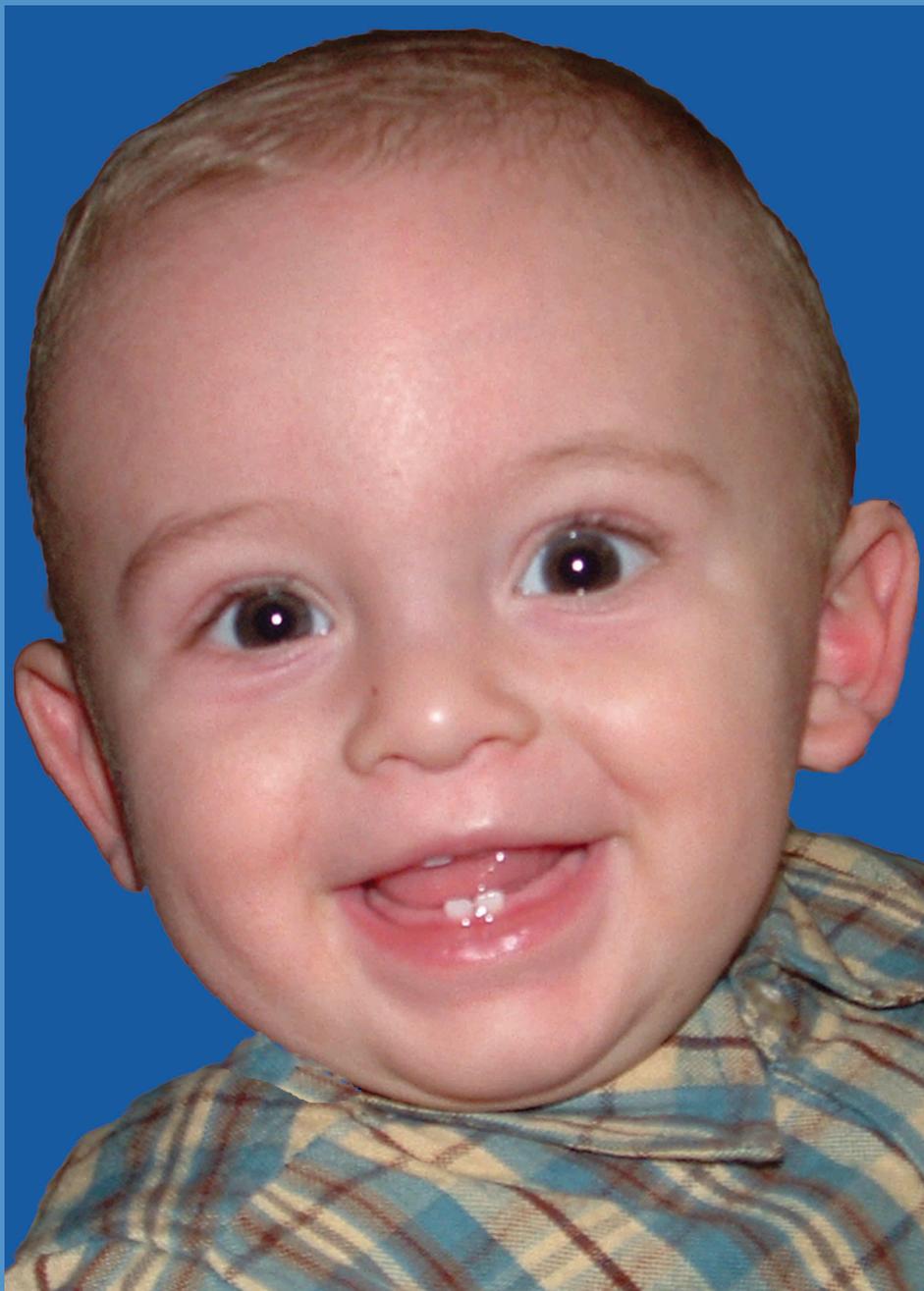


note di cultura per il pediatra

Paìδòs

Anno 12 N.2 Aprile - Giugno 2011
www.paidosct.com



Giorgio Rondini
Bambini ed ambiente



Alberto Fischer
Horror Collì





Tra reale e virtuale

di Antonino Gulino

Il nostro annoiato vagare attraverso gli infiniti luoghi del mondo virtuale di internet, ci fa fortunatamente apprendere qualche volta ad un'isola felice, ovvero a qualche articolo o ricerca interessante, utile non solo per il nostro aggiornamento professionale ma anche per la nostra coscienza civile.

L'articolo che mi ha incuriosito non è neanche tanto fresco di stampa, è del 2008 di una psicologa, Francesca Saccà, intitolato *"I bambini e la tv: ma cosa capiscono veramente?"*.

L'autrice sottolinea che "fino all'età di 8 anni, i bambini non sanno operare una distinzione tra fantasia e realtà: ciò che vedono rappresentato alla tv viene creduto "reale", ciò che vedono in tv viene vissuto come se fosse reale".

Ma io mi chiedo, oggi quanti di noi adulti sanno distinguere tra reale e virtuale, ovvero quanto la televisione influenza non solo la nostra vita di cittadini, ma il nostro quotidiano.

Tutti i giorni ci troviamo di fronte a bimbi sperduti, senza riferimenti, figli di genitori non solo diestratti ma spesso alienati dal reale, pronti a confessarci la loro precarietà economica, acuita da una crisi epocale, che spesso impedisce loro di trovare i mezzi di sostentamento per sé e per i propri cari e nel contempo ostentare l'ultimo modello di I-pod o I-pad comprato perché era un'offerta irripetibile.

Con la stessa frequenza assistiamo allo scomporsi e scomporsi di aggregati familiari, con la costituzione di famiglie che dire allargate è forse un eufemismo.

Non ho voglia di fare falso moralismo, ne generalizzare in modo superficiale, vorrei solo sottolineare come il reale è spesso trascurato, omesso, sostituito da una realtà adattata ai nostri bisogni personali che non tiene conto in alcun modo delle più elementari regole di convivenza.

Si potrebbe tirare in ballo la politica e i politici che abilmente hanno trasferito la loro azione dal parlamento agli studi televisivi, troppo banale. I politici sono lo specchio fedele di una società immatura, di uomini e donne, di padri e madri che non sono cresciuti, che non sanno distinguere, come i nostri piccoli pazienti, la fantasia dalla realtà. Nostro dovere è quello di aiutare a crescere i nostri bambini, ma oggi più di ieri è importante educare i nostri genitori, non solo all'importanza di una corretta alimentazione o di una adeguata attività fisica, ma a capire la realtà e se possibile, per il proprio bene e per quello dei propri figli, a modificarla.

Rivista Paidòs

Direttore responsabile
Giuseppe Musumeci

Direttore
Antonino Gulino

Vicedirettore
Loredana Caltabiano

Comitato Scientifico
Alberto Fischer

Francesco De Luca
Raffaele Falsaperla

Responsabile
di redazione
Francesco Privitera

Comitato di redazione
Maria Libranti

Vito Marletta

Giuseppe Mazzola

Angelo Milazzo

Calogera Ognibene

Maria Rutella

Collaboratori
Giorgio Bartolozzi

Giusy Germenia

Sergio Mangiameli

Francesco Bellia

Giovanni Panta

Vincenzo Bagnara

C.D. Associazione
Culturale Paidòs



Alberto Fischer

Loredana Caltabiano

Antonino Gulino

Maria Libranti

Vito Marletta

Giuseppe Mazzola

Francesco Privitera

Segreteria e Grafica

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

Stampa

PPT Poligrafica Piano Tavola s.r.l.
Tel. 095 391391 - Fax 095 391335
Via Rinaudo, 26/28
Piano Tavola-Belpasso (CT)

Questo periodico è distribuito
gratuitamente ai pediatri

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

- 3 Editoriale
- 4 L'angolo di
Giorgio Bartolozzi
- 6 Horror Coli
- 8 Pillole di...
neonatologia
- 10 Proteggiamo meglio
l'occhio del
neonato
- 12 Intervista
a Giorgio Rondini
- 16 Il Lichen Sclerosus
nel bambino
- 18 Le storie dei nostri
amici
- 19 Casi da ricordare...
- 20 Flash su cervello
e psiche
- 22 News dalla rete

RUBRICHE

- 14 Un pediatra
al cinema
- 14 Recensioni
- 15 Digiamocelo

Copertina
(foto di F.Privitera)

Una domanda di un pediatra, assiduo navigatore di forum, riporta l'interesse verso un vaccino storico, quasi dimenticato, ma tra i più antichi ed efficaci messi in circolazione, e per ciò meritevole di rispetto.



Quando il tifo non è calcistico!

di Giorgio Bartolozzi

Di vaccini antitifo oggi ne esistono due tipi, uno vivo somministrabile per via orale ed un secondo con antigene polisaccaridico, iniettabile. Il vaccino vivo (Vivotif Berna) è costituito da ceppi di salmonella (Ty21a) deprivati di alcuni enzimi in grado di metabolizzare il galattosio, glucide necessario alla sopravvivenza

della salmonella. L'affidabilità del vaccino è anche legata alla impossibilità di reversione spontanea della blocco della via metabolica. La cellula batterica viva, ingerita, sopravvive nell'intestino del vaccinato per un paio di giorni e non si isola più dalle feci due giorni dopo la somministrazione. Non si trasmette mai nei contatti. La capsula va assunta un'ora prima dei pasti e dopo si possono assumere acqua o liquidi che non siano caldi.



ma dei pasti e dopo si possono assumere acqua o liquidi che non siano caldi.

In Italia il vaccino viene raccomandato per età superiore ai 6 mesi, mentre in USA non prima dei sei anni. Si consigliano 3 dosi ed una rivaccinazione do-



anni.

Dovendo optare per l'uno o l'altro si deve ricordare che al di sotto dei 5 anni è preferibile quello orale, mentre il vaccino polisaccaridico va meglio dopo questa età. Inoltre qualora il bambino dovesse avere un qualche deficit del sistema immunitario è opportuno scegliere il vaccino iniettabile.

Il vaccino orale è ben tollerato e poche sono state le descrizioni di fenomeni avversi. In uno studio cileno su 325.000 vaccinati non furono segnalati effetti collaterali, mentre qualche reazione, come febbre o indurimento locale è stato segnalato per il vaccino polisaccaridico.

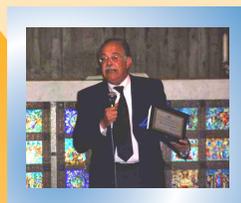
po i 5 anni. Quando il primo ciclo non viene completato nei tempi previsti è necessario riprendere ex novo tutto il ciclo solo se sono passate 3 settimane dal momento in cui si doveva somministrare il vaccino.

Il vaccino polisaccaridico VI, iniettabile, è costituito dall'antigene della virulenza (Vi) purificato, in commercio in Italia come Typherix (GSK) e come Typhim Vi (Sanofi Pasteur MSD), ambedue in quantità di 25µg. Va usato in bambini di età superiore ai 2 anni, proprio perché non coniugato con una proteina di trasporto. Va utilizzato in unica somministrazione.

Il vaccino orale ha un'efficacia che va dal 35 al 67%, ed una durata di circa 7 anni, o poco più. Il vaccino iniettabile è più efficace, poiché questa varia dal 56% al 96%, con una durata di poco più di 5



Ci risiamo! Da diverso tempo ormai non vi è anno in cui non esploda una minaccia mediatica alla nostra già fragile salute. E se sul banco degli imputati abbiamo spinto cinicamente diverse specie animali (galline, polli, maiali, mucche, uccelli, ecc) oggi come capro espiatorio abbiamo individuato i vegetali (cetriolo, verdure, germogli di soia, ecc.). Dovremmo però dare maggior considerazione all'uomo ed al suo non eccellente rapporto con la natura! Poiché dall'AIDS al Coli della cronaca odierna si potrebbe individuare nell'uomo il perno dell'inscindibile binomio che esiste tra vittima e carnefice.



Horror Coli

di Alberto Fischer

L' *Escherichia Coli* è la specie più diffusa del genere *Escherichia* ed il suo habitat naturale è rappresentato dall'intestino umano e di numerosi animali. Il suo isolamento nei terreni e nelle acque è un indice sicuro di inquinamento. E' il tipico e più frequente patogeno batterico, gram -, delle gastroenteriti soprattutto in età pediatrica, ma non disdegna di determinare sepsi, setticemie, pielonefriti, meningiti, polmoniti, endocarditi, ecc. Insomma uno di cui ci si può fidare!!!. E' sensibile a tutte le beta-lattamine betalattamasi resistenti, come i monobattamici, le cefalosporine di 2^a e 3^a generazione associate ad inibitori suicidi. Non ancora dimostrate resistenze ai fluorchinolonici, ma non sappiamo nulla del Coli al cetriolo.

I ceppi di *Escherichia Coli* sono stati classificati in cinque gruppi: enterotossigenici (ETEC), enteroinvasivi (EIEC), enteropatogeni (EPEC), enteroadesivi (EAEC), enteroemorragici (EHEC).

Gli enterotossigenici (ETEC= Entero Toxigenic E.Coli) appartengono al sierotipo O e sono responsabili della diarrea sia nei bambini che negli adulti, nei quali ultimi provocano la cosiddetta "diarrea del viaggiatore". Producono due enterotossine una termostabile ed una termolabile, la quale ultima ha forti somiglianze con quella del *Vibrio cholerae*. Sembra tuttavia che la patogenicità non sia esclusivamente legata alle tossine ma contribuisce in maniera

determinante anche la capacità adesiva che il patogeno ha attraverso la presenza di fimbrie superficiali.

I ceppi enteroinvasivi (EIEC= Entero Invasive E Coli) hanno capacità di penetrare e moltiplicarsi nelle cellule epiteliali del colon provocando una sindrome dissenteriforme grave simile a quella provocata dalla Shighella, anche perché tra questi E. Coli e le Shighelle vi sono molte caratteristiche strutturali che spesso ne rendono difficile la distinzione.

I ceppi enteropatogeni (EPEC= Entero Pathogenic E. Coli) si caratterizzano per dare una diarrea con grandi quantità di muco, ma senza sangue, associata a febbre, malessere e vomito. La gastroenterite da essi determinata è più frequente in età pediatrica, non è associata ad enterotossine, e patogeneticamente determinata da un'adesività localizzata di questi patogeni.

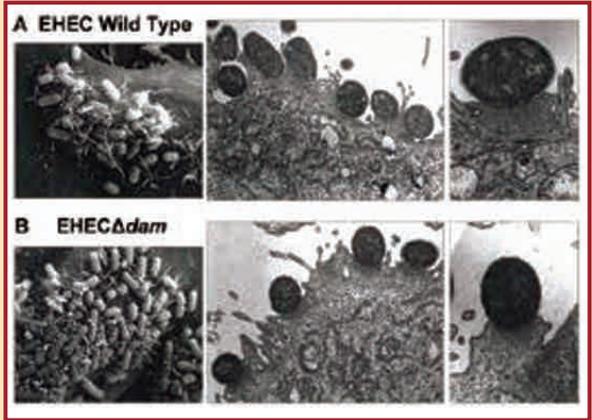
I ceppi enteroadesivi (EAEC=Entero



Adherent EC) sono caratterizzati dalla capacità di aderire in vitro a particolari linee cellulari, Hep-2 e He-LA. Questi ceppi, tuttavia, non sembrano essere in grado di elaborare tossine o di invadere le cellule epiteliali. E' stata ritenuta causa di diarree in Francia, Messico, Cile, Kenja e India.

I ceppi enteroemorragici (EHEC= Entero Hemorrhagic E.Coli), sono abitualmente rappresentati dal sierotipo O:157. Essi provocano casi sporadici di affezioni diverse: sindrome uremico-emolitica, porpora trombotica trombocitopenica, cistite e balaniti emorragiche, e colite emorragica. Particolarmente grave la SEU (Sindrome Uremica Emolitica) nei bambini perché nella gran parte dei casi porta ad una insufficienza renale. Essa è nella maggior parte dei casi preceduta da una colite emorragica, ma alle volte può presentarsi in assenza di manifestazioni intestinali determinando non poche difficoltà diagnostiche (forma D+ e forma D-). La patogenesi della SEU sembra esser legata alla presenza di una tossina simile a quella della Shighella, in grado di danneggiare le cellule degli endoteli vascolari. La tossina è chiamata "verotossina" perché provoca un effetto citopatico su cellule VERO (cellule renali di scimmia) o anche SLT (da Shiga like tossin). La SEU è clinicamente caratterizzata da: a) anemia emolitica microangiopatica; b) piastrinopenia; c) insufficienza renale acuta. Nella diagnostica è utile un esame morfologico del sangue periferico che evidenzia la presenza di emazie frammentate ed ad elmetto (scistociti). Bisogna evitare l'uso di antibiotici, a meno che non siamo di fronte ad una sepsi, proprio perché questi favorendo la lisi batterica aumentano la concentrazione di tossine nel lume intestinale (ricordate la reazione di Herxheimer?).

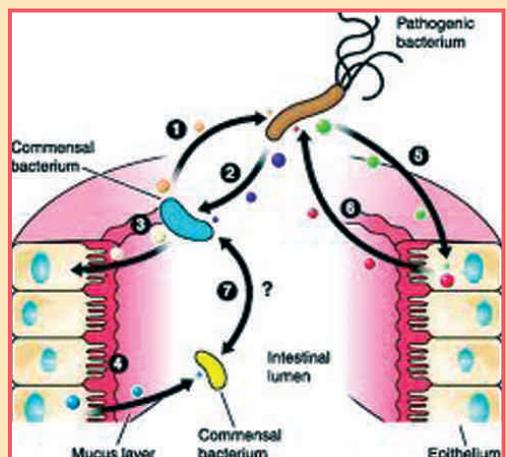
Bisogna inoltre ricordare come l' E.Coli



è il più comune agente patogeno delle infezioni urinarie del bambino, costituendo la causa del 70-90% di tutte le infezioni urinarie. Il germe invade l'apparato urinario solitamente per via ascendente e molto più raramente per via discendente dal circolo sanguigno.

Le segnalazioni relative ad un aumento dei ceppi resistenti hanno indotto a modificare l'approccio antibiotico nei confronti delle uropatie malformative facendo abbandonare l'imperativo della profilassi antibiotica a fronte di un trattamento saltuario in relazione all'evento infettivo.

Ecco anche perché il riemergere di ceppi resistenti è in parte legato ad un approccio terapeutico generale non corretto – uso e/o abuso di antibiotici per qualsiasi febbre – di cui noi uomini, ed in particolare di noi pediatri, siamo responsabili e permettiamo così il ciclico diffondersi attraverso i media delle paure dell'ignoto sanitario, con buona pace dei cetrioli.





Pillole di.
neonatalogia

IL NEONATO POST TERMINE:

le insidie dalla nascita in poi



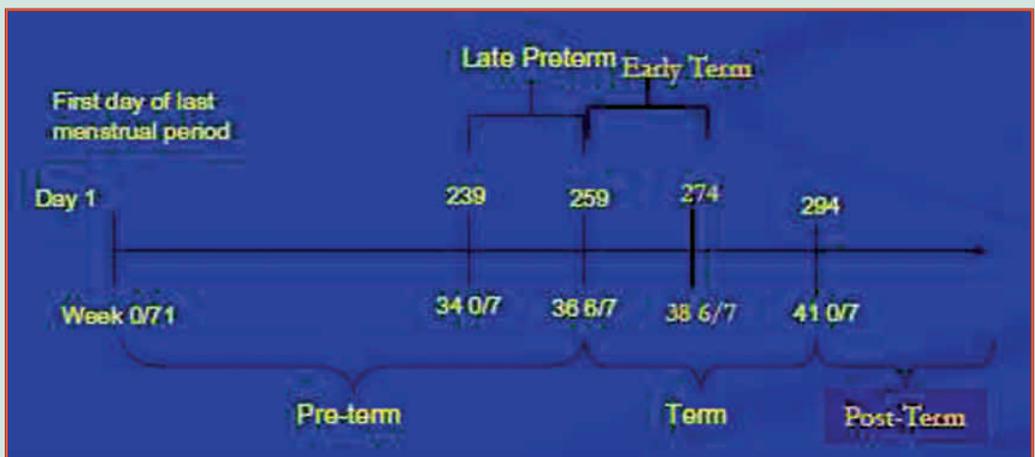
di Francesco Privitera

Non è solo il neonato pre-termine che dà problemi alla nascita e durante lo sviluppo, e poiché se ne discute poco delle problematiche che può presentare il post-termine (alcune quasi peculiari di questo status), oggi affronteremo questa tematica, sempre con lo spirito di fornire qualche informazione utile soprattutto al pediatra di famiglia.

Si intende per neonato post termine o postmaturo il bambino che nasce > 42 sett. di gestazione o più precisamente dal 294° giorno in poi (vedi fig.1). Non si conoscono esattamente le cause per le quali la gravidanza si prolunga oltre il termine. Condizioni predisponenti vengono considerate l'età della gravida (tra 15 e 19 anni, > 35 anni con gravidanze multiple),

la primiparietà, un precedente parto post-termine, un BMI alto ed il fumo. Negli USA l'incidenza di post-termine è di circa 10% (range dal 3% a 14% dei nati, mentre in Europa sembra essere più basso (dallo 0,4% dell'Austria e Belgio al 7% della Danimarca e Svezia). In Italia la percentuale dei post-termine nel 2008 era dello 0,1% (fonte CEDAP). Il neonato post-termine ha un più alto rischio rispetto al neonato a termine di mortalità perinatale (0,2- 0,3% alla 40^a sett., 0,4-0,6% alla 41^a sett., 0,8- 1,2% alla 44^a sett. - *Curr. Opin. Obstet. Gynecology 2002*), mortalità neonatale e morbidità neonatale. Bisogna distinguere il post-termine in AGA (adeguate gestational age) o eutrofico e SGA (small gestational age) o distrofico (da oggi inoltre abbiamo delle curve di riferimento italiane). Il post-

termine AGA è un bambino, spesso macrosoma perché è cresciuto oltre misura in quanto non sono esistiti problemi di nutrizione placentare. Le unghie sopravanzano il polpastrello, la cute è rosea e liscia, gli occhi ben aperti. Data la sua mole ha una percentuale più alta di lesioni traumatiche da parto (frattura clavicola, paralisi ostetriche), per cui spesso si ricorre al taglio cesareo. Il post-termine SGA si presenta invece di aspetto vecchieggiante, sofferente, con dissociazione tra lunghezza e peso, grasso sottocutaneo scarso, talora la cute ha un colore giallo-verdastro da infiltrazione meconiale, è secca, lassa e ricca di pieghe. La percentuale di nati SGA post-termine è più alta degli SGA a termine (3,8% dei primi contro il 2,2% dei secondi), con conseguente frequenza maggiore di mortalità neonatale.



Il neonato post-termine ha un rischio più elevato di (*tab. 1*): sindrome da aspirazione di meconio (SAM), traumi da parto, ipoglicemia, convulsioni, ipertensione polmonare, policitemia, paralisi cerebrali infantili, epilessia. Lo sviluppo intellettuale di solito è normale, tranne in chi ha avuto un'ipossia cerebrale.

pneumotorace. Vitale è l'aspirazione immediata del meconio dalla bocca e dal rinofaringe soprattutto prima che il bambino respiri o pianga. Il neonato viene intubato ed aspirato, e solo dopo ventilato meccanicamente, se l'attività respiratoria è depressa.

L'ipertensione polmonare persistente (0.1- 0,2 % di tutti

post-termine, così come nel pre-termine (JAMA 2010), ed il rischio di epilessia nel primo anno di vita nel post-termine è più alto che nei neonati a termine come dimostra uno studio pubblicato su *Pediatrics* nel 2007.

In sintesi, il neonato post-termine presenta una serie di rischi perinatali, neonatali e

post-natali che si devono essere tenuti in considerazione soprattutto dai neonatologi, ma anche dai pediatri di famiglia. Infatti il pdf che conosce i rischi delle complicanze, ne può cogliere immediatamente i primi sintomi e porre le basi per accertamenti e cure idonee a far raggiungere al bambino un benessere migliore.

tab. 1 - COMPLICANZE DELLA POST-MATURITA'

- SINDROME DA ASPIRAZIONE DI MECONIO (SAM)
- CONVULSIONI
- IPERTENSIONE POLMONARE
- PARALISI CEREBRALI INFANTILI
- EPILESSIA
- TRAUMI DA PARTO
- IPOGLICEMIA

La Sindrome da Aspirazione di Meconio (SAM), è certamente la più frequente e tipica complicanza del neonato post-termine. Essa è causata dall'emissione in utero del meconio spesso dovuta a sofferenza fetale (ma non sempre) e conseguente inalazione nell'albero respiratorio del neonato. E' causa del 10% di morte fetale. Essa si manifesta più frequentemente nei neonati post-termine come dimostra la fig. 2 di uno studio australiano pubblicato su *Pediatrics* nel 2006 (da 3 a 5 volte). Il sintomo principale è il distress respiratorio più o meno grave. Se avviene una completa ostruzione bronchiale si verifica un'atelettasia, mentre un'ostruzione parziale determina un intrappolamento d'aria in espirazione, causando complicazioni come ad es. il pneumomediastino o il

i nati vivi), è un'altra complicanza sia della post-maturità che della nascita da taglio cesareo (*Pediatrics* 2007), sia della SAM.

Anche le Paralisi Cerebrali Infantili sono più frequenti nel

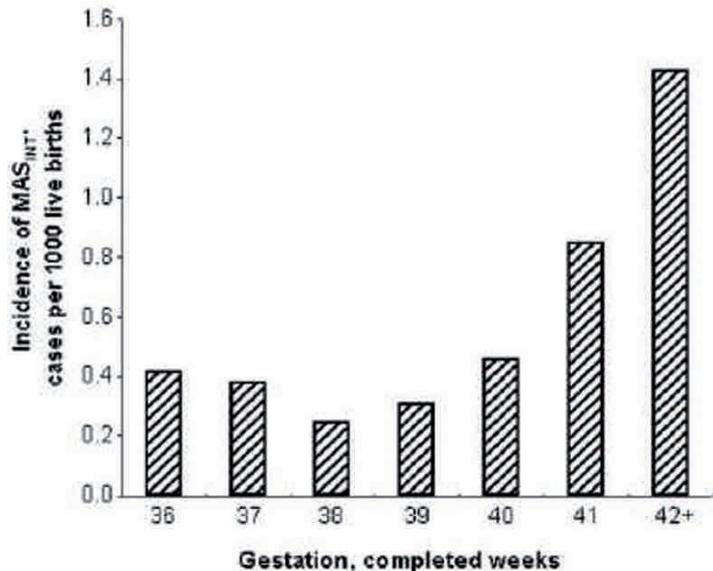


FIGURE 2
Incidence of MAS_{INT} according to gestational age. Plot of incidence of MAS_{INT} at each week of gestation; Australian data only. See text for comparisons between gestational age groups.

Proteggiamo meglio l'occhio del neonato nella maturazione e sviluppo della funzione visiva

di Giovanni Panta

Gli occhi e il cervello sono già ben strutturati alla nascita, ciò nonostante il loro sviluppo si completa solo dopo un certo periodo di vita del neonato. Dal modo con il quale avviene questo sviluppo, unito alle esperienze visive fatte nell'ambiente, dipende la maturazione della funzione visiva.

I vari step di riferimento, possono essere suddivisi in queste importanti tappe secondo le capacità maturate:

- Fissare un oggetto (in media è riscontrabile entro il primo mese);

- Inseguire con lo sguardo un oggetto in movimento (mediamente si verifica verso i 2-3 mesi);

- Afferrare con la mano un oggetto localizzato con

la vista (riscontrabile verso i 4-5 mesi);

- Manipolare un oggetto guardandolo (generalmente compare dopo i 6 mesi).

In linea di massima, lo sviluppo della funzione visiva si completa intorno ai 18 mesi.

A sei mesi l'acuità visiva del neonato risulta essere 6-8 volte più bassa di quella dell'adulto; si ritiene che un potere risolutivo simile a quello dell'individuo adulto (dieci/decimi circa) il neonato lo raggiunga entro i

primi 48/60 mesi di età.

Un'alimentazione adeguata rappresenta una delle premesse necessarie per un ottimale sviluppo del neonato e naturalmente anche per sua funzionalità visiva.

E' importante e necessario apportare nella dieta del neonato, in particolar modo nel primo anno di vita, tutte le sostanze nutritive di cui



necessita, per evitare stati carenziali. Fondamentale è certamente l'alimentazione al seno materno e, dopo con il divezzamento porre attenzione sui consigli del pediatra relativi alla preparazione delle prime pappe. La dieta della mamma nutrice e del bambino svezzato poi, dovrà essere ricca e varia, con abbondante apporto di frutta e verdure ed in mancanza di questi alimenti la dieta della nutrice e del neonato svezzato andrà arricchita con acidi grassi essenziali e carotenoidi. Parlando di occhio e difesa della funzione visiva, in particolare, parliamo del carotenoide Luteina, principale elemento costituente la macula lutea (da cui prende il nome).



La luteina è un derivato delle xantofille che appartengono alla famiglia dei carotenoidi e si ritrova insieme ad un suo isomero, la zeaxantina in maniera elettiva in alcuni tessuti del corpo umano ed in particolare nella retina, nella macula lutea (da cui prende il nome) e nel cristallino. Tutti i tessuti dell'occhio contengono luteina e zeaxantina o loro metaboliti ad eccezione del vitreo, cornea e sclera, dove tali elementi non sono stati riscontrati.

L'organismo non è in grado di sintetizzare luteina e viene assunta solo attraverso gli alimenti che la contengono come verdura a foglia verde (cavoli, broccoli, spinaci, ecc.) e frutta (albicocche, kiwi ecc). Per la sua liposolubilità, la luteina si lega a molecole lipoproteiche (preferibilmente HDL) e raggiunge così i diversi distretti dell'organismo. La luteina e la zeaxantina sono presenti a livello del cordone ombelicale e passano la barriera placentare, sono inoltre presenti in concentrazioni superiori rispetto a quelle di altri carotenoidi, nel latte materno ed in particolare nel colostro.



Le attività ascrivite alla luteina sono molteplici. Le principali comprendono l'attività inibente la perossidazione dei lipidi di membrana, molto importante in particolare per i fotorecettori che contengono elevate concentrazioni di acidi grassi polinsaturi e l'azione antiradicalica e antiossidante nei confronti dei radicali liberi in eccesso.

In letteratura è riportato inoltre che la luteina incrementa la densità del pigmento maculare e svolge un'azione di protezione con due meccanismi sinergici. Da un lato tramite l'assorbimento della luce blu prima che raggiunga i fotorecettori; dall'altro grazie all'effetto quencing che determina la neutralizzazione dell'ossigeno singoletto e di altri radicali liberi.

La luteina e la zeaxantina sono presenti a livello del cordone ombelicale e diversi studi hanno dimostrato che esiste una correlazione diretta tra i livelli di luteina nel plasma della madre e del neonato subito dopo la nascita. L'allattamento al seno risulta essere molto importante in quanto consente al neonato di assumere luteina e zeaxantina fin dai primi giorni di vita allo svezzamento, periodo durante il quale avviene il processo di maturazione della fovea (foveazione). Inoltre, poiché i livelli plasmatici di luteina della donna in allattamento e quelli del neonato allattato al seno sono correlati,



è fondamentale che, durante il periodo di allattamento, la donna segua una dieta multivariata con alto contenuto di luteina e zeaxantina o integrata con tali elementi, per garantirne la disponibilità al bambino.

I bambini allattati con latte di formula hanno in media livelli plasmatici di luteina più bassi dei bambini nutriti con latte materno. Infatti le diverse formulazioni di latte per neonato attualmente in commercio sono prive di carotenoidi. E' dunque necessario integrare la dieta dei neonati nutriti con latte formulati in sostituzione del materno, con luteina e zeaxantina al fine di prevenire stati carenziali. Apporti adeguati di carotenoidi in generale nella dieta del neonato ed in particolare di Luteina nei primi sei mesi di vita, rivestono un'importanza fondamentale nello sviluppo della retina del neonato, rappresentando il principale costituente del pigmento che compone la macula lutea ed inoltre contribuisce ad una corretta maturazione ed alla conservazione dell'integrità funzionale della retina proteggendola dallo stress ossidativo e dai danni delle radiazioni luminose.

Intervista a Giorgio Rondini *Bambini ed ambiente*

di Antonino Gulino



Durante lo svolgimento del Congresso Nazionale della Società Italiana di Pediatria svoltosi a Milano, abbiamo incontrato il Prof. Giorgio Rondini, ordinario di pediatria presso l'università di Pavia, Presidente della Commissione Ambiente della SIP. La Commissione, di concerto col referente nazionale del Consiglio Direttivo della SIP (dott.ssa Sapia), si occuperà di tutto ciò che concerne l'ambiente e delle ripercussioni di esso sul bambino. A lui abbiamo posto alcune domande.

Gulino: prof. come l'ambiente incide sulla salute dei bambini?

Rondini: io, oggi nel 2011, direi in modo determinante, perché non è solo l'aspetto dell'inquinamento che è importante, ma anche quello degli allergeni o quello delle sostanze cancerogene che è altrettanto importante. Siccome l'ambiente determina l'evoluzione dei soggetti umani, allora dell'ambiente mi interessa un po' tutto quello che ci circonda, come la nutrizione, cosa mangiano i nostri bambini che possa danneggiare il loro futuro e qui possiamo dilungarci molto. Come passano il tempo libero? Guardando 6 ore di televisione? E questo è ambiente negativo perché determina patologie o simil-patologie importanti successivamente per il bambino, sia per la sedentarietà dell'ambiente televisivo, sia perché mentre si guarda la televisione gli snocciolano una serie di alimenti spesso diseducativi, per cui questi bambini vanno verso l'obesità e la sindrome metabolica. E poi io vado oltre nella mia concezione dell'ambiente: ambiente è quello familiare. Come la famiglia modifica

la crescita psicologica di un bambino? In tante maniere, i matrimoni che vanno a finire con separazioni, con grandi litigi fra di loro, ed i bambini risentono molto di questi fatti negativi. I maltrattamenti che certi bambini subiscono in famiglia, anche questo è molto importante e dove mettiamo la scuola? Non tralasciamo la scuola. Come vivono i bambini a scuola e come la vivono? Il bullismo ad esempio: io a Pavia nella città in cui vivo, so di qualche scuola in cui ci sono i bulletti già in seconda e terza elementare, non scuola media, e questo è ambiente negativo perché determina delle devianze psicologiche nei bambini che le subiscono ed anche in quelli che lo esercitano, perché poi hanno una visione distorta della vita. Quando questi bulletti andranno a lavorare e trovano un capo che li "mazzola", scusate la terminologia ma è molto chiara, poi hanno degli incubi temibili e subiscono delle patologie che rovinano un po' la loro mente.

Ambiente è un po' tutto quello che ci circonda. I latini dicevano "l'uomo è ciò che mangia" e i genetisti ci ridevano su per un bel po', per anni di questa battuta dei latini ma oggi pare che sia molto importante perché soprattutto nella vita fetale pare che certe alimentazioni non corrette si ripercuotono sul feto e determinando in questo una modifica del genoma, per cui questi soggetti nascono e poi saranno i primi ad avere l'ipertensione, il diabete o l'obesità.

Quindi oggi si pensa che già nel feto ci sia l'incidenza dell'ambiente e quindi è di multiforme aspetto questa terminologia ambiente, non è definibile con quattro parole.

Gulino: ma allora noi pediatri non possiamo trasformare il nostro ruolo in qualcosa di diverso che non è l'assistenza alla salute del bambino? Su quali aspetti che Lei a citato noi pediatri possiamo incidere quanto meno in maniera accettabile.

Rondini: innanzitutto riappropriandosi di un ruolo che i pediatri hanno abbandonato che è quello dell'alimentazione, infatti il pediatra segue il bambino nei primi quattro mesi e poi lo abbandona, lascia che ne approfittino i supermercati, in particolare le mamme, alimentando molti bambini in maniera scorretta. Io credo che il ruolo del pediatra debba essere ancora questo, sapere cosa significa prendere in carico il paziente: prenderlo in carico significa essere non solo il medico curante della malattia ma il protettore globale del bambino e quindi del suo ambiente. Il pediatra entra nella famiglia, soprattutto il pdf.

Un aneddoto: ai tempi in cui si formò la pe-

diatria del territorio, a Pavia ne discutevano due medici piemontesi e il prof. Burgio, e gli fu dato, anche su mio suggerimento, il nome di pediatria di base perché per noi era la base del mondo dei bambini, ci era piaciuto di più, poi venne fuori anche il pediatra di famiglia, benissimo mi sta bene anche questo.

Gulino: prof. abbiamo quindi parlato del ruolo del pdf, io le chiedo ma come può una società scientifica come la SIP, in particolare la commissione ambiente, che chiaramente è stata fortemente voluta dalla SIP, incidere in qualche maniera sull'ambiente in modo migliorativo per quanto riguarda i nostri pazienti?

Rondini: innanzitutto, io vengo da un'esperienza pluriennale e ho la sensazione che ancora il concetto dell'ambiente come danno o favorente, per carità, l'evoluzione non sia entrato bene nella mente dei cittadini sicuramente, ma purtroppo anche dei pediatri. Quindi l'aver organizzato questa commissione potrebbe essere importante se sapremo farla funzionare perché, personalmente non sono convinto che ancora i pediatri abbiano sposato l'ambiente, cioè mirino soprattutto alla diagnosi e terapie delle malattie e che trascurino l'idea di fare la prevenzione tramite il miglioramento dell'ambiente che li circonda. Quindi il nostro sforzo sarà primo nell'organizzare con gli amici della commissione fra cui c'è il nostro *Francesco Privitera*, dei quesiti ai pdf e vedere a che punto siamo con l'ambiente, cosa pensano di poter far meglio per l'ambiente e poi vorremmo

arrivare ai bambini, alle famiglie, alla scuola in particolare. Intanto ci preoccupiamo con l'insegnamento ai giovani specializzandi in pediatria, nelle 43 scuole di specializzazione, di entrare con qualche lezione sull'ambiente perché non se ne parla da nessuna parte. E poi se si potesse parlare oltre che dell'ambiente anche dell'educazione in generale perché ormai ce ne poca in Italia, ma anche di educazione ambientale sarebbe molto importante.

Gulino: un'ultima

precisazione, spesso quando si parla di ambiente, di inquinamento assistiamo a delle esasperazioni, in particolare per quanto riguarda l'alimentazione. Mi riferisco in particolare ai figli di genitori vegetariani o peggio ancora ai genitori che seguono diete particolari che poi comportano danni alla salute del bambino perché spesso si tratta di diete estremamente povere. Nei confronti di questi estremismi noi che strumenti abbiamo per contrastarli?

Rondini: strumenti veri e propri non ne abbiamo, abbiamo però la voglia e il potere di convincimento sulle famiglie, che non è facile perché i soggetti vegetariani loro stessi cadono in grandi patologie, soprattutto in carenza di emoglobina, con anemie non indifferenti perché il ferro dove lo prendono questi soggetti? Nei cartoni animati braccio di ferro si dice che lo prende dagli spinaci, ma non ce n'è quasi niente e quello che c'è non viene assorbito bene; solo nella carne c'è e se non la mangi non ne hai. Quindi in questi casi bisogna spaventare questi genitori perché la dieta deve essere equilibrata, tot proteine, tot grassi, tot carboidrati; tutto quello che sono diete ipoproteiche, ipoglicidiche, povere di lipidi, sono tutte cavolate che non hanno un senso biologico, un senso vero. Queste sono invenzioni che stregoni fanno o scrivono o dicono in televisione: dimagrite in 10 giorni! Ed è una delle cose peggiori che ci siano al mondo. Insomma la dieta è molto importante è il pediatra deve riappropriarsene.

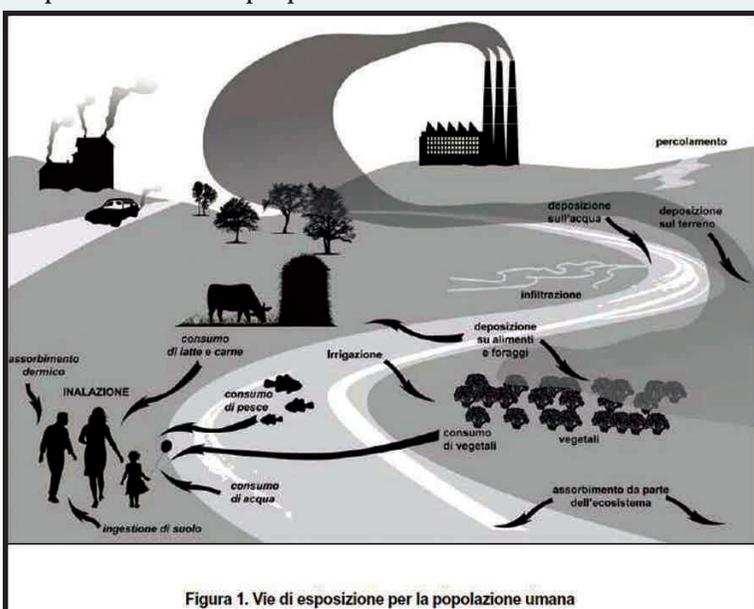


Figura 1. Vie di esposizione per la popolazione umana

di Antonino Gulino

Chiedo asilo
Regia di Marco Ferreri

Ancora una volta provo a segnalare ai soliti. L'estate non è certo la stagione più propizia per segnalare nuovi film, ma può essere il momento giusto per cercare tra le innumerevoli offerte delle videoteche qualche vecchio film che ci è sfuggito o magari vorremmo rivedere.

Ho pensato quindi di invitarvi a cercare "Chiedo Asilo", un'opera poco nota di un grande regista italiano scomparso ormai da molti anni, Marco Ferreri.

Un film del 1979, vincitore dell'Orso d'argento, gran premio della giuria al Festival di Berlino del 1980 che ha come protagonista un grande attore-regista contemporaneo, Roberto Benigni.

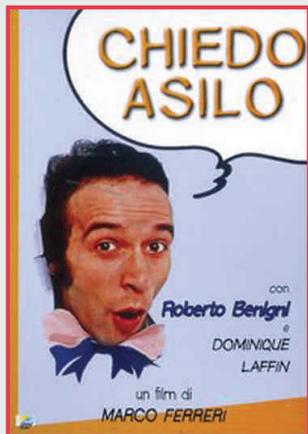
La storia come ricordava il suo autore è "un viaggio nell'universo del bambino", ma a rivederlo con gli occhi di oggi è soprattutto un profetico apologo sul futuro o forse sarebbe meglio dire sulla mancanza di futuro della nostra società.

Roberto Benigni nel film interpreta uno dei primi maestri d'asilo maschi, divertente, motivato, diventa ben presto l'idolo dei piccoli a lui affidati, ma la sua gioia di vivere, il suo entusiasmo viene messo a dura prova dall'incontro con un bimbo psichicamente disturbato. Il maestro scopre un mondo diverso o forse si accorge che l'universo che conosceva è forse irreali, che la stessa vita va vissuta in modo diverso, esplorandone tutte le infinite opportunità anche quelle più tragiche.

Marco Ferreri racconta l'infanzia in modo apparentemente semplice ma riesce a cogliere la magia, il mistero che si nasconde dentro gli occhi di un

bambino, quel filo misterioso che dà un significato, impercettibile per noi adulti, ad ogni azione e ad ogni reazione.

Il film non appare datato, anzi oggi più di ieri mantiene inalterato il suo fascino, l'originalità di un grande autore capace di confrontarsi con il mondo dell'infanzia senza incorrere in facili stereotipi.



recensioni

E' in arrivo un bambino

di John Burningham e Helen Oxenbury
Ed. Motta junior
€ 13,00



di Giusi Germanià

"Presto nascerà un altro bambino": inizia così per un fratellino, l'attesa di un evento che sconvolge tutte le piccole sicurezze faticosamente acquisite attraverso occhi e orecchie spalancati a conoscere il mondo. John Burningham e Helen Oxenbury con "E' in arrivo un bambino" (Motta junior, € 13,00) scandagliano con allegria e tenerezza questa condizione proponendone una lettura divertente e stimolante.

Una lettura che è fatta di parole ma molto di immagini dato che gli autori descrivono i punti di vista diversi e le congetture catturate alla immaginazione di un bambino, attraverso "pensieri disegnati". Tra preoccupazione e curiosità, fantasia e progetti e tra mille domande sul futuro, il piccolo tenta di immaginarsi il nuovo arrivato e i possibili spazi da lui occupati ed

impara ad accettare l'ingombrante presenza di un altro e ad ipotizzare anche la possibilità di volergli bene. Le illustrazioni delicatamente descrittive, opportunamente dolci negli atteggiamenti e molto curate, contribuiscono a guardare l'argomento con occhio al contempo ironico e sereno e nella riconoscibilità delle situazioni, realizzano un rapporto quasi di affetto con il testo. Una testimonianza di grande attenzione ai piccoli a cui non fare mai mancare amore e premure oltre alla cura necessaria per condurli con sicurezza tra le diverse circostanze della vita.

Per affrontare con semplicità anche questa bellissima avventura, ed immancabilmente con un libro, testo e immagini sono perfettamente adatti a un pubblico dai 4 anni in su, inclusi mamme e papà, naturalmente.

DI GIAMOCELO...

La comunicazione che, quando adoperata ad arte, è capace di diventare “arma di distruzione di massa” (la nostra situazione politica ne è un fulgido esempio) ha da diverso tempo conquistato l'interesse di tutte le categorie professionali.

Infatti, da più di un decennio, la tecnica del comunicare è materia di studio del corso di laurea in Medicina: noi “anziani” non ne abbiamo usufruito e, digiamocelo, ne sentiamo molto la mancanza!

Comunicare efficacemente è importante in medicina almeno quanto lo è nel marketing: più saremo stati efficaci nel comunicare, maggiore sarà l'aderenza alle terapie prescritte e la fiducia del paziente nei nostri confronti (presupposto fondamentale per la guarigione).

E dunque, senza sapere nulla di comunicazione verbale e non verbale, di tipologie cenestetiche, uditive o visive, di tipi “promotori” piuttosto che “facilitatori” o “controllori” tutti noi, pediatri di mezz'età, ci siamo inventati comunicatori con alterne fortune. Quelli naturalmente “dotati” hanno sofferto meno, gli altri hanno arrancato a fatica percorrendo spesso strade sbagliate, sperimentando quotidianamente tutte le insidie di una comunicazione inefficace fino a trovare un proprio equilibrio. In questi casi, è inutile negarlo, l'esperienza è di grande aiuto e gli anni che passano –almeno per questa volta– non rappresentano uno scomodo fardello ma sono i nostri migliori alleati in quell'ardua impresa che è la relazione con il paziente. Per noi pediatri, è facile intuirlo, il percorso è ancora più difficile: il rapporto con il paziente non è mai diretto ma viene mediato, ed a volte “ammorbato”, da genitori e nonni sempre più ansiosi e inadeguati.

anch'io, come gli esperti in comunicazione c'insegnano, ho appreso sul campo il valore della comunicazione non verbale, la sorprendente velocità nel

giudicare e nell'essere giudicati a prima vista (bastano appena 7 secondi ed occorrono due lunghi anni per modificare un'impressione), l'importanza di ascoltare e di “sintonizzare” i messaggi che si vogliono trasmettere sulla lunghezza d'onda di chi ascolta, di reprimere l'istintiva avversione nei confronti di chi



si presenta già armato di pregiudizi negativi nei nostri confronti cercando sempre una breccia nel muro delle ostilità: però che fatica...!

E così, finalmente, mentre immagino di scaraventarla fuori dalla finestra senza alcun rimpianto, mi sorprendo a sorridere rassicurante alla signora De Tali che mi logora il sistema nervoso con le continue richieste di farmaci per malattie inesistenti (l'immaginazione, almeno quella, non si tocca!). Anche il signor Sempronio, che in altri tempi mi avrebbe scatenato una crisi ipertensiva con la sua volgare arroganza, diventa più gestibile, anche se sogno spesso di fargli inghiottire il telefonino quando si ostina ad usarlo dentro al mio studio (i sogni, si sa, non si programmano). Perfino al signor Tizio, affetto da una forma compulsiva di “medical-shopping”, sono riuscita a far capire l'importanza di contenere le sue insicurezze per il bene del piccolo, resistendo alla voglia incontenibile di ricusarlo.

Che dire? Forse morirò di ulcera, ma alla fine della carriera l'arte della comunicazione non avrà più segreti per me! ☺

Il Lichen Sclerosus nel bambino

di Vincenzo Bagnara

Il Lichen Sclerosus (LS) è una malattia infiammatoria cronica della cute mediata dai linfociti, che può interessare qualsiasi distretto cutaneo ma che mostra predilezione per l'area anogenitale sia nei maschi che nelle femmine.

La prima descrizione clinica dell'affezione si deve al dermatologo francese Hallopeau che, nel 1887, le diede il nome di "Lichen plan atrophique". Nel 1892 Darier descrisse gli aspetti istologici della malattia e la denominò "Lichen plan scléroux".

Avendo constatato che l'atrofia non risultava sempre istologicamente dimostrabile, nel 1976 Friedrich propose di eliminare l'aggettivo "atrophicus" lasciando solo la definizione di Lichen Sclerosus (LS).

La forma genitale maschile del LS fu descritta dettagliatamente per la prima volta nel 1928 da Stuhmer che propose il nome di "Balanitis (infiammazione cronica del glande) Xerotica (aspetto sclerotico, secco della lesione) Obliterans (associazione occasionale con l'endoarterite obliterante)" o, secondo il suo acronimo, BXO.

Da allora le due denominazioni ed i corrispondenti acronimi LS e BXO sono stati usati indifferentemente e, comunque, la prima descrizione della BXO nel bambino risale solo al 1962 in un case report di Catterall e Oates.

La differente definizione di uno stesso processo patologico e, quindi, la possibilità di ingenerare confusione, ha spinto nel 1976 "The International Society for the Study of Vulvovaginal Disease" e, nel 1995, "The American Academy of Derma-

tology" ad adottare la definizione di "Lichen Sclerosus" per definire questa patologia in maniera univoca in entrambi i sessi ed in tutte le sue forme e localizzazioni.

Considerato inizialmente come occasionale, il LS nel maschio giovane è oggi riconosciuto come causa di fimosi (Figg. 1,2) e di stenosi del meato uretrale (Figg. 3,4). Il problema, semmai, è che a tutt'oggi troppo spesso il LS non viene clinicamente riconosciuto e, quindi, non viene trattato. Infatti, la reale incidenza del LS è probabilmente sottostimata nella popolazione generale ed in particolare in quella maschile pediatrica.

Studi prospettici su bambini con indicazione al trattamento chirurgico della fimosi hanno documentato un'incidenza di BXO compresa tra il 10% ed il 95%. In particolare, uno studio su 1.178 ragazzi affetti da fimosi e sottoposti a circoncisione ha dimostrato nel 40% dei casi la presenza di LS all'esame istologico con l'incidenza più alta tra 9 e 11 anni.

Il LS è più comune nella razza caucasica; è più frequente nella donna con un rapporto F/M variabile da 6:1 a 10:1. Tuttavia, la sua manifestazione è più precoce nei maschi, ed è stato descritto negli adolescenti e nei bambini sin dall'età di un anno.

Nel LS non sono stati evidenziati veri fattori di rischio e la vera etiologia è sconosciuta. A tal proposito sono state proposte diverse teorie ed ipotesi etiopatogenetiche:

- Teoria autoimmune, Meccanismi molecolari e Fattori genetici: associazione con diabete, vitiligo, alopecia;

- Infezione: alta incidenza di HPV riscontrata in pazienti pediatrici maschi con LS genitale;

- Influenza ormonale: la più alta incidenza di LS nelle donne si osserva nei periodi di fisiologica riduzione del livello degli estrogeni;

- Fattori irritativi locali: fenomeno di Koebner (induzione di patologia cutanea in aree sottoposte a stimoli meccanici prolungati, anche lievi, che siano in grado di ledere o traumatizzare i piccoli vasi degli strati superficiali della cute).

Fig. 1) Fimosi di IV grado in bambino di 4 anni con conferma istologica di LS



Fig. 2) Fimosi di IV grado in bambino di 5 anni con conferma istologica di LS



Nondimeno, l'evidenza clinica comune indica che il LS nel maschio è dovuto, nella maggioranza dei casi, ad occlusione cronica del recesso balanoprepuziale con conseguente esposizione cronica all'urina di un epitelio suscettibile. Infatti, la condizione:

- non si osserva mai negli uomini circoncisi alla nascita;
- è spesso associata a traumi, piercing genitale ed anomalie anatomiche (es. ipospadia);
- recidiva frequentemente negli innesti;
- non si manifesta a livello del perineo (contrariamente alla donna, il perineo del maschio non è mai esposto cronicamente all'azione irritazione dell'urina, esclusi casi particolari e rarissimi, ad es., di ipospadia) ma interessa il glande ed il prepuzio.

Il LS può avere un andamento cronico e progressivo o acuto ed aggressivo. Molti pazienti possono rimanere asintomatici per lunghi periodi. Nel maschio, inoltre, la localizzazione genitale del LS rispetto ad altre regioni supera il rapporto di 5:1. Deapasquale in uno studio retrospettivo su 522 pazienti ha riscontrato che la malattia era limitata al prepuzio ed al glande nel 57% dei casi; al meato uretrale nel 4%, con il 20% che presentava un interessamento dell'uretra. La fimosi è il quadro di presentazione del LS più comune nel maschio in età pediatrica.

L'aspetto clinico macroscopico dell'LS rileva inizialmente una colorazione bianco-grigiastrea del glande e/o del prepuzio (una placca sclerotica, bianca disposta sull'intera circonferenza della parte distale del prepuzio è presente nel 71-100% dei pazienti). La progressione della malattia sul frenulo e sul prepuzio può portare a fimosi con prepuzio non retraibile, cute prepuziale assottigliata e fragile e placche sclerotiche. Con il tempo la cute coinvolta può diventare anelastica con possibili lacerazioni e creazione di ragadi radiali.

I sintomi più frequenti possono essere suddivisi in:

- soggettivi: prurito, dolore, bruciore;
- legati alla stenosi del meato: disuria e mitto ipovalido; sintomi ostruttivi; mitto deviato o bifido;
- legati al restringimento ed alla flogosi del

prepuzio: "ballooning" perminzionale; difficoltà a retrarre il prepuzio con possibile fusione al glande; lacerazioni in corso di igiene o di attività sessuale.

Nonostante l'aspetto clinico caratteristico, il LS genitale spesso non viene riconosciuto. Bale ha rilevato che i chirurghi del suo gruppo, dopo avere fatto esperienza con il primo o i primi due casi nei quali si fosse avuta conferma istologica dell'affezione, erano capaci di riconoscere clinicamente il LS in almeno l'80% dei pazienti. Questo dato è corroborato dalla nostra esperienza tanto che, su una casistica di 18 pazienti nei quali avevamo il sospetto clinico di LS abbiamo ricevuto conferma istopatologica in 17 casi, pari al 94%.

Gli obiettivi del trattamento del LS sono: alleviare i sintomi; prevenire le lesioni cancerose; risolvere o migliorare i problemi urinari e sessuali.

Il trattamento medico del LS prevede l'uso locale di steroidi mentre più raramente è necessario il ricorso a terapie ormonali e sistemiche. Il trattamento chirurgico del LS, invece, include la circoncisione, la meatoplastica e l'uretroplastica.

L'incidenza del LS nel bambino è superiore a quanto riferito in precedenza ma la diagnosi è posta raramente dai pediatri. L'evoluzione imprevedibile della malattia giustifica la necessità di un riconoscimento precoce e la sua segnalazione allo specialista perché il trattamento tardivo comporta maggiori danni per il glande, il meato uretrale, l'uretra e, quindi, la possibilità di importanti e non sempre risolutivi interventi di chirurgia ricostruttiva.

L'uso topico di corticosteroidi è di beneficio nella fase acuta del LS (riduce il prurito e l'arrossamento) e nel postoperatorio come adiuvante nel trattamento del LS. E' auspicabile la conferma istologica precoce della lesione ed il paziente e/o i genitori devono essere bene informati sul decorso cronico della malattia e la sua associazione con il tumore del pene. Il LS è, infatti, una lesione precancerosa e l'incidenza di neoplasia tra i pazienti con LS varia dal 2.3 all'8.4%. Per questo motivo i pazienti con LS dovrebbero seguire un attento follow-up ed ogni lesione sospetta dovrebbe essere sottoposta a biopsia.

Fig. 3) Stenosi del meato uretrale in bambino precedentemente circonciso per LS



Fig. 4) Stesso caso della fig. 3 durante minzione: da notare mitto urinario debole



Le storie dei nostri amici

di Sergio Mangiameli

Nel supermercato delle nostre vite, dove vaghiamo sorridenti tra gli scaffali e poi c'intrufoliamo di nascosto per le nostre passioni, i nostri figli sono i cassieri. Da noi si aspettano verità e rispetto.

Sono sempre storie di amici nostri, naturalmente. Per esempio, un mio amico mi diceva che quando era bambino sua madre gli raccontava della sua gioventù, di un mitico viaggio fatto in Vespa dalla Sicilia alla Francia e di un amore all'avanguardia. Talmente all'avanguardia che il fidanzamento finì e la madre del mio amico si sposò con un altro uomo, che poi divenne suo padre, e l'ex fidanzato si sposò con un'altra donna. Sembravano i giochi fatti e finiti. E invece no, perché il mio amico con sua sorella andarono alle elementari nella stessa scuola e poi nella stessa classe dei figli dell'ex fidanzato. Il mio amico mi diceva che alle feste non potevano invitare quei bambini, e quando loro festeggiavano, lui e sua sorella non venivano invitati.

Mi raccontava anche, il mio amico, che le foto in bianco e nero del mitico viaggio in Vespa, sua madre le mozzò, ritagliando la sagoma dell'ex fidanzato, e sostituendola con un buco. Sembravano anche adesso giochi fatti e finiti. E invece no, perché il primo fidanzatino della sorella del mio amico guarda caso è stato uno dei figli dell'ex fidanzato. E dulcis in fundo, quando è morta un'amica in comune - una di quelle che faceva parte del mitico viaggio in Vespa in Francia -, sul sagrato della chiesa, dopo trent'anni, di fronte a tutti, la mamma del mio amico e il suo ex fidanzato s'incontrano e piangono insieme in un abbraccio stretto e disperato. Al mio amico, allora ho fatto la domanda: tu come ti sei sentito? Io mi sono sentito bene, finalmente bene, per loro due, per quell'abbraccio che ritardavano a darsi.

Sono sempre storie di amici nostri. Adesso, per esempio c'è un altro amico mio, che non riesce a uscir fuori da un buco che s'è creato. In questo buco ci sta lui con una donna. Fuori dal buco c'è la sua famiglia, con sua moglie e i suoi due figli. Uno di questi bambini, l'altra sera prima di addormentarsi parla

a sua mamma: "Oggi ti ho visto che non sei stata felice". "Ma no, solo un po' stanca". L'altro fratello chiede a suo papà - il mio amico - "perché quando sei a casa stai davanti al computer e parli poco con la mamma?".

C'è un'altra storia, che riguarda uno dei miei amici più vecchi. Era sposato e aveva tre figli. Poi ha conosciuto una donna della quale s'innamorò perdutamente, ma non l'ha mai nascosto, fin da subito. E' andato a vivere con questa donna in un'altra casa che dista cento metri da quella in cui aveva vissuto con la moglie, lungo lo stesso marciapiede, così che i suoi figli potessero venire quando volevano e senza pericoli. Questo amico mio ha continuato a occuparsi della sua prima famiglia, e ha avuto altri bambini con la nuova compagna. Il primo figlio oggi ha diciott'anni, l'ultimo nove. Il primo accompagna quest'ultimo a scuola. La sua attuale compagna a volte va a fare la spesa assieme alla ex moglie. Hanno passato tutti insieme il Natale, col nuovo uomo della ex moglie, col quale il mio amico spesso gioca a tennis.

Questi ragazzi identificano l'amore con qualcosa di vero, da vivere alla luce del sole. Sono convinti che il perseguimento della felicità sia un diritto e non una colpa. Amano i loro genitori perché da loro non sono stati mai presi in giro. Credono che diventare adulti non sia diventare infallibili, ma assumersi le proprie responsabilità. E quando vedono i loro genitori parlarsi con calma e sorridersi ancora, si abbracciano tra di loro e si addormentano con la convinzione di essere stati amati e rispettati. La caratteristica di questo mio vecchio amico: ha sempre sbagliato senza ascoltare gli altri ed è convinto che la nostra società con le sue ipocrite convenzioni e i suoi falsi religiosi, sia da non imitare per le generazioni future. Io lo conosco bene e so che non lo è, ma gli altri lo considerano folle.

Sindrome di Panayiotopoulos: descrizione di un caso clinico

di Raffaele Falsaperla

La Sindrome di Panayiotopoulos (SP), detta anche "epilessia occipitale ad esordio precoce", è una patologia epilettica idiopatica che è stata riconosciuta formalmente dalla Lega Internazionale contro l'epilessia (ILAE). La definizione della SP prevede una patologia benigna età correlata, con la presenza di convulsioni focali che esordiscono nella prima infanzia. Spesso le crisi sono prolungate con una predominanza di segni autonomici ed una positività all'EEG che evidenzia una prevalenza di focolai in sede occipitale. Il sintomo principale è l'attivazione autonoma, che può arrivare in molti casi ad uno stato epilettico autonomico se la sintomatologia dura più di 30 minuti. La manifestazione più comune che attesta l'attivazione autonoma è il vomito; sono stati riportati anche il pallore, la midriasi, le alterazioni termoregolatricie e della motilità intestinale e l'ipersalivazione. La maggior parte dei pazienti (circa 2/3) presenta le manifestazioni critiche durante la notte.

Presentiamo il caso clinico di un bambino affetto da una forma focale di SP. Le epilessie occipitali sono ancora oggi poco diagnosti-

cate a causa della molteplicità della sintomatologia clinica anche se si calcola che possano essere tra l'1,2% ed il 2,6% delle epilessie di nuova diagnosi.

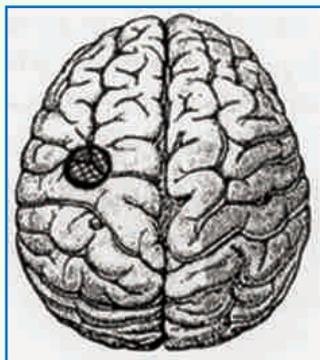
Un piccolo è secondogenito di genitori non consanguinei, a termine, non ha presentato asfissia, con anamnesi familiare negativa e senza ritardo nelle tappe dello sviluppo motorio. Giunge alla nostra osservazione all'età di sei anni, poiché negli ultimi quattro mesi, ha presentato durante il sonno, due episodi critici caratterizzati da deviazione laterale dello sguardo, fluttuazione dello stato di coscienza per circa 30 minuti, seguito sempre da episodi di vomito. All'esame obiettivo neurologico si nota una buona partecipazione all'ambiente, sensorio vigile senza deficit cognitivi. Le manovre di Romberg e Gowers sono negative.

L'orientamento diagnostico è stato indirizzato verso una forma di epilessia e pertanto sono state effettuate tutte le indagini relative: esami ematochimici, EEG in veglia e visita oculistica con fundus, risultati nella norma. Dirimente è stata l'esecuzione di un EEG in sonno che ha messo in evidenza onde aguzze subcontinue in

sede occipitale di ambedue gli emisferi.

La SP rimane ancora oggi un'entità sotto diagnosticata sia per l'atipicità delle manifestazioni cliniche, che possono simulare altre patologie di frequente osservazione in età pediatrica (gastroenteriti, emicrania, parasonnie), sia perché l'EEG da sveglia è normale. In questi casi solo un EEG in sonno confermerà il sospetto di SP. Il sonno in questi pazienti attiva il tracciato che evidenzierà la presenza di anomalie elettriche con predominanza negli emisferi occipitali ma con focolai anche in altre sedi del mantello cerebrale.

L'importanza della diagnosi nella SP deriva dal fatto che, essendo la prognosi benigna, solitamente non richiede alcun trattamento farmacologico e si risolve entro i limiti temporali dell'adolescenza.



Recenti e drammatici fatti di cronaca hanno riportato l'attenzione su gravissimi incidenti occorsi a bambini, incredibilmente "dimenticati" in auto, da parte dei padri. Penso che nessuna spiegazione di meccanismi neurofisiologici e nessun psicologismo possano giustificare l'imbecillimento e il degrado comportamentale di tanti genitori, che soprattutto noi pediatri ci troviamo costretti a fronteggiare quotidianamente.



La psichiatria ci può però fornire la spiegazione dei "black out" mentali. A volte forti preoccupazioni possono generare delle transitorie dissociazioni dalla realtà, sottraendo la memoria all'esercizio della normalità quotidiana, anche nei gesti più semplici e noti, come chiudere l'acqua o spegnere il gas. Questi "black out" possono causare vere e proprie tragedie, se colpiscono chi ha importanti responsabilità contro terzi: macchinisti di treni, autisti di pullman, chirurghi, ecc. Si possono determinare, anche in seguito a emozioni violente, *stati alterati di coscienza*, con modificazione di tutti i processi cognitivi, e con alterazione della consapevolezza di sé e del mondo circostante.

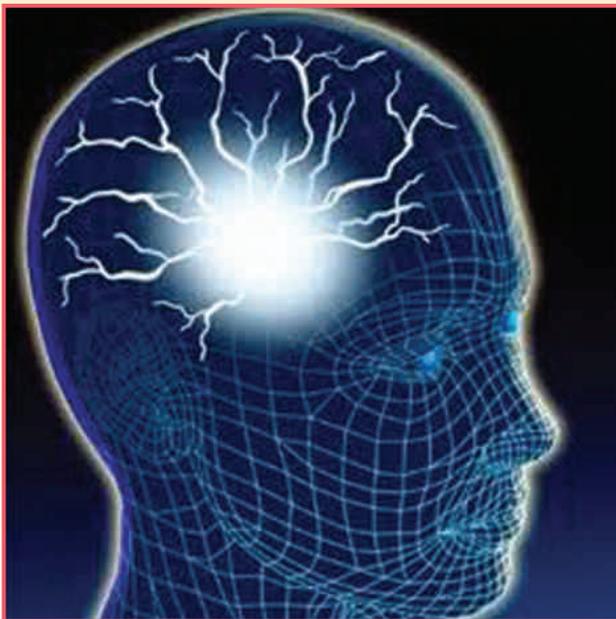
Competitività e stress sono stati sempre componenti obbligate dell'evoluzione biologica e umana, ma non hanno mai determinato, da soli, la dimenticanza dei propri "cuccioli" per ore ed ore, in condizioni letali.

quod prius non fuerit in sensu". I grandi pensatori del passato, utilizzando le moderne metodiche, avrebbero potuto dimostrare, ad

esempio, che le aree corticali motorie del cervello e del cervelletto si attivano da 6 a 10 secondi prima della consapevolezza che si vuol fare un movimento. I muscoli della mano destra si attivano già nell'attimo in cui si vede un oggetto che si può prendere in mano, purché ad una distanza accessibile. Viceversa, se si osserva un oggetto imprevedibile, per dimensioni o distanza, i muscoli non vengono attivati. Ovviamente, resta sempre nell'ambito della psiche il problema della libertà di scelta.

- Situazioni di stress prolungato causano nei bambini l'accorciamento dei telomeri, le regioni terminali dei cromosomi che forniscono una sorta di "protezione" al DNA. Studi effettuati su piccoli ospiti di orfanotrofi rumeni hanno dimostrato che tanto più a lungo i piccoli avevano vissuto in orfanotrofio, tanto più corti erano i loro telomeri. Nuovi studi sono stati avviati per capire se l'accorciamento dei telomeri sia reversibile, e quali siano i rapporti con lo stato di salute.

- Studi con metodiche PET hanno dimostrato che trovarsi in un ambiente chiuso





assieme ad una persona che fuma, può evocare il desiderio di fumare (craving), anche in non fumatori. La causa di questo fenomeno dipende dalla sensibilizzazione del cervello, per il coinvolgimento dei recettori cerebrali normalmente attivati dalla diretta esposizione alla nicotina. Quindi anche il fumo passivo promuove meccanismi di dipendenza dalla nicotina.

- Nel mondo soffre di apnee ostruttive del sonno (OSA) il 2% della popolazione generale



femminile, ed il 4% di quella maschile. Il fattore fondamentale è rappresentato dalla stenosi delle vie aeree superiori, in

particolare a livello orofaringeo. Obesità, ipertrofie adeno-tonsillari, malocclusioni, costituiscono i principali fattori di rischio per le OSA. Recenti e autorevoli Studi hanno confermato, anche mediante batterie di test, che in questi soggetti sono presenti deficit neuro-cognitivi, soprattutto a carico delle funzioni esecutive. Hanno però per la prima volta dimostrato modificazioni della sostanza grigia cerebrale, anche mediante l'utilizzo della Risonanza Magnetica Funzionale. I pazienti sono stati quindi trattati con CPAP e, dopo tre mesi, le prestazioni cognitive si sono normalizzate. La sostanza grigia a livello dell'ippocampo e delle regioni frontali ha evidenziato un aumento di volume. Quindi la terapia garantisce una maggiore continuità del sonno,

ed un migliore livello di concentrazione di ossigeno nel sangue, contrastando tanti inconvenienti, come la sonnolenza notturna. Gli Studi continuano, per determinare i ruoli, sia della migliore ossigenazione, sia della migliore qualità del sonno.

- Autorevoli Studi condotti negli USA hanno dimostrato nel 4% degli adolescenti una "addiction" da Internet. Inoltre, i dati raccolti hanno dimostrato che trascorrono con Internet oltre 20 ore alla settimana il 17% dei ragazzi, e il 14% delle ragazze. Tale dipendenza viene ormai considerata un Disturbo a sé stante, anche se può concomitare con altri Disturbi, quali: Disturbo ossessivo-compulsivo, ansia, depressione, altre differenti dipendenze. Non bisognerebbe però mai dimenticare i potenziali benefici. Una parte delle azioni che vengono eseguite sul Web abitua alla logica delle decisioni. Le possibilità di acquisire informazioni sono praticamente infinite. Internet inoltre rappresenta uno spazio condivisibile con tanti, anche a distanza, e potrebbe quindi abituare a saper lavorare in gruppo.

- Uno Studio pubblicato su Acta Paediatrica ha dimostrato che i bambini di oggi sono molto più deboli fisicamente, rispetto ai loro coetanei di 10 anni fa. Lo stato della forza delle braccia è declinato del 26%, mentre la capacità di afferrare oggetti del 7%. Ciò è stato correlato al fatto che i bambini passano sempre più tempo davanti alla televisione o al computer ma, parimenti, alla maggiore apprensione dei genitori, che impediscono sempre più frequentemente attività da loro considerate "pericolose".



ALLERGIE: SÌ, NO, FORSE, PER ORA...



I lattici specializzati non riescono a prevenire le allergie dei bambini ad alto rischio.

I lattici parzialmente idrolizzati utilizzati dopo l'allattamento al seno non sembrano essere più efficaci del latte vaccino, di soia o del semplice latte artificiale nel prevenire l'insorgere di asma ed eczema

Degli idrolizzati possono, invece, beneficiare bambini che non sono allattati al seno rispetto alle formula di latte vaccino.

Nello studio, dei ricercatori australiani hanno assegnato in modo casuale a 620 neonati ad alto rischio, all'allattamento con latte parzialmente idrolizzato, oppure a latte di mucca, di soia o a latte artificiale dopo aver smesso l'allattamento materno.

I bambini in questo studio erano stati allattati al seno per una media di tre mesi e mezzo prima di ricevere la formula.

Nel corso dei successivi due anni, i bambini erano controllati con periodici test cutanei per misurare le loro risposte agli allergeni comuni, quali il latte, uova, arachidi, acari della polvere, erba e pelo di gatto, ed erano sotto osservazione per segni di reazioni eczematose o alimentari.

Poco più della metà dei bambini nello studio hanno sviluppato allergie, ed avevano la stessa probabilità di farlo, non importa quale tipo di formula avessero consumato.

J Allergy Clin Immunol 2011. Effect of a partially hydrolyzed whey infant formula at weaning on risk of allergic disease in high-risk children: A randomized controlled trial
[http://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(10\)00740.2/abstract](http://www.jacionline.org/article/S0091-6749(10)00740.2/abstract)



Quattro chiacchiere sull'allergia alimentare.

Nel Dicembre del 2010 sono state pubblicate dal *National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID)* le linee guida delle allergie alimentari ([http://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(10\)01566-6/fulltext](http://www.jacionline.org/article/S0091-6749(10)01566-6/fulltext)).

Nel corso della riunione 2011 AAAAI, Medscape ha registrato un'intervista tra Matthew J. Fenton, PhD, dal NIAID, e Hugh A. Sampson, MD, ex presidente della AAAAI, entrambi coinvolti nel processo di sviluppo delle linee guida. (<http://www.medscape.com/viewarticle/739532>).

Eccole alcune conclusioni.

Per la diagnosi

◆ L'anamnesi e l'esame obiettivo sono da ritenersi utili per aiutare direttamente la valutazione delle allergie alimentari, ma la storia da sola non è sufficiente per fare la diagnosi.

◆ Il prick, è molto utile per aiutare individuare gli alimenti potenziali che potrebbero essere la causa del problema, ma da soli questi test non sono adeguati.

◆ I livelli sierici di IgE di cibi diversi possono essere anche molto utili per identificare le potenziali fonti di allergia, ma da soli non sono realmente adeguati a fare la diagnosi. Questi test ci dicono che il paziente è sensibilizzato, ma non necessariamente ci dicono che il paziente sta per avere sintomi clinici.

◆ La dieta di eliminazione è utile per aiutare la diagnosi, in particolare con alcuni tra i tipi di allergie non-IgE-mediate, ma l'unico modo diretto per fare la diagnosi è la somministrazione orale dell'alimento sospetto.

◆ Anche i livelli di IgG, e di IgG4 agli alimenti non sono veramente validi per la diagnosi.

Per la terapia

◆ L'immunoterapia orale e l'immunoterapia sublinguale : a questo punto si è sempre più convinti che tale terapia non avrà una lunga prospettiva nel futuro.

◆ Quelli che hanno suggerito di evitare alimenti cross-reagenti per evitare allergie sono stati delusi: per esempio, qualcuno che è allergico al latte può avere un test cutaneo positivo per qualcosa come il manzo, ma è molto improbabile che la carne sia causa di allergia alimentare. L'idea di cercare di evitare gli alimenti per associazione non è raccomandata.

◆ Le linee guida affermano che non c'è ragione per le madri di eliminare certi cibi durante la gravidanza o l'allattamento nel tentativo di prevenire allergie alimentari: non ci sono dati sufficienti che sia un modo per evitare allergie.

◆ Il comitato raccomanda sì l'allattamento al seno per i primi 4-6 mesi di vita, ma la letteratura non suggerisce alcun motivo per evitare cibi particolari - anche i cibi allergenici oltre i 4-6 mesi di vita.

◆ Allo stato attuale delle conoscenze, evitare l'alimento sospetto è l'unico modo efficace per curare una allergia alimentare.

Commento: Se avevate dei dubbi....avevate ragione!



INCONTRI PAIDOS 2011

10 Settembre - Le infezioni e immunità

22 Ottobre - Dal sintomo alla diagnosi

12 Novembre - Disfunzioni del sistema gastro-intestinale

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 verificabili sul sito della Paidos al seguente indirizzo:

<http://www.paidosct.com>
info: segreteriapaidos@tiscali.it

Sesta Edizione 2011
DIREZIONE ARTISTICA: ANTONELLA FLORINO
Per vocem, instrumenta et organum

29 Aprile 2011 ore 19.00
Chiesa di San Michele Arcangelo ai Minori - Catania
Gianluca Libertucci, organo
Davide Milloto, clarinetto
"Orchestra sinfonica dell'Ersu", direttore Antonella Florino
Musiche di Bach, Caspar Simon, Mozart, Morandi, Tchaikovsky, Lefebure-Wely

5 Giugno 2011 ore 19.30
Chiesa Cattedrale di Palermo
Mauro Visconti, organo
Coro Sanctae Joseph
Marcello Erina, violino
Daniela Santamaura, violoncello
Musiche di Vivaldi, Corelli, Leclair, Palestrina, Mozart, Bartolucci, Visconti

1 Settembre 2011 ore 20.00
Chiesa S. Rosa da Lima (Via S. Nullo, 46) - Catania
Salvatore Reitano, organo
Samantha Fidanza, violino
Musiche di Bach, Beethoven, Haendel, Rossini, Verdi

8 Settembre 2011 ore 20.45
Abbazia Benedettina S. Maria in Sylvis
Sesto al Reghena (Pordenone)
In co-produzione con L'Università di Udine
Ensemble Armonia - Schola Gregoriana
Direttore: Patrizia Avon
Organista: Gianluca Libertucci
Suggeritori gregoriani nella musica organistica di J. S. Bach

9 Settembre 2011 ore 20.00
Auditorium (Via Foscolo Portinari) - Firenze
In co-produzione con la Cassa di Risparmio di Firenze
Gianluca Libertucci, organo
Musiche di Bach, Buxtehude, Bohm, Spengher, Moretti, Franck, Lefebure-Wely, Bossi, Retcher

1 Ottobre 2011 ore 20.30
Chiesa S. Maria di Gesù - Catania
Carmelo Scandura, organo
Piera Puglisi, soprano
Enza Puglisi, soprano
Musiche di Bach, Schubert, Bellini, Puccini, Verdi

Data da definire
Università Cattolica Aula Magna (Largo Gemelli) - Milano
In co-produzione con EDUcatt - Milano
Gianluca Libertucci, organo
Musiche di J. S. Bach

1 Dicembre 2011 ore 19.30
Chiesa di San Michele Arcangelo ai Minori - Catania
Gianluca Libertucci, organo
"Orchestra sinfonica dell'Ersu", direttore Antonella Florino
Musiche di Lemmens, Prokofiev, Brahms, Dvorak, Franck, Ravel

ANDISU
Assessorato Regionale
Regionale Siciliana
Nunzio Raosinda - Direttore ERSU
Assista culturale dell'ERSU, Via Enea n. 570 - 95128 - Catania
Tel. 095 7517910 - 7517922 Fax 095 7517938
e-mail: direttore@ersu.unict.it - www.ersu.unict.it
Ingresso libero fino ad esaurimento posti

