

note di cultura per il pediatra

a.o.p.

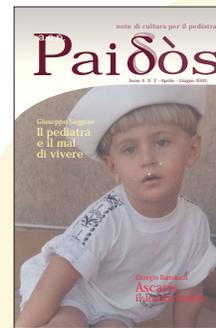
Paiδòs

Anno 4 N. 2 - Aprile - Giugno 2003



Giuseppe Saggese
Il pediatra
e il mal
di vivere

Giorgio Bartolozzi
Ascaris
il lombricoide



Direttore responsabile
Francesco La Magna

Direttore
Alberto Fischer

Comitato Scientifico
Pasquale De Luca
Lorenzo Pavone
Gino Schilirò

Responsabile di redazione
Antonino Gulino

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

Collaboratori
Maria Rita Allegra
Angelo Fazio
Antonio Fichera
Daniela Ginex
Maria Libranti
Gino Miano
Angelo Milazzo
Francesco Privitera
Antonio Russo

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

Stampa
Litografia
LA ROCCA
Giarre (CT)

Questo periodico è distribuito gratuitamente ai pediatri

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

EDITORIALE

Il futuro dell'ECM

di Alberto Fischer

Fu agli inizi del 2001 che si iniziò a parlare di crediti formativi e, in via sperimentale, l'apposita Commissione iniziò a istituzionalizzare attraverso norme via via modificantesi il credito formativo che così entrava ufficialmente nel mondo sanitario, dopo aver sconvolto il mondo della scuola ed essersi proiettato sinistramente nel mondo imprenditoriale ed industriale.

Ci si era accorti (sic!) che i medici italiani erano poco aggiornati. Per la verità la necessità di un corretto e costante aggiornamento che ci portasse a livelli internazionali, uscendo dall'angusta didattica universitaria, era stato già affrontato efficacemente agli inizi degli anni '80 da alcune associazioni che si sono anche impegnate nella formazione di "formatori".

Perno dei nuovi concetti formativi era la individuazione dei bisogni formativi e la verifica della formazione teorico-pratica, superando con determinate regole e criteri tutte le istanze individuali o collettive, spesso condizionate da aziende farmaceutiche.

Oggi un documento della stessa Commissione ECM, approvato e pubblicato nel marzo di quest'anno, rettifica un po' l'impostazione iniziale con alcune modifiche che, se da una parte presentano aspetti migliorativi, d'altra, con l'apertura di nuovi soggetti formatori, inducono ad avere qualche dubbio sulla linearità dell'operazione.

Nucleo di questa nuova concezione ecm è il fatto che l'accreditamento non è dato all'evento ma, secondo specificati criteri, al Provider che stabilirà quanti crediti dare ai partecipanti dei corsi organizzati.

Tra gli accreditabili come Provider il Ministero include anche grossi gruppi editoriali, e ciò potrebbe avere una valenza negativa anche nei confronti di quelle associazioni che da sempre si sono seriamente interessate alla formazione dei medici. La suddivisione inoltre in accreditamento nazionale e accreditamento regionale fa sorgere il sospetto di voler ulteriormente favorire i concetti più retrivi della "devolution" anche in campo formativo.

Infine il debito formativo previsto nel triennio potrà esser soddisfatto fino all'80% attraverso la formazione a distanza, mentre alle usuali forme di aggiornamento sarà riservato il restante 20% (poco spazio ai piccoli gruppi).

Ma chi saranno i Provider FAD? Amici degli amici? Speriamo bene!!

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 6 Per un grammo di proteine
- 8 Il cavernoma portale
- 12 Il pediatra e il mal di vivere
- 19 Insetti: sempre più temibili

RUBRICHE

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

NEWS DALLA RETE

- 22 Dottore non lo pesiamo il bambino...?
- 22 Mamma mia... il cortisone!!

Copertina
(foto di M. Libranti)

L'articolo che pubblichiamo è tratto da una e-mail di risposta su Forum del 5 maggio ed ha la particolare caratteristica di esser stato scritto sotto dettatura dalla figlia del prof. Bartolozzi, allora ricoverato d'urgenza per una insufficienza cardiorespiratoria che ha successivamente richiesto un intervento di by pass coronarico. Riportiamo la lettera dai contenuti, come sempre, precisi ed aggiornati, soprattutto per fare

omaggio ad una vitalità, ad una voglia di esternare le proprie conoscenze, ad un carattere unico in tutto il panorama pediatrico che fanno del prof. Bartolozzi un vero "Maestro". Indifferente alle proprie sofferenze ed ai problemi quotidiani è sempre umanamente attento a tutto quanto può permettere di accrescerci in senso culturale, umano ed etico. Auguri, prof. Bartolozzi!

Ascaris, il lombricoide

di Giorgio Bartolozzi

I vermi, ascaridi compresi, sono stati per me uno dei grandi amori, e non per le manifestazioni cliniche ma perché attraverso lo studio della loro biologia si possono reperire costantemente spunti per preservare i nostri bambini.

L'ascaride è un verme di un colorito rosa acceso, lungo 20-25 cm, che si sviluppa nell'intestino dell'uomo. Se il bambino, giocando

ai giardini, ha ingerito un solo uovo di ascaride da questo si svilupperà nell'intestino del piccolo un solo verme, che potrà esser maschio o femmina a seconda dell'origine dell'uovo.

Se è un maschio non sarà in grado di fare uova e quando sarà vecchio verrà eliminato con le feci. Ma se è femmina emetterà migliaia di uova che, tuttavia, non potranno dar luogo a nuovi vermi perché non sono

state fecondate. Ma cosa succede se il bambino ha ingerito dal terreno numerose uova fecondate di ascaridi, sia maschi che femmine?

A distanza di circa 8 mesi l'ascaride diventa maturo ed è in grado di fecondare ed essere fecondato.

E' il momento delle danze di nozze durante le quali i due vermi si attorcigliano l'un l'altro per raggiungere l'atto della copula.

Le uova che questa femmina fecondata emetterà con le feci del soggetto necessitano di soggiornare in ambiente aperto per 4-6 settimane, meglio se in ambiente soleggiato, per dar tempo all'embrione di svilupparsi e diventare larva.

Gli uomini che ingeriscono uova contenenti larve riaprono il ciclo intestinale.

Quali conseguenze da queste considerazioni? E' inutile che gli ascaridi



facciano la danza di nozze, si accoppino ed emettano uova fecondate, nessuna di queste raggiungerà lo stadio di larva se non dopo aver soggiornato per almeno 20 gg all'aria aperta.

Il numero degli ascaridi che sono presenti in un bambino corrisponde al numero delle uova fecondate che egli ha inizialmente ingerito.

Non esiste alcuna possibilità di reinfezione endogena.

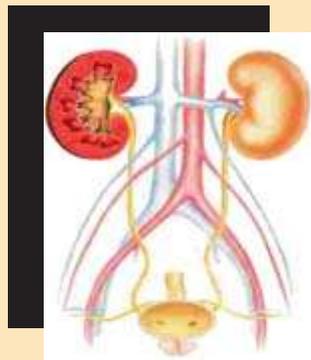
Ritengo pertanto che gli ascaridi del cane non siano in grado di infettare

il bambino; una diffusione massiva nel terreno, tuttavia, potrebbe portare a distanza di tre settimane ad una possibile infestazione del bambino.

Scheda Tecnica

- X Nell'80-90% dei casi asintomatico.
- X I sintomi possono esser provocati sia dalle larve che dal verme.
- X La migrazione larvale al polmone può essere asintomatica o caratterizzarsi per sibili, tosse, dispnea fino ad un quadro asmatico serio (*S. di Loeffler*).
- X Raramente le larve raggiungono occhio e cervello.
- X Sintomatologia presente in genere solo nei rari casi di infezioni con un numero elevato di larve (nell'intestino possono portare anche ad occlusione). Spesso dolore intestinale e stipsi.
- X Efficace l'albendazolo, 400 mg in dose unica > 2 anni, metà dose < 2 a.

La Sindrome Nefrosica (SN) è malattia poco frequente nell'infanzia e di non difficile diagnosi ma la sua gestione, che può essere efficacemente condotta in ambiente extraospedaliero, non è sempre facile se non si conoscono le insidie e la capricciosità di una malattia che può contribuire all'incremento del numero di dializzati o dei candidati al trapianto.



Per un grammo di proteine

di Alberto Fischer

Inanzitutto la diagnosi. L'edema è l'elemento più significativo che mette in allarme. Ci si accorge allora del motivo: una **proteinuria** elevata (> 40 mg/Kg/ora o > 2 gr/die) e la conseguente **ipoproteinemia** (da cui dipende l'edema) ed alcune conseguenze bioumorali che caratterizzano la malattia, **l'ipercolesterolemia** e **l'ipertrigliceridemia**.

Questi dati servono anche per monitorare il trattamento della malattia. Quando il rapporto proteinuria delle 24 ore/creatininuria delle 24 ore è > 2 il bambino continua a perdere proteine, anche quando apparentemente la microalbuminuria sembra normale o poco elevata. La gran parte delle SN che insorgono al di sotto dei 4 anni sono idiopatiche, a lesioni minime e rispondono bene al cortisone.

Dopo questa età bisogna prendere in considerazione anche altre cause (la più importante è il LES), oltre

alla tipologia istologica della SN che varia verso forme più gravi e meno sensibili al cortisone. Nella tab. 1 alcune caratteristiche –guida nella diagnosi.

Quando è necessaria la biopsia? In bambini al di sotto dei 6 anni, data l'alta frequenza di lesioni minime, potrebbe non essere necessaria una documentazione istologica.

Vi sono però dei casi in cui la caratterizzazione istologica è fortemente indicata: a) assenza di risposta al trattamento steroideo; b) frequenti ricadute alla sospensione del trattamento steroideo; c) età > 6 anni; d) LES.

In quest'ultimo caso la biopsia permette di identificare 6 forme che determinano un approccio terapeutico più o meno aggressivo.

La terapia.

Il protocollo terapeutico con prednisone è il più gettonato ed ha maggiori probabilità di risultare efficace se il bambino è al di

sotto dei 6 anni, se tutte le caratteristiche clinico-bioumorali fanno propendere per una SN a lesioni minime (tanto meglio se ciò è dimostrabile istologicamente), se non è una SN da LES e se l'esordio è moderato (senza ipertensione, microematuria, contrazione diuresi, iperazotemia e/o ipercritinemia).

Il bambino può rispondere al cortisone (corticosenibile) o meno (corticoresistente); può ricadere alla sospensione (corticodipendente) o avere tanti di quegli effetti collaterali da far consigliare altra terapia.

Il prednisone viene somministrato alla dose di 60 mg/m²/24 ore fino alla completa remissione.

Dal 7° gg dalla remissione si continua nella stessa dose ma a giorni alterni e per 6 mesi.

Utile l'associazione con l'aspirina nella prima fase, per la nota trombofilia della SN, ed eventualmente della clorotiazide (10-20 mg/Kg/die) se vi è

Tab. 1

Funzione renale	Complemento	Esami	Caratteristiche cliniche	Biopsia	Diagnosi
Normale	Normale	Proteinuria selettiva Sierologia LES – Microematuria+/-	SN pura Età pediatrica	Facoltativa. Si se cortico-resistente	SN Idiomatica SN a lesioni minime
Normale	Normale	Immunolettroforesi+ Crio- RA test- Grasso periombelicale	Età adulta Anemia Dolori ossei	Si	Amiloidosi primitiva Mieloma Malattie catene leggere
Normale o ridotta	C3 basso C4 basso o normale	AntiDNA+++ ANA+++ LAC/ACA +/-	Artralgie, febbre Lesioni cutanee	Si	Nefrite lupica
Normale o ridotta	C3 basso C4 basso o normale	TAS aumentato Tampone faringeo+ Ematuria	Esordio 7 gg dopo episodio infettivo Miglioramento spontaneo	facoltativa	Glomerulonefrite acuta

Il bambino deve seguire terapia iposodica e normoproteica (o ipoproteica se azotemia elevata) e fare un antibiotico a largo spettro per evitare le complicanze

infettive (tipica la peritonite) nelle prime fasi del trattamento. Ricordarsi le vaccinazioni e tra queste, in modo particolare, l'antipneumococcica.

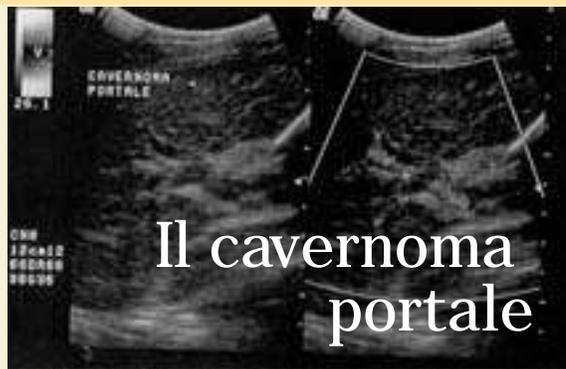
Se la SN è corticoresistente, se LES o se facili e frequenti ricadute passare agli altri protocolli non senza avere fatto eseguire prima la biopsia. (tab.2)

Tab. 2

Protocollo	Modalità	Efficacia	Indicazioni
Solo Pred	60 mg/m ² /die x 6 mesi	80% delle SN idiopatiche in età < 6 a	SN idiomatica del bambino
Pred + Cyclof	Bolo mensile x 6 mesi e quindi quadrimestrale per 1 anno Cyclof 3 mg/Kg	90% delle Nefrosi lupiche e delle SN del bambino Tossicità ovarica	Nefrite Ludica SN corticoresistente o corticodipendente
Pred + Ciclosporina	Ciclosp 3-4 mg/die	Ricadute alla sospensione	Nelle resistenze al protocollo Pred+ Cyclof.
Azatioprina + Pred	5 mg/Kg	Resistenze a Cyclof.	Ricadute o resistenze a Cyclof. Stabilizzazione dopo Cyclof.
Pred + Micofenolato	2 gr/die	Resistenze a Cyclof	Trias in corso nel bambino



Si definisce cavernoma portale una massa di aspetto angiomatico, costituita da un convoluto di vasi tortuosi, ectasici che si addentrano nel fegato; è causato da un'ostruzione del tronco portale.



di Salvo Bonforte

Nel contesto di questi vasi serpiginosi si determina un circolo centripeto al fegato che tende a ripristinare il flusso portale.

L'ostruzione trombotica del sistema portale si può verificare in numerose situazioni patologiche quali traumi addominali, turbe della coagulazione, complicanze post-operatorie, malattie infiammatorie intestinali, invasione diretta o compressione estrinseca da parte di neoplasie, soprattutto epatiche e pancreatiche.

Se nell'adulto la causa più frequente di trombosi portale cronica è rappresentata dalla cirrosi epatica, soprattutto se complicata da carcinoma epatocellulare, nel bambino la trasformazione cavernomatosa della porta hepatis da occlusione cronica è dovuta nella maggior parte dei casi o a processi di flebite postnatali, propagatesi dalla vena ombelicale o da fenomeni fibrotici per estensione alla porta del processo di obliterazione del dotto di Aranzio.

Nella maggior parte dei soggetti portatori di cavernomi cosiddetti idiopatici nell'anamnesi non si ritrova alcun antecedente neonatale; sono segnalate in letteratura associazioni con altre anomalie congenite che ne farebbero supporre l'origine malformativa; questo tipo di cavernoma sarebbe determinato da un'ipoplasia congenita della vena porta con comparsa di una circolazione di aspetto cavernoso. Nella restante parte dei casi il cavernoma portale compare in età infantile dopo cateterismo ombelicale, come conseguenza

di una trombosi venosa intraluminale o di una onfalite neonatale, propagata alla vena ombelicale e quindi alla vena porta. In letteratura viene riportato che all'incirca il 25% di questi bambini tra i 2 e 5 anni presenta splenomegalia con anemia, trombocitopenia, e, più raramente, neutropenia.

La diagnosi strumentale di cavernoma portale si basa, oltre che sull'angiografia e sulla tomografia computerizzata, sull'impiego dell'ecografia.

Questa metodica unisce ad una buona affidabilità diagnostica il vantaggio di essere non invasiva e di semplice esecuzione, per cui si presta in maniera ideale per una valutazione routinaria del paziente.

L'indagine Doppler effettuata nella regione della vena porta trombizzata, su quel sistema di circoli collaterali che appaiono ecograficamente come canalicoli serpiginosi, mette in evidenza all'interno di questi vasi un segnale con le caratteristiche del flusso venoso portale, diretto in senso centripeto al fegato.

La valutazione del flusso nelle vene tributarie della porta, cioè la vena mesenterica superiore e la vena splenica, ci può fornire informazioni indirette riguardo il tipo di circoli collaterali presenti e il loro effetto emodinamico sul sistema portale.

Le complicanze della trasformazione cavernomatosa della porta sono quelle della ipertensione portale pre-epatica, tra le quali vanno segnalate in pediatria le frequenti

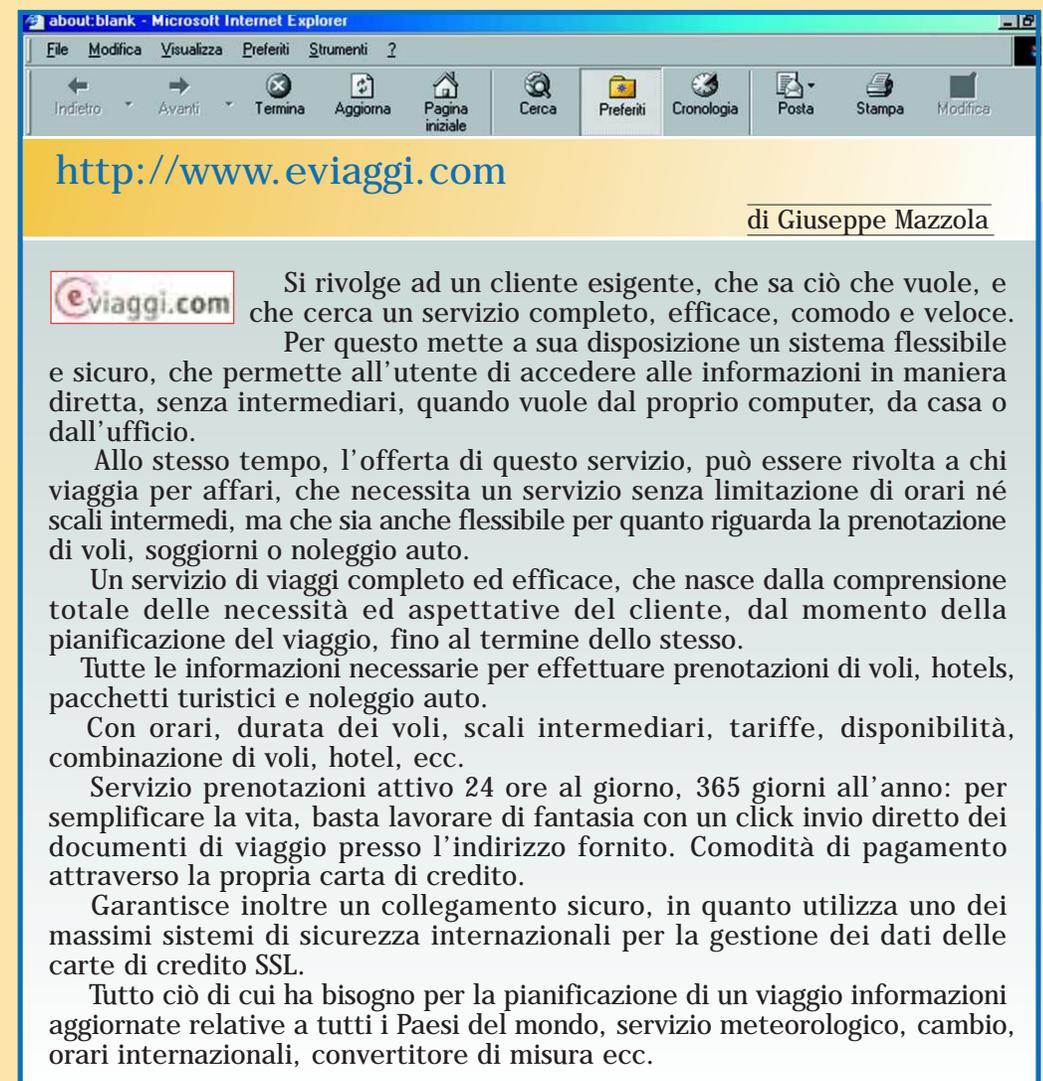
emorragie intestinali da rottura di varici esofagee, le alterazioni della crasi ematica da ipersplenismo e il maggiore rischio di rottura della milza per traumi anche di lieve entità.

Sono segnalati in letteratura casi di compressione del cavernoma portale sulle vie biliari intraepatiche con fenomeni di colangiti, di colestasi e di calcolosi biliare.

La terapia del cavernoma portale prevede, oltre alla valutazione della possibilità di

attuazione di shunt chirurgici porto-sistemici, il trattamento sclerosante delle varici esofagee sanguinanti e la eventuale splenectomia.

Molti farmaci efficaci sul circolo sistemico influenzano anche l'emodinamica splancnica e sono stati proposti per il trattamento dell'ipertensione portale; tra i beta-bloccanti non selettivi il più usato è il propranololo che agirebbe determinando una vasocostrizione splancnica con conseguente riduzione, a carico della vena porta della velocità di flusso e del volume.



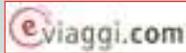
about:blank - Microsoft Internet Explorer

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Indietro Avanti Termina Aggiorna Pagina iniziale Cerca Preferiti Cronologia Posta Stampa Modifica

<http://www.eviaggi.com>

di Giuseppe Mazzola

 Si rivolge ad un cliente esigente, che sa ciò che vuole, e che cerca un servizio completo, efficace, comodo e veloce.

Per questo mette a sua disposizione un sistema flessibile e sicuro, che permette all'utente di accedere alle informazioni in maniera diretta, senza intermediari, quando vuole dal proprio computer, da casa o dall'ufficio.

Allo stesso tempo, l'offerta di questo servizio, può essere rivolta a chi viaggia per affari, che necessita un servizio senza limitazione di orari né scali intermedi, ma che sia anche flessibile per quanto riguarda la prenotazione di voli, soggiorni o noleggio auto.

Un servizio di viaggi completo ed efficace, che nasce dalla comprensione totale delle necessità ed aspettative del cliente, dal momento della pianificazione del viaggio, fino al termine dello stesso.

Tutte le informazioni necessarie per effettuare prenotazioni di voli, hotels, pacchetti turistici e noleggio auto.

Con orari, durata dei voli, scali intermediari, tariffe, disponibilità, combinazione di voli, hotel, ecc.

Servizio prenotazioni attivo 24 ore al giorno, 365 giorni all'anno: per semplificare la vita, basta lavorare di fantasia con un click invio diretto dei documenti di viaggio presso l'indirizzo fornito. Comodità di pagamento attraverso la propria carta di credito.

Garantisce inoltre un collegamento sicuro, in quanto utilizza uno dei massimi sistemi di sicurezza internazionali per la gestione dei dati delle carte di credito SSL.

Tutto ciò di cui ha bisogno per la pianificazione di un viaggio informazioni aggiornate relative a tutti i Paesi del mondo, servizio meteorologico, cambio, orari internazionali, convertitore di misura ecc.

"Empatia o antipatia?"

Il difficile rapporto col paziente pediatrico

di Chiara Sciuto

Descrivere il delicatissimo rapporto che si viene a creare tra il pediatra ed il piccolo paziente non è una cosa da poco. Innanzi tutto perchè non è un rapporto semplice. Poi perchè ognuno di noi, chiaramente, avrà il proprio personalissimo modo di relazionarsi sia con il piccolo paziente che con la sua famiglia. Il Rapporto paziente-genitore-pediatra è alla base del nostro lavoro in clinica pediatrica e se viene fatto bene, riesce a creare un clima di serenità, fiducia ed estrema collaborazione da parte sia dei piccoli, ma anche dei genitori, senza il quale non è possibile lavorare al meglio. Personalmente, nell'approccio con il piccolo cerco di creare una certa complicità-empatia, provo a rassicurarlo e tranquillizzarlo per quello che è possibile, spiegandogli, se è in età da comprendermi, man mano quello che faccio e perchè lo faccio.

Penso che renderlo consapevole di quello che si fa può in alcuni casi essere di estrema utilità e lo può involgarire persino a collaborare.

Una volta catturata la sua attenzione ed avere preso confidenza con lui, via libera all'esame obiettivo generale, cercando di riservare le manovre più "invasive" (vedi abbassalingua ed otoscopia) verso la fine della visita.

E' bello vedere che il piccolo a poco a poco, alle successive visite, si fida sempre più del pediatra e si affida completamente, non piangendo più neanche di fronte agli orrendi abbassalingua!

Purtroppo però ci sono casi in cui non è così semplice ed istantaneo instaurare il rapporto suddetto. C'è un pianeta a parte nell'universo pediatrico in cui il rapporto pediatra-bimbo-genitori è davvero difficile da

instaurare, almeno all'inizio.

Questo mondo è quello dei pazienti oncologici. Ho passato quest'ultimo periodo in clinica a stretto contatto con questi bimbi ed ho avuto modo di toccare con mano qual'è realmente la sofferenza più grande per un genitore: sapere che il proprio figlio ha una malattia sicuramente molto grave, anche se potenzialmente curabile.

E' proprio in questo frangente che ho avuto dunque uno sguardo più completo della pediatria nella sua interezza, sebbene certamente più crudo e triste. Ci sono momenti, da quello della diagnosi a quello della comunicazione ai genitori, in cui si prova una sofferenza incontenibile: del genitore che si vede crollare il mondo addosso, ma anche del medico che deve cercare di sostenerlo nei momenti più difficili. In questi casi diventa difficilissimo relazionarsi sia con i pazienti, ma anche e soprattutto con i loro genitori. In alcune situazioni ho provato tanta rabbia ed una sensazione di reale impotenza-incapacità a dare un reale conforto a queste persone.

Il momento più brutto è sicuramente quando non si trovano le parole adatte a placare lo sguardo assetato di conforto del genitore ancora incredulo, posto di fronte alla nuova diagnosi. Eppure qui, in ematologia, ci sono tanti medici dotati di grande umanità, che riescono giornalmente a sostenere bambini e genitori e dai quali cerco costantemente di trarre insegnamento. In ogni caso, risulta fondamentale oltre alla figura del medico, quella dello psicologo, che ancor meglio può sanare (ove realmente è possibile), o quantomeno ridurre, le sofferenze di queste famiglie.

Il rapporto col piccolo è dunque sempre fonte di arricchimento personale, oltre che professionale, ed ogni situazione, "semplice" o "difficile" che sia, allarga i miei orizzonti e mi mostra quanto vasto sia il mondo della pediatria.

DI g AMOCELO...

Il pediatra al congresso balneare

di Maria Libranti

Con l'arrivo della primavera, nel panorama delle offerte culturali è tutto un fiorire di corsi di aggiornamento e convegni che si svolgono, "scientificamente" direi, in luoghi ameni, assai spesso bagnati dal mare (cosa, invero, difficile da evitare abitando una penisola!). I delatori della nostra categoria che non mancano di farsi vivi periodicamente su televisioni e carta stampata, non tralasciano mai di citare tali eventi quali esempio di "malcostume", per denigrare l'intero ordine professionale.

Sebbene, a volte, le mete appaiano un po' spropositate (per rinomanza e/o distanza chilometrica) rispetto alle proporzioni scientifiche dell'evento, viene anche da chiedersi come potrebbe organizzarsi un incontro a *Palagonia* e quali strutture alberghiere potrebbero assicurare la riuscita di un evento in quel di *Regalbuto* o di *Ramacca*, tanto per fare qualche esempio. In tutta sincerità (com'è d'obbligo in questa rubrica) dobbiamo ammettere che, seppure spesso i temi trattati e i relatori invitati siano di un certo richiamo e la sala si ritrovi, a tratti, dignitosamente occupata, a volte è il 'richiamo' della spiaggia dorata ad avere la meglio ed anche il più volenteroso dei congressisti - quello che a colazione indossava il suo completo "meno balneare" armato di *badge* e *cartella* - può incontrarsi, dopo poco, sulla battigia affollata (per lo più dagli accompagnatori dei congressisti...).

Insomma, *digiamocelo*, sono incontri nei quali si trascura un po' l'aggiornamento culturale a tutto vantaggio dell'esercizio della convivialità; tema, quest'ultimo, che merita rispettosa considerazione, specie per chi è costretto a lavorare tutto l'anno nella solitudine del proprio ambulatorio.

Parlarne è un po' scabroso, ma bisogna ammetterlo onestamente, il pediatra in spiaggia non fa eccezione: è tutto un esercizio di umane debolezze.

Baldi colleghi che, fino a pochi minuti prima, sulla terra ferma, si muovevano con spavalda disinvoltura li ritrovi attaccati come cozze ai bordi della piscina e, a dispetto della

cuffia da provetti nuotatori, si pongono tutti la stessa domanda con lo sguardo (e di lì a poco con le labbra): SI TOCCA?

Come spiegare, agli ignari colleghi, che i "salvagente naturali" che si sono insidiosamente accresciuti nel giro vite ne impedirebbero, loro malgrado, l'affondamento anche se avessero - si fa per dire - una pietra al collo?

I lunghi mesi sofferti a studiare i voluminosi testi di Anatomia e Fisiologia sembrano spesi invano quando vediamo indomite schiere di colleghe, ignare delle proporzioni raggiunte, sfidare la "forza di gravità" (e le più elementari regole del buon gusto), indossando bikini leopardati e minigonne 'inguinali' che lasciano, ahimè, pochissimo spazio alla fantasia svelando anche il più esile dubbio riguardo le "mollezze traforate" così ben celate dagli abiti invernali.

Ma il peggio di noi, ammettiamolo, viene fuori nel più drammatico dei palcoscenici: la tavola. È lì che anche il più mite dei professori si trasforma in "lupo mannaro" e la collega paffuta rivela l'appetito vorace della strega di Hansel e Gretel: si sgomitano senza ritegno e, tragedia dei *buffet*, i piatti si riempiono in maniera scriteriata e, senza alcun ritegno, si accosta l'*insalata* con il *profiteroles* o il *fritto di pesce* con la *bavarese*.

Ma il peggio è tutto da "sentire": «Gaia» - 3 anni e 'quattropance' - «se non mangi tutto non ti lascerò fare il bagno in piscina!» oppure «Luigi», - pronto a rigurgitare tutto come in una nota pubblicità - «finisci la carne altrimenti ritorniamo a casa oggi stesso!».

Ma come? E tutto quello che abbiamo studiato? E quello che predichiamo alle mamme nei nostri studi? E quello che la psicologa viene a ribadirci nei corsi di aggiornamento?

Che fine ha fatto tutto ciò? E che valore ha la conoscenza, se pure quelli che la coltivano fanno tanta fatica a metterla in pratica?

Non so voi, ma a me piace pensare che sia la "canicola" a determinare tutto ciò; e che, una volta dismessi i panni del "bagnante tipo" di ferragostana memoria, ognuno di noi re-indossi, insieme al camice, anche quella dose di equilibrio necessario a coniugare insieme cultura e buon senso.



rubriche

rubriche

Il pediatra deve dedicare sempre più spazio all'ascolto del proprio paziente cercando di cogliere i segni premonitori di un possibile disagio. La formazione deve fornire al medico i mezzi per dare le risposte giuste, non solo mediche, ad una società in continuo divenire.

un pediatra che si deve mettere a disposizione di questo nucleo familiare e cercare di capire quali sono le dinamiche all'interno della famiglia.

Deve saper parlare con il proprio paziente ma anche con i genitori, insomma cercare sempre di dare più attenzione, più tempo a queste problematiche che riguardano la depressione, ma che possono riguardare anche l'attività sessuale o l'abuso di sostanze.

Quindi, è un po' il suo modo di fare la pratica professionale, sul quale ovviamente dobbiamo fare informazione e formazione."

Gulino. - La formazione è quindi alla base di un corretto approccio professionale alle vecchie e nuove patologie, pensa che oggi sia ben organizzata o immagina un percorso formativo diverso? .

Saggese. "Io credo che il problema della formazione vada affrontato a 360°, quindi si parte dalla specializzazione fino alla formazione continua.

Io credo che a livello di scuola di specializzazione ci debba essere un grande raccordo, una grande unione, fra università e pediatria del territorio, anche perchè la stragrande maggioranza dei nostri specializzandi andrà a fare un tipo di

lavoro il pdf o ,in piccola parte, il pediatra ospedaliero per il quale finora molto spesso noi non siamo stati in grado di prepararli adeguatamente.

Quindi sarà necessaria una formazione che non deve essere eccessivamente teorica, fondata sullo studio di malattie rare, che difficilmente vedrà nella sua attività professionale, ma piuttosto dovrà essere orientata sui reali fabbisogni di salute . Quindi è molto importante saper dare cure a tutti ma soprattutto saper fare prevenzione. Per cui è chiaro che per dare delle competenze di questo tipo, il nostro specializzando può andare a fare degli "Stage" professionalizzanti, proprio presso i pdf. Questo aspetto della formazione è indispensabile, ma purtroppo in questo momento non è stato ancora assolutamente organizzato.

C'è qualche esempio molto disorganizzato senza nessun sistema previsto a livello nazionale, a cui noi erogatori di formazione (la sede universitaria) possiamo rivolgerci, ma dobbiamo fare da soli."

Gulino. - La ricerca in campo medico arricchisce il nostro patrimonio culturale, spesso mette in discussione le nostre consolidate certezze, diventa pertanto fondamentale

La presenza del prof. Giuseppe Saggese, illustre clinico, nonché autorevole candidato alla presidenza della S.I.P., ad un incontro di Endocrinologia pediatrica svoltosi al P.O. di Acireale ci ha dato l'opportunità di conoscere le sue opinioni su alcune tematiche di interesse pediatrico.

Gulino. - I quaderni Acp hanno recentemente pubblicato i risultati di un' indagine sullo stato di salute dei giovani che ha evidenziato una drammatica crescita delle turbe comportamentali: il "male di vivere" sembra attanagliare i nostri ragazzi.

Può il pediatra di famiglia contribuire a risolvere questo problema?

Saggese. "Io credo che Lei abbia sollevato un problema fondamentale, cioè qual sia il ruolo del pediatra di fronte a questa patologia emergente che coinvolge soprattutto l'adolescenza, una fascia di età che oggi siamo sempre più convinti debba far parte dell'area pediatrica .

E' stato visto che i suicidi dai 15 ai 24 anni sono la seconda causa di morte, e la depressione è una delle principali cause, quindi, è chiaro che bisogna guardare con molta attenzione a questo problema. Il pediatra di famiglia deve cercare di evidenziare questa possibile patologia, avvalendosi possibilmente dell'aiuto di uno specialista come può essere il neuropsichiatra infantile, ma non deve demandare ad un altro medico la gestione di queste problematiche, soprattutto nella fase iniziale, quando c'è la ricerca di una corretta diagnosi.

Allora è necessario un pediatra nuovo, un pediatra che deve dedicare più spazio all'ascolto,



la formazione medica continua, come pensa vada strutturata?

Saggese. "La formazione medica continua, in questo momento è molto frammentaria, perchè al solito manca un raccordo con le varie professionalità della pediatria.

La stessa SIP non è riuscita a svolgere un raccordo con le società affiliate, che sono un po' l'identità culturale della SIP. Le società affiliate sono un laboratorio culturale che devono individuare quali devono essere gli argomenti che formano un reale aggiornamento, che incidano concretamente sull'attività pratica.

E' chiaro che dovranno essere meglio definite le metodologie all'interno della formazione, attraverso le quali ottenere il metodo migliore in tutta Italia.

Noi oggi ci troviamo di fronte a mille eventi formativi su base Nazionale, ed allora, è chiaro che si perde molto in qualità.

Io penso che prima di organizzare un evento formativo è necessario stabilire la metodologia didattica e soprattutto individuare quale deve essere la ricaduta sul comportamento pratico del discente".



CALENDARIO
"INCONTRI 2003"

ACP-PAIDOS O.N.L.U.S.

4 Ottobre:
Corso Teorico-Pratico
di Alimentazione

Aula Conferenze P.O. Acireale

In fase di accreditamento

15 Novembre:
Corso Teorico-Pratico
su bambini e sport

Aula Conferenze P.O. Acireale

In fase di accreditamento

Per ulteriori informazioni,
contattare
la segreteria organizzativa
al 347 7792521



di Antonino Gulino

La nostra lunga e torrida estate ha spinto la maggior parte dei gestori cinematografici ad una inevitabile chiusura estiva, l'unica alternativa per i cinefili è rappresentata dalle arene.

La programmazione non è sempre di prima qualità, ma offre la possibilità di vedere o rivedere qualche film della stagione passata meritevole della nostra attenzione.

rubriche

*Il film che vorrei segnalarti è **Il cuore altrove** di Pupi Avati, un'opera che a prima vista non ha molta attinenza con la pediatria, con protagonista un uomo di 35 anni, accomunato ai nostri bambini solo dal suo tardivo ed improbabile desiderio di crescere.*

Il regista bolognese volge il suo sguardo al passato, agli inizi del '900, e ci racconta la tenera storia di Nello Balocchi, un insegnante di latino spedito dal padre a Bologna con la speranza di fargli incontrare la donna della sua vita. L'ingenuo professore asseconda il genitore senza molto entusiasmo, ma l'inatteso incontro con una bellissima ragazza cieca cambia la sua vita. Nello si innamora perdutamente, subisce ogni capriccio della ragazza pur conscio che il loro

legame non è fondato sull'amore ma sulla paura di vivere.

bisogno di amare per superare la sua cecità, Nello ha bisogno di amare per crescere, per diventare finalmente adulto.

Due solitudini sembrano miracolosamente incontrarsi, ma l'inattesa guarigione della donna mette fine al breve incontro.

Il professore torna dai genitori triste e disilluso, ma nel contempo felice di essere riuscito per un attimo a vivere pienamente la sua vita.

Il regista, con l'aiuto di un gruppo di attori molto ispirati, è riuscito a costruire una storia delicata e malinconica regalandoci un personaggio di adulto, mai cresciuto, dolce e credibile.

Un uomo che non ha voluto accettare i compromessi della maturità anche se il prezzo da pagare è molto alto, la solitudine di chi sceglie di rimanere fuori dal coro.

*La dolorosa iniziazione di Nello non trova il suo epilogo nella normalità di una vita *q u a l u n q u e*, ma nell'affermazione decisa dei sogni e dei valori dell'infanzia.*

Io da pediatra ho molto amato quest'aspetto del protagonista, ho rivisto in lui le paure di tanti adolescenti che disperatamente cercano di rimanere legati alle certezze dell'infanzia.

La paura di crescere alimenta la loro ribellione verso una società ostile, li spinge a

L'angolo della poesia

ACQUA

di Ario Fischer

**Il cielo si copre di grigio e brontola il tuono lontano
Cos'è che opprime il mio cuore nascosto senza parlare?
Ed ora mi va di non dare risposta
Cercare da solo nel fondo spiraglio di gioia siccome un sorriso di acqua talvolta mi liberi da ingrato boccone**

comportamenti definiti con molta leggerezza "a rischio" o li fa chiudere in se stessi, trincerati dietro una più o meno credibile malattia psicosomatica (quanti falsi mal di pancia, ma anche quanti inutili rimedi nella nostra vita professionale!).

Il male di vivere dei nostri ragazzi, indicato anche da Giuseppe Saggese nella sua intervista, come una delle patologie emergenti, è forse l'espressione più eclatante di una società malata, che ha sempre più bisogno di "medici" capaci di fare "diagnosi" e di proporre soluzioni che non tradiscano l'innocenza dell'infanzia.



la posta di Albertino

di Daniela Ginex



Caro dottore, i primi giorni delle mie vacanze dalla scuola sono stati funestati da una disavventura di carattere sanitario. Infatti il nonno, proprio a metà di giugno, si è fratturato il femore in seguito a una brutta caduta. Dopo le radiografie, papà ha cercato di ricoverarlo presso uno dei più rinomati nosocomi della nostra città, dove però non erano disponibili che un posto in barella e quattro sedie. A nulla sono valsi i suoi tentativi di farsi raccomandare presso il primario, perché questi, impegnato nella campagna elettorale per la carica di sindaco in un paese della provincia, accettava voti di scambio solo in territorio politicamente utile.

Così papà si è ricordato del cognato del portiere, infermiere presso il reparto ortopedico dell'ospedale in questione, ed è riuscito a contattarlo. Il signor Orazio, questo il suo nome, grazie ai suoi agganci con le famiglie vincenti della cupola mafiosa ha fatto sì che in breve tempo si liberasse un posto in corsia.

Il nonno è stato sistemato in una pittoresca stanzetta di tre metri per quattro con altri sette pazienti, 15 parenti fissi e 35 turnisti. Le impronte di anfibio sui muri non erano, come mi sembrava in un primo tempo, passi di *spiderman*, ma tentativi non sempre riusciti di spiacciare le zanzare-tigre, stanziali nel detto ospedale.

Gli infermieri e i medici agivano con una discrezione a dir poco esagerata, evitando interventi che potessero dar noia ai malati; anzi, per far sì che essi si sentissero come a casa loro, li incoraggiavano a utilizzare roba propria, come lenzuola, farmaci, materiale parasanitario. Affinché i degenti non si sentissero in imbarazzo per il fatto di essere accuditi da estranei, gli infermieri si tenevano delicatamente da parte, facendo sì che giorno e notte essi fossero sottoposti alle amorevoli cure dei loro cari.

Così abbiamo comprato una bella sdraia a papà, perché potesse trascorrere le notti in ospedale con il nonno. Al quinto giorno abbiamo cominciato a sospettare che la discrezione dei medici fosse davvero esagerata. Ad esempio, piuttosto che infastidire i malati con il tradizionale giro di visite, in caso di necessità si chiamava il medico reperibile, se si riusciva a parlargli al cellulare ovviamente: la sera era un po' difficile, ma si sa che al Banacher raramente si prende la linea. Così per le cure farmacologiche da somministrare si preferiva un consulto fra infermieri, degenti e ospiti, in modo che ognuno potesse apportare il contributo della propria esperienza personale.

Dopo sei giorni il nonno non rispondeva neanche alle bruciature di sigaretta, chiamava a gran voce i suoi compagni d'arme e affermava di vedere la Madonna, per cui, dopo un rapido summit familiare con consultazione degli estratti-conto, si è deciso di portarlo in un posto che si chiama "intra-moenia".

Così abbiamo attraversato una specie di varco spazio-temporale: come per un miracolo, le urla del personale paramedico e delle colonie di parenti sono state sostituite da un delicato sottofondo di musica barocca; al posto di mura fatiscenti e della mobilia donata dall'ospedale di Bagdad, pareti in vetrocemento, luci soffuse, poltrone relax, tutto da design di Renzo Piano.

Un'infermiera, scartata per un vizio di forma alle finali di miss cinema, ci è venuta incontro sorridendo e ha preso in carica il nonno, confidandoci che assicurare il benessere ai pazienti era l'unico modo per lei possibile di raggiungere l'orgasmo. Il medico, docente dell'università di Berkeley e ispiratore del personaggio del dottor Ross, già interpretato da George Clooney nella fortunata serie televisiva di "E.R.", lo attendeva in una confortevole camera riservata; ha subito prescritto una batteria di accertamenti clinici, svolti in tempi rapidissimi, dopodiché il nonno è stato messo a riposare in un letto con lenzuola di seta e bottiglia della flebo in cristallo di Boemia, mentre un infermiere, laureato ad Harvard in psicologia della comunicazione, si è premurato di portare il pasto, dopo avere fatto scegliere il nonno da una serie di menu curati personalmente da Vissani.

Prima di sottoporlo all'intervento chirurgico, l'illustre specialista ha proposto al nonno il book dal quale scegliere la protesi da impiantare, suggerendo di orientarsi su una di Calvin Klein o al limite di Ralph Lauren. L'operazione è stata videoregistrata e riversata in un DVD comprensivo di versione in lingua inglese e backstage. Per rendere più gradevole il postoperatorio è stato offerto un rinfresco a base di sushi per tutti i parenti.

Il giorno dopo il nonno è stato sbarbato e lavato con acqua di rose selvatiche, mentre la manicure gli lucidava le unghie e un inviato dell'ANSA gli leggeva i principali fatti del giorno. La riabilitazione è stata svolta dai tecnici del Milan e da esperti di meditazione zen, che dopo soli dieci giorni lo hanno messo in grado di tornare a casa percorrendo di gran galoppo ben quattro piani.

Per non guastargli la festa, papà ha evitato di mostrargli la matrice dell'assegno che aveva dovuto firmare all'ospedale subito prima ed è andato a chiudersi nel cesso per sfogarsi con un pianto liberatorio. Dopo quello che è successo ti volevo chiedere un favore: visto che tu dici sempre alla mamma che devo togliermi le tonsille, per evitare un altro dispiacere a papà, non potresti spiegare a mio fratello Gigi come si fa, in modo che facciamo tutto in casa da soli?

Con affetto, il tuo piccolo paziente Albertino.

rubriche

Ipersensibilità crociata ed ipereattività crociata. Incrociamo le dita

di Filippo Di Forti

Se ipersensibilità vuol dire che un povero malcapitato ha fatto IgE contro un allergene senza manifestare nessun sintomo apparente, iperreattività rappresenta il passo successivo, ovvero tante IgE specifiche con sintomatologia correlata.

Qualunque "prikista, prikkofilo o prikkomane" dovrebbe conoscere questa evenienza e valutarla criticamente quando riscontra una multisensibilizzazione.

Momento cardine e cruciale è il determinante antigenico, che è l'aptene che si lega ad una proteina carrier e/o l'epitopo (che non è il terrore della donna della galassia). Esso compone la sostanza a cui si può essere allergici e può essere sequenziale o conformazionale. L'epitopo sequenziale per essere allergenico deve essere formato da una sequenza di 8-15 aminoacidi e se immaginiamo la lunghezza della sequenza aminoacidica di una proteina è facile immaginare le varianti possibili di tali epitopi.

L'epitopo conformazionale è una sequenza aminoacidica allergenica anche per la sua composizione stereoscopica.

Se immaginiamo le quantità industriali di epitopi che si liberano dalle proteine ingerite o respirate, possiamo immaginare i miracoli che fa in nostro sistema immunitario a non sensibilizzarsi a tutti...! e se soprattutto consideriamo che epitopi simili possono liberarsi da sostanze diverse, chiamate in questo caso Pan-allergeni, (vedi tabella) ecco spiegato il perchè della ipersensibilità e/o iperreattività

crociata.

Se dal titolo dell'articolo ho evocato un vago sentimento di superstiziosa memoria, questa mia "crociata" sulle ipersensibilità crociate, oltre a fare incrociare le dita, pone il prikkologo prikkovago etc etc ad un crocevia, immunoterapia specifica (ITS) sì o immunoterapia no?

Il mio vagare, da buon allergonauta, tra fonti varie di sapere allergologico, mi ha portato a constatare la tacita esistenza di due fondamentali correnti di pensiero.

ITS selvaggia, in trepida attesa di un riscontro positivo, sempre se il continuo punzecchiare non possa tramutarsi in un rito Wodoo nei confronti dell'operatore o immunoterapia a mono, bisensibilizzati in fervida attesa di riscontri e mirabilia varie.

Problema tipico è questo: può una multisensibilizzazione essere il frutto di una iperreattività crociata? E allora il non sottoporre il paziente ad ITS, può rappresentare il negare la possibilità di una risoluzione del problema? E se è una ipersensibilità crociata come riuscire ad individuarla? E se non vi è ipereattività ma solo ipersensibilità è giusto non trattare il paziente?

Spesso la transumanza da uno studio ad un altro, frutto magari di un sentimento di abbandono da parte del paziente, con conse-

I panallergeni

Proteine che svolgono varie funzioni come: funzioni difensive da insetti, funzioni digestive etc..

Sono in frutti e semi che in genere appartengono alla stessa famiglia.

- PR (Pathogenesis Related proteins):
- LTP (Lipid Transfer Proteins)
- Profilline
- Proteasi
- Proteine Eveino simili
- Pectato Liasi
- Seed storage proteins
- Inibitori delle proteasi

guente ripetizione di frustranti tests cutanei, è figlio di atteggiamenti personali e personalistici di noi operatori sanitari.

I crocevia sono molteplici e incrociare le dita prima di un tuffo terapeutico, non è certamente il massimo della professionalità esplicabile, nella solitudine dello studio, prima di suggerire una terapia.

Queste piccole provocazioni su ipersensibilità e ipereattività, vogliono gettare carbone sul fuoco di "querelles" non sopite tra interventisti ed attendisti, che spesso animano il torpore di congressi soporosi, per la bramosia di notorietà di anonimi medici di periferia.

A giudicare dalla lettura dei vari "Position Paper", (a proposito a quando un altro?), si vaga da opinioni anglosassoni che relegano l'utilità dell'ITS solo per l'allergia al veleno di imenoteri, a indicazioni di più ampio respiro, "utili quando si parla di asma", per i colleghi transoceanici e d'oltremarica.

Ma rimbocchiamoci le maniche e senza manicheismo evochiamo un vecchio "amarcord" da far salire alla ribalta: l'anamnesi.

Discrepanze e discrepanze tra sensibilizzazioni varie e calendario sintomatologico, possono, ad un occhio esperto, diradare le nubi evocate dai tests cutanei multipomfoidi.

Individuare uno o due pomfi causa di iperreattività e quindi asma rinite etc etc ..., tra altri che sarebbero solo segnali di ipersensibilità crociata e quindi asintomatici, credo sarebbe un buon servizio per il paziente.

Sapere che un allergico alle Graminacee e/o Compositae può essere ipersensibile alla Betulla, e che un allergico alla Parietaria può esserlo al Cipresso e che un allergico a quest'ultimo può esserlo per l'Olivio e/o il Lolium Perenne (Graminacea), renderà la vita infelice, ma immaginate che bella figura con il paziente?

Chissà se un domani spunterà un lavoro dove evincere che, con la individuazione delle allergie trainanti (le ipereattività), tra le ipersensibilità, probabilmente la prescrizione di una immunoterapia orale potrebbe, alla lunga, essere una tattica che, se non proprio vincente, deruberebbe il paziente da uno stato di frustrante attesa?

Potrebbe tutto ciò evitare il ricorso a chimere di streghe, guru e santoni (la superstizione la fa da padrone sotto questo caldo sole d'agosto), e a vari "prikkoncelli" che operano a volte sotto l'egida di un bel diploma di laurea?

E chi metterà d'accordo gli interventisti dell'ITS e gli attendisti della medesima, che con uno spirito da partita tra scapoli ed ammogliati si contenderanno il "palmares" della vittoria?

Mentre Pirro stà a guardare...

LO STUPIDIATRA

a cura di Fidifo

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

Questa puntata dello stupidiatra vuole essere dedicato ad un comune, spesso malcelato, ma vissuto con tragica sofferenza interiore, piccolo grande dramma del quotidiano professionale. Il nome del farmaco!!

Ebbene sì, occorre confessare che i ghirigori di consonanti, dittonghi, trittonghi, iati, che con sadica fantasia vengono scelti, per comporre i nomi commerciali dei farmaci,

offrono il fianco a letture bislacche o ardite composizioni verbali, frutto di una creatività spesso unica tra noi antichi sicani. Somministrare ad un bambino le bustine di Beautycase, potrebbe curare una intossicazione, ma correggerne i tratti del viso, a guisa di un Adone, ritengo sia improbabile.

In tal caso una spruzzata quotidiana con "Patrik forte", potrebbe profumare il bambino, "che non deve

chiedere mai!!" Dare il "Sur-prise" o "Cefischioral", (par condicio docet) vorrebbe significare che un effetto terapeutico benefico, sia una sorpresa?

E che col "fischio" il bambino potrebbe guarire?

A questo punto caro collega, fatti una flebo con soluzione "Psicologica" e forse supererai i problemi esistenziali, derivanti dallo stare "sull'orlo di una crisi di nervi"

Meduse ... che fare?

di Antonio Russo

PICCOLE EMERGENZE

I bagnanti che durante l'estate cercano divertimento e refrigerio nel nostro mare talora sono vittime di spiacevoli incontri con le meduse.

Questi organismi eleganti e inconsistenti hanno la sgradita caratteristica di rilasciare, al minimo contatto, una tossina ad effetto urticante.

Al contrario di quelle di mari lontani, le meduse del Mediterraneo (la più comune è la *Pelagia noctiluca*) si limitano a causare effetti locali (quali arrossamento, edema, bruciore, vescicole nel punto di contatto), mentre gli effetti sistemici (prurito e arrossamento generalizzati, malessere, dispnea, ipotensione) sono rari e di limitata gravità.

Tuttavia, se la dose di tossina è elevata, in assoluto o in rapporto al peso della vittima (bambini), la possibilità di effetti sistemici è più alta.

In questi casi il medico dovrà anzitutto provvedere alla valutazione del paziente secondo i classici parametri ABC e mettere in atto la rianimazione di base.

Se invece, come è la regola, si è in presenza soltanto di effetti locali, il medico dovrà attuare alcuni semplici accorgimenti per evitare di incrementare inconsapevolmente la dose di tossina inoculata dalla medusa.

Le cellule contenenti la tossina (nematociti) si trovano disposte principalmente lungo i tentacoli della medusa, in migliaia.

Ognuna di esse contiene un apparato di inoculazione ad alta pressione (nematocisti), costituito da un sacco contenente la tossina e da un filamento, simile ad un tubo.

La stimolazione chimica o meccanica di particolari cilia di cui è fornito il nematocita, attiva in millisecondi l'estroffessione del filamento che penetra con forza nella preda inoculando la tossina.

Quest'ultima causa anomalie del trasporto ionico e alterazione della membrana cellulare, e rilascio di numerosi mediatori dell'infiammazione.

Poiché i tentacoli della medusa tendono ad aderire alla preda e non tutte le nematocisti si attivano al contatto, dopo l'incidente bisogna procedere all'inattivazione delle nematocisti intatte e alla successiva rimozione di esse e degli eventuali frammenti di tentacoli:

- il lavaggio della parte colpita (se necessario) va eseguito con soluzione salina o acqua marina (mai con acqua dolce che attiva le nematocisti), senza strofinare
- irrigare ripetutamente con aceto, per inattivare le nematocisti;
- dopo l'inattivazione, rimuovere con una pinzetta dapprima eventuali tentacoli visibili e poi le nematocisti invisibili mediante applicazione di crema da barba, che va poi asportata con un rasoio o con un cucchiaino; altri usano applicare una pasta di bicarbonato e acqua che serve sia per l'inattivazione che per la rimozione delle nematocisti

Una volta provveduto all'inattivazione e rimozione delle nematocisti, il trattamento degli effetti dell'inoculazione di tossina consisterà nell'applicazione locale di crema steroidea e/o antistaminica, riservando l'uso sistemico di questi farmaci ai disturbi più severi.

Il trattamento del dolore locale indotto dalla tossina della medusa consiste tradizionalmente nell'applicazione di impacchi freddi (evitando però che l'acqua del ghiaccio che si scioglie possa venire a contatto con le nematocisti determinandone l'attivazione).

Tuttavia svariate recenti ricerche effettuate sulle lesioni causate dalle meduse dei mari delle Hawaii (la cui tossina è molto più potente di quella delle meduse mediterranee) dimostrano che l'applicazione di calore (come impacchi o docce calde) è significativamente più efficace del freddo nella riduzione del

Ogni estate i mass-media manifestano grande interesse per i problemi connessi con una diffusione sempre più rilevante degli insetti. Al di là di facili allarmismi, bisogna riconoscere che il problema esiste e non è trascurabile per i rischi della salute di noi tutti. Si possono ragionevolmente ipotizzare alcune cause.

Il clima sta evidentemente cambiando, con un incremento indubbio delle temperature medie. Inoltre nelle nostre abitazioni persistono temperature elevate anche nel corso dei mesi invernali a causa del sempre più frequente uso di "condizionatori", pompe di calore, etc. Un'altra causa è la famigerata "globalizzazione" del nostro pianeta che favorisce una vera e propria importazione di insetti dai paesi dell'Est europeo, da Paesi esotici, etc. Sono state inoltre dimostrate numerose mutazioni genetiche che permettono a svariate popolazioni di insetti di sopravvivere ad insetticidi e ad avverse condizioni ambientali.

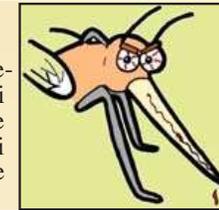
Quindi mosche, zanzare, api, vespe, zecche e calabroni rappresentano una vera e propria insidia. Le loro punture o anche dei contatti accidentali possono provocare svariate reazioni dell'organismo: flogosi, formazione di pomfi, prurito, febbri, talvolta infezioni o patologie allergiche (shock anafilattici).

Tra le patologie della pelle, nei bambini, la più importante è lo strofulo (orticaria papulosa), determinato da una sensibilizzazione che si verifica in individui predisposti ed interessa in genere soggetti dai 2 agli 8 anni. Le manifestazioni compaiono soprattutto nei mesi estivi e tendono a recidivare annualmente per parecchi anni, anche in seguito ad una sola puntura di insetto. La diagnosi differenziale va posta soprattutto nei confronti delle patologie infettive e delle intolleranze alimentari

La terapia steroidea topica può ridurre la sintomatologia. Una terapia antibiotica topica è indicata se si è verificata sovrainfezione. Gli antistaminici sono consigliabili per via generale, ma non per via locale poiché possono indurre fotosensibilizzazione.

Fra tutti gli insetti vorrei ancora una volta soffermarmi sulle zanzare.

Le zanzare del genere *Aedes* possono essere vettori di numerosi virus responsabili di meningoencefaliti e di febbri emorragiche. Nelle zone temperate, ma non nel nostro Paese, sono state segnalate sporadicamente tali patologie. Recentemente si è diffusa in Italia una zanzara di origine asiatica (*Aedes albopictus*), denominata "zanzara tigre". Essa è molto aggressiva, punge di giorno e spesso si muove assieme ad un intero sciame. Le punture provocano fastidiose reazioni locali, ma non è stata dimostrata la trasmissione



Insetti, sempre più temibili

di Angelo Milazzo

di nessuna patologia significativa. Inoltre, a tutt'oggi, la loro diffusione nelle regioni meridionali è trascurabile. Come tutte le altre zanzare, necessitano di quantità anche minime di acqua stagnante nell'ambiente per riprodursi.

Qualsiasi specie di zanzara inietta enzimi e sostanze anticoagulanti nel corso della puntura. In numerosi Paesi in via di sviluppo, le malattie trasmesse

dalle zanzare causano 3-7 mila vittime ogni giorno.

La patologia più frequente resta la malaria, trasmessa dall'anofele, zanzara che è stata eradicata dal nostro territorio da parecchi decenni. Vorrei ribadire che il problema più preoccupante è rappresentato dalle condizioni di cui beneficiano le zanzare più comuni all'interno delle nostre abitazioni. Il riscaldamento e l'assenza di antagonisti naturali determinano le condizioni per la sopravvivenza anche durante le stagioni più fredde. Alcune specie, inoltre, in seguito ad una mutazione genetica, hanno posticipato il loro periodo di letargo.

I "repellenti" agiscono formando una patina protettiva che, evaporando con il calore della pelle, determina un "odore" che disorienta la zanzara. Tra i principi più innovativi, la *Picaridina* ha dimostrato maggiore efficacia, durata e tollerabilità ed è stata commercializzata sotto forma di spray, stick, lozioni, latti. I repellenti finora più usati sono: la dietiltoluamide (Autan) e tutti i prodotti a base di citronella.

Gli insetticidi più usati sono i derivati del piretro, ma vengono segnalate resistenze sempre più frequenti. La messa al bando del DDT ha lasciato un vuoto ancora non colmato.

Le zanzariere restano sempre presidi validissimi. È stato calcolato che la lotta a questi insetti viene a costare in Italia circa 50 milioni di euro all'anno. Esistono anche insetticidi "biologici" contenenti tossine batteriche attive verso le forme larvali delle zanzare. Tra queste particolarmente promettente è una proteina estratta dal *B. thuringiensis*.

È già possibile, per una sola specie alla volta e per aree delimitate, tentare bonifiche più radicali mediante l'immissione massiccia di maschi resi sterili o con radiazioni o con manipolazioni genetiche, in modo da creare discendenze di zanzare tutte sterili.

È indubbio che alcuni individui sono particolarmente "bersagliati" da questi insetti, mentre altri vengono punti raramente. È stata attribuita importanza all'odore della pelle ed a fattori genetici. Si sta studiando su come influire anche su questi fattori.



Ritardo puberale ed ipogonadismo

di Francesco Privitera

Si parla di ritardo puberale nel maschio quando a 14 anni non si ha un volume testicolare superiore a 4 ml (orchidometro di Prader) e nella femmina quando a 13 anni non è ancora comparso il bottone mammario.

Si considera anche ritardo puberale l'eccessiva lentezza dello sviluppo e precisamente: nella femmina un tempo di passaggio dallo stadio S2 a S3 e da S3 a S4 di Tanner superiore alla media (12 mesi) e un menarca a 12,7 aa.; nel maschio un tempo di passaggio dallo stadio G2 a G3 e da G3 a G4 superiore alla media (9.5 mesi); il testicolo continua comunque a crescere di volume fino ad almeno 12 ml circa 7,5 mesi dopo lo stadio G4 di Tanner.

Diagnosi

I. Anamnesi.

Familiarità per lo stesso problema nella madre o nel padre a seconda del sesso del paziente, presenza di particolari segni clinici alla nascita (ad es. linfedemi ai piedi nella S. di Turner), l'esistenza di patologie croniche a e/o malformative a carico di vari organi (intestino, cuore, reni, polmoni), flogosi articolari e/o sistemiche, uso cronico di farmaci, attività fisica intensa (di solito agonistica), calo ponderale repentino.

2. Esame obiettivo.

Valutazione auxologica,

ricerca note dismorfiche (S. di Turner, S. di Noonan, S. di Prader-Willi, S. di Laurence-Moon-Biedl etc.), ricerca gozzo tiroideo.

3. Esami.

Rx mano e polso sin. per età scheletrica (significativo un ritardo dell'età ossea rispetto all'età cronologica > 2 anni); **emocromo + sideremia + ferritina** (stato nutrizionale); **Ves + Pcr** (sospetto M. di Crohn); **AGA + EMA + TTG + Ig seriche** (sospetta celiachia); **Ft4 + Ft3 + TSH** (ipotiroidismo).

In un secondo momento si fa il cariotipo (potrebbe essere fatto in prima battuta se ci sono fondati sospetti di sindromi); si dovrebbe tenere in considerazione anche il caso di un panipopituitarismo o deficit isolato di GH; **FSH + LH** basali nella femmina (anche il **Testosterone** nel maschio): se i valori di FSH e LH fossero elevati si fa diagnosi di **ipogonadismo ipergonadotropo**.

Se normali o bassi si fa una valutazione della secrezione gonadotropinica mediante uno dei seguenti test dinamici (da effettuarsi dopo i 12 anni di età ossea):

a) **Test con GnRh;**

b) **Test con Leuprolide;**

c) **Test con Decapeptyl.**

Dagli 8 ai 12 anni di età un aumento dell'FSH escluderebbe un ipogonadismo ipogonadotropo e deporrebbe per

un ritardo costituzionale, ma soprattutto nel caso di test al GnRh potrebbe soltanto definire il livello del difetto (ipotalamico in caso di risposta o ipofisario in caso di mancata risposta).

Comunque una risposta assente o ridotta potrebbe anche essere conseguenza di una condizione di insensibilità transitoria ipofisaria allo stimolo e quindi la diagnosi di livello sarebbe errata; **PRL**: se alta - dopo aver preso precauzioni anti stress - si completa la diagnosi con RMN ipofisaria con contrasto. Come esami strumentali possiamo elencare:

1) **l'Olfattometria** (nel sospetto di S. di Kalmann);

2) **l'Eco Pelvica** (nel sospetto di S. di Turner): nel caso di soggetto non Turner valutare se vi sono almeno 5 o 6 follicoli di diametro > a 4 mm. e un ovaio di volume > a 2 ml. in quanto indicano un avvio, anche se lento, di sviluppo puberale (corrisponde praticamente all'aumento del volume testicolare > 4 ml. del maschio);

3) **RMN o TAC Spirale** (nel sospetto di anomalie del tratto ipotalamo-ipofisario).

Terapia

La terapia ormonale viene schematizzata nella tabella seguente considerando separatamente i due sessi e le varie modalità di somministrazione.

Terapia

Femmina

Via orale

- A) Ritardo costituzionale di crescita e sviluppo puberale:
- nessun trattamento;
 - estrogeni a basso dosaggio (etinil-estradiolo 2,5 µg/die x os x 3-4 mesi) se presenti problematiche psicologiche;
- B) Ipogonadismo ipergonadotropo:
- etinil-estradiolo 2,5 µg/die x os; raddoppiare la dose ogni 6 mesi fino a regime;
- C) Ipogonadismo ipogonadotropo:
- etinil-estradiolo 5 µg/die x os; aumentare di 5 µg/die ogni 6 mesi fino a regime (30 - 50 µg/die);

Via transdermica

- 1/4 di cerotto da 25 µg (non a serbatoio) x 2 volte alla settimana - raddoppiare la dose ogni 4-6 mesi fino a regime;

Finita la crescita si fa terapia sostitutiva a basso dosaggio estrogenico (monofasico o difasico) Da recente ci sono anche associazioni precostituite di etinil-estradiolo + progestinico (35-50 µg/die + 10 mg/die) in blister da 21 cpr la cui somministrazione è seguita da 7 gg di pausa, oppure pillole a basso contenuto estroprogestinico che vengono somministrate continuamente.

Se c'è comparsa di flusso vaginale o dopo 1 anno

- etinil-estradiolo 1-21 gg x os + medrossiprogesterone 5-10 mg/die 11-21 gg x os + interruzione x 7 gg;
- in casi di scarsa compliance: etinil-estradiolo 50 µg/die x os continuativamente + progestinico per i primi 10 gg di ogni mese;

- 1/4 di cerotto da 25 µg x 2 volte la settimana 1-21 gg + progestinico 11-21 gg + interruzione x 7 gg;

- in casi di scarsa compliance: un cerotto da 50 µg settimanale continuativamente + progestinico per i primi 10 gg di ogni mese;

Nota:

non viene presa in considerazione la terapia con gonadotropine per il rischio di formazione e rottura di ciste ovariche.

Maschio

- A) Ritardo costituzionale di crescita e sviluppo puberale:
- nessun trattamento;
 - se problemi psicologici = testosterone depot 25 mg/15 gg o 50 mg/30 gg; dopo 5-6 mesi sospensione e verifica sviluppo spontaneo (se ripresa negativa → probabile ipogonadismo ipogonadotropo, quindi rivalutazione);
 - esistono anche esperienze con oxandrolone 1,24 - 2,5 mg x 6-9 mesi;
- B) Ipogonadismo ipergonadotropo:
- testosterone depot fino a 250 mg/30 gg in 2 somministrazioni quindicinali;
- C) Ipogonadismo ipogonadotropo:
- gonadotropine: HCG 2000 U.I. x 3 volte la settimana; dopo 6 mesi associare FSH 75 U.I. 2 - 3 volte la settimana. Dopo aver ottenuto un buon aumento testicolare e l'induzione della spermiogenesi (spermiogramma) si somministra testosterone depot come schema B) suddetto;

Dottore non lo pesiamo il bambino...?



Il nostro tormento quotidiano, ossessione dei nostri polmoni e delle nostre gote a palloncino, forse serve a poco sul serio. Ce lo conferma una revisione della prestigiosa Cochrane Library.

Monitoraggio della crescita dei bambini Revisione Cochrane)

Il monitoraggio della crescita consiste in misurazioni periodiche volte a verificare se vi siano anomalie nello sviluppo e, nel caso in cui queste fossero presenti, nell'intervenire adeguatamente. Poiché questa è una pratica molto diffusa nel mondo, abbiamo cercato di valutarne i benefici e gli aspetti negativi. La rassegna si propone di verificare gli effetti che il monitoraggio della crescita può avere sul bambino:

- rispetto alla prevenzione della mortalità, delle malattie o della malnutrizione e alle indicazioni relative alle cure mediche, e gli effetti sulla

- madre
- in merito alle conoscenze nutrizionali, all'ansia o alla rassicurazione sulla salute del bambino e al grado di soddisfazione nei confronti dei servizi.

Risultati: Sono stati inclusi 2 studi, entrambi condotti in paesi in via di sviluppo. Uno degli studi, con il quale si è valutato lo stato nutrizionale di 500 bambini e dopo 30 mesi di rilievi, non ha rilevato differenze tra quelli inseriti nel gruppo in cui veniva controllata la crescita e gli altri per cui non si svolgeva il monitoraggio.

L'altro studio ha valutato

se la consulenza fosse in grado di migliorare le conoscenze delle madri sull'andamento della crescita e ha ottenuto risultati positivi.

Conclusioni: Data la diffusione di tale pratica nel mondo e gli investimenti che comporta, sorprende la scarsità degli studi in merito. **Commento: Speriamo che gli ulteriori studi non confermino che il nostro ruolo è solo quello di neuropsichiatra della maternità!!!**

Panpanich R, Garner P. Growth monitoring in children (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.

Mamma mia ...il cortisone!!



Ci capita tutti i giorni di imbarbarci nell'opportunità di somministrare il cortisone per qualche patologia

“seria” e troppo spesso alla nostra perplessità fa subito eco il grido di dolore delle nostre accorate mamme. Ecco a Noi tutti un “aiutino”.

Obiettivo:

Lo studio è stato condotto per valutare l'effetto a breve e medio termine della somministrazione di glucocorticoidi orali per breve tempo nella terapia dell'asma bronchiale.

Metodo:

Sono stati arruolati un totale di 73 bambini tra i 2 e i 17 anni di cui 48 si erano presentati al reparto di emergenza (ED) dell'Ospedale dei Bambini di Montreal per

asma acuto. Tutti quelli sottoposti allo studio dovevano aver sofferto di almeno tre episodi asmatici nell'ultimo anno e avevano dovuto praticare anche in precedenza solamente terapia steroidea esclusiva per un periodo di tempo compreso tra i 2 e i 5 giorni. 35 erano soggetti non trattati e quindi considerati “non esposti” servivano da controllo.

Sono stati valutati a distanza di un mese dall'ultima terapia steroidea i seguenti parametri: Calcemia - Fosforemia - Fosfatasi alcalina - Densità ossea - Cortisolemia basale e Cortisolemia dopo stimolo con ACTH.

Risultati:

Ai controlli gli AA. non rilevarono differenze significative tra il gruppo dei trattati

e quelli dei “non esposti” in nessuno dei parametri esaminati.

Conclusioni:

Gli AA. confermano che dal loro studio emerge che brevi terapie corticosteroidi anche se ripetute nel tempo non determinano effetti collaterali significativi nel breve e nel medio termine; non si sentono, peraltro di escludere che questi possano verificarsi nel lungo termine.

Commento:

Per ora possiamo tranquillizzare le mamme ...colte e attente... e noi dormire sonni meno colpevoli.

Safety Profile of Frequent Short Courses of Oral Glucocorticoids in Acute Pediatric Asthma: Impact on Bone Metabolism, Bone Density, and Adrenal Function. Ducharme FM, Chabot G, Polychronakos C, Glorieux F, Mazer B. *Pediatrics*. 2003;111(2):376-383

