



NOTE DI CULTURA PER IL PEDIATRA

Paiδós

a cura dell'A.C.P. Paidos di Catania

Il corso di formazione per il pediatra 2000-2001

Tutti gli appuntamenti

La diagnosi
di epatite C

Il vaccino
antinfluenzale

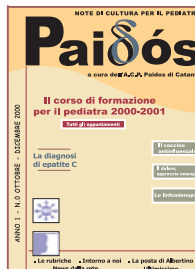
Il dolore,
approccio omeopatico

Le linfadenopatie



ANNO 1 - N.0 OTTOBRE - DICEMBRE 2000

. Le rubriche . Intorno a noi . La posta di Albertino
. News dalla rete . Ultimissime



Coordinatore
Alberto Fischer

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

Responsabile di redazione
Antonino Gulino
Gaetano Bottaro

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

Collaboratori
Maria Rita Allegra
Daniela Ginex
Corrado Micale
Angelo Milazzo

EDITORIALE

La solitudine del pediatra

DI ALBERTO FISCHER

Parafrasando il titolo di un giallo di Montalban, vorrei riportare l'attenzione del lettore su uno dei tanti problemi che affliggono il pdf nel quotidiano incedere del suo lavoro in difesa della salute dei piccoli che gli sono affidati. Un editoriale di Panizon, apparso su M&B del giugno 2000 mi ha regalato qualche spunto di riflessione. Nell' editoriale Panizon avanza dubbi sull'efficacia della formazione continua, non perché questa sia povera di meriti contenutistici, ma perché la pletera dei corsi crea di fatto in buona parte di noi pediatri confusione e insicurezza. Egli sostiene che i pediatri sanno forse troppo, "ma spesso non possiedono sui pochi argomenti che costituiscono il pane ed il sale del loro mestiere, la sicurezza, l'autorità e l'autonomia necessarie". E' condivisibile questa diagnosi? Ritengo che possa essere considerata veritiera, almeno per una parte non piccola di pediatri. Riflessi si hanno nella ripetitività e ricorrenza in Forum di quesiti, o nelle polemiche sull'aria o nell'incertezza da più parti rilevata nelle scelte o nei rapporti con la famiglia. Due, a parer mio, sono i motivi principali. Uno è il distacco, spesso non indolore, dal sicuro alveo dell'università, e il confronto con una realtà quotidiana distante anni luce dagli insegnamenti universitari. Questa realtà quotidiana, a cui spesso il pediatra è impreparato, è fatta da problematiche sociali, piccole patologie, da vecchie culture con costante richiesta di medicalizzazione delle problematiche da condizionamenti sia dei nuclei familiari che da parte delle ditte farmaceutiche, che dalle stesse professioni (se non lo faccio io lo farà il prof. Tizio). L'impatto può esser tale da creare insicurezza anche quando la nostra esperienza si va via via fortificando. Il secondo fattore è quello dell'eccesso di offerte di corsi formativi, convegni, incontri non sempre coordinati, spesso contraddittori nei contenuti, alle volte scimmiotteggianti quelli universitari, senza che vengano poste in essere verifiche sul campo. Ciò determina isolamento e insicurezza tanto più elevata quanto più è l'aspettativa di sicurezza in rapporto alle infinite possibilità formative. Si può ovviare a tale fenomeno operando collettivamente, a gruppi, e nella fase di apprendimento e nella fase di verifica sul campo, in modo da costruire linee guida a cui uniformare il proprio operato. V'è inoltre una necessità di coordinare meglio i corsi formativi, riducendoli di numero e costruendoli su effettive necessità evitando mistificanti teatrini per transfughi universitari o che le nuove normative veronesiane ingolfino di provider il nostro universo docimologico. La nostra parola d'ordine deve essere: lavoriamo in gruppo ed evitiamo di esser trasformati in clienti di supermercato, almeno nella nostra professione.

SOMMARIO

- 3 La solitudine del pediatra
- 4 Il vaccino antinfluenzale
- 6 La diagnosi di epatite C
- 8 La medicina alternativa
- 8 Il dolore, approccio omeopatico
- 9 Chamomilla vulgaris
- 10 Corso di formazione pediatrica
Tutti gli appuntamenti
- 12 Le linfoadenopatie
- 13 Le reazioni agli alimenti
- RUBRICHE**
- 14 Un pediatra al cinema
- 14 L'angolo della poesia
- 15 La posta di Albertino

NEWS DALLA RETE

- 17 L'eruzione dentaria
- 17 Il vaccino antipneumococco

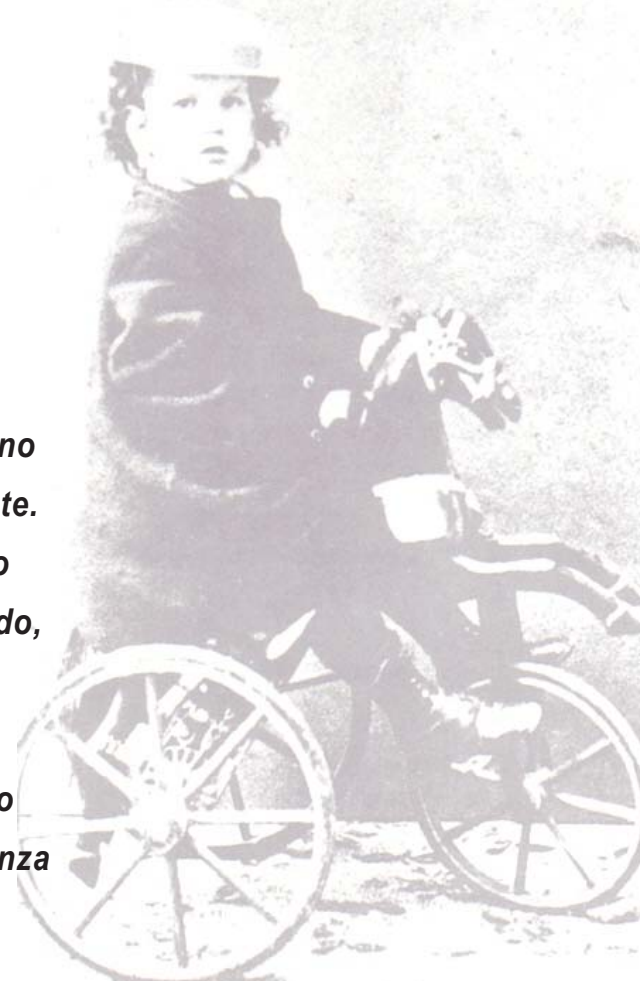
INTORNO A NOI

- 17 Unità operativa di neonatologia

ULTIMISSIME

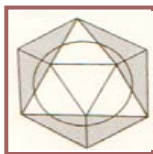
- 18 Thiomersal e vaccini

**Già pronto
il nuovo
prodotto
2000-2001.
I soggetti
che ne
beneficeranno
gratuitamente.
Come usarlo
e in che modo,
anche
nelle donne
che allattano
e in gravidanza**



Il vaccino antinfluenzale

di ANGELO MILAZZO



La prevenzione dell'influenza rientra tra gli obiettivi di salute indicati dal Piano Sanitario Nazionale e il ruolo del Pediatra di famiglia viene considerato, anche in questo caso, essenziale.

L'influenza rappresenta tutt'ora la terza causa di morte per patologia infettiva, preceduta soltanto da AIDS e da tubercolosi.

4

Composizione del vaccino.

In conformità con le raccomandazioni dell'OMS per l'emisfero settentrionale, il vaccino antinfluenzale 2000-2001 sarà un vaccino trivalente contenente i seguenti antigeni:

- antigene analogo al ceppo A/Mosca/10/99;
- antigene analogo al ceppo A/Nuova Caledonia/20/99;
- antigene analogo al ceppo B/Beijing/184/93.

Le quantità antigeniche standardizzate per ciascun ceppo dovranno contenere una quantità di emoagglutinina pari a 15 microgrammi.

Il primo tipo di antigene viene indicato con la sigla H3N2, il secondo con H1N1.

La vaccinazione rimane il mezzo migliore per prevenire l'influenza. Per quanto riguarda l'età evolutiva, le categorie di soggetti cui i servizi territoriali dovranno

offrire gratuitamente la vaccinazione antinfluenzale sono coloro affetti da:

- malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio, circolatorio, uropoietico;
- malattie degli organi emopoietici;
- diabete e altre malattie dismetaboliche;
- sindromi da malassorbimento intestinale;
- fibrosi cistica;
- altre malattie congenite o acquisite che comportino carenza di produzione di anticorpi;
- patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici;
- bambini reumatici soggetti a ripetuti episodi di patologia disreattiva.

Raccomandazione sull'impiego.

Sono disponibili i vaccini a base di virus interi inattivati e vaccini

sub-virionici, con o senza adiuvanti.

I vaccini sub-virionici possono a loro volta presentarsi sotto forma di:

-split-virus vaccini, costituiti da particelle virali frammentate e purificate;

-sub-unit vaccini, contenenti soltanto gli antigeni di superficie e m o a g g l u t i n i n a e neuroaminidasi.

Questi ultimi sono da preferire per l'immunizzazione dei bambini.

I vaccini antinfluenzali non possono ovviamente essere responsabili di infezioni, non contenendo virus attenuati.

Possono pertanto essere usati nelle donne che allattano e durante lo stato di gravidanza.

Non dovrebbero essere somministrati a persone con ipersensibilità dimostrata e significativa alle proteine dell'uovo o ad altri componenti del vaccino.

Dosaggio e modalità di somministrazione

Ferme restando le indicazioni contenute negli stampati dei singoli prodotti autorizzati in Italia, lo schema raccomandato per la vaccinazione antinfluenzale è il seguente:

ETA'	VACCINO	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE
6-36 mesi	split o sub-unità	½ dose (0,25 ml) ripetuta dopo almeno 4 settimane
3-12 anni	split o sub-unità	1 dose(0,50 ml) ripetuta dopo almeno 4 settimane
oltre 12 anni	intero, split o sub-unità	1 dose (0,50 ml)

Per i bambini al di sotto dei 12 anni, mai vaccinati in precedenza, si raccomanda la somministrazione di due dosi, appropriate per l'età, a distanza di almeno 4 settimane. Il periodo ottimale per l'avvio delle campagne di vaccinazione va dalla metà di ottobre fino alla fine di novembre. Il vaccino antinfluenzale va somministrato per via intramuscolare ed è raccomandata l'inoculazione nel deltoide per tutti i soggetti di età superiore a 12 anni e nella zona antero-laterale della coscia nei bambini e nei lattanti di età superiore a 6 mesi. Può essere somministrato contemporaneamente ad altri vaccini, utilizzando sedi corporee e siringhe diverse. Il vaccino deve essere conservato a temperature comprese tra +2 e +8 C°. La vaccinazione deve essere rinviata in caso di manifestazioni febbrili in atto. Viceversa le affezioni minori delle prime vie aeree non controindicano in nessun caso la somministrazione del vaccino.

5

Il virus dell'epatite C, costituito da una molecola di RNA lineare ad elica singola, della famiglia dei Flaviviridae, genere Hepacivirus, è stato identificato nel 1989, ed è stato riconosciuto essere il principale responsabile delle epatiti che venivano precedentemente definite non A-non-B.

Sono stati sviluppati tre generazioni di test, ciascuna delle quali ha portato ad un progressivo miglioramento della sensibilità. I test di terza generazione (ELISA-3 e RIBA-3) contengono antigeni derivati dal core e dalle regioni non strutturali NS3, NS4 e NS5 dell'HCV.

Lo schema 1 identifica a quali antigeni si riferiscono i test Elisa (EIA) e Riba rispettivamente la loro sensibilità.

Test sierologici

Naturalmente l'analisi quantitativa e qualitativa degli anticorpi anti-HCV non dà informazioni in quella particolare fase detta "finestra" (periodo di circa 60 giorni, che intercorre tra comparsa del virus-C e la positività di anti-HCV), in cui pur essendo presente il virus, ancora non si è avuta la sieroconversione. È importante, inoltre, sottolineare che i test EIA consentono di identificare anticorpi sia di classe

I test di terza generazione

La diagnosi di epatite C

di VITO MARLETTA

concettualmente simile all' HBV-DNA del virus dell' epatite B. Tale test viene eseguito con metodiche (vedi Schema 2).

- quantitative
- qualitative
- di genotipo e
- di sierotipo.

IgG, che di classe IgM, mentre l'immunoblotting (RIBA) pur essendo più sensibile, svela la presenza della sola classe IgG e quindi può dare risultati falsamente negativi nello stato iniziale dell'infezione.

Test molecolari

Per stabilire invece il grado di replicazione virale, e quindi il grado di attività dell'infezione, viene misurata nel sangue la quantità di genoma del virus tramite HCV-RNA,

HCV-RNA

1- Pazienti anti HCV negativi
 ■ Immunocompromessi con transaminasi elevate: la comparsa di anti-HCV può essere ritardata o addirittura assente;

Schema 1 TEST SIEROLOGICO						
TEST	EIA I	RIBA I	EIA II	RIBA II	EIA III	RIBA III
Sensibilità	70-80%	85-95%	92-95%	97-98%	97%	99,8-99%
Antigeni Saggiati	C-100	C-100	C-100	C-100	C-100	C-100
			C22	C22	C22	C22
			C33	C33	C33	C33
					C200	
		5-1-1	5-1-1	5-1-1	5-1-1	5-1-1
					NS5	NS5
						C-100P
						C22P

Schema 2 TEST MOLECOLARI Costi HCV-RNA	
Metodo	Costo/test
PCR competitiva (Amplicor-Monitor ROCHE)	L. 200.000
Branched DNA (Quantiplex-Chiron)	L. 280.000
Diluizione (in house PCR)	Variabile

■ Presenza di crioglobulinemia mista essenziale: patologia associata spesso ad infezione da HCV con

concentrazione degli anticorpi nel crioprecipitato;
 ■ Epatite acuta ad eziologia sconosciuta:

infezione da HCV con anticorpi non ancora dimostrabili.
 2- Pazienti anti-HCV positivi:
 ■ Presenza di transaminasi costantemente normali: possibile infezione pregressa HCV-RNA negativa;
 ■ Figli di madre HCV positiva: nel corso del primo anno di vita l'infe-

Quali test utilizzare e quando utilizzarli

Comportamento diagnostico nel sospetto di EPATITE C						
Segni clinici	Alt	Anti HCV (Elisa)	Anti HCV (RIBA)	HCV Rna	Interpretazione	Effettuare
negativi	aumentate	negativi			no Epatite C	
negativi	aumentate	positivi			Epatite C	HCV Rna
negativi	normali	positivi	positivi negativi non determinabili		sosp.Epatite C Epatite C falso positivo sosp. Epatite C	Anti HCV(RIBA) HCV Rna caso chiuso effettuare HCV Rna ripetere dopo 6mesi
presenti di epatite	aumentate	negativi	negativi	negativi positivi	Epatite C iniziale no Epatite C	
diversi*		negativi	negativi	positivi	Epatite C sieronegativa	
neonati di madre con HCV				positivi(2volte con PCR) negativi (2v con PCR)dopo i 6mesi	Epatite C no Epatite C	
		positivi dopo i 18mesi negativi dopo i 18mesi	positivi dopo i 18mesi negativi dopo i 18mesi		Epatite C no Epatite C	

*immunocompressi-crioglobulinemia

zione da HCV può essere evidenziata solo mediante determinazione di HCV-RNA;

■ Controllo della terapia con INF:
 possibile negativizzazione della viremia.

3- Pazienti con biopsia epatica dubbia:

- RIBA indeterminato;
- Risultati discordanti al test ELISA.

La determinazione dell'HCV-RNA mediante reazione polimerasica a

catena (PCR) fornisce l'evidenza di una attiva repliazione virale. Il livello ottimale di sensibilità di questo test dovrebbe essere di circa 100 copie di HCV-RNA per millilitro di plasma o siero.

Genotipizzazione e quantizzazione dell'HCV-RNA

Sono raccomandati solo

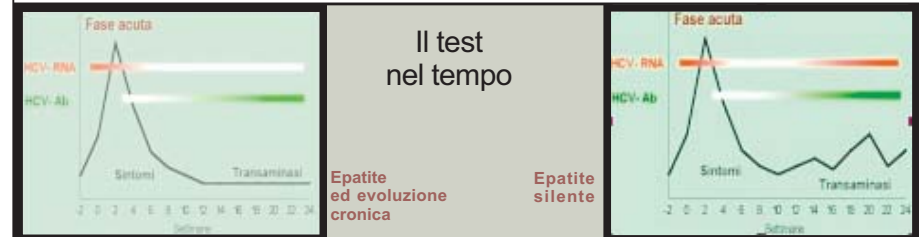
nella prospettiva di un trattamento antivirale - risulta assolutamente inutile ripetere il test ELISA o RIBA una volta che la diagnosi di epatite C sia stata formulata; - il test HCV-RNA qualitativo, una volta definita la diagnosi, non deve essere più ripetuto se non nell'ambito di un eventuale approccio terapeutico; - l'esecuzione di test per l'HCV-RNA quantitativo

e per il genotipo virale è indicata solo prima di un eventuale approccio terapeutico.

Epatite C e Pediatria

-Se la madre è coinfecta da HIV il rischio oscilla, a seconda delle casistiche dallo 0 al 40%.

- Se la madre è infetta solo da HCV, il rischio di contagio per via verticale oscilla dallo 0 al 23%.



Il test nel tempo

Epatite ed evoluzione cronica

Epatite silente

Epatite C e Pediatria

Per questa seconda categoria di madri, si segnala che soltanto 3 studi su 11 pubblicati in letteratura riportavano tassi di infezione superiore al 10%.

■ **Il lattante viene ritenuto infetto in presenza di una delle seguenti condizioni:**
- presenza nel siero di HCV-RNA valutato mediante la polymerase chain reaction (PCR) in due o più occasioni separate;

- positività degli anticorpi anti-HCV all'età di 18 mesi o successivamente;
- evidenza di sieroconversione ad anti-HCV (sieronegativizzazione seguita da ricomparsa di sieropositività oppure modificazioni del RIBA test nel senso di comparsa di bande prima negative).

■ **Il lattante viene ritenuto non infetto in presenza di una delle seguenti condizioni:**

- assenza dell'HCV-RNA nel siero (valutato mediante PCR) in almeno 2 determinazioni a partire dall'età di 6 mesi (risultati negativi prima dei 6 mesi sono ritenuti insufficienti per considerare il lattante non infetto da HCV);
- persistente negatività degli anti-HCV sierici dopo i 18 mesi di età.

La quasi totalità degli studi ha riportato che il contagio non si verifica mai (o quasi mai) se la madre non ha HCV-RNA nel siero. E' utile sottolineare che una singola determinazione

dell'HCV-RNA può essere falsamente negativa se il campione ematico non è stato conservato adeguatamente (l'RNA si degrada facilmente a temperatura ambiente).

Inoltre è possibile che queste donne abbiano avuto una viremia intermittente e che il contagio si sia verificato in fase di viremia positiva. In uno studio italiano è stato descritto un rischio di contagio cinque volte più basso nei bambini nati da taglio cesareo rispetto a quelli partoriti per via naturale. Altri studi non hanno confermato questo potenziale vantaggio del taglio cesareo. Anche se HCV-RNA è stato ritrovato nel 15% circa dei campioni di latte o colostro appartenenti a madri con epatite C, la grande maggioranza degli studi ha riportato che l'allattamento al seno non aumenta il rischio di trasmissione dell'infezione da HCV. Per cui, anche in base alle raccomandazioni dell'Accademia Americana di Pediatria,

l'allattamento al seno non va sconsigliato alla madre infetta da HCV.

Un'altra argomentazione che viene portata a sostegno dell'innocuità del latte materno e della scarsa utilità del taglio cesareo è basata sul fatto che in circa la metà dei casi di trasmissione verticale da HCV, l'infezione avviene già durante la vita intrauterina.

Uno spazio aperto a tutti

La medicina Alternativa

di PIPPO SPITALERI

Medicina alternativa, tema oggi attuale per sostenitori e oppositori, trova un posto stabile in un giornale di informazione e aggiornamento per il Pediatra. La rubrica non vuole essere un monopolio del Responsabile o degli addetti ai lavori bensì un campo aperto a tutti per dare il proprio contributo, per chiedere conoscenze, per scambio di idee. Scopo del Pediatra è quello di aiutare a crescere, nel migliore dei modi, i bambini a lui affidati. La ricerca di una terapia non dannosa, (primum non nocere) e la costante valutazione tra "costi (non economici) ma effetti collaterali e benefici" sono due punti da tenere sempre presenti. Dice Grandgeorge, pediatra e omeopata francese: sulla terra regna la dualità e si trova questa dualità anche nella Medicina: il lato destro corrisponde all'allopattia e quello sinistro alla medicina "dolce", dunque l'omeopatia.

Il medico deve avere la possibilità di utilizzare l'uno o l'altro a seconda dei casi.

La mano destra, a pugno chiuso, è fatta per colpire e la sinistra, a palmo aperto, per accarezzare. Se si può accarezzare è meglio, ma talora è necessario colpire.

In questo numero ospitiamo volentieri il collega Corrado Micale, Pediatra, da molti anni studioso e operatore in campo omeopatico.

Il dolore, approccio omeopatico

di CORRADO MICALE

Come è stato scritto dal collega ed amico Salvatore Spitaleri, nel numero precedente, la medicina omeopatica è un sistema di cure mediche fondato dal Dr S. Hahnemann, rinomato medico tedesco (1755-1843).

Essa si basa sul principio che il simile cura il simile.

Ciò significa che un medicamento, capace di produrre determinati effetti in un soggetto sano, può curare effetti

simili in un soggetto malato.

All'inizio, i rimedi utilizzati sono testati su volontari sani (sperimentatori) per provocare in essi i sintomi che tali rimedi possono produrre.

I sintomi manifestati dagli sperimentatori per ogni singolo rimedio sono registrati minuziosamente e il loro insieme costituisce la Materia Medica Omeopatia. I sintomi del malato vengono poi confrontati con quelli riportati per i vari

rimedi della Materia Medica al fine di determinare quale singolo rimedio produca il quadro sintomatologico più simile a quello del paziente (il simile cura il simile). Gli esperimenti scientifici sull'uomo sano, chiamati Proovings, condotti da Hahnemann lo indirizzarono verso un procedimento di preparazione del rimedio che prevedeva un processo di diluizione e di succussione (dinamizzazione).

Questo metodo di preparazione imprime al farmaco una estrema potenza e allo stesso tempo elimina gli effetti tossici della sostanza grezza. Attualmente nessuno è riuscito a spiegare in modo soddisfacente come agiscano medicamenti così diluiti; ricerche scientifiche in questo ambito sono in corso anche a Catania grazie alla collaborazione fra alcuni

ricercatori dell'Università di Catania ed il Centro di Medicina Omeopatica T.P. Pascherò di Catania. La pratica dell'omeopatia porta il medico a considerare l'organismo umano come qualcosa di più che una somma di componenti. I medici dell'antichità erano consapevoli del potere naturale dell'organismo di controllare la malattia e coniarono a proposito l'espressione "Vis Medicatrix Naturae" (potere curativo della natura). Questa capacità è una funzione insita nell'uomo ed è Hahnemann che la designa infatti con il termine di "Forza Vitale".

La malattia rappresenta un disturbo di tale forza; la medicina omeopatica, mirando a riequilibrare la forza vitale disturbata, incrementa la capacità dell'organismo di curare se stesso.

Il suo scopo non è eliminare i sintomi che affliggono le singole parti, ma è trattare la causa e ristabilire la salute. Nell'omeopatia, i sintomi sono il riflesso di un disturbo della forza vitale.

Un altro principio fondamentale dell'omeopatia è che il paziente va trattato nella sua totalità, tenendo conto anche della sua individualità. In omeopatia non esiste una medicina specifica per una particolare malattia, ma esiste invece una medicina per il paziente afflitto da quella specifica malattia.

Per l'omeopata, la conoscenza dell'anatomia, della fisiologia, della farmacologia, della chirurgia, della ginecologia, ecc. sono necessarie ai fini dell'esame del paziente e della determinazione della diagnosi. Ciò permette di conoscere il decorso naturale della malattia e di gestire in

modo appropriato il caso. Ma il suo compito più importante è comprendere appieno e in modo corretto le caratteristiche individuali di ogni paziente per poter scegliere il giusto rimedio. In Omeopatia non si può descrivere un sintomo, come il dolore, separandolo dal paziente.

Adesso descriverò un rimedio che spesso viene utilizzato in situazioni dolorifiche, così da mostrare le modalità prescrittive della Medicina Omeopatica. Il rimedio che seguirà ha molte indicazioni pediatriche, ma consiglio ai colleghi che leggeranno questo articolo di non cimentarsi in facili prescrizioni, perché prima di arrivare a ciò è necessaria una diagnosi di rimedio e questa si ottiene con una accurata raccolta anamnestica ed una diagnosi differenziale.

E' adoperato come rimedio contro molte malattie

Chamomilla vulgaris

relazione all'orario, al tempo ed ai luoghi.

Il soggetto Chamomilla è sempre irritato nel senso che presenta iperestesia sensoria ed ipereccitabilità fisica e motoria. Il malato Cham, infatti, grida, urla, si dibatte, invoca la morte a gran voce, tutto questo per delle sofferenze che la maggior parte delle persone sopportano senza tanta reattività, come ad es. un mal di denti. Inoltre è capriccioso, brontolone e di cattivo umore. Si capisce come un soggetto simile sarà aggravato dal caffè e talvolta anche dal tabacco. Cham è indicata in tutti i casi in cui il dolore è insopportabile, sia per l'acutezza, sia, a maggior ragione, per l'iperestesia del soggetto e in qualsiasi parte del corpo sia localizzato e qualunque sia il suo nome: nevralgia, nevrite, periartrite, ecc. L'irritabilità che caratterizza questi soggetti è nei nervi piuttosto che nella mente, provocando una reazione oltremodo forte agli stimoli come se i nervi stessi fossero a fior di pelle. Sebbene possa essere usato per disturbi profondi e cronici, Chamomilla è più spesso usata come rimedio delle malattie acute in età pediatrica. Il bambino Chamomilla è capriccioso, sempre scontento, mai soddisfatto. Per esempio desidera un giocattolo e lo getta via appena lo ha ottenuto; ne reclama subito un altro che subisce la stessa sorte. Il nostro bambino Chamomilla presenta questa importantissima caratteristica: grida, si dibatte ma si calma immediatamente non appena lo si prende in braccio e lo si porta in automobile, deve essere portato in braccio piange con rabbia se viene messo giù e i

"Non si deve mai usare Chamomilla nei malati che sopportano il dolore con pazienza e rassegnazione" (Hahnemann).

genitori devono camminare avanti e indietro per calmarlo. Chamomilla è il migliore rimedio nei disturbi della dentizione; non solo per il dolore, ma per tutti i disturbi che a volte si accompagnano come la diarrea, la tosse e l'irritabilità. Nella materia medica omeopatica i rimedi sono descritti iniziando dai sintomi che riguardano la mente, la testa, il collo, il torace, l'addome ecc., dopo i sintomi generali cioè quello che riguarda le reazioni di aggravamento o di miglioramento in

Mentale: Rabbia. Grande irritabilità (sia adulti che bambini). Capriccioso. Anormalmente sensibile al dolore. Paura del vento. Avversione ad essere toccato. Migliorato quando viene cullato o portato in auto.

Testa: Otite media acuta o cronica. Dolore auricolare peggiorato quando viene toccato, peggiorato dal vento. Calore al volto con sudorazione calda.

Dentizioni dolorosa e difficile. Mal di denti che: aggravato dal caffè, cose calde e dalla rabbia; migliorato da bevande fredde.

Gastrointestinale: Diarrea durante la dentizione. Feci dall'aspetto di erba tagliata o spinaci. Dolore addominale a tipo colica < quando viene toccato ed è > quando viene cullato. Sete di bevande fredde. **Sonno:** Sonno irrequieto, si sveglia spesso. Piange nel sonno.

Indicazioni cliniche: Asma, coliche, dentizione, dismenorrea, disturbi del comportamento, febbre, mal di denti, nevralgia, otite media, sindrome premenstruale, tosse. Questa breve descrizione vuol dare solo un'idea delle applicazioni che il rimedio omeopatico può avere.

C.M.

SCHEMA RAPIDO DEI TEST DIAGNOSTICI NELLA EPATITE C

Interpretazione	Test ELISA	Test RIBA	HCV-RNA	Transaminasi
Epatite Cronica	+	+	+	Alterate
Infezione asintomatica	+	+	+	Normali
Infezione pregressa	+	+/-	-	Normali
Falsa positività	+	-	-	Normali

Le convulsioni

(Dicembre /2000)

Obiettivo primario:

Formulare linea guida comune per il trattamento delle convulsioni febbrili in accordo a quanto emerge oggi dalla letteratura più aggiornata.

Obiettivo secondario:

Saper interpretare in maniera corretta la refertazione dell'EEG fatta da neurologi pediatri.

Obiettivo secondario:

Saper interpretare correttamente le indicazioni terapeutiche del trattamento di alcune delle patologie convulsivanti in epoca infantile.

- Il pediatra di fronte alla convulsione: indagine sul territorio
- L'emergenza convulsione
- Convulsione e evidence based medicine

Atelier di studio:

EEG e analisi sui farmaci di più comune impiego negli stati convulsivi

Alimentazione

(Gennaio 2001)

Obiettivo primario: Formulare una linea guida per l'introduzione graduale di alimenti nel corso dei primi due anni di vita

Obiettivo secondario: Formulare linee guida per i più frequenti disturbi dell'alimentazione

○ L'alimentazione del bambino sano e malato: i comportamenti del Pdf

○ Tutto quello che c'è da sapere su ... l'alimentazione del bambino

Atelier: Analisi composizione latti
Analisi alcuni farmaci in uso in gastroenterologia

Corso di formazione permanente per il pediatra

La formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva alla laurea e alla specializzazione ed è diretta ad adeguare per tutto l'arco della propria attività le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche ed i comportamenti dei pediatri in relazione al progresso scientifico.

La necessità di raggiungere obiettivi formativi e professionali omogenei per tutti i pediatri qualunque sia la loro sede operativa ha spinto l'ACP-PAIDOS anche per l'anno 2000-2001 ad organizzare un corso di formazione avente per oggetto argomenti di frequente riscontro nella pratica quotidiana di ciascun pediatra, così come emerso dall'analisi dei bisogni effettuata sui pediatri afferenti alla nostra associazione. Obiettivi fondamentali sono garantire l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza prestata al bambino ed alla sua famiglia, in concordanza a quanto previsto dai piani sanitari nazionale e regionale, nonché dal DL 229/99. La metodologia del corso prevede il coinvolgimento di tutte le figure professionali della pediatria: il pediatra universitario, il pediatra ospedaliero, il pediatra di famiglia; con l'obiettivo di elaborare linee guida e relativi percorsi diagnostico-terapeutici, allo scopo di ottenere un'uniformità nei comportamenti e una sinergia di azione sul bambino.



A.C.P. PAIDOS 2000-2001

La metodologia

I temi verranno affrontati da docenti di contenuto con lezione frontale e con l'ausilio della strumentazione e del materiale didattico più confacente alla tipologia della lezione. E' prevista l'applicazione pratica attraverso la suddivisione dei discenti in piccoli gruppi, per atelier di approfondimento, assistiti da animatori di formazione iscritti all'albo regionale degli animatori di formazione, come previsto all'art. 8 del DPR 272/00. La verifica sarà attuata attraverso un pre-test, riproposto alla fine della giornata di corso come post-test. A ciascuna giornata del corso sarà presente il Direttore Scientifico che in seduta plenaria procederà all'analisi del corso di aggiornamento e verificherà il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Previsti crediti formativi

Direttore Scientifico del Corso Formativo: Prof. G. Bartolozzi

Il bambino asmatico

(Febbraio 2001)

Obiettivo primario: Formulare linee guida per il trattamento dell'asma acuto e di quello cronico in epoca infantile

Obiettivo secondario: Conoscere e saper utilizzare i farmaci oggi disponibili per il trattamento dell'asma.

Obiettivo secondario: Saper attivare un adeguato iter diagnostico nei confronti di un asma cronico.

○ Il bambino con wheezing: atteggiamento attuale diagnostico-terapeutico del pdf

○ Nuove acquisizioni in tema di asma infantile

Atelier: L'aerosolterapia

Leggere un tracciato spirometrico

I test diagnostici

Il bambino con disturbi intestinali

(Marzo 2001)

Obiettivo primario: Formulare una linea-guida per le gastroenteriti acute.

Obiettivo secondario: Saper riconoscere e trattare i disturbi della motilità intestinale

○ Vomito, diarrea, dar: il comportamento diagnostico-terapeutico del pdf

○ Dismotilità intestinale: rilievi nella letteratura recente

Atelier: Lettura di un tracciato phmetrico

Farmacologia dei farmaci di maggior utilizzo in turbe gastrointestinali

Il bambino con infezione delle vie urinarie (IVU)

(Aprile 2001)

Obiettivo primario: Formulare una linea guida per le IVU in epoca pediatrica

Obiettivo secondario: Conoscere le metodologie più recenti per lo studio delle IVU

○ Approccio attuale delle IVU in ambiente non ospedaliero.

○ Recenti acquisizioni nell'ambito della patologia nefrourologica del bambino

Atelier: Interpretazione referti ecografici in epoca neonatale
Analisi di un esame urinario

Focus dermatologico

(Giugno 2001)

Obiettivo primario: Formulare linee guida nella diagnostica e nel trattamento dell'eczema infantile

Obiettivo secondario: Conoscere ed individuare caratteristiche cliniche degli esantemi infantili per una adeguata diagnostica.

○ L'esperienza del pdf di fronte alle patologie infiammatorie della cute

○ Aggiornamento sulla diagnostica e terapia delle più comuni patologie infiammatorie della cute

Atelier: Esantemi infantili
Analisi dei prodotti topici in dermatologia pediatrica

Quando e come l'ecografia può essere utile nella diagnosi differenziale delle linfadenopatie

Ultimamente i Colleghi Chirurghi Pediatri, quando consultati per una linfadenite, tendono a richiedere con frequenza l'ecografia.

1. C'è un razionale - a me ignoto - in ciò?
2. Quale criterio diagnostico migliorativo da tale indagine?
3. Quali sono - eventualmente - i criteri che devono indirizzare alla richiesta di un accertamento ecografico in caso di linfadenite, adenomegalia?



Quelle ghiandole sul collo sempre gonfie...

di SALVO BONFORTE

Ecco un interessante quesito posto da un collega di Trento sul forum di Pediatria on line; mi è sembrato utile riportarlo come spunto di discussione, sia perché i dubbi sollevati dal collega sono gli stessi che abbiamo tutti in ambulatorio di fronte ad una tumefazione che clinicamente sembrerebbe una linfoghiandola, sia per la discreta frequenza del problema.

Lo studio ecografico dei linfonodi, in mani esperte, riesce a dare un contributo se non essenziale sicuramente utile ai fini diagnostici, soprattutto in quei casi di linfadenite con segni semeiologici dubbi.

E' chiaro che di fronte ad un linfonodo ingrandito-reperito particolarmente frequente in pediatria-non è il caso si richiede subito una ecografia; ma, nel caso in cui il linfonodo abbia dimensioni superiori al 1,5 di diametro e non risponda a 7-10 gg. di terapia, l'esame ecografico va eseguito, assieme ad altre indagini di laboratorio.

Il prof. Panizon scriveva nel '96 nella sua "revisione della linfadenopatie del bambino" che un linfonodo va considerato ingrandito se il suo diametro maggiore è superiore a 15 mm. in sede inguinale, a 10 mm. in sede cervicale e a 5 mm. in sede epirocicale.

Con l'ecografia, innanzitutto, potremo avere la conferma nel

nostro sospetto che si tratti di una linfoghiandola stabilire se la tumefazione coinvolge uno o più linfonodi. I linfonodi "normali" non sono riconoscibili ecograficamente; qualsiasi struttura identificabile come linfonodo è da considerare patologica: reattiva e neoplastica. Lo studio ecografico di una adenopatia deve definire:

- la sede e le dimensioni dei linfonodi coinvolti nel processo;
- l'aspetto dei margini, la forma e la tendenza o meno alla confluenza;
- i rapporti con le strutture adiacenti che possono essere compressi o infiltrati;
- l'ecostruttura e la eventuale presenza della linea iperecogena centrale.

Di fronte a un linfonodo con: morfologia ovoidale, netta prevalenza del diametro longitudinale rispetto al diametro antero-posteriore, contorni netti e regolari, diametro massimo > 1 cm. e presenza di stria iperecogena centrale come segno attendibile di integrità anatomica della struttura linfatica, si può parlare tranquillamente di adenomegalia reattiva.

Così come, nell'ambito stesso delle adenomegalie reattive, cogliere i segni ecografici di necrosi o di ascessualizzazione o di microcalcificazioni nel contesto delle strutture linfonodali può orientare verso un certo tipo di diagnosi e la relativa asportazione chirurgica.

Adeniti da cocchi

Queste adeniti tendono a formare delle masse dure, dolenti alla palpazione, e con arrossamento cutaneo e presentano una spiccata tendenza alla suppurazione. L'ecografia rivela precocemente la colliquazione e le variazioni di dimensioni e ciò consente di valutare l'opportunità del drenaggio chirurgico. Il linfonodo suppurato presenta un'area centrale anecogena a margini irregolari e, talvolta, può simulare una formazione cistica.

Adeniti da graffio di gatto

Le adeniti da graffio di gatto sono poco dolenti, persistono per lunghi periodi e solo in 1/4 dei casi tendono alla suppurazione; l'esame ecografico conferma la natura linfonodale della massa, più sovente localizzata in sede ascellare, inguinale ma anche preauricolare e laterocervicale. I linfonodi interessati sono spesso confluenti, ipoanecogeni, con diametro che può variare tra 10 e 40 mm.; spesso vi è colliquazione.

Linfadenite micobatterica

Questa linfadenite crea problemi diagnostici differenziali con le adenopatie neoplastiche. Colpisce più frequentemente bambini sui 5 anni di età; le sedi preferite sono i linfonodi localizzati intorno all'angolo mandibolare e a preauricolari; sono coinvolti, spesso, più linfonodi, confluenti, con la formazione di una massa unica, poco dolente, senza modificazioni cutanee. Le tumefazioni possono persistere per mesi e la colliquazione è tardiva. Ecograficamente si osservano linfonodi molto aumentati di volume con dimensioni che possono raggiungere i 6 cm. di diametro con margini polilobati, ipoecogeni con scarsa tendenza a modificazioni nel tempo.

Neoplasie maligne di origine linfonodale

Le neoplasie maligne di origine linfonodale sono dovute prevalentemente ai linfomi e alle leucemie. Qualsiasi catena linfonodale può essere interessata e il loro aspetto ecografico è vario: i margini sono lobulati, per la loro tendenza alla confluenza; l'ecostruttura è spesso ipoanecogena ma, per il sovrapporsi di fenomeni necrotici, emorragici e calcifici, è facile rilevare un aspetto ecografico di massa complessa.

E' chiaro che l'esame ecografico da solo non ci permette di risalire alla diagnosi, ma aggiunge un tassello importante in quel complicato puzzle rappresentato dalla diagnosi differenziale delle linfadenopatie.

Le allergie e l'intolleranza alimentare. Differenze, diagnosi, terapie.

Le reazioni agli alimenti

di Filippo Di Forti

Le reazioni avverse agli alimenti si distinguono in reazioni tossiche e non tossiche.; queste ultime a loro volta si suddividono in reazioni immunologiche e non immunologiche, ovvero intolleranze alimentari. Le allergie alimentari sono per la maggior parte di casi di tipo IgE-mediato, e solo raramente non IgE-mediato (da immunocomplessi, cellulomediato o da altre immunoglobuline. In età pediatrica, a fronte di circa un 30% di incidenza di tutte le malattie allergiche, l'incidenza delle allergie alimentari si colloca su valori oscillanti dal 2 al 7%. Pertanto un pdf tra i suoi "240"

allergici dovrebbe amoverne circa un 24-56 con allergia alimentare (per non parlare degli "intolleranti"). I sintomi delle allergie alimentari possono evidenziarsi come prevalentemente cutanei, gastrointestinali, respiratori. Da non trascurare la misconosciuta sindrome orale allergica e l'emierania. La maggior parte degli allergeni alimentari sono glicoproteine, con peso molecolare tra i 10000 e i 70000 daltons, stabili al calore, all'acidità ed agli enzimi proteolitici. Si riscontrano più facilmente nel latte, uovo, pesce, arachidi, noccioline, cereali, soia, crostacei e nei cibi transgenici. Un problema emergente e sottostimato è rappresentato dal gruppo dei "pan-allergeni", ovvero clusters, ovvero allergeni che sono filogeneticamente ubiquitari sia nel mondo vegetale che in quello animale. Esempi di clusters sono le profiline, che organizzano l'architettura del citoscheletro cellulare, le pathogenesis related (PR) proteins, sorta di sistema

di immunità naturale vegetale, le lipid transfer proteins (LTP) presenti scarsamente nella polpa, ma in abbondanza nella cuticola dei frutti. I clusters possono essere responsabili di reazioni allergiche crociate, p.eas. l'allergia alla betulla (pianta presente anche sull'Etna) e la sindrome orale allergica con l'ingestione di mela; oppure l'allergia agli acari della polvere e reazioni avverse alla ingestione di molluschi, crostacei e lumache. La diagnosi di allergia alimentare si basa sulla "cross-analisi" di test cutanei, tests in vitro (l'American Academy of Allergy and Immunology considera in egual misura le due metodiche), diete di eliminazione, diario clinico con "score" dei sintomi clinici, prove di scatenamento orale (double-blind-placebo-controlled-food-challenge-DBPF). Con significato e sensibilità da definire sono ancora altre tecniche diagnostiche quali: dosaggio dell'istamina rilasciata dai basofili, C.A.S.T., test di trasformazione e/o migrazione linfocitaria, mentre il dosaggio delle triptasi sierica può essere utile per definire in un pronto soccorso la eventuale natura anafilattica di una reazione avversa. La terapia si basa sul buon senso, sull'uso di diete e sul prudente uso di farmaci nei casi difficili, con rivalutazione del disodiodicromogliato per os. Un ultimo cenno alle reazioni tossiche agli alimenti. E' opportuno assicurarsi dell'assenza di contaminanti occulti, quali ormoni, disinfestanti, fissativi colore, metalli pesanti, solfati, solfiti, decoloranti, aromatizzanti, ecc.

Buon appetito!

Nel nostro secondo incontro torno a scrivere di cinema, come ho già detto in precedenza non c'è da parte mia la voglia di inventarmi un ruolo di critico cinematografico, ma soltanto di provare a segnalare delle opere che possano servire a farci uscire dallo spazio, spesso molto angusto, dei nostri ambulatori. L'ultimo film di Marco Tullio Giordana " *I cento passi* " merita certamente la nostra attenzione, in quanto ci dà la possibilità di riflettere sulla Sicilia e sulla mafia attraverso le vicende di un " piccolo eroe " dei nostri giorni, Peppino Impastato.

La mafia è un problema quasi banalizzato dalle innumerevoli "fiction" sull'argomento, che ha condizionato e condiziona negativamente la nostra realtà.

Peppino Impastato il protagonista del film è un siciliano di un piccolo paese di provincia,

Cinisi; la sua vicenda personale si svolge tutta in questo microcosmo, ma la sua infanzia, la sua giovinezza sono condizionate in maniera determinante dai "cento passi" che separano la propria casa da quella di Tano Badalamenti, riconosciuto capo-mafia siciliano. Peppino avrebbe potuto vivere la propria vita tranquillamente, avrebbe potuto trovare nel proprio "privato" tutte le gratificazioni cercate, avrebbe avuto probabilmente la nostra comprensione di siciliani abituati "a farci i fatti nostri", ma Peppino decide di ribellarsi, cerca di opporsi ad una logica perversa, che ci allontana sempre più dalla vita politica della nostra terra, fino a sacrificare la propria vita.

Guardando il film, ho ripensato ad un libro appena letto di una psicoterapeuta inglese Asha Phillips, " *I no che aiutano a crescere* ". In questa opera, si sottolinea l'importanza dei genitori anche quando sembrano opporsi alla libertà dei propri figli, un "no" opportunamente rivolto ai propri figli diventa molto più importante per la crescita di un bimbo rispetto a tante distratte manifestazioni di affetto. Io credo che uomini come Peppino Impastato siano stati capaci attraverso i loro "no" di farci crescere, di far crescere la nostra società, di darci i mezzi culturali per capire ma soprattutto far capire ai nostri bambini che non è poi così utile "farci i fatti nostri". Io penso che noi pediatri abbiamo il dovere di ripensare alla nostra maniera di vivere la professione, oggi siamo chiamati non solo a curare la salute fisica dei nostri pazienti, ma siamo tenuti a riconoscere quelle situazioni di "rischio sociale", come recitano i nostri bilanci di salute, che necessitano di un intervento preventivo da parte di tutte le realtà che ruotano attorno al bambino.

Il nostro impegno sul "sociale" non è più una scelta individuale, ma è entrata a pieno titolo fra i nostri compiti e noi dobbiamo essere preparati ad affrontarlo, nella speranza che in futuro non sia più necessario il sacrificio di tanti "piccoli grandi eroi" come Peppino Impastato.

UN PEDIATRA AL CINEMA

di Antonino Gulino



L'angolo della poesia

Picciotti

di Maria Rita Allegra

Picciotti in eserciti giurati ed armati marciano con l'obolo del soldo nella mente. Uniti e compatti vili e indecenti nascondono la paura dietro un mirino. La fede sotto i piedi e senza ideali se non quelli delle menti che muovono i fili. Teatrino di pupi di stoffa e metallo che nulla hanno di umano se non la forma del volto senza pieghe.

La posta di Albertino

Caro dottore, anche questa settimana la mia maestra (che è tanto brava) mi ha incastrato con il tema per casa, e ho pensato di chiedere aiuto a te che sei così paziente e non ti secchi se la mamma ti chiama sempre, anche al cellulare e dalla suocera; il fatto è che lei, la mia maestra, non ci lascia i compiti tradizionali, ma "preferisce rivolgere la sua attenzione alla vita moderna e ai mass-media, perché dobbiamo sviluppare il nostro senso critico e imparare a decodificare i messaggi eterogenei e contraddittori che ci pervengono da più parti". Dovendo quindi scrivere un compito sul mio programma televisivo preferito, ho pensato di vedere una serie di puntate dei Pokémon, giusto per esaminare i messaggi più o meno scoperti che ci vengono lanciati a noi bambini, ma ti devo dire che è proprio impossibile, da un paio di settimane, accendere la TV e vedere quello che voglio io. Il fatto è che, da quando è iniziato il "Grande Fratello", a casa mia sembrano



di Daniela Ginex

essere diventati tutti matti. La mamma, la zia Gina, i miei fratelli, e anche papà, che prima li critica che sono tutti scemi, ma poi se lo vede pure lui: si mettono davanti alla TV e non c'è verso di farli smuovere. Così non mi è rimasta altra scelta che fare il mio compito sul "Grande Fratello". Papà mi ha spiegato che è una trasmissione che fanno in America, che sono tutti pazzi, e ora che noi vogliamo fare gli americani la facciamo pure. Ci sono dieci volontari, che per fare un esperimento si fanno chiudere dentro una casa un po' finta per cento giorni e non possono uscire, non possono leggere o guardare la tv,

telefonare ai parenti, e questo niente che possono fare lo devono fare davanti alle telecamere, perché dentro la casa finta ce ne sono un sacco, di telecamere, in tutte le stanze e nel corridoio, e anche nel gabinetto, anzi mio fratello Gigi ha detto che per completezza di informazione dovrebbero metterne una dentro il water (o ha ragione il portiere Filippo che dice walter? Domani lo chiedo alla maestra) e allora il nonno ha detto che se la mettessero a lui non ci sarebbe proprio niente da vedere per giorni e giorni. Poi queste persone hanno pochi soldi per fare la spesa (ma questo papà ha detto che non è una novità l'80% delle Famiglie italiane), per cui io penso che si bisticceranno per comprare le cose, ma tanto questo non importa perché hanno tanto tempo a disposizione e almeno litigare li aiuta a passare le giornate. Papà dice anche che questa trasmissione l'ha inventata la mamma, perché quando vicini di casa litigano lei per sentire quello che dicono si mette con l'orecchio appiccicato alla parete come una ventosa e

una volta c'è rimasta più di mezz'ora che si è pure fatta fare il voltaren per come le faceva male il collo (ti ricordi? Ti ha telefonato una volta la sera tardi per questo, lei ti ha detto che aveva preso umido stendendo la biancheria, ma non era vero). Dentro la casa finta ci sono due camere da letto, in ognuna ci sono cinque letti, ma tutti messi vicini vicini che secondo me si sente tutta la puzza dei piedi e sembra le fotografie che ci ha fatto vedere la maestra sui campi di concentramento degli ebrei che fanno tanta impressione e la mia compagna Sharon si è messa a piangere e poi c'è un bagno

solo si deve andare a turno, proprio come a casa mia che la mattina papà urla e dà pugni alla porta che lo hanno fatto diventare stitico. Un giorno due concorrenti (un maschio e una femmina) hanno fatto una tenda sotto il tavolo e ci si sono messi di dentro, così la telecamera non li poteva spiare mentre facevano le cose come beautiful. Papà ha detto che dovrebbe fare anche lui così, con tutto il casino che c'è a casa nostra, ma la mamma ha detto che tanto anche lì sotto si addormenterebbe subito, e orapronobis. Ma non ti ho spiegato come funziona il gioco. Questi signori si devono mettere d'accordo e scegliere uno che deve essere mandato via. Per farlo andare via lo devono trattare male e fare i cattivi con lui, così gli spettatori da casa lo odiano pure e lo votano. Poi alla fine chi resta vince una sacco di soldi. Però a me questa è sembrata una cosa un po' stupida. Se la gente da casa vota per quelli più antipatici e restano solo quelli più buoni e non si bisticciano mai, poi non succede mai niente e allora non diventa seccante la trasmissione? Secondo me bisognerebbe lasciare in casa tutti i maschi che sono sempre più tosti (quelli della mia classe nella ricreazione si danno sempre botte) e magari una sola femmina, così tutti quanti vogliono fidanzarsi con lei e tutti litigano da morire e egli spettatori si divertono. Ma tanto non mi ascoltavano, e a un certo punto la mamma ha detto shhh ed è scappata via. Siamo corsi dietro a lei e l'abbiamo trovata con l'orecchio appiccicato alla parete del corridoio. Tutti quanti ci siamo messi come lei (qualche volta le devi prestare il tuo apparecchio per sentire il cuore, così poi non le fa male il collo) e abbiamo sentito che i vicini

Il fatto è che, da quando è iniziato il "Grande Fratello", a casa mia sembrano essere diventati tutti matti. La mamma, la zia Gina, i miei fratelli, e anche papà, che prima li critica che sono tutti scemi, ma poi se lo vede pure lui ...

gridavano e si bisticciavano, anzi il marito (il signor Strano, che si chiama Strano però secondo me è abbastanza normale) diceva alla moglie delle cose brutte, come quelle che dice sempre il mio compagno Foti. Il nonno diceva che si stavano ammazzando e che bisognava chiamare la polizia, ma la mamma gli ha fatto un segno per dire di stare zitto che non le faceva sentire niente. Poi siamo tornati alla TV, ma nessuno la stava a guardare, e tutti parlavano dei vicini e cercavano di capire perché il signor Strano era diventato così nervoso, e la mamma si è messa a raccontare le altre volte che hanno litigato, e tutti la ascoltavano molto attentamente, e insomma è stata una bella serata e a nessuno interessava più sapere chi era stato eliminato dal GF. Comunque alla fine, caro dottore, io ti chiedo di darmi qualche idea, perché a me non me n'è venuta neanche una per scrivere il mio tema: che bisogno c'è di vedere la gente che litiga davanti alla TV, gente che manco si conosce, quando basta affacciarsi alla finestra o curiosare sul pianerottolo per impiccarsi dei fatti degli altri? A parte poi che il GF non è per niente interattiva come trasmissione, e il massimo che puoi fare è una telefonata al numero verde, mentre nelle liti ti puoi intromettere e bussare alla porta o gridare qualcosa attraverso la parete oppure come diceva il nonno chiamare la polizia, che viene anche con la sirena e tutti si affacciano al balcone: non è molto più bello? In attesa di una tua risposta, ti saluta affetto il tuo piccolo paziente Albertino.



L'eruzione dentaria

di Vito Marletta

(Da Pediatrics, 08/2000)

Sono stati arruolati i genitori di 111 bambini in buona salute tra i 4 e i 12 mesi e si è loro chiesto di annotare la temperatura del bambino due volte al giorno (mattino e sera), e di tenere un diario delle sintomatologie (18) associate all'eruzione dentaria (19422 giorni-bambino e 475 eruzioni dentarie). E' risultata, in tal modo, un'associazione statistica-

mente significativa tra il periodo di eruzione dentaria (da 4 giorni prima a 3 giorni dopo lo spuntare del dente) ed un aumento di morsi, perdita di bave, suzione,

irritabilità, insonnia, sfregamento delle orecchie, vampate facciali e diminuzione di appetito. Non risultarono invece associati con l'eruzione dentaria

le feci liquide, l'aumentato numero di evacuazioni, la diminuzione della sete, la tosse, le eruzioni cutanee, il vomito e la stitichezza. L'aumento della temperatura corporea, si associa significativamente con l'eruzione dentaria se superiore a 38.3 °C e inferiore a 38.9 °C. **Commento:** ...Pare che le nonne abbiano ragione!?

Il vaccino antipneumococco

(Da Pediatrics, 08/2000)

L'American Academy of Pediatrics ha recentemente rilasciato delle linee guida per l'uso del vaccino antipneumococco eptavalente coniugato (Prevenar) che ha dimostrato il 94% di efficacia protettiva. Eccone i cui punti salienti: la vaccinazione a 2, 4, 6, 12 e 15 mesi è raccomandata per tutti i bambini di età inferiore ai 24 mesi. il vaccino può essere somministrato

contemporaneamente ad altre vaccinazioni. i bambini tra i 2 e i 5 anni che siano ad alto rischio (anemia falciforme, anomalie spleniche, infezione HIV, immunodeficienze primarie) oppure che abbiano ricevuto terapie immunosoppressive dovrebbero essere vaccinati.

i dati attuali sono inadeguati a raccomandare la vaccinazione nei bambini a rischio basso o moderato di malattie pneumococciche. **Commento:** il vaccino coniugato antipneumococco riduce le malattie da streptococco pneumoniae nei bambini più piccoli. Sebbene in età superiore la questione sia ancora sub iudice, è indubbio che tutti i neonati ed i lattanti dovrebbero essere vaccinati. V.M

L'unità Operativa di Neonatologia dell'Ospedale Santo Bambino

Cari colleghi ed amici, continuando col nostro guardarci "intorno a noi", oggi scriveremo della ristrutturata e rinnovata



Unità Operativa di Neonatologia - UTIN dell'Ospedale Santo Bambino, diretta dal dott. Benedetto Polizzi, il quale ci ha fornito le seguenti informazioni. La nuova struttura consta di 5 sezioni: A) NIDO (tel. 095 7435593) - che accoglie per poche ore i neonati sani per i primi controlli clinici; B) TERAPIA MINIMA (tel. 095 7435593) - con 10 posti culla dove vengono ospitati i neonati che necessitano di un periodo di osservazione più lungo perché affetti da problemi di lieve entità, ed i neonati che, migliorati, provengono dalle altre sezioni. Qui le madri possono allattare sia al seno, sia al poppatoio; C) TERAPIA SEMINTENSIVA tel. 095 7435532 con 8 termoculle attrezzate; D) TERAPIA INTENSIVA (tel. 095 7435532) con 4

termoculle + 2 di riserva attrezzate modernamente per tale scopo; E) ISOLAMENTO - è stato previsto un box con 2 posti letto, attrezzati anche per terapia intensiva, affinché si possa dare assistenza ai neonati con sepsi. Aggiungiamo che per tutti i neonati abbisognevoli, viene svolta anche attività di follow-up. I colleghi che a turno si occupano di tutte le sezioni sono: F. Angri, C. Catalano, V. Cimino, G. Di Stefano, M.G. Leone, G. Meli, M.R. Rinaldi, A. Rodonò, R. Tasca, L. Zappia, A. Ravalli, M. Fragalà. Altri recapiti utili: Dr. B. Polizzi (primario) tel./fax 095 7435531-Sala Medici 095 7435511-Ambulatorio e screening 095 7435594 /E-mail: neonatologiaosbet@tin.it. Infine chiediamo invitando sempre i colleghi a fornire informazioni, indirizzi da pubblicare contattando la redazione per E-mail o telefono. Francesco Privitera

di Gaetano Bottaro

In questo mese è stata ripresa una discussione nata negli USA nel luglio 1999 sulla presenza del Thiomersal nei preparati vaccinali e sulla sua potenziale tossicità per la presenza di mercurio. La soglia di sicurezza per l'esposizione cronica va da 0.1 a 0.4 nei primi 6 mesi al massimo raggiunge i 187 mg. L'FDA americana si è già pronunciata in proposito e ha disposto la preparazione di vaccini senza il Thiomersal, cosa tra l'altro possibile a livello europeo c'è solo una posizione dell'EMEA e dell'ISS, enti che comunque affermano che la presenza di Thiomersal non deve dire mancare la vaccinazione. Il Thiomersal viene usato come antibatterico per evitare la contaminazione batterica, poiché nel passato vi sono state molte epidemie infettive legate alla contaminazione. Il suo utilizzo, preferito in passato agli antibiotici (neomicina, etc.), oggi non è più pressante e anzi nelle preparazioni monodosate e pronte in siringa, come quelle utilizzate per le vaccinazioni, è da considerare inutile. Per questo motivo oggi quasi tutte le case produttrici di vaccini si sono adeguate e già nel prossimo anno quasi tutti i vaccini saranno privi di Thiomersal. Il problema ancora si pone per i neonati prematuri di basso peso e figli di madre HbsAg positiva, in cui la contemporanea somministrazione di Ig, anch'esse contenenti Thiomersal, e vaccino antiepatite, possono far raggiungere la dose tossica e quindi la situazione e da considerare attentamente, per tutti gli altri bambini si consiglia di continuare e fare vaccinare. Per più dettagliate informazioni rimando ad una bellissima review fatta dal Prof. Bartolozzi sul Forum di Pediatria on line l'11 ottobre scorso di cui pubblichiamo in estratto una tabella modificata sul contenuto di Thiomersal nei vari preparati vaccinali.

Legenda sigle vaccini:

OPV: vaccino antipolio Sabin; IPV: vaccino antipolio Salk; DT: vaccino antidifterico-antitetanico (dosaggio pediatrico); Td: vaccino antidifterico-antitetanico (dosaggio adulto); TT: vaccino antitetanico; DTPa: vaccino antidifterico-antitetanico-antipertosse acellulare; HB: vaccino antiepatite B; Hib: vaccino anti Haemophilus Influenzae tipo b; Pa: vaccino antipertosse; MPR: vaccino antimorbillo-parotite-rosolia.

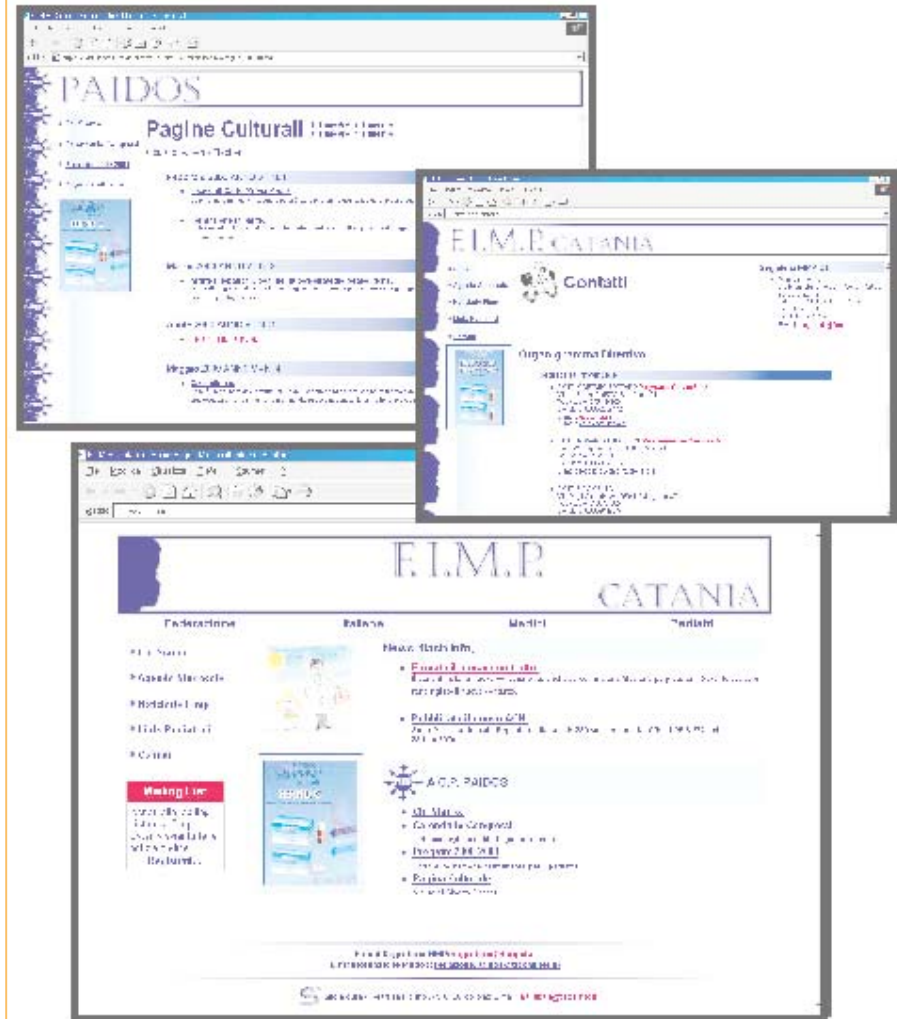
Note:

- 1) il mercurio contenuto nel Thiomersal corrisponde circa al 50% del peso di quest'ultimo (informazione riportata dal documento "Thiomersal in vaccines - an interim report clinicians", dell' Accademia Americana di Pediatria, 14/7/99 reperibile presso il sito Internet segnalato in premessa);
- 2) sinonimi del Thiomersal riportati sulle schede tecniche dei vaccini in uso: Thiomersal, Tiomersale, Sodio etilmercurio tiosalicilato, Mercuriotiolato di sodio;
- 3) altro sale di mercurio menzionato sulla scheda tecnica di vaccini: Sodio timerfonato

TABELLA: Contenuto in Thiomersal e in Mercurio dei vaccini in commercio in Italia

Vaccino	Nome commerciale	Produttore	Thiomersal mg/dose	Mercurio 1) mg/dose
OPV	Polioral Polio Sabin	Chiron (Biocine) SmithKline Beecham	0	0
IPV	Imovax Polio	Pasteur-Mérieux MSD	0	0
DT	Anatoxal Di Te Dif-Tet-All	Berna Chiron	0,05 0,05	0,025 0,025
Td	Anatoxal Di Te Dif-Tet-All	Berna Chiron	0,05 0,05	0,025 0,025
TT	Tanrix	SmithKline Beecham	0,025*	0,0114
DTPa	Infanrix Triacelluvax	SmithKline Beecham Chiron (Biocine)	0,05	0,025
DTPa+HB	Infanrix Hep B	SmithKline Beecham	0	0
DT+ HB	Primavax	Pasteur-Mérieux MSD	0,0435	0,02175
DTPa+IPV+Hib	Pentavac Cinquerix	Pasteur-Mérieux MSD SmithKline Beecham	tracce non dosabili 0	tracce non dosabili 0
Pa	Acelluvax	Chiron	0,05	0,025
Hib	Act-Hib Hiberix	Pasteur-Mérieux MSD SmithKline Beecham	0 0	0 0
Epatite B	Engerix B (pediatrico) Recombivax (pediatrico) Engerix B (adulto) Recombivax (adulto)	SmithKline Beecham Pasteur-Mérieux MSD SmithKline Beecham Pasteur-Mérieux MSD	0,025 0,025 0,05 0,05	0,0125 0,0125 0,025 0,025
Epatite A	Havrix (bambini e adulti) Vaqta Epaxal	SmithKline Beecham Pasteur-Mérieux MSD Berna	0 0 presente non dosato	0 0 presente non dosato
Epatite A + B	Twinrix	SmithKline Beecham	0	0
MPR	MMRII Priorix Triviraten	Pasteur-Mérieux MSD SmithKline Beecham Berna	0 0 0	0 0 0
Morbillo	Moraten	Berna	0	0
Parotite	Vaxipar	Chiron	0	0
Rosolia	Rubeaten Gunevax	Berna Chiron	0 0	0 0
Influenza	Agrippal Fluad Influpozzi Miniflu Vaxigrip Vaxigrip junior	Chiron Chiron Istituto Vacc. Pozzi Alfa Wassermann Pasteur-Mérieux MSD Pasteur-Mérieux MSD	0,05 0,05 0,05 0,05 ≤0,05 ≤0,025 presente non dosato	0,025 0,025 0,025 0,025 ≤0,025 ≤0,025 presente non dosato
Varicella	Varilrix	SmithKline Beecham	0	0
Meningococco	Mencevax Menpovax	SmithKline Beecham Chiron	0 0	0 0
Pneumococco	Pneumo 23	Pasteur-Mérieux MSD	0	0
Tifo	Neotyf Typhim Vi Vivotif	Chiron Pasteur-Mérieux MSD Berna	0 0 0	0 0 0

*la scheda tecnica non lo menziona nel prodotto finito alla voce "Lista degli eccipienti", ma dichiara altresì che ne sono contenute tracce non dosabili alla voce "Avvertenze speciali e opportune precauzioni di impiego".
 * il sale di mercurio contenuto in questo vaccino è diverso dal Thiomersal, si chiama sodio timerfonato e la quantità di mercurio corrispondente è del 45,5%.



Tra pochi giorni sarà attivo il nuovo portale della FIMP CATANIA (WWW.FIMPCT.IT). Nuova la veste grafica, che coniuga le esigenze di originalità con quelle di velocità nella navigazione. Cambiano i tempi, si modificano i comportamenti, così i Pediatri italiani potranno sempre conoscere le iniziative e le novità che riguardano sia la FIMP che la PAIDOS on-line. Rivoluzionate le abitudini, il notiziario si leggerà in rete, e tramite la rete saremo sempre aggiornati in tempo reale.

Giuseppe Mazzola