virale, artrite di Lyme), tra le malattie neoplastiche (leucemie, linfomi, neuroblastomi, tumori primitivi ossei), tra le affezioni ematologiche (drepanocitosi, emofilia) e tra patologie di varia etiologia (malattia di Kawasaki, sindrome di Schonlein-Henoch, malattia infiammatoria cronica intestinale, celiachia etc....)

I protocolli terapeutici sono diversi nelle varie forme di ACG, ma tutti prevedono inizialmente l'impiego dei FANS, che agiscono riducendo la sintesi e la liberazione di prostaglandine.

Questi farmaci, che svolgono un'azione quasi esclusivamente sintomatica poco modificando la storia naturale della malattia, possono essere l'un con l'altro intercambiati alla ricerca del più efficace. In tabella 2 vengono riportate le molecole impiegate in età pediatrica con la posologia ed il numero di somministrazioni.

Nei casi in cui i fans non si dimostrano sufficienti al controllo della malattia, è evidente, in una patologia autoimmune, che ci si rivolga agli immunosoppressori. Tra questi, alcuni (mizoribina, leflunomide) sono ancora in corso di sperimentazione in vari trials clinici, altri (ciclosporina) hanno evidenziato luci ed ombre.

Sicuramente il farmaco ad azione immunosoppressiva che più di ogni altro trova spazio oggi nel trattamento dell'ACG è il methotrexate, che diventa sempre più spesso il farmaco cardine nei quadri clinici scarsamente responsivi ai soli

fans e soprattutto nelle forme poliarticolari ed in quelle ad esordio sistemico.

La dose abituale è 10 mg/metro quadro/settimana in unica somministrazione per via orale. Gli effetti collaterali più frequenti sono nausea, vomito e dolori addominali, mentre crasi ematica e transaminasi sono gli esami da controllare mensilmente. In caso di risposta favorevole, la terapia va proseguita per circa 1 anno. Tra i farmaci ad azione antinfiammatoria certamente i corticosteroidi sono molto efficaci, ma possiedono pericolosi effetti collaterali (osteoporosi ed arresto della crescita).

Per tale motivo il loro impiego in reumatologia pediatrica è oggi molto limitato, ma si dimostra talvolta utile, a bassi dosaggi, nelle forme sistemiche non responsive ai fans o nei casi con pericardite.

La terapia corticosteroidica intraarticolare (triamcinolone esacetone)

trova indicazione in alcune forme pauciarticolari. Tra i farmaci ad azione antiinfiammatoria utile si è dimostrata, in una recente metanalisi, la sulfasalazina, particolarmente in aggiunta ai fans o agli immunosoppressori. Il dosaggio generalmente suggerito è 25 mg/kg/die, ma il suo impiego va evitato nei soggetti con sensibilità ai sulfamidici o ai salicilati, con alterazioni della funzionalità epatica o renale o con deficit di G6PDH.

Nonostante l'ingente armamentario terapeutico, vi sono casi nei quali non si ottiene il risultato sperato. Per tale motivo, la ricerca scientifica ha focalizzato l'attenzione verso il TNF-alfa, una citochina con possente attività infiammatoria, ottenendo di recente due molecole che, in varia maniera, ne bloccano l'attività. Esse sono l'etanercept, un recettore solubile per il TNF-alfa che agisce quindi come naturale inibitore di questa citochina, e l'infliximab, che del TNF-alfa è l'anticorpo monoclonale. Recenti ricerche hanno dimostrato, per queste due molecole, sicurezza clinica anche per lunghi trattamenti ed efficacia terapeutica largamente superiore alle terapie tradizionali.

Sembra che esse determinino un miglioramento clinico, bloccando la progressività della malattia, intervenendo cioè laddove i fans e, secondo alcuni autori, anche il methotrexate dimostrano limiti di attività.

Anche se il loro impiego trova ancora oggi indicazione soltanto dopo il fallimento di altri farmaci, è possibile prevedere che l'etanercept e l'infliximab, in associazione o meno con i fans o con gli immunosoppressori, rappresenteranno presto la terapia di riferimento per l'ACG.

FARMACO	NUMERO DI SOMMINISTRAZIONI	DOSE Mg/Kg
NAPROXENE	2	10 - 15
FLURBIPROFENE	3	2 - 4
IBUPROFENE	2	20 - 40
DICLOFENAC	2	2 - 3
TOLMETIN	2	20 - 30
INDOMETACINA	2-3	2-3
SULINDAC	2	2,5
A S A	4	80 - 100
PIROXICAM	1	0,3 - 0,6

Tabella 1

Eta' < 16 anni
Tumefazione o versamento articolare
Limitata escursione articolare o dolore alla pressione ed al movimento o aumento locale della temperatura (2 segni)
Durata della malattia > 6 settimane
Esclusione di altre patologie articolari

Dalla Cura alla Care

Rispettare la realtà per diventare creativi

di Maria Rita Rinaldi

Mi sono sempre chiesta cosa significhi questo per me che lavoro in un reparto di terapia intensiva neonatale. Io passo gran parte della mia vita facendo turni di servizio che, a volte, ti segnano per la vita ed ho accanto a me personale con cui condivido tutto questo chiedendomi spesso che senso abbia la vita di fronte al dolore, alla malformazione, alla sopravvivenza di neonati di 500-600 gr. Il mio desiderio di andare incontro al bisogno della persona (grande o piccola che sia) che poi è anche il mio bisogno di verità, di felicità, di comprensione, si racchiude in un termine: CARE (assistenza personalizzata).

Ho avuto un primo approccio alla materia all'Osp. M. Melloni di Milano durante un corso di aggiornamento e, successivamente, l'ho approfondita presso il centro Brazelton di Firenze così da impossessarmi della metodica e poter coinvolgere così altre tre colleghe e due infermiere. Il cambiamento della mentalità delle persone che devono praticare il "Care" è presupposto fondamentale, poiché si rimette in discussione se stessi e tutto il proprio modo di lavorare.

Bisogna capire i segnali di stress di ogni piccolo paziente, stabilizzarlo, relazionarsi con lui ed aiutare i genitori a colmare il distacco improvviso che si è venuto a creare, significa vivere un profondo rispetto per la dignità della persona.

Sono passati 5 anni di interminabili lotte e ostruzionismi: è impensabile che uno si muova senza alcun tornaconto, questo rompe tutti gli schemi! Un'osservazione attenta per capire i segnali di stress di ogni neonato, significa facilitarne la stabilizzazione aiutandolo a ben integrare i suoi sottosistemi: neurovegetativo, motorio, comportamentale, dell'attenzione-interazione.

Modificare le procedure e le abitudini assistenziali, significa accudire anche la famiglia.

Le variazioni dell'ambiente circostante, possono influenzare positivamente o negativamente la saturazione del neonato e questo parametro è verificabile tramite l'ossigenazione transcutanea, verificabile come molti prematuri passano molto

E' tempo in sonno REM e quindi maggiormente vulnerabili all'ipossia, come pure l'inquinamento acustico (chiusura degli oblò, suono dei monitor, squillo del telefono) provocano soprassalti (startle), così come la non programmazione degli interventi assistenziali e terapeutici crea disturbi al neonato (si calcola che nelle 24 ore venga toccato dalle 80 alle 130 volte). La suzione, anche quella non nutritiva, è positiva per l'ossigenazione, aiuta sia durante che dopo il gavage stimolando la peristalsi; la postura adeguata alla patologia del neonato migliora i livelli di ossigenazione.

Così abbiamo iniziato ad usare nidi di contenimento già preformati o fatti artigianalmente, copri-nidi e copri-termoculle, cunei di gel, lenzuolini per il wrapping (metodica di contenimento), succhiotti, cuscini per la posizione da prono, bende elastiche, ovatta. Abbiamo iniziato a vestire i neonati in terapia semintensiva con camicine, cuffiette e calzini.

Abbiamo iniziato a far entrare per più tempo in reparto i genitori ed è iniziato anche il contatto pelle-pelle (marsupio) con alcune mamme di neonati di poco più di un chilo. Adesso sono sempre più convinta che ci sono degli accorgimenti che non costano nulla economicamente (almeno questo aspetto rientra nelle logiche aziendali!) ma che possono migliorare e ridurre i giorni di degenza di un neonato in TIN ma, ancor più, migliorare gli esiti neurologici a distanza.

A Gennaio abbiamo organizzato un corso di formazione aziendale sulla CARE rivolto agli operatori dell'area materno-infantile.

Chi ha già iniziato questo cammino o volesse intraprenderlo può contattarmi al seguente indirizzo e-mail: neonatologiaosbct@tin.it

DI GIAMOCELO...

Viviamo - ormai - nel terzo millennio; eppure, anche ai nostri tempi, il principio dell'uguaglianza di genere viene sistematicamente violato. È innegabile come, in tempi relativamente brevi, siano stati fatti grandi passi avanti verso la parità tra i sessi, ma, a tutt'oggi, non sarebbe certo un'ardua impresa fare un elenco delle molte circostanze in cui la donna, in quanto tale, continua ad essere discriminata.

Non ho mai ostentato - neanche in tempi "non sospetti" (quando, ancora adolescente, sentivo intorno a me il coro delle seguaci di vere e proprie icone del femminismo italico, come la Rame ad esempio, che urlavano slogan di "uteri" e "vagine") - atteggiamenti da femminista irriducibile.

Mi è sempre parso più... proficuo - se non, sempre, ideologicamente e politicamente più corretto - condurre la mia vita e le mie scelte nella presupposizione serena della "parità", piuttosto che agitarmi chissosa in atteggiamenti aggressivi o prevaricanti che avrebbero potuto tradire un senso di inferiorità che (per ragioni di genere, almeno) non mi è mai - sinceramente - appartenuto.

Non intendo, dunque, specie in queste pagine, tentare un'analisi storico-sociologica sulla disparità tra i sessi, o sulle ammirevoli conquiste dei movimenti femministi. Tuttavia, fedeli all'ironia ed alle "irriverenti verità" che caratterizzano questa rubrica, dobbiamo ammetterlo: *digiamocelo*, se la *medicina* è femminile, il *dottore* non può che essere un maschio!

Non c'è collega che possa negarlo. Chi non ricorda gli anni di specializzazione quando, nell'ambulatorio affollato da giovani dottoresse, si avvicendano coppie di genitori che, invariabilmente, si rivolgevano alle stesse con l'appellativo di "Signorine"? Salvo richiamare, con analogia disinvolta, l'attenzione del giovanissimo allievo infermiere con un perentorio "Dottore, lei cosa ne pensa?"

Confortava il fatto che anche le nostre professoresse (in alcuni casi veri e propri Maestri, cui tributavamo una spontanea ammirazione... rafforzata dalla comunanza di genere), finanche loro, dicevo, in ambito universitario, spesso altro non erano che "Signore"; giusto appellativo, se pensiamo a

quanto indubbiamente signorile fosse l'amabile grazia con la quale esse erano solite "glissare" sulla imprecisione degli interlocutori; un *understatement* che ho visto, per la verità, rare volte appartenere anche ai loro colleghi (magari solo neo-professori...) maschi!

Ammettiamolo con una punta di orgoglio: noi donne siamo più allenate a non montarci

la testa; se non altro per esser state malauguratamente abituate ad esser considerate un po' meno degli uomini (è capitato anche a voi di esser chiamate "dottoressine" -

in chiave diminutiva più che vezzeggiativa - da colleghi più anziani, ai quali non sarebbe certo mai sfuggito un "dottorino"...?).

D'altronde, va pur detto, è difficile liberarsi da antichi retaggi; e il rapporto di fiducia profonda che si instaura con il medico (fino a pochi decenni fa, sempre e solo un uomo) ha richiesto, alle donne che abbiano voluto cimentarsi nella professione, una particolare tenacia ed un maggiore impegno rispetto ai colleghi uomini (come - del resto - sempre accade in ogni altra professione tipicamente maschile).

Sempre grata alla mia Prof. per lo splendido esempio ricevuto, sono diventata anch'io una "signora" (il tempo passa per tutti...) per un certo numero - fortunatamente decrescente - di genitori dei miei assistiti; e, come lei, ho imparato a tollerare con placida indifferenza. Paradossalmente, sono proprio le donne - soprattutto le "nonne" - quelle che hanno più difficoltà a riconoscerci un diploma di laurea.

Tuttavia, nel sentire comune, se proprio hai scelto di fare un lavoro "da maschio", è meglio accettato che tu faccia il pediatra, piuttosto che il chirurgo d'urgenza o il neurochirurgo.

I bambini rappresentano, in fondo, una "materia" con la quale le donne devono avere naturale dimestichezza...

Lo ha sintetizzato efficacemente la nonna di un mio piccolo assistito quando, positivamente impressionata dalla mia figura, vedendomi ha esordito con irresistibile entusiasmo: "Biiii! Chi è la pediatra?" Matri cchè bionda! Pari 'na 'tetesca', è proprio 'adattata' pe' picciriddi!"

Dottori e signorine

di Maria Libranti

rubriche

rubriche





Il problema delle malattie emergenti o riemergenti costituisce un aspetto importante nella pratica medica ed in particolare in quella pediatrica.

L'opinione di Antonio Boccazzi esperto pediatra oltre che infettivologo può aiutarci nel nostro lavoro a dirimere molti nostri dubbi in questo ambito.

Gulino. - Il tam-tam mediatico prima ancora degli aggiornamenti scientifici ci pongono davanti nuove o vecchie patologie emergenti, come identificarle?

Boccazzi: "Tra le patologie emergenti, particolare attenzione è stata effettivamente riservata alla **legionellosi** che con sempre maggiore frequenza viene diagnosticata anche nell'età pediatrica. Come è noto la trasmissione di questo patogeno non è mai interumana ma più frequentemente attraverso l'inhalazione di particelle di acqua infetta. Soprattutto fonte d'inquinamento sono le riserve di acqua calda/tiepida oppure i condizionatori con raffreddamento ad acqua. Nella maggioranza dei casi si tratta di infezioni di origine nosocomiale anche se sono state ben descritte limitate epidemie per accesso ad acque infette (è stata segnalata una epidemia in seguito all'impiego di vasche ad idromassaggio con acqua inquinata). Nel totale dei casi segnalati, comunque, l'infezione nell'età pediatrica è assolutamente minimale (circa l'1-2% dei casi segnalati) ed interessa soprattutto soggetti con immunodeficienze congenite o acquisite, pazienti con patologie tumorali sottoposti a prolungata terapia cortisteroidea oppure quelli con patologie cardiopolmonari."

G. - Quali farmaci usare?

B.: "Dal punto di vista terapeutico i macrolidi (azitromicina associata o meno a rifampicina) costituiscono la prima scelta terapeutica (eritromicina e claritromicina come alternative), mentre scelte terapeutiche opzionali sono costituite dai chinoloni, dalla doxiciclina e dal TMP/SMX."

G. - Si parla sempre più spesso di una recrudescenza della tubercolosi, ci troviamo di fronte ad una reale emergenza?

B.: "Numerose segnalazioni originanti dalle diverse Nazioni dell'Europa occidentale confermano l'incremento dei casi di tubercolosi identificati. Diverse sono le possibili ragioni di questo incremento ma senza alcun dubbio quella quantitativamente e qualitativamente più importante è costituita dai flussi migratori provenienti dalle regioni africane o asiatiche. Le ragioni di provenienza sono in genere

afflitte da elevate incidenze di questa patologia ed ancora si diagnosticano casi di meningite tubercolare. La circolazione della TBC all'interno delle comunità nazionali segue caratteristiche di diffusione ben conosciute, in cui i soggetti ammalati e che eliminano il germe per via respiratoria progressivamente trasferiscono l'infezione ai conviventi e quindi al resto della popolazione. Diversi sono i fattori di rischio che concorrono a questo fenomeno. Prima di tutto le condizioni di vita spesso assai scadenti associate ad una alimentazione potenzialmente deficitaria contribuiscono in modo determinante alla patologia. Spesso però sono le caratteristiche dell'infezione al luogo d'origine a costituire il principale fattore di rischio."

G. - Si riferisce all'eventualità di una malattia tubercolare ad aumentato rischio di farmacoresistenza?

B.: "Certamente, l'ingresso all'interno della nostra realtà nazionale di ceppi di *Mycobacterium tuberculosis* potenzialmente multiresistenti può essere la ragione di un marcato cambiamento della popolazione batterica ambientale.

A fronte quindi anche solo di un sospetto diagnostico sarà necessario procedere all'esecuzione di indagini specifiche tra cui la cutireazione alla Mantoux rappresenta il principale strumento di diagnosi ambulatoriale. Altre forme di indagini di screening (tra cui in particolare il Tine-test) non assicurano la medesima sicurezza diagnostica della reazione alla Mantoux. E' quindi buona regola ricordare che la tubercolosi ancora costituisce una diagnosi frequente anche nell'età pediatrica e che a volte la malattia può non venire riferita al momento dell'anamnesi o per la mancata conoscenza oppure per una sorta di "vergogna sociale" (si tratta anche questa di una esperienza personale...).

Andranno attentamente considerate le famiglie in cui persone anziane fanno parte del nucleo familiare (ricordarsi di chiedere se i nonni hanno molta tosse produttiva) e i casi in cui vi siano soggetti che abitualmente assumono composti psicotropi. In molte regioni o Città è ancora in atto un

controllo della positività alla tubercolina (soprattutto durante la scuola dell'obbligo) e questo può fornire già un primo presidio per l'identificazione dei casi di cuticonversione. Una eventuale riferita negatività non dovrà però farvi allontanare il dubbio diagnostico."

G. -Una paura del pediatra è rappresentata dalla Malattia Reumatica, è ancora da considerare un reale pericolo per i nostri pazienti?

B.: "La malattia reumatica ha rappresentato la grande patologia post-infettiva del 20° secolo e per lungo tempo ha rappresentato nell'età pediatrica la principale causa di patologia cardiovascolare acquisita. La scarsità di antibiotici e le scadenti condizioni di vita e l'alimentazione carente erano considerati le principali concause della malattia reumatica. La progressiva soluzione a questi problemi come si è osservata a partire dal periodo post-bellico si è associata ad una consensuale scomparsa della malattia reumatica fino a valori di prevalenza assai ridotti. Non se ne è però osservata la scomparsa e probabilmente fino alla eventuale disponibilità di un approccio vaccinale specifico, questo obiettivo non potrà essere raggiunto. Nei Paesi in via di sviluppo in cui le condizioni ambientali e sociali

sono assai compromesse, l'incidenza dei casi di MRA è ancora praticamente sovrapponibile a quanto registrato nel resto del mondo occidentale più di un secolo fa, tanto che numerose segnalazioni indicano come ancora in quelle Regioni, più delle metà dei casi di patologie cardiovascolari in età pediatrica siano conseguenti alla malattia reumatica.

Molto si è scoperto in questi decenni a carico della patogenesi della MRA ed in particolare comincia a venire definito il rapporto etiopatogenetico che lega la MRA con l'infezione streptococcica e con particolari profili genetici, così come evidenziato dalla peculiare pro-

pensità dimostrata da alcuni gruppi etnici quali gli Aborigeni dell'Australia del Nord oppure i Maori della Nuova Zelanda. Nonostante il marcato miglioramento delle condizioni di vita, del livello assistenziale e della qualità ed accessibilità della terapia antibiotica, però, la MR non è ancora scomparsa.

G. -Quali sono le ragioni di questo insuccesso?

B.: "La ricerca della identificazione dei motivi che possono contribuire alla persistenza della MR ha prodotto interessanti osservazioni. Come evidenziato analizzando i casi osservati nel corso dell'epidemia dello Utah, quasi in un sesto dei pazienti la infezione streptococcica prodromica allo sviluppo della MR era andata misconosciuta mentre in quasi 1/5 dei pazienti l'infezione era stata correttamente diagnosticata ma il trattamento non era stato condotto secondo le indicazioni fornite dal pediatra al momento della visita.

Queste due osservazioni devono costituire per noi un importante campanello di allarme per migliorare l'accuratezza della gestione dei pazienti soprattutto affetti da faringotonsillite. E' importante ricordare come oltre ai casi di FGT molto sintomatici esistono anche quelli paucisintomatici (con moderato rialzo termico o con modesta sintomatologia di iperemia e faringodinia) oppure quelli che dimostrano molto precocemente anche senza alcun intervento terapeutico, una precoce normalizzazione della sintomatologia.

Queste evenienze possono portare a sottostimare il problema e a non svolgere le indagini microbiologiche necessarie.

G. - Quale deve essere il nostro atteggiamento terapeutico?

B.: "Dal punto di vista dell'intervento terapeutico giova ricordare ancora una volta come *S.pyogenes* non presenti alcun dato di resistenza nei confronti dei farmaci beta-lattamici (penicilline e cefalosporine) che devono continuare a venire considerate come farmaci di scelta assoluta nei confronti di questo patogeno.

Scelte terapeutiche alternative (in particolare i macrolidi) dovranno venire riservate esclusivamente per i soggetti con allergia dimostrata ai beta lattamici. L'eradicazione dello *S.pyogenes* deve costituire il traguardo terapeutico in corso di FGT e non certo la scomparsa della sintomatologia. Sarà quindi necessario ricordare di scegliere schemi di trattamento ad elevata compliance in cui il numero delle dosi/die sia non superiore a 2 e la durata del trattamento la più ridotta possibile. Eventualmente impiegando trattamenti con amoxicillina della durata di 6-7 giorni o di cefalosporine orali di 5-6 giorni.

L'impiego della penicillina G benzatina sicuramente risolve ogni eventuale problema di compliance ma per la sua elevata dolorabilità trova resistenze all'impiego e può a mio parere condizionare in modo negativo il rapporto di confidenza fra il pediatra ed i suoi piccoli pazienti.

Intervista ad Antonio Boccazzi



Nuove e vecchie malattie tanti dubbi poche certezze

di Antonino Gulino



di Antonino Gulino

L'ultima opera di Paolo Virzi ci offre come protagonista una adolescente, dolce e confusa, vicina al nostro mondo di pediatri desiderosi di guardare oltre la porta della nostra sala d'attesa.

Il film ci racconta la difficile integrazione di Caterina e della sua famiglia, in occasione del loro trasloco da una piccola cittadina di provincia, Montalto di Castro, a Roma.

Il padre della ragazza, un insegnante frustrato ed insoddisfatto, egregiamente interpretato da Sergio Castellitto, iscrive la propria figlia in uno dei licei più esclusivi della capitale, nella speranza di farla inserire in un contesto sociale più elevato.

La ragazza si trova al centro di un apparente scontro destra-sinistra tra le compagne di classe, figlie di politici ed intellettuali più o meno noti, che la incuriosisce ma nel tempo la disorienta. Cerca di capire, di conoscere un mondo che le è estraneo, cerca un contatto che è le negato, la sua normalità di ragazza qualunque la rende diversa dalle sue compagne.

Ai suoi occhi destra e sinistra non mostrano alcuna specifica connotazione ideologica, ma si confondono nell'unico fine di affermare il proprio potere. Il deputato ex-fascista esce

a braccetto con l'intellettuale ex-comunista perché entrambi sono espressione di una élite politica e culturale sempre più lontana dalla società civile.

Questa presa di coscienza amara e tragica porta Caterina a cercare rifugio nella musica e spinge il padre verso una improbabile fuga "on the road", l'unica a salvarsi è la madre, una bravissima Margherita Buy, che non si è mai sentita lusingata dal quel mondo e che riesce ad affermare in una normalissima storia d'amore la propria identità di donna.

Il regista usa ancora una volta la commedia all'italiana, ma sarebbe meglio dire di *costume*, per mettere a fuoco un momento della nostra storia, il suo giudizio, come peraltro il nostro, non è benevolo: piccoli e grandi protagonisti della nostra società sono accomunati da una totale mancanza di morale.

Non sono in crisi solo le ideologie, ma i valori su cui fondare una società civile, il consumismo ha svuotato di significato ogni ideale, Caterina si trova a vagare alla ricerca di punti di riferimento su cui costruire il proprio progetto personale e sociale.

La fuga nel "privato" non è egoismo ma necessità, desiderio di costruire un'isola lontana, protetta dalla tracotanza e dalla volgarità della nostra società. La storia offre molti spunti di riflessione per chi come noi ha la possibilità di osservare i cambiamenti, le frustrazioni ma an-

L'angolo della poesia
La nostra anima è nuda

di Marisa T. Bonfiglio

I bimbi
hanno un modo curioso
di guardarci.

Contro i loro occhi
la nostra anima è nuda.



che le ribellioni che accompagnano i nostri adolescenti.

Chi non ha riconosciuto nel padre di Caterina, uno dei tanti genitori che sottovoce ci chiedono la miracolosa ricetta per migliorare le "performances" scolastiche o sportive dei propri figli, non per amore ma solo per coltivare attraverso essi il proprio sogno di affermazione e successo.

Quanti di noi sono stati sollecitati ad un colloquio riservato da genitori molto "per bene" che non ha per oggetto la salute dei figli ma una soluzione medica a certe intemperanze giovanili, qualche "goccina" non un calmante che li tenga buoni.

Nessuno ha voglia di capire la ragione di un disagio, fermamente convinti che ai nostri figli non manca nulla, ciò che non comprendiamo diventa malattia, un noioso "esaurimento nervoso", da curare con l'ultimo rimedio dell'imbonitore di turno.

La nostra società è forse malata, ma i nostri bimbi sono sani, proviamo a farli crescere in un mondo più giusto che dia voce ai loro bisogni e che li liberi dai tanti, troppi, condizionamenti di adulti mai cresciuti o cresciuti male.

la posta di Albertino

di Daniela Ginex



Caro dottore, quest'anno i miei genitori, che dicono sempre che sto a rimbecillirmi davanti alla TV e alla playstation, mi hanno fatto trovare sotto l'albero un gioco da tavolo intelligente e istruttivo, il "Monopoli - versione 2004".

Lo scopo del gioco è quello di arricchirsi con ogni mezzo per acquistare proprietà, imprese e mezzi di informazione; chi riesce ad accaparrarsi tutto alla fine del gioco diventa "monopolista" e viene automaticamente nominato Presidente della Repubblica a Tempo Indeterminato. A me è sembrato proprio difficile da capire e ci sono dei passaggi delle istruzioni che mi risultano davvero incomprensibili. Te li elenco di seguito.

Vicolo corto e vicolo stretto. Comprali: sono quartieri ghetto di una regione depressa, l'ideale per metterci le scorie radioattive. Qualcuno dovrà pur prenderselo, no?

Tribunale. Se ti fermi in questa casella devi sottoporli a un processo, ma sei preoccupato perché i magistrati sono faziosi. Se hai la carta "legge Cirami" fai trasferire il processo in un tribunale di tuo gradimento. Se hai la carta "Iodo Schifani" salti direttamente il processo e tiri i dadi. Nella peggiore delle ipotesi con questa perdita di tempo il reato cadrà in prescrizione.

Parco delle Vittorie. Comprati svariati ettari di costa e costruisci quattro ville da sogno, dandole poi in usufrutto estetico a Zeffirelli. Hai edificato su un'area protetta, ma se hai la carta "condono edilizio" paghi 10.000 € di multa e non vai in prigione.

Stazione Nord. Di tua proprietà, ma i continui scioperi degli autotrenoferrotranvieri la rendono poco redditizia. Piuttosto che aumentare i salari ti conviene vendere.

Acquedotto. Le acque minerali sono contaminate da acquabomber, il panico del consumatore cresce e le quotazioni del tuo acquedotto salgono del 30%.

Centrale del latte. Se capiti in questa casella cadi nella voragine di miliardi di euro creata dalla Parmalat. Per calmare le ire dei risparmiatori emani un decreto salva-impresa, o noleggi un charter per un week end da sogno alle isole Cayman.

Casella bioetica. Per conquistare l'elettorato cattolico fai approvare dalla maggioranza blindata una legge che vieta la fecondazione eterologa. In compenso offri corsi di riqualificazione aziendale ai lattai ("inseminator training") e metti a disposizione delle coppie sterili pacchetti-viaggio all'estero in cliniche specializzate.

Il quotidiano. Sai bene che è obsoleto e che la massaia preferisce il piccolo schermo, ma ti fa rabbia che esista ancora una fonte di informazione che faccia sistematicamente opera di inqualificabile aggressione personale nei tuoi confronti. Lo compri e lo intesti a tuo cugino per aggirare l'antitrust.

Imprevisti:
- La legge che ti garantisce il monopolio

nell'emittenza televisiva non viene approvata perché il presidente della repubblica subisce pressioni da parte della lobby dell'editoria. Fermo un giro, a meno che non abbia la carta "par condicio": aboliscila e sarai in pari.

- Hai fatto chiudere il colonnato del tempio della Concordia ad Agrigento per costruire una filiale della Standa, arricchendo l'architrate di luci multicolori che riproducono il logo della tua azienda.

Il tempio è monumento nazionale, ma se hai la carta "condono edilizio" (v. sopra) paghi una multa di 12.000 € e non occorre abbattere.

- Crisi finanziaria: i prezzi sono raddoppiati negli ultimi due anni, i consumatori sono esasperati. Per discolparti di fronte all'elettorato addossi la responsabilità ai precedenti governi bolscevichi che hanno preso l'insana decisione di adottare l'euro. Proponi il ritorno al baratto.

- L'authority per le telecomunicazioni minaccia di mandare una delle tue reti sul satellite, privando gli spettatori dell'autorevole presenza di Vigorelli e Bongiorno. Gioca la carta "ricatto disoccupazione" e mostra le foto dei piccoli figli dei dipendenti in lacrime e vestiti di stracci.

Probabilità:
- Dopo che i curdi hanno venduto Saddam agli americani per 25 milioni di dollari, tenti una penosa trattativa con i peshmerga per rifilargli il tuo vicepremier, ma l'affare non va in porto. Fermo un giro.

- Il ministro della devolution del tuo governo organizza nella tua città un gioco per la notte di Capodanno: Bingo Bongo (ciapa el negher). Vince il giocatore che cattura il maggior numero di extracomunitari senza permesso di soggiorno. Per finanziare l'iniziativa sborsi 8000 €.

- Il tuo prestigio internazionale è molto aumentato, dopo gli allori che hai raccolto durante il semestre europeo. Particolarmente caldi i consensi negli ambienti dell'avanspettacolo; il comitato permanente di "La sai l'ultima" ti conferisce una menzione d'onore e un premio di 5.000 €.

- Il famoso tenore Pavarotti convola a giuste nozze; Valeria Marini lascia Cecchi Gori. Dai un gran rilievo al fatto sulle tue reti televisive, con servizi e approfondimenti, e nel frattempo fai passare la riforma delle pensioni e la finanziaria. Vai fino a Parco delle Vittorie senza passare per il via.

Queste regole così complicate mi hanno fatto venire un gran mal di testa. Per favore, potresti dire a papà e mamma che "Mortal kombat - versione playstation II" è molto meno dannoso alla mia salute?

Grazie e tanti auguri dal tuo piccolo paziente Albertino

Effetti placebo ed effetti speciali: piccolo manuale di sopravvivenza

di Filippo Di Forti

Se gli effetti speciali sono una componente indispensabile di un film fantascientifico, l'effetto placebo lo è senza ombra di dubbio di un lavoro scientifico.

Appurato che scienza e fantascienza si confrontano sul campo degli "effetti", com'è possibile districarsi in una giungla paradigmatica, ove il giudizio superiore dell'assistito, ha il potere di cassare i sacrifici di una gioventù "brulèe" sui libri?

Il tentativo di voler somministrare un manuale di sopravvivenza è ormai palese, ma la consapevolezza che il ruolo del medico consiste nel raggiungimento dello stato di salute psicofisica del soggetto, ci obbliga a confrontarci quotidianamente con l'effetto placebo.

Un recente articolo svedese narra che in aggiunta alla evidenza indiretta che, durante il dolore, la somministrazione di farmaci anti-oppioidi era capace di bloccare "l'azione" di un placebo. La somministrazione endovena di un analgesico o di un placebo, attivava in soggetti sottoposti a "dolore" le stesse vie nervose, con la documentazione inequivocabile di una PET cerebrale.

Su Pharmacotherapy del maggio 2003, Ensom e coll hanno evidenziato come l'utilizzo dell'estradiolo nell'asma premenstruale, dia effetti terapeutici

sovrapponibili al placebo, così come per la sindrome premestruale. Sempre nel giugno 2003, Teuber e coll su Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol. in una recensione fatta su studi inerenti l'utilizzo di tecniche diagnostiche e terapeutiche "unproved" nell'intolleranza alimentare, hanno sollevato il ruolo primario dell'effetto placebo nei "successi" vantati.

Ad onor del vero le tecniche "unproved", erano la ricerca delle sottoclassi delle IgG, tests di provocazione e neutralizzazione, tests kinesiologici e citotest.

In questa lotta impari tra scienza ed "incoscienza", dona una confortante inquietudine sapere che, studi di marketing hanno confermato che, le compresse di tranquillanti hanno maggiore efficacia se sono bianche o verde chiaro o bleu, mentre il rosso ed il giallo conferiscono maggior potere agli antidepressivi, il marrone o il verde intensificano il potere dei lassativi (cromoterapia?), che più basso è il livello culturale e più sarà efficace una medicina dal sapore sgradevole (palatoterapia?), che la via di somministrazione è importante in quanto un bel placebo endovena ha maggiore azione che per via orale, anche se le gocce sono più interessanti, perché costringono il malato a contarle minuziosamente.

La tristezza di dover rivedere comportamenti e conoscenze, potrebbe suggerire a caldo come manuale di sopravvivenza, ai colleghi maschi il seguente abbigliamento: giacca in cadmio fosforescente, con camicia in selenio extra light, bottoni luminescenti in connubio psichedelico con voce da E.T. e per le donne camicia in alluminio anodizzato, sostenuto da reggiseno piramidale, con stivali in amianto e voce alla "video killed radio on stop", ma la sfera di cristallo al posto del fonendo, se utile, potrebbe essere detraibile nel mod.740?

L'effetto placebo è considerato come quella carica di fiducia che il medico deve sapere trasmettere nei confronti del paziente, per riuscire ad aggiungere alla sostanza un'ulteriore potenzialità terapeutica.

Il potere della comunicazione tra medico e paziente, sale alla ribalta e forse corregge il tiro di alcune affermazioni precedentemente scritte.

E' noto che durante la comunicazione tra due esseri umani, solo il 30% del linguaggio verbale viene captato, mentre il restante 70 % è costituito dal linguaggio ignoto dei gesti, sguardi, tono di voce etc, ovvero il linguaggio del corpo.

E' noto che l'effetto terapeutico del placebo può arrivare fino al 30-40%, se a ciò si aggiunge il 70% del linguaggio,



ecco che l'attività terapeutica del "nulla" può raggiungere il 100% dei casi.

Si stima anche che, circa il 60 % dei pazienti, entra in uno studio medico riferendo disturbi che medicina e chirurgia non sono in grado di risolvere senza una attenta considerazione del

rapporto mente-corpo.

All'età di vent'anni, quando annegavamo la nostra bramosia di svago, tra un testo di patologia medica ed uno di semeiotica chirurgica, tutto questo è stato drammaticamente sorvolato.

Oggi ci si interroga sull'antico concetto di "ars medica" e la tentazione di legittimare l'utilizzo di clisteroni sanguinolenti e sanguisughe sanguinarie, code di rospo e lingue di armadillo, frammisti ad alambicchi fumanti, è tanta!!

LO STUPIDIATRA

a cura di Fidifo

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

E' bello sapere che, per i più la visita pediatrica consiste essenzialmente, "nel portare a pesare il bambino" e se il camice da noi indossato, possiede le stesse caratteristiche manifatturiere di quello di un salumiere, sapere che il peso a nudo del neonato è il "peso netto", mentre quello da vestito è "il peso lordo", conforta il Dott. Rovagnati ed i suoi seguaci.

Se il bambino durante la crescita, ha preso poco peso ed il desiderio di "doparlo" è alto, utilizzare un "antagonista" dell'appetito, è una scelta suicida o omicida?

Si sa che, le malattie "sintomatiche" con i loro sfoghi interni ed esterni e che è giusto prendere perché immunizzano, portano angosce ancestrali e che chiedere se il bambino

ha già avuto la sesta malattia, espone a risposte del tipo: "No, questa è la prima", ma perchè fare una visita dermatologica per vedere se il bambino ha preso la "rapsodia" alla pelle?

Ma se ha un "fungo" sulla cute, il peso netto sarà lo stesso o saremo davanti ad un pargolo "dalle uova d'oro", da sfruttare in un periodo di carenze alimentari?

Avvelenamento, che fare?

di Antonio Russo

PICCOLE EMERGENZE

L'avvelenamento è un evento non raro in pediatria e riguarda bambini dell'età media di due anni.

Generalmente si tratta di ingestione di farmaci (autonoma assunzione o somministrazione di dose errata) o di sostanze tossiche. L'assorbimento della sostanza può verificarsi anche per via transdermica, inalatoria o endovenosa/intramuscolare.

L'avvelenamento può essere noto oppure no. Bisogna sospettare l'avvelenamento nel caso di alterazioni improvvise dello stato mentale o della coscienza, convulsioni, aritmie e, in generale, davanti a sintomi ad esordio acuto non facilmente spiegabili.

Come sempre la valutazione delle funzioni vitali secondo lo schema ABCD è preliminare.

Particolarmente importanti, anche dal punto di vista dell'orientamento verso la sostanza ingerita, sono la frequenza respiratoria, la FC (tachicardia da beta-agonisti, anfetamine, antidepressivi triciclici; bradicardia da digossina, betabloccanti, organofosforici), la depressione della coscienza (antistaminici, sedativi, oppiacei, ipoglicemizzanti), lo stato delle pupille (midriasi da anfetamine, atropina, antidepressivi; miosi marcata da oppiacei e organofosforici), il tono (ipertonìa da anfetamine, teofillina, antidepressivi) e le convulsioni (ipoglicemizzanti, antidepressivi). Le alterazioni delle funzioni vitali vanno trattate con gli abituali provvedimenti.

La maggior parte degli avvelenamenti infantili è di scarso rilievo clinico perché la dose ingerita è bassa oppure perché la sostanza ingerita non è tossica.

In altri casi la quantità ingerita non è nota ed è potenzialmente tossica, ed il pediatra di famiglia può essere interpellato per il

consiglio di un primo intervento.

Il *carbone attivo* ha una superficie di 1000 mq/gr ed è capace di assorbire un gran numero di sostanze tossiche, per cui la sua somministrazione rappresenta il primo intervento consigliabile in tutti i casi (però non lega il ferro e l'alcool).

La dose abituale è di 25-50 gr per bocca sciolto in acqua, ma il cattivo sapore rappresenta un problema.

L'aggiunta di dolcificanti riduce la capacità assorbente. Dosi ripetute sono indicate per le sostanze caratterizzate da circolo enteroepatico (barbiturici, salicilati, digossina). L'induzione del vomito con la somministrazione di *sciroppo di ipecacuana 7%* è stata suggerita per molti anni come primo intervento generale negli avvelenamenti, ma oggi il suo uso viene riservato ai casi in cui l'ingestione è avvenuta da meno di un'ora, negli avvelenamenti da sostanze non assorbite dal carbone attivo e nei bambini che rifiutano il carbone.

La dose di ipecacuana, seguita da un bicchiere d'acqua, è di 10 ml da 6 a 12 mesi, 15 ml da 1 a 12 anni, 30 ml dopo i 12 anni. Sia il carbone che l'ipecacuana sono controindicati nei bambini con depressione della coscienza, per il rischio d'inalazione.

Nel caso che il bambino si sia versato addosso la sostanza tossica è importante effettuare subito la *decontaminazione* di pelle e cuoio capelluto rimuovendo i vestiti contaminati e sciacquando abbondantemente per 15-30 minuti.

La decontaminazione oculare consiste nell'irrigazione immediata con soluzione fisiologica (o in mancanza con acqua) per 30 minuti.

Dopo questi interventi il bambino va avviato subito in ospedale per monitoraggio ed eventuali provvedimenti quali la lavanda gastrica o il lavaggio intestinale.

La possibilità di rilevare la biodistribuzione di radiofarmaci nei vari organi ci dà informazioni di tipo funzionale

La medicina nucleare in pediatria

di Sergio Sportelli

L'utilizzazione delle metodiche di Medicina Nucleare in pediatria è rapidamente e continuamente aumentata specie negli ultimi anni, nonostante l'avvento di sempre più approfondite metodiche di imaging (TC - RMN - Ecografia etc.) che hanno interessato in particolare l'aspetto anatomo-strutturale dei vari organi.

Il valore della Medicina Nucleare risiede nel rilevare la biodistribuzione di radiofarmaci che seguono percorsi di flusso, captazione e metabolismo e quindi danno informazioni di tipo "funzionale". Esistono molte utili applicazioni cliniche degli esami scintigrafici in pediatria.

Oltre agli studi che risultano utili anche nell'adulto per quanto riguarda patologie comuni a tutte le età, esistono alcuni esami particolari che servono per aiutare a risolvere problemi clinici che sono più comuni o sono esclusivi dell'età pediatrica (sia per peculiarità fisiopatologiche che

per patologie malformative).

Essi pertanto interessano sia i neonati, sia i bambini che gli adolescenti.

Ancor di più in ambito pediatrico bisogna sempre cercare di evitare indagini troppo invasive con gli ovvi possibili "reliquati" sulla psiche di un bambino che è ancora in formazione.

La dose somministrata è sempre adattata in base al peso e/o alla superficie corporea del paziente, ciò fa sì che la dose,

già **b a s s a** nell'adulto, risulta ancora inferiore e quindi **s p e s s o**

ma specie in confronto ad altre metodiche radiologiche.

La maggior parte degli esami diagnostici comporta un rischio da radiazioni confrontabile con quello causato dalle radiazioni cosmiche e dalle sorgenti naturali a cui tutti siamo esposti vivendo sulla terra.

Ma a mio avviso quello che deve guidare principalmente il medico prescrittore è il principio del "rischio relativo"

lo dalla mancata esecuzione dello stesso.

Mi auguro, se non altro, di aver stimolato la curiosità o il desiderio di approfondire le conoscenze in



Malattie d'interesse nefro-urologico:

- dilatazione della pelvi renale all'esame ecografico prenatale
- anomalie congenite (ectopia-agenesia-ipoplasia etc) e/o anomalie della funzione renale
- torsione del testicolo
- pielonefrite acuta
- reflusso vescico-uretero-pilelico

Malattie dell'apparato respiratorio

- Anomalie primitive della perfusione
- Inalazione di corpo estraneo
- Reflusso gastro-esofageo
- Fibrosi cistica

Malattie dello scheletro

- Tumori ossei primitivi e secondari
- Osteoma osteoide
- Infezioni dello scheletro e delle articolazioni
- Traumi ossei - maltrattamenti
- Osteocondriti

- Malattie del sistema epato-biliare e dell'apparato gastrointestinale**
- Atresia delle vie biliari/epatiche neonatale
 - Asplenia, polisplenia
 - Diverticolo di Meckel
 - Sanguinamento

la quantità di radiazioni cui si espone il bambino risulta mini-

ossia il notevole divario esistente tra il rischio da esame e quel-

questo campo affascinante e caratterizzato dalla continua evoluzione tecnologica e radiofarmacologica.



Pillole di...
endocrinologia

Diabete non autoimmune in età pediatrica

di Francesco Privitera

Per completare il discorso del diabete non autoimmune in età pediatrica cominciato nel numero precedente col MODY, accenneremo delle altre forme di diabete che fanno parte di questo capitolo che tende sempre più ad ampliarsi (vedi tab.1).

DIABETE MELLITO TIPO 2 (DT2) IN ETÀ EVOLUTIVA. Si tratta di una condizione patologica più frequente di quanto si possa immaginare. Sembra che nel bambino ci sia in origine una ereditaria diminuita azione periferica dell'insulina e che solo in seguito si complichino con il deficit beta-cellulare.

Queste alterazioni per esprimersi hanno bisogno di mesi o anni, durante i quali l'iperinsulinismo compensatorio innesca un circolo vizioso per cui aumenta l'obesità, aumenta la produzione epatica di glucosio, aumenta l'iperglicemia e quindi si viene ad avere un deficit secondario della secrezione insulinica dovuto sia all'effetto glucotossico della stessa iperglicemia, sia, in un secondo tempo, al deterioramento della funzione insulinare. Come risultato finale di ciò si ha un diabete conclamato.

L'esordio clinico varia dall'iperglicemia asintomatica alla chetoacidosi diabetica e all'iperglicemia iperosmolare non chetotica.

Elementi utili per una corretta diagnosi sono l'associazione con:

a) l'obesità truncata (viene riferita in oltre l'80% dei casi

all'esordio);

b) l'acanthosis nigricans ; c) l'iperandrogenismo ed anovulazione da ovaio policistico (anomalie che si accompagnano a resistenza periferica all'insulina ed all'obesità).

Altre caratteristiche minori associate sono le dislipidemie, la tendenza all'ipertensione arteriosa e l'età d'esordio che è in genere > 10 anni. Ed è proprio l'insorgenza nell'età puberale che induce ad ipotizzare che l'insulina resistenza fisiologica di questo periodo svolga un'azione precipitante in un soggetto obeso con predisposizione genetica all'insulino-resistenza, facendone evolvere lo stato esistente di compensata iperinsulinemia verso uno stato di ipersecrezione insulinica che innescherebbe la catena degli eventi prima descritti. In questo passaggio giocherebbe un ruolo non secondario l'aumentata secrezione di GH.

Per quanto riguarda la terapia, nei bambini ed adolescenti con DT2 asintomatico, il trattamento di elezione è la dieta e l'attività fisica. In quelli che esordiscono con disidratazione, chetosi, e chetoacidosi, l'uso di insulina è d'obbligo, anche se transitorio ed in quelli con un esordio meno grave, sin dall'inizio, accanto alla dieta e all'esercizio fisico, si può usare un ipoglicemizzante orale; a questa soluzione terapeutica possono approdare anche i soggetti con esordio grave trattati con insulina nei quali i valori di HbA1c si avvicinano alla norma ed il fabbisogno

insulinico è ridottissimo.

L'ipoglicemizzante orale più usato e quindi conosciuto in pediatria è la **metformina**, una biguanide capace di ridurre il rilascio di glucosio dal fegato e di aumentare la sensibilità epatica e muscolare all'insulina, senza esercitare alcuna azione sulla funzione della beta-cellula.

L'impiego di questo farmaco può anche normalizzare l'ovulazione dell'ovaio policistico, mentre invece non deve essere utilizzato in caso di funzionalità renale ridotta (per la possibilità che durante il trattamento si formi acido lattico), nelle epatopatie, nell'abuso di alcol e nelle infezioni gravi.

DIABETE MITOCONDRIALE. E' causato da una delezione o mutazione del DNA mitocondriale.

Le caratteristiche di questo tipo di diabete sono:

a) l'ereditarietà diagenica
b) la "eteroplasmia", cioè il coinvolgimento di più organi contemporaneamente.

Sono state descritte fino ad ora numerose mutazioni con differenti pattern clinici.

La più frequente e comune è l'associazione clinica che comprende il diabete mellito e la sordità neurosensoriale dovuta alla mutazione **mtDNA 3243**.

Esiste un'ampia casistica di questo pattern presentata su soggetti di etnia caucasica, dove la compromissione dell'omeostasi glicemica e dell'ipoacusia sono di gravità molto variabile ed indipendenti per epoca di esordio e pro-

Tabella 1

DIABETE NON AUTOIMMUNE IN ETÀ PEDIATRICA

Maturity onset diabetes in the young (MODY)
Diabete tipo 2 del bambino
Diabete mitocondriale
Diabete sindromico
Diabete secondario

Da notare che spesso la sordità era svelabile solo a livello strumentale.

Un segno riscontrato in questa casistica nell'85% dei soggetti è stato la "distrofia maculare" che, vista la frequenza così alta, viene ad assumere un significato quasi

patognomonico.

DIABETE SINDROMICO. E' quello che fa parte di una sindrome come ad esempio la S. di Laurence- Moon- Biedl, la S. di Prader- Willi, l'Atassia di Friedreich, le S. di Down e Klinefelter, la S. di Turner ed altre ancora.

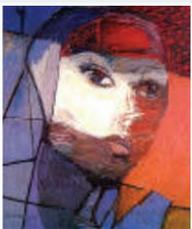
DIABETE SECONDARIO. E' quel diabete che viene provocato in seguito a malattie infettive (rosolia congenita, Citomegalovirus ed altre), oppure a malattie del pancreas esocrino (pancreatite, emocromatosi, traumi del pancreas, pancreasectomia, fibrosi ci-

stica), o ad endocrinopatie (acromegalia, S. di Cushing, Iperiparatiroidismo, Glucagonoma etc), oppure per finire a somministrazione di farmaci (glucocorticoidi, ormoni tiroidei, tiazine, agonisti beta- adrenergici, alfa-interferone ed altri).



OCCHIO AGLI OCCHI

Aumenta la miopia: colpito 25% dei ragazzi italiani



Un ragazzo su quattro in Italia e negli altri Paesi occidentali è miope, così come fino all'80-90% dei giovani che vivono a Hong Kong, Singapore e Taiwan, stime che fanno registrare un sensibile aumento della malattia.

Solo qualche anno fa nel nostro Paese a soffrirne era circa il 13% dei giovani, molto meno del 25% attuale.

A stimare la nuova diffusione della malattia è il professor Mario Stirpe, presidente della Fondazione Bietti, nel corso dell'apertura del VI Congresso Internazionale sulla Miopia cui hanno preso parte, tra gli altri, il direttore dell'Istituto di Oftalmologia dell'Università Tor Vergata ed Ernst Goldschmidt, direttore del Danish Institute for Myopia Research.

Per la maggiore diffusione della miopia gli esperti hanno messo sotto accusa lo stile dei vita dei giovani, la sedentarietà e

l'obesità, le diete scorrette, sbilanciate e prive dei nutrienti essenziali.

Per rallentare la progressione dell'abbassamento della vista, sostengono, bisognerebbe bandire i fritti e privilegiare frutta e verdura a tavola, beneficiando degli effetti della dieta mediterranea.

Controllare il metabolismo è essenziale: prima i ragazzi si muovevano di più, erano abituati a spostarsi a piedi e col tram, ora ci sono le palestre ma l'effetto non è identico, spiega l'esperto precisando che si sa ancora poco sull'eventuale effetto deleterio dello schermo dei computer o della televisione.

"Nella nostra dieta - aggiunge Bucci - non dovrebbero mancare mai sali minerali, vitamine ma soprattutto il calcio perchè è di queste sostanze che è fatta principalmente la sclera, cioè la parte bianca dell'occhio".

Per prevenire la miopia, continua Bucci, è necessario che il genitore si renda conto presto se il bambino ha difficoltà nella visione prima che sia lui stesso a dirlo.

UN PO' DI... "ALTERNATIVA"

Otite: Nei bambini la manipolazione aumenta l'efficacia degli antibiotici...e ci mancava sì !!!

Nei bambini che soffrono di otiti ricorrenti, la manipolazione eseguita da un osteopata o da un chiropratico aumenta l'efficacia delle cure con antibiotici.

Lo dimostra uno studio statunitense, pubblicato sugli 'Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine', che ha studiato piccoli pazienti sottoposti a terapia antibiotica.

La manipolazione si basa, principalmente, sulla 'tecnica di Galbreath' (scoperta nel 1929): si muove gentilmente la mandibola e le vertebre cervicali/occipitali del bimbo, in modo da aprire le trombe di Eustachio.

Si crea una sorta di aspirazione che stimola il drenaggio dei liquidi purulenti, facilitando l'azione dei farmaci contro i batteri responsabili dell'otite. Miriam V. Mills, dell'Oklahoma State University Center for Health Sciences (Tulsa) e Kirksville College of Osteopathic Medicine, hanno studiato 60 bambini dai 6 mesi ai 6 anni d'età, colpiti da tre attacchi di otite nei sei mesi precedenti.

Tutti seguivano la medesima terapia con antibiotici ed erano stati visitati lo stesso numero di volte.

Per metà dei bimbi, però, l'incontro con il medico com-

prendeva anche una breve sessione di manipolazione del cranio.

Ebbene, secondo lo studio, dopo sei mesi proprio questi ultimi erano andati incontro a un minor numero di infezioni e di interventi chirurgici.

I timpanogrammi hanno evidenziato che il trattamento aveva migliorato in modo significativo lo stato della membrana timpanica, senza effetti collaterali.

Per metà dei bimbi, però, l'incontro con il medico com-

