

note di cultura per il pediatra

a.c.p.

Paiδòs

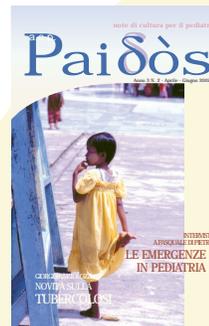
Anno 3 N. 2 - Aprile - Giugno 2002



INTERVISTA
A PASQUALE DI PIETRO

LE EMERGENZE IN PEDIATRIA

GIORGIO BARTOLOZZI
NOVITÀ SULLA
TUBERCOLOSI



Direttore responsabile
Francesco La Magna

Direttore
Alberto Fischer

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

Responsabile di redazione
Antonino Gulino

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

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

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

Stampa
Litografia
LA ROCCA
Giarre (CT)

Questo periodico è distribuito gratuitamente ai pediatri

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

EDITORIALE

Emergenza come esistenza

di ALBERTO FISCHER

Un trafiletto giornalistico faceva conoscere ai lettori, alcuni giorni orsono, i risultati di un'indagine FIMP condotta negli ospedali. La notizia, per noi non nuova, è che il 40% circa dei piccoli ricoverati nelle UO di Pediatria non hanno alcun valido e patologico motivo per subire il ricovero. A ciò concorrono numerose cause, che sono singolarmente preminenti in relazione all'area geografica considerata. Tra esse, una è certamente l'eccesso di offerta, ovverosia il sovrannumero di UO di pediatria, con una tipologia assistenziale che per la gran parte di essi è sovrapponibile a quella offerta dai pediatri di famiglia. Vi è inoltre l'inadeguata preparazione specialistica della gran parte dei medici dei PS generali., tant'è che laddove sono presenti PS pediatrici ospedalieri il fenomeno dei ricoveri impropri è più ridotto. Altro motivo, non meno importante, è la incompleta capillarizzazione della presenza territoriale del pediatra di famiglia e l'assenza di guardie mediche pediatriche. Forse anche un improprio ricorso alla sanità pubblica da parte di un'utenza pronta a generare patologie.

Ma nell'intervista a Di Pietro fatta da Gulino su queste pagine si pone l'accento sulla necessità di una adeguata preparazione all'emergenza pediatrica che deve far parte del bagaglio professionale di ogni pediatra. Sono sempre in numero maggiore i pediatri che partecipano ai corsi PBLs, ma ancora non si sono raggiunti livelli ottimali. Per far ciò, e questo è l'importante messaggio, non si può derogare da una costante e continua collaborazione con i pediatri ospedalieri.. E ciò deve realizzarsi soprattutto attivando percorsi formativi comuni che non vanno limitati solo ai problemi dell'emergenza ma, estese a tutte quelle esigenze assistenziali che sono alla base delle richieste di salute dell'utenza. Ciò permetterebbe, e deve permettere, di individuare linee-guida di riferimento in modo da assicurare omogeneità e uniformità in ambito terapeutico ma anche in ambito relazionale. Si eviterebbe di far gravare sul bambino decisioni incongrue o individualistiche o peggio di arroccarsi su posizioni campanilistiche e autoreferenziali che a tutto portano tranne che al bene dei piccoli che ci sono affidati.

Il problema dell'emergenza è uno dei problemi che definirei esistenziali per determinate UO, insieme alla specializzazione delle stesse in un ambito di programmazione dipartimentale, ed è soprattutto l'archetipo di un processo di coinvolgimento collaborativo tra pdf e p ospedaliero, che dovrebbe portare alla completa eliminazione di ogni forma di separazione, di individualismo operativo e arroganza campanilista.

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 7 La terapia della displasia dell'anca
- 8 La laringo tracheite
- 9 Laddome antipatico
- 12 Emergenze in pediatria

RUBRICHE

- 4 La rubrica di Giorgio Bartolozzi
- 14 Un pediatra al cinema
- 14 Una fame da lupo
- 15 La posta di Albertino
- 16 Diagnosi alternative o integrative
- 18 Emergenze

A PROPOSITO DI...

- 11 Omeopatia e ricerca

PIÙ ODI... ENDOCRINOLOGIA

- 19 Lipoglicemia in età pediatrica

ULTIMISSIME

- 10 I siti di Mazzola
- 21 La lotta contro la distrofia muscolare ha trovato un alleato in più

NEWS DALLA RETE

- 22 Cortisonici inalatori e cortisolemia

Copertina
bimba pakistana
(foto di Gino Miano)

La T.b.c. merita ancor oggi la massima attenzione da parte dei pediatri, perché dopo anni di continua e progressiva caduta, ormai da un paio di lustri stiamo assistendo a una leggera ripresa, o meglio a un arresto della diminuzione nel numero dei casi.

di **GIORGIO BARTOLOZZI**

Novità sulla tubercolosi

In questo articolo riprendiamo due argomenti trattati dal Prof. Bartolozzi su Pediatria On-line: l'epidemiologia in USA e l'intradermoreazione alla tubercolina nei soggetti non vaccinati e vaccinati con BCG

1
l'epidemiologia

Ormai sappiamo che quanto avviene in USA per molte situazioni patologiche umane, si verifica a minore o maggiore distanza di tempo anche da noi, in Italia.

La letteratura USA si è di recente soffermata a lungo sull'andamento epidemiologico della tubercolosi (**Geng E et al. N Engl J Med 2002, 346:1453-8; Cegielski J.P. et al., Infect Dis Clin North Am 2002, 16:1-26; CDC, MMWR 51, RR05:1-16, 2002**).

Dopo aver raggiunto una punta di 10,5 casi/100.000 nel 1992, l'incidenza della tbc negli USA ha ricominciato a ridursi progressivamente, tanto che nel 2000 è stata di 5,8 casi/100.000, cioè circa la metà di quanto avveniva solo 8 anni prima. Questa riduzione è avvenuta principalmente nelle persone nate negli Stati Uniti, mentre la tbc fra quelle che erano nate al di fuori si è mantenuta pressoché costante. Dallo studio del DNA dei *Mycobacteria tuberculosis* isolati da 546 pazienti, abitanti nella parte nord di Manhattan è risultato che fra le persone nate al di fuori degli USA, la tubercolosi è causata

da una riattivazione di infezioni latenti, mentre fra quanti sono nati negli USA, la tbc è dovuta a una nuova recente infezione. Viene concluso che il trattamento dell'infezione latente (cioè senza sintomi clinici manifesti) è la strategia migliore per la riduzione del numero dei casi o meglio per l'eliminazione della tbc.

Queste considerazioni sono sicuramente utili anche per il nostro Paese, che vive con un ritardo di circa 10 anni, l'esperienza americana, in tempo per intraprendere misure di sanità pubblica atte a contenere l'infezione tubercolare nella nostra popolazione.

In USA, come da noi, il mantenimento delle fonti d'infezione è rappresentato soprattutto da due categorie di pazienti:

- a) soggetti HIV positivi
- b) immigrati da aree con elevata incidenza di tubercolosi.

E' a queste due categorie di pazienti che deve essere rivolta precipuamente l'attenzione, tanto più che spesso i ceppi di *Mycobacterium tuberculosis* isolati risultano multiresistenti ai comuni farmaci antitubercolari, per cui il loro trattamento presenta notevoli difficoltà.

2

l'intradermoreazione

Quale significato dare al rilievo di una intradermoreazione alla tubercolina in un bambino senza sintomi specifici?

Per affrontare questo problema, parto da una lettera di un attento pediatra di famiglia.

Domanda. - Una bambina di 12 anni è venuta alla nostra osservazione inviata dal servizio di Medicina Scolastica per una dubbia positività al Tine test. Gli indici di flogosi sono normali. La Mantoux (5 UI) a 24 ore mostra un eritema ed un infiltrato di 10 mm. A 48 ore l'eritema è ridotto ma l'infiltrato di 1 cm è ancora presente. Una Rx torace ha evidenziato la presenza di calcificazione basale destra riferibile a esiti di complesso primario.

Le chiedo: devo trattare la bambina come complesso primario tubercolare? Oppure effettuare una terapia profilattica con isoniazide?

Risposta. "Vorrei per prima cosa che leggesse il nuovo Decreto del Presidente della Repubblica del 7 novembre 2001, n.465, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 9 gennaio 2001, n.7 della Serie generale. Un decreto di nemmeno una pagina che rivoluziona la precedente legge 1088 del 1970 e il Decreto del Presidente della Repubblica del 23 gennaio 1975, n.447, pieno, nella sua stringatezza, di buon senso pratico.

Tralascio l'articolo 1 sull'obbligatorietà della vaccinazione antitubercolare (importantissimo anche quello), per soffermarmi sull'articolo 2, che riguarda proprio il suo caso: in questo viene ricordato che va considerata come positiva la reazione alla tubercolina "caratterizzata da indurimento dermico di diametro superiore a 5 mm".

Per questa e per altre considerazioni, la bambina di 12 anni di cui lei parla ha una intradermoreazione alla tubercolina positiva.

Come definire nell'ambito dell'infezione tubercolare la sua piccola paziente? Come infezione tubercolare latente; sotto questa definizione sono compresi quei soggetti con intradermoreazione alla tubercolosi positiva, pur in assenza di segni clinici di malattia e con radiografia del torace normale o con "presenza di granulomi o calcificazioni polmonari o linfonodali".

In questa definizione viene correttamente distinta la malattia tubercolare dall'infezione tubercolare, che ovviamente deve essere "la-



tente". Considerare come "non positiva" un'intradermoreazione alla tubercolina perché il suo diametro è solo di 10 mm., mi sembrerebbe un errore in un soggetto che presenta anche delle calcificazioni alla base del polmone, anche se, va riconosciuto, esistono altre situazioni patologiche che possono avere come esito una calcificazione polmonare; esistono è vero, ma sono rare o molto rare polmonite da varicella nella quale le calcificazioni sono diffuse e poche altre.

PAIDOS INFORMA



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

14 Settembre:
Antibiotico terapia

5 Ottobre:
Note di reumatologia pediatrica

30 Novembre:
La pediatria che cambia
Applicazioni pratiche delle nuove conoscenze scientifiche in area pediatrica

Sede dei corsi formativi:
Aula Conferenze P.O. Acireale

Va tenuto inoltre conto anche dell'età della bambina: 12 anni. Un'età in cui, specialmente nel sesso femminile è facile una reviviscenza dell'infezione tbc, che può trapassare in malattia: l'infiltrato sottoclaveare di Redeker è proprio appannaggio di soggetti di questo tipo."

- Ora, stabilito che siamo di fronte a una ragazzina con infezione tubercolare latente, cosa fare? Trattarla o non trattarla?

"La bambina va trattata! L'efficacia della terapia in queste condizioni si avvicina al 100%, se essa viene eseguita correttamente. La cura si basa sull'**isoniazide da sola**, nel caso non si sospetti una resistenza al trattamento e in questo caso non sappiamo l'origine dell'infezione, né possiamo disporre di un micobatterio per saggiarla."

L'isoniazide in questi soggetti è insieme terapeutica e preventiva: rispondo con questa affermazione alla sua domanda. Il trattamento veniva continuato per 12 mesi, ma ora è stato visto che si ottengono buoni risultati anche con **9 mesi di cura**, se non si associno condizioni d'immunosoppressione. La dose è la solita: 10 mg/kg di peso corporeo, con una dose massima di 300 mg.

Non controllerei radiograficamente il quadro polmonare durante o alla fine della cura, proprio per il tipo di lesione che lo caratterizza. Rimane ora da parlare dell'indicazione all'intradermoreazione alla tubercolina in soggetti precedentemente vaccinati con il BCG, e del suo significato in caso di positività. Penso convenga trattare anche questo punto, di così frequente rilievo nei figli di soggetti immigrati, partendo da una domanda fatta a Forum da un pediatra di famiglia, insieme alla risposta che ho avuto occasione di dare.

- A una bambina di 6 anni, vaccinata contro la TBC nel suo paese di origine,

Venezuela, alla nascita è stato praticato il tine test che è risultato positivo.

A scuola il medico scolastico ha richiesto una mia certificazione della avvenuta vaccinazione che, peraltro, risultava dalla documentazione. Passa una settimana e mi telefona il medico scolastico segnalando che un altro bambino nella stessa classe è risultato positivo ed è, giustamente, in chemioprophilassi (Rx torace ed esami negativi, intradermo positiva) e mi suggerisce di far fare una intradermo ed una consulenza infettivologica

"Penso che praticare un'intradermoreazione alla tubercolina nel bambino di cui lei parla sia corretto, proprio perchè nello stesso ambiente è stato ritrovato un caso positivo e potrebbe esistere una fonte comune. Essendo passati 6 anni dalla vaccinazione, potrebbe anche darsi che l'intradermo risulti negativa. In linea di massima, se la reazione alla tubercolina risultasse positiva in un soggetto asintomatico, che ha ricevuto nel passato la vaccinazione con BCG, è necessario porre una particolare attenzione:

a) **Se l'intradermo ha un diametro di 5 mm o inferiore** potremmo pensare alla passata vaccinazione con BCG (il bambino presenta una piccola cicatrice nelle sede d'inoculazione?)

b) Tuttavia **una reazione intradermo che misuri 10 mm o più** in un individuo che sia stato vaccinato con BCG da più di 3 anni, presuntivamente indica in generale un'infezione da *M. tuberculosis* e richiede un completamento delle analisi (Rx torace in primo luogo)

c) Se l'intradermo è fra 5 e 10 mm di diametro, la valutazione è ancora più difficile e richiede una maggiore attenzione da parte del pediatra. Le decisioni vanno prese caso per caso ed è impossibile stabilire delle regole.

Tuttavia un esame accurato dell'ambiente

La terapia della **displasia evolutiva** dell'anca (DEA)

di SALVO BONFORTE

Secundo i più recenti orientamenti della letteratura sulla DEA, la terapia è necessaria non soltanto per i pazienti che hanno una lussazione franca, ma anche per quelli con anomalie anatomiche in grado di alterare la normale biomeccanica dell'anca. E' indicato un programma terapeutico della DEA quando sono presenti i seguenti criteri:

- *Esame clinico indicativo della presenza di un'anca lussata (scatto di entrata o di un blocco articolare) o lussabile (scatto di uscita);*

- *Radiografia del bacino che documenta l'esistenza di lussazione, sublussazione o anomalie acetabolari;*

- *Ecografia dell'anca che documenta l'esistenza di alterazione anatomo-ecografiche di tipo 4, 3, D, C.*

Ai pazienti con anche di tipo 2A-, 2B viene prescritto un divaricatore solo se l'esame clinico è positivo, se la radiografia conferma la presenza della displasia o se il valore dell'angolo alfa è prossimo ai 50° e l'anca appare instabile alla prova da stress. I bambini con anche 2A-, 2B che non vengono messi in terapia ricevono sempre le indicazioni posturali per favorire la flessione-abduzione delle cosce e ripetono l'ecografia delle anche dopo 30-40 giorni. I bambini con anche di tipo 2A+ non vengono mai messi in terapia col divaricatore, ma ricevono solo indicazioni posturali; anche a questi pazienti si consiglia di ripetere l'ecografia dopo 30-40 giorni.

Le norme posturali per favorire l'abduzione delle anche prevedono:

1. *trasportare il bambino nel marsupio;*
2. *tenere il bambino in braccio a cavalcioni del proprio fianco;*
3. *far giocare il bambino sul tappeto mantenendolo in posizione prona;*
4. *durante il riposo a letto evitare di metterlo sui fianchi.*

Affinché le articolazioni si sviluppino regolarmente è necessario che i capi articolari siano fra loro a contatto in modo corretto e continuo. Ne consegue quindi che la terapia razionale della DEA si basa sui due seguenti punti:

a) *riduzione della testa femorale nel fondo del cotile;*

b) *mantenimento della testa nella sua sede naturale per il tempo necessario a consentire il ripristino delle normali configurazioni dei due capi articolari.*

La flessione-abduzione delle cosce sul bacino favorisce la centratura della testa femorale nel cotile mentre, al contrario, l'estensione e l'adduzione della coscia sul bacino favoriscono la dislocazione dell'epifisi dal fondo dell'acetabolo.

E' invalsa l'abitudine, da parte di molti, di prescrivere il cosiddetto "doppio pannolino" (2 pannolini a perdere, indossati uno sull'altro): è necessario sottolineare che tale pratica non permette di raggiungere un grado di flessione-abduzione sufficiente per un'efficace risoluzione della displasia; anzi molto spesso viene prescritto quando non si è sicuri della diagnosi e quindi della terapia da eseguire; esso risulta così solo una perdita di tempo prezioso, mentre la tempestività è essenziale per il buon esito dell'intervento terapeutico.

E' portante sottolineare che le complicanze della terapia della DEA (necrosi avascolare del nucleo di ossificazione della testa del femore) sono più frequenti nei pazienti che hanno cominciato ad indossare il divaricatore dopo il 4°-5° mese di vita.

Presso il "centro della lussazione congenita dell'anca - Marino Ortolani" di Ferrara non si ricorre mai a questo tipo di prescrizione, così come vengono evitati cuscini divaricatori troppo stretti (divaricatori a sella) che in alcuni pazienti con anche instabili potrebbero addirittura risultare dannosi; infatti possono favorire la rilussazione della testa femorale con un meccanismo a leva se il paziente riesce ad estendere l'arto. I presidi utilizzati per la terapia incruenta della DEA hanno la funzione di mantenere le cosce del bambino in flessione-abduzione in modo da assicurare la centratura e il mantenimento della testa femorale nel fondo del cotile; a questo proposito il cuscino divaricatore in neoprene modello "Ferrara" rispetta sicuramente questi principi e si è dimostrato efficace nella terapia della DEA nei primi 3-4 mesi di vita.

Viene applicato, ben aderente alla zona perineale, un rettangolo di neoprene inserito all'interno di una foderina di tessuto di larghezza pari alla distanza fra i cavi poplitei del bambino, mantenuto con le cosce flesse e addotte.

In linea generale il presidio divaricatore dovrà essere indossato dal bambino fino a quando i rapporti e la morfologia dei capi articolari dell'anca non si saranno completamente



Le infezioni acute con coinvolgimento del laringe e della trachea si sono manifestate con frequenza esasperante nel corso dell'ultima parte della stagione invernale e durante buona

Una patologia molto frequente nel corso dell'inverno e dell'ultima primavera

parte della primavera ed hanno rappresentato una delle cause più frequenti di richieste di visite pediatriche nella nostra Regione. Le infezioni assumono importanza particolare nei lattanti e nei bambini piccoli; infatti in questi si determina un ulteriore restringimento delle già ridotte dimensioni delle vie aeree e spesso concomita un interessamento di tutte le vie aeree. La concomitanza con il wheezing sembra aumentare il rischio di successive ostruzioni ricorrenti delle vie aeree inferiori.

Il termine equivalente ed evidentemente onomatopeico di "croup" indica una condizione clinica caratterizzata da voce rauca, tosse abbaiante e stridore inspiratorio di varia entità. Esso viene ormai utilizzato come sinonimo di laringite ipoglottica o laringotracheo-bronchite; risulta invece ormai inadeguato il termine di pseudocroup poiché ormai è virtualmente scomparsa la difterite. Il croup è espressione di un'infezione acuta virale della porzione sottoglottica del laringe, della trachea e dei grossi bronchi. Gli agenti patogeni più frequenti sono i virus parainfluenzali 1, 2 e 3; meno frequenti sono: i rinovirus, gli adenovirus, nonché il virus respiratorio sinciziale che assume una importanza particolare nelle forme nelle quali concomita il wheezing. Risultano particolarmente predisposti i maschi di età compresa tra i sei mesi ed i tre anni. L'edema infiammatorio causa stridore prevalentemente inspiratorio e retrazione della parete toracica che sono correlati con l'entità dell'ostruzione delle vie aeree.

Con i termini di **croup spastico** o di laringite spastica viene indicata una condizione nosologicamente non ben definita. Il quadro clinico è sovrapponibile a quello del croup virale però sono assenti i segni prodromici, l'esordio è caratteristicamente notturno e vi è tendenza alle recidive.

Il croup spastico può presentarsi anche in bambini in età scolare, i quali spesso hanno una anamnesi personale e familiare di atopìa e tendono a sviluppare asma nelle età successive. Ben diversa è la condizione anatomo-clinica denominata **epiglottite** dovuta ad un'infiammazione acuta delle strutture sopra-

glottiche.

L'agente eziologico più importante è l'*Haemophilus influenzae*, anche se le vaccinazioni di massa stanno rendendo sempre più rare le infezioni da

esso provocate. Altri agenti sono: lo *Stafilococcus aureus* e lo *Streptococcus beta-emolitico* di gruppo A. L'esordio è brusco con faringodinia ed iperpiressia. La progressione dei sintomi è rapida: in poche ore insorge difficoltà alla deglutizione, disfonia con voce impastata (hot potato's voice), dispnea progressiva con stridore e retrazione toraciche. La tosse è poco frequente, l'aspetto è sofferente, la compromissione delle condizioni generali è grave e rapidamente ingravescente. Può insorgere arresto respiratorio. Il pediatra deve subito ordinare il ricovero in ospedale se viene consultato telefonicamente. Se invece visita direttamente l'ammalato dovrebbe accompagnare personalmente il bambino in ospedale, preferibilmente in autoambulanza attrezzata

chiamata in emergenza mediante il 118.

Sono spesso necessarie manovre

Le laringo tracheiti

di ANGELO MILAZZO

Terapia del croup

La terapia antibiotica precoce ed ad ampio spettro si impone nella epiglottite, ma solitamente non nel croup. Bisogna valutare la possibilità del ricovero in ospedale soprattutto nelle seguenti condizioni: bambini nei primi mesi di vita, pazienti con gravi allergie, situazioni con genitori poco affidabili. E' necessario in ogni caso far sì che l'ansia delle famiglie non si trasformi in panico vero e proprio.

L'uso del vapore è un provvedimento terapeutico che nasce da consuetudini millenarie. L'unico potenziale rischio è rappresentato dal broncospasmo in soggetti con iperreattività delle vie aeree.

L'adrenalina da oltre 30 anni viene utilizzata con successo per nebulizzazione nel trattamento del croup. In Italia è reperibile solo la forma levogira. Ha una scadenza breve (6 mesi); si è dimostrata non indispensabile la sua conservazione in frigo.

I corticosteroidi, sia per via sistemica sia per via inalatoria, si sono dimostrati estremamente efficaci nel trattamento del croup. Lo steroide maggiormente studiato per via orale è il betametasona; quello per via inalatoria è la budesonide.

Un banale "mal di pancia" può nascondere gravi insidie o turbe relazionali con i genitori, i compagni, i docenti o una gran voglia di...marinare la scuola.

L'ADDOME ANTIPATICO

di SALVATORE PIPPO SPITALERI

Se l'addome, si dice, è la tomba del Chirurgo ancor di più può esserlo per il Pediatra.

Quanto spesso chiediamo alla mamma: signora il bambino ha mandato aria? Ed alla risposta affermativa un sospiro di sollievo ci viene spontaneo.

E sì, perché non sempre le patologie addominali sono così chiare da palesare i

In definitiva le possibilità di trattamento non chirurgico sono: antispastici, vermicida, psicoterapia e diete di esclusione dell'alimento cioè una terapia dei contrari-unica qualunque sia la costituzione, la psiche, le caratteristiche relazioni ed emozionali del soggetto.

PATOLOGIE PIU' FREQUENTI

DIAGNOSI	TRATT. MEDICO	TRATT. CHIRURGICO
RGE	CISAPRIDE- ISPISENTE	SI
ADDOME ACUTO		SI
INT. ALIMENTARE	ESCLUSIONE DELL'ALIMENTO	
PARASSITOSI	VERMICIDA	
COLON IRRITABILE	TRIMEBURTINA	
DOLORE ADD. RICOR.	PSICOTERAPIA	
DOLORE PERIODICO	PSICOTERAPIA	

sintomi delle emergenze chirurgiche.

Ma non è sempre detto che il nostro sia un vero errore: la patologia addominale è così mutevole e rapidamente ingravescente che bastano poche ore, perché il quadro si aggravi e diventi drammatico (vedi rottura di milza).

Quanto spesso ci capita di arrossire e

Se l'addome chirurgico non lascia dubbi di trattamento terapeutico, molte difficoltà insorgono per le patologie intestinali cosiddette psicosomatiche: colon irritabile, dolore addominale ricorrente, dolore periodico, dove unica soluzione è la trimeburina o l'invio al Neuropsichiatria Infantile perché prenda in cura il bambino.

Allora che fare? Alternativa può essere la medicina omeopatica, ma il paziente va studiato in modo diverso:

VALUTAZIONE IN OMEOPATIA

OLTRE AL DOLORE IN SE' (AI SINTOMI FISICI) SI VALUTA:

- LA COSTITUZIONE FISICA DEL SOGGETTO: GRASSO MAGRO - SNELLO ALTO
- LA COSTITUZIONE PSICHICA DEL SOGGETTO: ALLEGRO GIOIOSO - INTROVERSO
- LA MODALITA' DI ESPRESSIONE DEL SINTOMO

A CHE ORA SI MANIFESTA (ORA ESATTA)
 PEGGIORAMENTI (CALDO FREDDO)
 MIGLIORAMENTI (" ")

- PAURE DEL SOGGETTO: ANIMALI LUOGHI ALTI STRETTI -MORTE
- DESIDERI E AVVERSIONI ALIMENTARI
- DESIDERI CON AGGRAVAMENTO

Valutazione olistica: fisica, psichica, mentale, emozionale, quindi su tutti i sintomi del soggetto e non solo su quelli dell'apparato in questione

Voglio riportare adesso degli schemi di:

INDIVIDUALIZZAZIONE TERAPEUTICA IN OMEOPATIA

PHOSPHORUS: timido, pauroso presenta un rapporto simbiotico con la madre, coliche addominali da angoscia di separazione.
LYCOPODIUM: bambino magro, molto maturo, con aspetto a volte vecchieggiante (più grande della sua età). Bimbo molto ordinato con segni nascosti di: insicurezza-acetonemia ricorrente, autoritario con i bimbi - riverente con gli adulti
CALCAREA: CARBONICA - bambino lento, grassottello dalla mu-

scolatura molle. molto pauroso. Sudorazione abbondante alla testa e lenta calcificazione, chiusura tardiva delle fontanelle
SULPHUR: Bambino vivace, intelligente aperto e socievole. Bimbo tocca tutto. Si sporca con estrema facilità, ama i dolci e va incontro a allergosi
ARSENICUM ALBUM: Bambino agitato, con ipocondria. Teme la morte propria e dei suoi cari. Spesso asmatico con fatti dermatitici e peggioramento dei

sintomi.
PULSATILLA: Bambina bionda, delicata, piange facilmente e ha continuo bisogno di "coccole", la consolazione della Mamma migliora immediatamente i sintomi.
COLOCYNTHIS: dolore addominale che migliora piegandosi in avanti; dolore a colica che migliora piegandosi in due e premendo la parte. Spesso coliche dopo rimproveri, mortificazioni, contraddizioni.

La medicina è una sola quella che guarisce il soggetto, il medico può usare indifferentemente l'Allopatia o l'Omeopatia: condizione necessaria è che conosca entrambe. Recentemente la FNOMCEO ha approvato le seguenti Medicine Alternative: Omeopatia, Osteopatia, Agopuntura, Ayurvedica.. Condizione indispensabile la Laurea in

Medicina e chirurgia e l'iscrizione in un particolare elenco presso l'ordine dei medici e ciò per tutelare meglio i pazienti. Due inchieste, nel corso del 2001, riferite alle Medicine non Convenzionali, condotte una dall'Istat (16%) e l'altra dal Censis(20%) dimostrano una "domanda" di prestazione molto elevata.

www.emergency.it di GIUSEPPE MAZZOLA

Associazione fondata dal chirurgo italiano Gino Strada, che mantiene operativi 7 ospedali in Afghanistan, Iraq, Cambogia, Ruanda e Sierra Leone e 25 posti di pronto soccorso.

Sul sito e' aperto uno spazio informativo sul quale sono pubblicate con regolarità immagini e notizie di quanto avviene in quei luoghi.

Accanto agli appelli legati all'emergenza il sito rappresenta una delle poche testimonianze veramente indipendenti del lavoro svolto dai Volontari coordinati da Strada. E' possibile sostenere l'associazione mediante donazioni detraibili fiscalmente, da effettuarsi anche on-line con carta di credito o collaborare come volontario medico o paramedico presso le strutture già operanti nel mondo.

A proposito di...

OMEOPATIA E RICERCA

di ANGELO FAZIO

L'occasione di questo mio intervento nasce dal convegno su "Omeopatia e ricerca scientifica" che si è tenuto il 6/04/2002, presso il Policlinico di Catania, presenti i maggiori esponenti del mondo accademico della nostra Università.

Brillante è stata soprattutto la relazione del prof.Perciavalle, il quale ha ribadito che una terapia risulta efficace se dimostra sul campo che milioni di persone ne traggono beneficio e guariscono, la scienza ha il compito poi di dimostrarne il meccanismo d'azione, e non viceversa!

Se centinaia di milioni di persone, solo in Europa, si curano con l'Omeopatia, pagando di tasca propria il medico e le cure relative, qualcosa deve pur esserci in questa terapia.

Hahnemann, il medico tedesco che nel 1800 scoprì questa nuova terapia, intuì che nell'organismo umano vi era una forza vitale, che Ippocrate chiamava VIS MEDICATRIX NATURAE, in grado di opporsi ad ogni noxa al fine di ristabilire la condizione di salute originaria. Ogni intervento terapeutico ideale deve essere in grado di curare in modo CITO,

TUTO et JUCUNDO (rapido, permanente e dolce). L'alterazione di questa forza vitale si rende evidente al medico attraverso i segni e i sintomi del paziente, che non devono essere soppressi, ma utilizzati in quanto guida per indicarci quale rimedio omeopatico il paziente ha bisogno.

Quindi il farmaco omeopatico non ha una azione molecolare massiva, ma piuttosto è in grado di trasferire all'organismo una informazione specifica che gli permette di riequilibrare il suo stato di salute.

Inoltre è stato osservato che i migliori risultati di questa terapia si hanno quando i disturbi sono funzionali, questo spiega la grande efficacia nei bambini e l'importanza di rivolgersi a tale metodica quanto più precocemente possibile. Ritengo che nulla sia meno scientifico di chi a priori assume un atteggiamento di rifiuto/o accettazione per fede dell'Omeopatia.

Per concludere cito la stessa frase che Hahnemann ha posto alla prefazione dell'Organon. PRIMUM non nocere- Quando ci si occupa di un'arte, il cui scopo è salvare una vita, rifiutarsi di apprendere è un delitto.



Il riconoscimento del bambino in condizioni critiche è uno degli aspetti più difficili della pediatria, sia per il coinvolgimento emotivo che per le peculiarità cliniche dell'età pediatrica. L'opportunità di poter chiarire alcuni aspetti di questa problematica con Pasquale Di Pietro, responsabile del Dipartimento di Emergenza dell'ospedale "G. Gaslini" di Genova, può certamente contribuire alla nostra crescita professionale e aiutarci ad affrontare al meglio le emergenze che spesso siamo chiamati a risolvere.

Gulino. - Prof. Di Pietro quali sono, secondo la sua esperienza, le emergenze pediatriche di più comune riscontro nell'ambulatorio del pediatra ?

Di Pietro. "E' noto che la maggior parte delle emergenze si verificano al di fuori delle strutture ospedaliere. Ed è per questo necessario che venga sempre curato anche il settore territoriale. L'ambulatorio pediatrico deve essere organizzato in modo da rientrare nella categoria delle strutture protette. Fortunatamente gli eventi relativi alla urgenza sono limitati in età pediatrica; ma risultano sempre possibili. Nell'ambulatorio di un pediatra si possono verificare due possibilità.

A) Eventi urgenti, che si possono manifestare nel corso delle proprie prestazioni professionali. Ad esempio, reazioni allergiche nel corso di vaccinazioni o di pratiche di desensibilizzazione o in occasione di terapie parenterali ambulatoriali. Questa ultima possibilità sarà sempre più praticata per la disponibilità e l'impegno dei pediatri di famiglia a favorire la deospedalizzazione su malati cronici.

B) Eventi urgenti che si possono determinare, seppure eccezionalmente, quando i

genitori portano nell'ambulatorio del pediatra bambini con patologia critica, pensando di ottenere in quella sede prestazioni di primo intervento o di primo soccorso.

Ecco perché è difficile ipotizzare a priori le patologie più frequenti; è più realistico coinvolgere i pediatri di famiglia in percorsi formativi comuni a quelli necessari per i pediatri ospedalieri nei seguenti settori: insufficienza respiratoria, insufficienza neurologica (in particolare convulsioni e suo stato post-critico). Tra l'altro questi corsi potrebbero servire per lavorare insieme per costruire linee guida ospedale-territorio sui criteri sia di ricovero ospedaliero che di possibile dimissione precoce da parte dell'ospedale. Infine il pediatra deve aver nozioni essenziali sulla traumatologia e sul primo intervento in caso di ustioni.

E' poi possibile che il pediatra di famiglia mentre è nel suo ambulatorio possa essere contattato per urgenze tossicologiche (molte delle quali solo sospette).

Nella stragrande maggioranza dei casi il pediatra sulla base di protocolli concordati con i medici del PS potrebbe riuscire a gestire molte situazioni senza ricovero."

- Il nostro giornale è rivolto prevalentemente al pediatra di famiglia, ovvero ad un operatore sanitario costretto a svolgere il suo lavoro in solitudine, spesso lontano da presidi ospedalieri, come affrontare queste emergenze?

"Il pediatra di famiglia ha oggi la possibilità di svolgere il suo lavoro usufruendo di ampie collaborazioni. Innanzitutto può attraverso l'istituto dell'associazionismo operare al meglio garantendo una sufficiente continuità assistenziale.

Oggi inoltre può e deve contare sulla disponibilità dei pediatri ospedalieri, che non avranno futuro se non integreranno le loro prestazioni professionali con quelle dei pediatri del territorio. Il sistema informatico e la telemedicina renderanno sempre più centrale il ruolo del pediatra di famiglia nella gestione delle diagnosi e delle terapie."

- Le tecniche di rianimazione ed in particolare il Pediatric Basic Life Support è, a suo parere, un'opportunità o il supporto più importante in queste situazioni?

"Il PBLS oramai rappresenta una realtà nella cultura. Disponiamo di istruttori preparati

alla formazione in questo settore; dobbiamo però ipotizzare un maggiore impegno. Le tecniche di PBLS hanno dato maggiore sicurezza e competenza ai pediatri di famiglia.

Il prossimo passo dovrà prevedere la diffusione di questo metodo tra il personale laico. E' stata ad esempio positiva la esperienza di alcuni pediatri genovesi che hanno insegnato il PBLS alle madri. Un nostro collega ha avuto la soddisfazione di vedere premiati i suoi sforzi di insegnamento avendo una madre salvato la vita del suo piccolo sulla base delle esercitazioni fatte. Sarà necessario poi per il futuro pensare a SEMINARI MONOTEMATICI IN URGENZA in cui sviluppare sia la parte teorica che pratica, partendo proprio dalle patologie, che in urgenza necessitano un comune approfondimento tra parte ospedaliera e territoriale."

- Una delle maggiori difficoltà che si affrontano nelle patologie pediatriche è la rapida evoluzione in situazioni cliniche drammatiche. Quali sono i "segnali di allarme" che ciascuno di noi deve saper cogliere tempestivamente?

"Non è facile rispondere a questa domanda. Sicuramente il pediatra deve in urgenza monitorare i parametri vitali. Vi sono poi situazioni, che debbono essere affrontate con prudenza.

La febbre nel lattante è una condizione di rischio, che non deve essere mai sottovalutata. Quanto segnalato dalla madre, anche se non presente al momento della visita va preso sempre in considerazione. Il pediatra di oggi a livello ambulatoriale può operare con maggiore sicurezza se gli sono offerte adeguate risorse; talvolta, può risultare risolutivo decidere un ricovero ospedaliero, un semplice esame delle urine o una valutazione con un saturimetro portatile. In Italia manca una programmazione.

I DEA pediatrici ad esempio in Italia sono numerosi. Ma sono nella stragrande maggioranza dei casi situati nel Nord e nel Centro d'Italia. Probabilmente andrebbero razionalizzate le strutture e dovrebbe essere data nella fase realizzativa la priorità alla organizzazione della pediatria di urgenza. Tra l'altro sarebbe un investimento perché lì dove è stata organizzata si è avuto un risparmio legato alla sensibile riduzione dei ricoveri."



Un pediatra al cinema

di ANTONINO GULINO

Il festival di Cannes spesso riserva delle piacevoli sorprese dal punto di vista cinematografico, segnalando delle opere di autori poco noti, ma certamente meritevoli della nostra attenzione.

Il vincitore della sezione "Settimana della critica" di quest'anno è **Respiro**, di Emanuele Crialese, giovane regista siciliano emergente.

La storia, interamente ambientata a Lampedusa in un villaggio di pescatori, ha come protagonista Grazia, una donna inquieta ed infelice, che cerca disperatamente di ribellarsi ad una società gretta ed ipocrita. Grazia ama il marito, adora i propri figli, ma tutto ciò non riesce a soffocare il suo anelito di libertà, il suo desiderio di una vita diversa.

La sua voglia di vivere non viene compresa, la sua "diversità" diventa per tutti pazzia. Il suo mondo, la sua stessa famiglia la condannano senza pietà ad un'emarginazione dolorosa ma necessaria, perché il suo comportamento stravolge ogni regola. Soltanto Boccanera, il figlio tredicenne di Grazia, comprende la madre e le offre non solo il suo amore, ma anche una via d'uscita, una fuga che rischia di diventare tragica ma che riesce a scuotere la collettività ed a far accettare la donna, per quello che è, senza alcun compromesso.

Il regista riesce a costruire una storia originale, unendo sapientemente realismo e fantasia, la quotidianità e il mistero incombente di una natura incontaminata e selvaggia, il linguaggio, i gesti degli abitanti di Lampedusa e la recitazione sofferta, intensa dell'unica attrice professionista, Valeria Golino.

La protagonista del film è una madre come spesso ne incontriamo nei nostri ambulatori di pediatri, donne giovani, piene di amore ed attenzione per i loro figli, ma piene di dubbi, di incertezze, prigioniere di un ruolo che non sentono. La fatica quotidiana di accudire un bambino, le notti insonni, le rinunce, stravolgono la vita e spesso trasformano la maternità in un fardello doloroso ed opprimente, che trova rifugio nella "malattia", la "depressione post-partum", una diagnosi abusata che serve a mascherare quel sottile "male di vivere" che si cela dentro di noi.

Le nostre mamme vorrebbero spesso ribellarsi, ma non sempre ne hanno la forza, quasi mai trovano l'aiuto che Grazia ha trovato nel figlio, è forse nostro compito, magari non stabilito dal nostro contratto di convenzione, aiutarle non solo a crescere i loro figli ma a far loro scoprire quel patrimonio interiore che un mondo sempre più globalizzato tende a trascurare.

UNA FAME DA LUPO

di GIUSY GERMENIA

Un libro per...

i piccoli:

il lupo, è vero, ha regolarmente fame, come tutti, e da ingordo quale è, trova pace ingoiando per intero le diverse prede che incontra sulla sua strada.

Ma nella sua pancia i rumori non si placano e i tentativi maldestri di dare pace ai "brontolii" della fame, porteranno invece il lupo a rimanere affamato e miseramente ululante alla luna.

... e i grandi:

un gradevolissimo albo illustrato edito dalla Bohem Press Italia, da gustare con i bambini per una lettura semplice e piacevole.

Componete la storia una serie di immagini dai colori accesi, con l'inserimento di tavole che si aprono così da allargare i confini della "solita" pagina, per poter guardare al di là dello spazio consentito.

Le variazioni cromatiche, di grande effetto, danno al lettore la scansione del tempo e sempre le immagini, con semplici ma indovinati tocchi, ci informano della condizione psicologica dei vari personaggi.

Un'occasione per leggere con i bambini parole e colori, suoni e figure, in una complice relazione adulto-bambino per un bivalente, garantito divertimento.

Una fame da lupo

Scritto e illustrato da Lucia Scuderi
Ediz. Bohem Press Italia



la posta di Albertino

di DANIELA GINEX



Caro dottore, la maestra, che come tu sai è molto

attenta al mondo dell'informazione, ci ha dato l'incarico di guardare attentamente il telegiornale per un paio di settimane e quindi preparare il giornalino scolastico. Ecco quello che ho fatto io. Apertura. Due giugno, festa della Repubblica: all'avvio le celebrazioni ai Fori Imperiali per i mondiali di calcio.

Il presidente Ciampi esalta l'unità della patria e loda il pallone come fattore di "coesione nazionale". L'Italia ricorda quando ha vinto i mondiali, il 2 giugno del 1982. Per l'occasione gli azzurri canteranno l'inno di Mameli, composto dall'omonimo attaccante durante i mondiali del 1847. Ciampi rende omaggio al milite ignoto (recentemente identificato con un certo Roberto Baggio). Per consentire agli italiani di seguire le partite, in molte aziende sono stati installati dei megaschermi e sarà possibile interrompere il lavoro, a condizione però di tifare gridando "forza Italia" e mai con "segnate azzurri". Deserti uffici, fabbriche, persino le carceri, dove alcuni presunti capi della cupola mafiosa sono stati messi in libertà per seguire l'incontro. Politica estera. Svoltata epocale, il nostro presidente ha operato un riavvicinamento storico fra USA e Russia.

Adesso non ci saranno più assurde discriminazioni fra bombardamenti missilistici e mine antiuomo; finalmente le mutilazioni saranno bipartisan. La guerra fredda è finita, e l'uso delle bombe geotermiche in Afghanistan ne è una prova. L'incontro a Pratica di Mare si è svolto in un simpatico e informale clima cameratesco; alla fine del pranzo ha avuto luogo una divertente gara di rutti vinta da Aznar. Il presidente Berlusconi nel suo discorso ha rievocato la storia italiana, da Ramses in poi, ricordando di avere personalmente fermato l'attacco a Cuba e abbattuto il muro di Berlino con un colpo di karate. Poi ha baciato Putin alla russa, promettendogli un bacio alla francese dopo l'ingresso nella UE. Dopo ha provato anche a dare dei baci a La Russa, che però non l'ha presa molto bene.

Dall'estero. Incendio a Buckingham Palace, tempestivamente domato dall'intervento del presidente della Regione Sicilia con ingenti quantitativi di acqua.

Politica interna. Il governo incontra i sindacati sul tema del lavoro. Soddisfazione del presidente; la stragrande maggioranza dei sindacati italiani (ben due su tre) approva la linea governativa. Il ministro Tremonti prevede la formazione di un milione e quattrocentomila nuovi posti di lavoro grazie alla riforma di un articolo secondario dello statuto dei lavoratori. Se non si dovessero formare, la circostanza sarà da attribuire senza ombra di dubbio all'irresponsabilità di Cofferati, che fa diminuire la produttività delle aziende con i suoi scioperi

senza senso (i lavoratori come sappiamo sono vittime di una campagna di disinformazione sui motivi dell'astensione dal lavoro). L'incontro si è svolto in un cameratesco clima simpaticamente informale, il presidente ha cantato le "osterie" accompagnandosi con la chitarra.

Cronaca interna. Alla Camera la legge sugli immigrati: stretta per i clandestini entrati nel nostro paese durante la precedente legislatura. La sicurezza del paese verrà garantita da un moderno ed efficace sistema di identificazione degli stranieri, che, a scelta, potranno farsi tatuare un numero sul polso o farsi inserire un microchip sotto la pelle. Ah, a proposito: allarme terrorismo internazionale.

Cronaca nera. Cogne cinque mesi dopo. La rivista Casatrendy ci suggerisce come ristrutturare gli ambienti della villetta (per il plastico, chiedere a Vespa). L'esperto Paolo Crepet ci spiega quali sono i materiali e i colori da privilegiare in caso di delitto, aggiungendo che per prevenire il disagio nelle famiglie è sempre opportuno parlare con i figli. Lo psichiatra Andreoli per la prima volta in esclusiva ci illustra la sua perizia sulla dottoressa amica di famiglia. Test: sotto te la mamma di Cogne è colpevole o innocente? Rispondi alle nostre domande e calcola il punteggio. Il giudice Fabrizio Gandini posa nudo nel paginone interno.

Cronaca. I fidanzatini di Novi Ligure, inchiesta: che cos'è l'amore? I consigli dell'esperto Paolo Crepet, che asserisce che per impedire l'inquietudine nei nuclei parentali è opportuno dialogare con i pargoli. Perizia psichiatrica di Andreoli sulla compagna del cuore di Erika. Perizia psichiatrica su Andreoli.

Bellezza e salute. La dieta idrica: come perdere quattro chili in una settimana. Ce lo spiega il presidente della Regione Sicilia Cuffaro, consigliato dal premier.

Bellezza e salute. I benefici dell'idromassaggio. Ce lo spiega il presidente Cuffaro.

Gli sprechi della precedente legislatura. Come risparmiare l'acqua dello shampoo: i consigli del ministro Bossi. Naturalmente il mio impegno non è stato capito e come al solito la maestra mi ha messo un voto inquietante: "comunista meno meno".

Ora io ti chiedo, visto che Putin non fa più impressione al presidente, pensi che questo

Reazioni avverse agli alimenti

DIAGNOSI ALTERNATIVE O INTEGRATIVE?

di FILIPPO DI FORTI

In un mondo dove la richiesta di salute è sempre più crescente e dove la stessa richiesta rasenta la voglia di immortalità, dove la unica certezza è la immortalità dell'anima a dispetto del corpo, dove la diffidenza nei confronti della immortalità dell'anima fa tanto affezionare alla idea dell'immortalità del corpo, ecco a mio modesto parere spiegato, il fiorire di tante medicine alternative.

Ultimamente si sta assistendo nel campo della diagnostica delle reazioni avverse ad alimenti ad un fiorire di tipo primaverile di numerose tecniche diagnostiche.

TEST CITOTOSSICO

Si basa sull'aggiunta in vitro di uno specifico allergene a sospensioni linfocitarie e sulla conseguenziale alterazione morfostutturale dei linfociti in caso di allergia alimentare.

Esiste una recente versione di nome ALCAT. Studi in doppio cieco hanno evidenziato la non riproducibilità del test medesimo, infatti stessi individui testati più volte danno diverse risposte.

TEST DI PROVOCAZIONE NEUTRALIZZAZIONE

Si basa sulla iniezione sottocute ogni 10 minuti di un allergene standardizzato, a dosi crescenti, fino alla comparsa di sintomi

lasciati alla libera interpretazione dell'esecutore. Una volta riscontrata la "positività" si prosegue con la somministrazione sottocute a bassi dosaggi dell'allergene incriminato nell'intento di neutralizzare la allergia sospettata (e forse anche la vita del paziente visto il rischio di anafilassi a cui si espone).

Negli anni 70 c'è stato un fiorire di pubblicazioni anche in riviste prestigiose come Annals of Allergy.

I limiti contestati sono la assenza di una standardizzazione del test, la presenza di sintomatologia aspecifica come testimonianza di "positività" del test, la assenza di controlli in negativo, ed i tempi di risposta

KINESIOLOGIA APPLICATA

di 10 minuti che appaiono arbitrari.

Essa si basa sul presupposto teorico che la allergia alimentare possa portare una inibizione delle trasmissioni neuromuscolari e una conseguenziale riduzione muscolare.

Il dria test utilizza questo principio e consiste nella somministrazione sublinguale di un allergene e la valutazione della forza muscolare, che se appare ridotta entro 4 minuti dalla apposizione sublinguale dell'estratto, rappresenta il segnale di positività del test.

Il DRIA test è proposto in Italia dalla Associazione di Ricerca delle Intolleranze Alimentari, ma il Prof. Terr AI, in un articolo apparso su Clin.Allergy Innunol. 2000, non ha dimostrato un interessamento dell'apparato muscolo-scheletrico in corso di reazioni allergiche.

Esistono varianti dei tests kinesiologici, che consistono nel contatto tra una bottiglia contenente un allergene e la mano o il torace del testando o il genitore che tiene in braccio il bambino e successivamente al genitore da solo.

In verità esistono studi che hanno correlato le risposte ai tests kinesiologici con alcuni parametri quali IgE specifiche, dosaggio di immunocomplessi per IgE ed IgG dimostrando concordanza nel 90%

C'è da dire che il parametro che concordava maggiormente era quello delle IgG, ma ormai è riconosciuto universalmente il non ruolo delle IgG nella diagnostica delle allergie, ma è anche vero che sulla materia si sente la necessità di ulteriori approfondimenti, la cui mancanza potrebbe essere "patognomica" dello scarso interesse degli studiosi del settore.

TEST DEL RIFLESSO CARDIACO AURICOLARE -PULSE TEST

Il primo si basa sul principio che un allergene posto ad un cm dal padiglione auricolare possa far variare la frequenza cardiaca, il secondo ha lo stesso principio, ma l'allergene viene o iniettato o ingerito o inalato.

Variazioni cardiache di 10 b/min sono segnale di positività.

A tutt'oggi non esistono studi scientifici che abbiano valutato il test.

TESTS EAV (VEGA TEST, SARM TEST, BIOSTRENG TEST)

Si basano essenzialmente sul principio mai dimostrato che una reazione allergica possa modificare il potenziale elettrico cutaneo.

In pratica si applica un potenziale elettrico alla cute di un paziente che ha in mano una fiala contenente un allergene, in seguito viene valutato il potenziale elettrico in zone cutanee che sono punti di repere dell'agopuntura.

Variazioni della conducibilità elettrica sono intesi come blocchi funzionali distrettuali e quindi segnale di malattia.

Sono tests ampiamente utilizzati, ma molti studiosi hanno dimostrato la incapacità di queste tecniche di identificare gli allergeni responsabili.

BIORISONANZA

Questa terapia si basa sull'utilizzo di una apparecchiatura che è considerata in grado di filtrare le onde elettromagnetiche emesse da un individuo e di rimandarle opportunamente modificate all'individuo stesso

per "demagnetizzarlo" e quindi guarirlo.

Dai pochi dati presenti in letteratura, si evince che non esiste alcun valore diagnostico e terapeutico della biorisonanza, anche se il presupposto teorico che lo supporta è suggestivo. Dati di laboratorio hanno evidenziato incremento in vitro della vitalità di cellule trattate con un sistema farmacoelettrodinamico.

HAIR ANALYSIS

Si basa sulla ricerca di metalli pesanti in eccesso sui capelli.

Diversi studi effettuati negli USA hanno evidenziato che questa ricerca può essere utile per il riscontro di una eventuale intossicazione, ma una patologia allergica non può essere correlata ad essa.

La patogenesi non ancora chiarita delle reazioni avverse agli alimenti, associata al legittimo dilagare della concezione naturalistica dello stile di vita, hanno certamente favorito il dilagare del "business" della diagnostica delle intolleranze ed allergie alimentari.

C'è da dire che un Position Paper pubblicato su Allergy nel 1999 ha bollato come inaffidabili i tests elencati. Personalmente non ho preclusioni sull'utilizzo di diagnostiche alternative, che chiamerei integrative, alla diagnostica convenzionale.

Questo enorme "calderone diagnostico" dovrebbe alla fine convergere ad imbuto in ciò che viene considerato il "gold standard" ovvero il DBPCFC (double-blind placebo-controlled food challenge).

Solo allora la alternativa potrà acquistare la "dignità" negata da una medicina basata sulla evidenza, a volte anch'essa prigioniera di preconcetti di medievale memoria.



IL TRATTAMENTO DEI MORSI DI ANIMALE

di ANTONIO RUSSO

PICCOLE EMERGENZE

profilassi antibiotica dipende dal non aver effettuato un'accurata e precoce detersione della ferita e dalla presenza di fattori di rischio.

I morsi di animale sono molto comuni ed i bambini ne sono più spesso le vittime; l'animale aggressore è spesso un cane, raramente un gatto. Per ovvie ragioni di statura, i morsi interessano frequentemente la testa, il collo e le mani dei bambini, cioè le sedi più a rischio di complicazioni. I cani di grossa taglia possono causare gravi ferite penetranti del cranio, del viso e delle articolazioni, fratture e lesioni tendinee.

In questa sede ci occuperemo solo delle lesioni minori a carattere contusivo o lacero contusivo di limitata estensione. In questi casi i problemi principali sono la prevenzione ed il trattamento delle infezioni. Il morso può infettarsi con i numerosi germi della bocca dell'animale e/o con quelli della cute della vittima. I fattori di rischio per infezione sono in tabella. I morsi di cane si infettano nel 20% dei casi, quelli di gatto nel 50%; la differenza dipende dal fatto che i morsi di cane causano spesso una lacerazione che può essere ripulita da materiale estraneo e germi, mentre il morso di gatto determina ferite profonde, puntiformi e non accessibili. Ne consegue che la procedura più importante per la prevenzione dell'infezione è l'immediata ed accurata detersione della ferita già sul luogo dell'incidente con abbondante acqua potabile e possibilmente sapone, avendo cura di eliminare l'eventuale materiale estraneo contaminante la ferita.

o acqua ossigenata per il rischio di danno tissutale. il lavaggio con acqua e sapone, è indicata l'irrigazione della ferita con almeno 200 ml di soluzione fisiologica o di polivinilpirrolidone diluito 1/10 con fisiologica, mediante una grossa siringa e un ago 19G. Asportare il tessuto non vitale e medicare sterilmente.

Nel caso di lesione a mano o piede è opportuno immobilizzare e porre in elevazione per ridurre l'edema. Non sottovalutare i morsi a carattere contusivo, specialmente a carico delle mani, e ricercare attentamente i segni clinici della frattura o della lesione tendinea.

In generale, la decisione di iniziare la

In pratica, una ferita lacera da morso di cane che sia stata ben medicata non necessita di profilassi antibiotica; al contrario, un morso di gatto va sempre trattato con antibiotico. Il morso di roditore è a basso rischio d'infezione. Se si decide di non trattare, la ferita va controllata frequentemente per notare la comparsa di segni d'infezione.

Nel caso si decida di prescrivere un antibiotico, bisogna considerare che l'inoculo è generalmente polimicrobico comprendente aerobi ed anaerobi. Tra i primi i più comuni sono *S. aureus* e *Pasteurella multocida*, tra i secondi *Bacteroides fragilis* e vari fusobatteri.

L'amoxicillina-ac. clavulanico per 7-10 giorni è l'antibiotico raccomandato per tutti i tipi di morso.

Alternative valide sono il trimetoprim-sulfametossazolo o il ceftriaxone. Indagare sullo stato dell'immunità antitetanica e, se necessario, prescrivere il richiamo.

Sebbene la rabbia sia scomparsa dal nostro Paese da parecchi decenni, la possibile provenienza del cane da aree geografiche dove essa è ancora presente o il suo temporaneo soggiorno in esse (ad es. per una battuta di caccia) impongono una rigorosa valutazione del rischio di rabbia in ogni caso di morso. Il cane (o gatto) va tenuto in osservazione per 10 giorni; trascorso questo periodo senza segni di malattia dell'animale alla visita veterinaria, nessuna profilassi antirabbica va effettuata.

Se l'animale aggressore è sconosciuto o, comunque, non controllabile ogni altra circostanza (provenienza, stato di vaccinazione, apparente stato di salute dell'animale; aggressione provocata o no) non permette di escludere che l'animale sia rabido. In questo caso va eseguita la profilassi antirabbica: immunoglobulina specifica antirabbica 20 UI/Kg (metà dose i.m. e metà infiltrata attorno alla ferita) e vaccinazione con il vaccino coltivato su cellule diploidi umane (ai giorni 0, 3, 7, 14 e 28). Nei bambini già vaccinati in passato l'Ig specifica va omessa e la vaccinazione consisterà delle sole dosi 0 e 3. La valutazione della necessità della profilassi antirabbica spetta al Servizio Veterinario d'Igiene Urbana (per l'AUSL 3 in piazza Gioieni 10 - Catania).

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO

IPOGLICEMIA

Orientati in base a: età, severità delle crisi, presenza di epatomegalia, occorrenza sporadica, rapporto coi pasti, presenza di segni suggestivi di malattia specifica.

Si programma un test da digiuno. Si raccolgono un campione di sangue e di urine in corso di crisi.

Insulinemia ↓

Chetonuria assente

Chetonuria ↑↑

Acido lattico normale

Iper-lattacidemia

Considerare un difetto di Beta ossidazione

-Ipo-glicemia chetotica
-Deficit ormoni controinsulari (in casi dubbi: Test al glucagone)

Considerare un difetto epatico e conferma con test al glucagone + organico aciduria

Iper-insulinismo

Insulinemia ↑ (>5 microU/ml)

Glicemia/Insulinemia <5
Chetonuria assente
NEFA ↓ (<1mmol/l)

Confortato da uno o più dei seguenti parametri durante il test:
NEFA > 1,5 mmol/l CARNITINEMIA < 40-44 nmol/ml
NEFA / 3-OH - butirrato > 10 ACIL CARNITINA > 0,3 microM

LA DIAGNOSI:

L'iperinsulinismo è la causa più frequente nel 1° anno di vita e non si accompagna mai a chetonuria, mentre l'ICS si ha nell'età dell'asilo ed è sempre chetonurica.

Nei difetti di betaossidazione degli ac. grassi non c'è chetosi, ma a differenza dell'iperinsulinismo si verifica dopo digiuno protratto.

Dopo l'anamnesi che ci può già orientare, conviene comunque fare un test da digiuno in regime di ricovero. Nel momento dell'episodio di ipoglicemia

che si verifica durante il test, fa re un prelievo ematico e do-dosare: insulina, glucosio, NEFA, ac.lattico, carnitina, acilcarnitina, 3 OH butirrato, cortisolo, GH; nelle urine dosare corpi chetonici, ac. organici ed aminoacidi ramificati.

Se l'insulinemia è >5 U.I./ml, la chetonuria è assente e se si vuole NEFA <1 mmol/l, siamo di fronte ad una **forma di iperinsulinismo**.

Se l'insulinemia è bassa, è presente chetonuria e c'è iperlattacidemia, ci si orien-

ta verso un **difetto enzimatico** da confermare con un test al glucagone, mentre se la lattacidemia è normale ci si orienta verso una **ICS o di un deficit di ormoni controinsulari GH e cortisolo** (in casi dubbi fare test al glucagone).

Ancora se l'insulinemia è bassa e manca la chetonuria, si prende in considerazione un **difetto della beta-ossidazione degli ac. grassi**, confortato da uno o più dei seguenti parametri: NEFA >1.5 mmol/l, carnitinemia <40-44 nmol/ml, acilcarnitinemia 0.3 mi-

La lotta contro la **Distrofia Muscolare** ha trovato un alleato in più?

di RAFFAELE FALSAPERLA

Le Distrofie Muscolari (DM) sono malattie geneticamente trasmesse, caratterizzate

da una degenerazione progressiva ed inesorabile del tessuto muscolo-scheletrico.

Rispetto a qualche anno addietro ormai conosciamo i meccanismi etiopatogenetici alla base della malattia, ma dal punto di vista terapeutico, purtroppo, ancora oggi, dobbiamo affermare che non è stata sviluppata alcuna terapia risolutiva.

Il meccanismo etiopatogenetico comune a tutte le forme di Distrofia Muscolare è determinato da una carenza strutturale di una delle componenti proteiche della membrana citoscheletrica che rende la fibrocellula muscolare molto più vulnerabile e di conseguenza con una sopravvivenza limitata rispetto ad una normale.

L'effetto finale di tale danno si manifesta con una decadenza progressiva delle performance motorie del piccolo paziente nel quale si osserva, con il trascorre-

re degli anni, l'impossibilità ad effettuare le più semplici attività motorie. Le forme più gravi di DM fanno perdere la deambulazione dai 9 agli 11 anni di vita.

Le DM possono esordire sia in età prescolare (verso i 5 anni di vita) che adolescenziale e possono presentarsi con una progressività repentina o con un decorso talmente lieve da passare quasi inosservato. La terapia attuale della DM si basa sulla riabilitazione motoria che cerca di sfruttare, attivamente o passivamente, la residua attività muscolare, ritardando le complicanze come le contratture articolari.

Da qualche anno inoltre, si è constatato come il cortisone (prednisone), sfruttando la propria attività anti infiammatoria, riesca a prolungare la perdita della deambulazione di circa 2 anni.

Recentemente nel laboratorio del Dr. Se-Jin Lee presso la Johns Hopkins University è stata scoperta una proteina, denominata GDF-8 o miostatina, che blocca la crescita delle fibrocellule muscolari. Riu-

scendo quindi ad inibire con particolari anticorpi la GDF-8 si è potuto sperimentare come la massa muscolare viene incrementata del 20-30%, in 4-12 settimane.

Tale terapia, denominata anti-GDF-8, sembra che ritardi di circa 5 anni la perdita della deambulazione soprattutto nelle forme più gravi di DM, permettendo un incremento della forza muscolare e di conseguenza della performance motoria del soggetto. Qualche mese fa ho avuto un interessante colloquio con un collega della ditta farmaceutica americana che sta prendendo in seria considerazione l'ipotesi di commercializzare il farmaco come terapia innovativa nella cura delle DM..

Attualmente ai genitori possiamo prospettare l'impiego del prednisone a bassi dosaggi, con controlli clinici-strumentali trimestrale e la terapia riabilitativa motoria.

Anche se la terapia risolutiva non è stata ancora trovata almeno rispetto il passato abbiamo qualche arma in più e tante speran-

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO

IPOGLICEMIA

Orientati in base a: età, severità delle crisi, presenza di epatomegalia, occorrenza sporadica, rapporto coi pasti, presenza di segni suggestivi di malattia specifica.

Si programma un test da digiuno. Si raccolgono un campione di sangue e di urine in corso di crisi.

Insulinemia ↓

Chetonuria assente

Chetonuria ↑↑

Acido lattico normale

Iper-lattacidemia

Considerare un difetto di Beta ossidazione

-Ipoplicemia chetotica
-Deficit ormoni controinsulari (in casi dubbi: Test al glucagone)

Considerare un difetto epatico e conferma con test al glucagone + organico aciduria

Insulinemia ↑ (>5 microU/ml)

Glicemia/Insulinemia <5
Chetonuria assente
NEFA ↓ (<1mm o/l)

Iper-insulinismo

Confortato da uno o più dei seguenti parametri durante il test:
NEFA > 1,5 mmol / l CARNITINEMIA < 40-44 nmol / ml
NEFA / 3-OH - butirato >10 ACIL CARNITINA > 0,3 microM

LA DIAGNOSI:

L'iperinsulinismo è la causa più frequente nel 1° anno di vita e non si accompagna mai a chetonuria, mentre l'ICS si ha nell'età dell'asilo ed è sempre chetonurica.

Nei difetti di betaossidazione degli ac. grassi non c'è chetosi, ma a differenza dell'iperinsulinismo si verifica dopo digiuno protratto.

Dopo l'anamnesi che ci può già orientare, conviene comunque fare un test da digiuno in regime di ricovero. Nel momento dell'episodio di ipoglicemia che si

verifica durante il test, fare un prelievo ematico e dosare: insulina, glucosio, NEFA, ac.lattico, carnitina, acilcarnitina, 3 OH butirato, cortisolo, GH; nelle urine dosare corpi chetonici, ac. organici ed aminoacidi ramificati.

Se l'insulinemia è >5 U.I./ml, la chetonuria è assente e se si vuole NEFA <1 mmol / l, siamo di fronte ad una **forma di iperinsulinismo**.

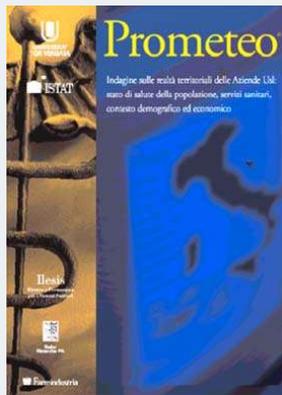
Se l'insulinemia è bassa, è presente chetonuria e c'è iperlattacidemia, ci si orienta verso un **difetto enzimatico**

da confermare con un test al glucagone, mentre se la lattacidemia è normale ci si orienta verso una **ICS o di un deficit di ormoni controinsulari GH e cortisolo** (in casi dubbi fare test al glucagone).

Ancora se l'insulinemia è bassa e manca la chetonuria, si prende in considerazione un **difetto della beta-ossidazione degli ac. grassi**, confortato da uno o più dei seguenti parametri: NEFA >1.5 mmol / l, carnitinemia <40-44 nmol/ml, acilcarnitinemia 0.3 microM.

I NUMERI DI "CASA NOSTRA"

I numeri qualche volta sono odiosi. E ,da troppo tempo siamo costretti a confrontarci con loro. L'indagine "Prometeo", recentemente pubblicata sullo stato della Sanità italiana, offre parecchi spunti di riflessione. Ho pensato che potesse essere utile a qualcuno mettere a disposizione i dati che riguardano la nostra Regione...almeno i più interessanti.



I dati si riferiscono al 1998 e forse...non è il caso di lamentarsi ...troppo!

La Sicilia evidenzia una quota di giovani con età inferiore ai 14 anni (18,4 per cento) superiore a quella registrata a livello nazionale (14,6 per cento); la provincia con una componente giovanile maggiore è Caltanissetta con il 19,6 per cento di popolazione con età inferiore ai 14 anni, mentre quella con una quota di anziani più bassa, rispetto alla media regionale (15,7 per cento), è Catania con il 14,5 per cento.

Il numero di bambini tra 0 e 4 anni per cento donne in età feconda è pari al 25,8 per cento rispetto al 21,8% a livello nazionale; Caltanissetta e Palermo risultano le Asl più feconde con rispettivamente il 27,9 e il 27,1 per cento; le restanti Aziende sanitarie locali presentano tutte valori superiori alla media nazionale.

La composizione del nucleo familiare evidenzia un numero medio di componenti di 2,8, tra i più alti del Paese e superiore al dato italiano di 2,6.

- Per i presidi ospedalieri delle Aziende Usl si registra un numero medio di letti per abitante pari a 1,3: tale valore è notevolmente inferiore al dato nazionale di 2,3 posti letto per 1.000 abitanti

- Il numero complessivo di dipendenti delle Aziende Usl sono 92,0 per 10.000 abitanti, dato che si colloca al di sotto del dato medio nazionale (108,9 per 10.000 abitanti). Quest'ultimo valore è superato solo dalla

RETE OSPEDALIERA

Asl di Ragusa con 117,8 per 10.000 abitanti; mentre il numero di dipendenti minimo è di 79,1 a Catania

- Il numero di medici dipendenti del SSN per abitante risulta superiore al valore medio nazionale (18,1 medici per 10.000 abitanti contro 17,2 a livello nazionale). La dotazione di medici nella regione varia tra un minimo di 15,8 medici per 10.000 abitanti nelle due Asl di Catania e Agrigento ad un massimo di 21,9 a Ragusa.

MEDICINA DI BASE

- In Sicilia gli abitanti adulti (residenti) per medico di base sono in media 1.041, valore allineato ai 1.035 che si registrano a livello nazionale.

Nella pediatria di base il valore medio regionale di 1.103 bambini per pediatra risulta inferiore a quello riscontrato mediamente in

Italia (1.202 bambini tra 0 e 14 anni per pediatra): il numero di bambini per pediatria varia, infatti, tra i 922 di Siracusa e i 1.361 di Agrigento.

Considerando l'attività prescrittiva, il numero di ricette per assistito è, in tutte le Aziende Usl, risulta superiore alla media registrata a livello nazionale (5,8 ricette per assistito contro 5,5).

- La spesa media per ricetta prescritta è di lire 44.608, leggermente inferiore alla media nazionale (lire 46.294). In dettaglio, si passa da un importo medio di lire 39.600 nella Asl di Agrigento alle 50.900 lire di Messina.

*L'edizione completa del "Prometeo" è scaricabile dai seguenti siti:
www.sanitames.it
www.igh.it
www.farindustria.it*

