

Paìdòs



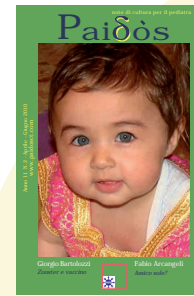
Anno 11 N.2 - Aprile - Giugno 2010
www.paidosct.com



Giorgio Bartolozzi
Zoster e vaccino



Fabio Arcangeli
Amico sole?



Rivista Paidòs
 Direttore responsabile
 Francesco La Magna
 Direttore
 Antonino Gulino
 Vicedirettore
 Maria Libranti
 Comitato Scientifico
 Giorgio Bartolozzi
 Alberto Fischer
 Lorenzo Pavone
 Gino Schilirò
 Francesco De Luca
 Responsabile
 di redazione
 Francesco Privitera
 Comitato di redazione
 Filippo Di Forti
 Vito Marletta
 Salvatore Spitaleri
Collaboratori
 Giusy Germenia
 Angelo Milazzo
 Sergio Sambataro
 Raffaele Falsaperla
 Sergio Mangiameli

**C.D. Ass. Culturale
 Paidos** ✨

Alberto Fischer
 Salvatore Bonforte
 Rosario Bucchieri
 Filippo Di Forti
 Antonino Gulino
 Maria Libranti
 Lidia Luglio
 Vito Marletta
 Giuseppe Mazzola
 Gino Miano
 Giuseppe Patanè
 Francesco Privitera
 Salvatore Spitaleri

Segreteria e Grafica

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

Stampa

Eurografica La Rocca
 Riposto (CT)
 Tel. 095 931661 - 095 9700035
 info@eurograficalarocca.it

Questo periodico è distribuito
 gratuitamente ai pediatri

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

EDITORIALE

Pediatria a perdere

di Antonino Gulino

Gli incontri di aggiornamento della Paidos, la nascita della nostra rivista, il segnalare fin dalla copertina la nostra voglia di raccogliere delle note di cultura per il pediatra, rivelavano il nostro desiderio, forse presuntuoso, di affermare la nostra originalità professionale e sociale.

Tutti coloro che hanno condiviso il nostro percorso sentivano di essere innanzitutto pediatri, ancor prima che medici, professionisti prestati al di là delle proprie specificità culturali, scientifiche ad un utente speciale, il bambino. Le nostre scelte personali e di gruppo pur tra mille errori, incertezze, facili entusiasmi sono state segnate da questa convinzione, il mondo in cui abbiamo recitato una parte più o meno rilevante aveva ed ha un unico obiettivo la salvaguardia dell'infanzia, della sua specificità. Il bambino come ci hanno insegnato i nostri maestri non è un adulto in miniatura, è ben altro, è diverso dal punto di vista medico, lo è ancor di più dal punto di vista affettivo e sociale, è l'idea stessa del futuro, di tutto ciò che può accadere.

Ma tutto ciò è banale, è comune a tutti noi, perchè ribadirlo. Forse perchè tutto ciò non è condiviso da un mondo sempre più vecchio, in cui i bambini sono sempre più un peso individuale e sociale.

L'assistenza pediatrica di base è una splendida anomalia tutta italiana, ci è stata invidiata, studiata, anche copiata, ma fino a quando durerà ?

Gli ospedali dei bambini, gestiti da pediatri con altre specializzazioni, da infermieri pediatrici, costruiti attorno alla specificità del bambino, quanti ne sono rimasti? quanti ancora ne resteranno?

Le ragioni dell'economia stanno cancellando il sogno di uno spazio dedicato al bambino più indifeso, il bambino malato.

Le nostre scuole di specializzazione formano sempre meno pediatri, fra qualche anno la maggior parte dei pediatri di famiglia andranno in pensione senza essere sostituiti, gli ospedali dei bambini perderanno la figura del pediatra superspecialista e saranno affidati allo specialista dell'adulto.

Possiamo immaginare un futuro per il pediatra neonatologo, ma quel bambino che abbiamo accompagnato dalla nascita all'adolescenza, condividendo con i genitori il peso della crescita, si dovrà accontentare di una consulenza pediatrica occasionale, magari in corso di patologia acuta. I bilanci di salute, la prevenzione? Solo uno sbiadito ricordo.

Le mie possono apparire considerazioni amare, dettate dagli anni più che dal cuore, ma credo che è necessario immaginare e lottare per un futuro diverso per la pediatria. La speranza è quella di trovare ancora news importanti su Lancet o Pediatrics piuttosto che sul Sole 24 Ore.

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 4 L'angolo di Giorgio Bartolozzi
- 6 Una strana tumefazione del viso
- 8 Pillole di... neonatologia
- 10 Deglutizione e ortodonzia
- 11 Una storia naturale
- 12 Sole amico?
- 16 L'allergonauta
- 18 Casi da ricordare...
- 19 Casi neurologici...
- 20 Flash su cervello e psiche
- 21 Lo stupidiatra
- 22 News dalla rete

RUBRICHE

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

Copertina
 (foto di M. Libranti)

Il nostro mitico Prof. Bartolozzi riprende un argomento a lui caro, in risposta ad un dubbioso collega di Pediatria Online. Riportiamo le sue aggiornatissime argomentazioni nella speranza di chiarire ancora una volta qualche lato oscuro della vaccinazione antivariella.



Zooster e vaccino: vexata quaestio

di Giorgio Bartolozzi

Il cammino di ogni vaccino è rivolto verso una copertura totale, non solo a proteggere individuo e collettività, ma anche quello di far scomparire l'agente patogeno (come è accaduto per il vaiolo e la poliomielite). Tutto ciò è spesso costellato da ostacoli, a volte artificiali raramente reali. Il ceppo OKA, di cui è costituito l'attuale vaccino antivariella, fu isolato circa quarant'anni fa dalle vescicole di un piccolo di 3 anni, la cui famiglia si chiamava proprio Oka.

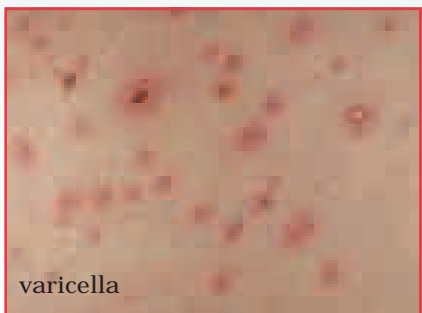
Il ceppo vaccinale ha alcune caratteristiche che

lo differiscono dal virus selvaggio: a) scarsa crescita negli espianti cutanei del topo; b) poco sensibile a temperature di 39°C; c) più infettivo nei fibroblasti di embrione di cavia. Per quanto riguarda l'efficacia è stato dimostrato che il 100% dei bambini sani, da 1 a 10 anni, dopo la vaccinazione con un vaccino ad alto titolo, è risultato protetto dalla varicella nel corso del primo anno dopo la vaccinazione. Studi non più recenti (Clements, 1999) hanno evidenziato che la protezione offerta nel corso di epidemie è pari all'80-90%, e

vescicali, bassa febbre, nessuna complicazione grave) anche se i soggetti erano contagiosi al pari dei non vaccinati.

Nello studio di Vaquez, nel 2001, veniva stabilito che l'efficacia del vaccino era complessivamente dell'85% (P<0,001). Uno dei principali motivi di opposizione alla vaccinazione era l'osservazione avanzata da alcuni che il virus vivo del vaccino, stabilitosi in stato di latenza nei gangli sensitivi del midollo e dei nn cranici, potesse sviluppare a distanza di tempo, con

comunque, nei pochi casi di varicella in vaccinati, la malattia aveva un decorso piuttosto lieve (pochi elementi



varicella



varicella

maggior facilità rispetto alla malattia naturale, un herpes zoster. In effetti la possibilità che un soggetto vaccinato potesse sviluppare nel tempo un herpes zoster, per riattivazione del VVZ latente era già stata dimostrata.

L'incidenza però di un herpes zoster a distanza dalla vaccinazione è stata dimostrata esser ben 6 volte meno frequente rispetto a quello evidenziato a seguito della malattia naturale. L'attivazione dell'immunità cellulare ed umorale collegata alla vaccinazione ostacola la riattivazione del VVZ nei gangli che lo ospitano e quindi inibisce la manifestazione clinica, come e soprattutto la nevralgia post-erpetica, così disabilitante per l'anziano. Ciò è stato dimostrato in uno studio pubblicato su NEJM del 2005, in cui veniva studiata una grossa casistica di soggetti over 60 (38.546 per l'esattezza). Lo studio randomizzato contro placebo (circa il 50% vaccinati, mentre il resto non vaccinati) era protrato nel tempo con una media di 3-12 anni. Furono

registrati solo 957 casi di herpes zoster, 315 in vaccinati e 642 in non vaccinati. Lo studio riportava inoltre ben 107 casi di nevralgia post-erpetica, 27 tra i vaccinati e 80 fra i non vaccinati. L'efficacia della vaccinazione è stata del 51,3% (P<0,001) e la riduzione della nevralgia del 66,5% (P<0,001).

Tanto interesse nei confronti dell'herpes zoster nasce dal fatto che esso si caratterizza per l'insorgenza oltre che di micro vescicole con progressione metamerica anche e soprattutto per una neurite, le cui caratteristiche urenti possono in alcuni soggetti assumere un andamento cronico e il cui trattamento non sempre è gratificato da buoni risultati. I pazienti, ragazzi o, più spesso adulti/anziani, lamentano in genere dolori nella sede dell'eruzione cutanea che possono evidenziarsi o come dolori lancinanti, crampiformi, profondi o come dolori intermittenti, urenti, scatenati anche dallo stesso movimento o solo dal vestirsi/svestirsi. Alle volte



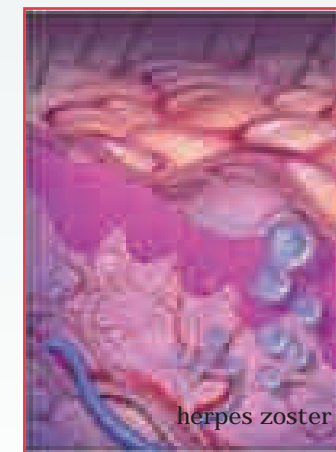
herpes zoster

il dolore è disestesico, allodino, che persiste oltre il modesto stimolo che lo ha suscitato. Nella gran parte dei casi questi particolari dolori hanno un andamento acuto, che non supera il mese o il mese e mezzo, ma spesso accade che il paziente se li trascini per tutta la vita. A tal proposito sono state tentate numerose terapie: antiepilettici, oppioidi, antidepressivi, estratti di prodotti vegetali (capsicina), cerotti di anestetici locali (l'FDA ha approvato quelli alla lidocaina) ed in alcuni casi persino l'intervento chirurgico di neurotomia.

Ed allora se poco rischio ci permette di ridurre la frequenza di una delle tante malattie che affliggono un arco particolare della ns vita, perchè non trarne le dovute conseguenze?



herpes zoster



herpes zoster

La diffusione della vaccinazione antimorbillo-rosolia-parotite, se da una parte ha ridotto drasticamente l'incidenza di queste malattie, ha anche favorito incertezze diagnostiche.

Un esempio è l'esantema morbilliforme che possiamo ritrovare nella mononucleosi infettiva o nella malattia di Kawasaki, o l'esantema roseoliforme nella artrite idiopatica giovanile di tipo sistemico, o l'eritema scarlattiniforme isolato che si può riscontrare nelle fasi iniziali della sindrome delle 4 S e così via.



Una strana tumefazione del viso

di Alberto Fischer

Questa è la storia di Luisa, una ragazzina di 11 anni, ricoverata per aver presentato una tumefazione in sede sottoangolomandibolare, associata a modesta febbre, iniziata circa una settimana prima del ricovero. Il pediatra curante aveva posto diagnosi di linfadenite acuta ed iniziata terapia con amoxicillina/clavulanato. La ragazza era stata regolarmente vaccinata con MMR all'età di 14 mesi. Al momento del ricovero era in buone condizioni generali e presentava questa tumefazione, non dolente, che coinvolgeva anche lo spazio posto dietro la branca montante della mandibola. Il sospetto che la tumefazione riguardasse la ghiandola parotide di sn venne confermato



dall'ecografia che evidenziava un allargamento della parotide, per una sospetta zona ascessuale, associata ad una linfadenite consensuale. L'ipotesi diagnostica dell'ascesso parotideo, tuttavia, non era corroborata da segni clinici attesi, quali il dolore, la presenza di pus allo sbocco del dotto di Stensen, l'arrossamento o l'incremento delle proteine della fase acuta.

L'esame clinico esteso alla zona orbitale e all'orecchio, permetteva di escludere patologie concomitanti e causali. L'anamnesi portava all'attenzione che una simile sintomatologia si era già presentata nel corso dei sei mesi precedenti almeno altre due volte, ed era regredita nell'arco di poco tempo, forse a seguito di terapia antibiotica. Esclusa quindi la possibilità di una recidiva di parotite epidemica, molto rara a dir la verità, e comunque da escludere attraverso la identificazione degli anticorpi specifici.

Le possibilità diagnostiche da prendere in considerazione sono: a) Parotidite acuta suppurativa; b) Parotite ricorrente giovanile; c) Sialoadenite da calcolosi intraluminale; d) Sindrome di Sjogren; e) Neoplasia.

“Pensare sempre alle cose semplici, ma non trascurare mai le cose complesse”.

In effetti la prima ipotesi, quella della *parotite suppurativa* sembrava essere la più attendibile. Ma clinicamente la tumefazione non era dolente nè vi era rossore sulla guancia interessata, ed inoltre non era presente alcuna emissione di pus dallo sbocco del dotto di Stensen, come ci si poteva aspettare.

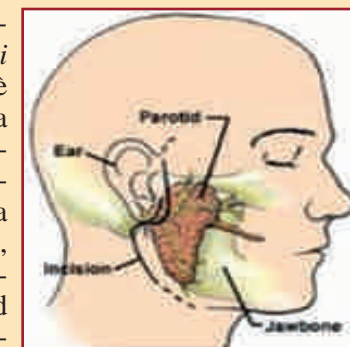
Anche le indagini di laboratorio non evidenziavano alcuna variazione delle proteine della fase acuta. L'agente più frequentemente in causa nella parotite suppurativa è lo *Staphylococcus aureus*, che potrebbe essere isolato dalle secrezioni purulente fuoriuscenti dal dotto di Stensen. La recidiva di una forma suppurativa, adeguatamente trattata, è molto rara, anche se non impossibile, ma una recidiva deve permettere una rivalutazione della diagnosi iniziale. Una risposta positiva ed immediata al trattamento antibiotico è una prova poco sufficiente sulla genesi infettiva della tumefazione.

La *parotite ricorrente giovanile* è una non comune infiammazione delle parotidi, la cui causa è sconosciuta e che colpisce in prevalenza l'età pre-adolescenziale. Non è difficile riconoscere la tumefazione della ghiandola parotidea, anche se alle volte si confonde con una grossa linfadenopatia. L'ecografia è il gold standard diagnostico, che peraltro permette l'eventuale individuazione di calcoli nel sospetto di una sialolitiasi. Sembra che ci sia una buona risposta al trattamento antibiotico. E' questa la diagnosi che abbiamo posto nel caso di cui trattiamo, dopo aver escluso sia la parotite suppurativa che le forme seguenti.



La *sindrome di Sjogren* è una malattia autoimmune infiammatoria cronica, spesso associata ad altre malattie autoimmuni quali l'Artrite Reumatoide, il LES e la Sclerodermia. Rara nei bambini si caratterizza per una marcata secchezza della mucosa orale (xerostomia), congiuntivale (cheratocongiuntivite secca, xeroftalmia) e vaginale, nonché della stessa cute. L'interessamento del tessuto ghiandolare che nè è alla base determina tutta una serie di sintomi fastidiosi (fotofobia, riduzione del gusto e dell'olfatto, carie dentarie, disfagia, raucedine, bronchiti ricorrenti) tra cui proprio l'ingrossamento delle ghiandole salivari, ed in particolari le parotidi, che si presentano tumefatte ma non dolenti come nei casi precedenti. Nel sangue possiamo riscontrare anticorpi autoimmuni, e soprattutto quelli contro antigeni nucleoproteici (SS-BLa) ed il trattamento è solo sintomatico con lacrime artificiali o soluzioni vaginali, mentre il ricorso a steroidi non sembra aver dato buoni risultati.

In ultimo, e non per ultimo, è anche necessario sospettare una *neoplasia*, che nell'ambito delle ghiandole salivari per i 2/3 è rappresentata da tumori benigni. Sono emangiomi, amartomi ed il tumore misto della parotide. Quest'ultimo si presenta come una tumefazione duro-ligneo, non dolente, che può associarsi a paralisi del nervo facciale. E' raro prima della seconda decade di vita, come raro in questa età è anche il carcinoma mucoepidermoide, una neoplasia maligna che facilmente metastatizza. L'ecografia è il gold standard nella diagnostica per immagini, potendo anche definire i caratteri della tumefazione, nonché la presenza di eventuali calcoli intraluminari. In alcuni casi la diagnosi è possibile solo attraverso la valutazione istologica.





Pillole di.
neonatalogia

IL NEONATO “LATEPRETERM”: QUESTO PICCOLO SCONOSCIUTO



di Francesco Privitera

Questi neonati, che prima venivano considerati quasi a termine e quindi esenti da problematiche tipiche del pretermine, oggi, alla luce di studi che via via si intensificano, mostrano invece delle complicanze che, anche se non arrivano a quelle dei pretermine, sicuramente pongono vari problemi che andremo ad analizzare.

Per “late preterm” si intende il bambino nato dalla 34^{0/7} alla 36^{6/7} settimana di gestazione (fig. 1). Ormai il termine è definitivo e sostituisce altre vecchie definizioni come “near term”, che sottintendevano un neonato quasi a termine faccivando sottovalutare le pro-

blematiche presenti. Non ci sono statistiche italiane, in quanto il report 2009 del CeDAP (certificato assistenza al parto) che prende in esame le nascite del 2006, divide i nati in classi di età (<32, 32-36, 37-42 e >42 sett.) che non differenziano i late preterm. Negli USA dal 1990 al 2005 i late preterm sono passati dal 7,3% di tutte le nascite al 9,1%. Nel 2005 la percentuale dei late preterm rispetto a tutti i pretermine era > 70%, per cui la maggior parte dell'aumento dei pretermine è attribuito all'aumento dei late preterm. La causa di questo aumento non è stata ancora ben compresa e sono state fatte due ipotesi: 1) un accresciuto uso di tecnologie riproduttive e quindi come risultato un aumento di gravidanze

gemellari o plurigemellari; 2) l'evoluzione dei progressi ostetrici che hanno portato ad un aumento nei controlli e negli interventi durante la gravidanza, facendo nascere un po' prima molti bambini considerati a rischio di morte in utero o morte perinatale. Questi neonati hanno un difetto maturativo che può portare a problemi respiratori, di alimentazione, neurologici, etc. (Tab. 1). Dal punto di vista respiratorio i “late preterm” presentano una riduzione della capacità di riassorbire il liquido polmonare con conseguente edema interstiziale: ciò comporta una riduzione della compliance polmonare ed un aumento della resistenza delle vie aeree. Se a questo si aggiunge anche una carenza primitiva o secondaria di

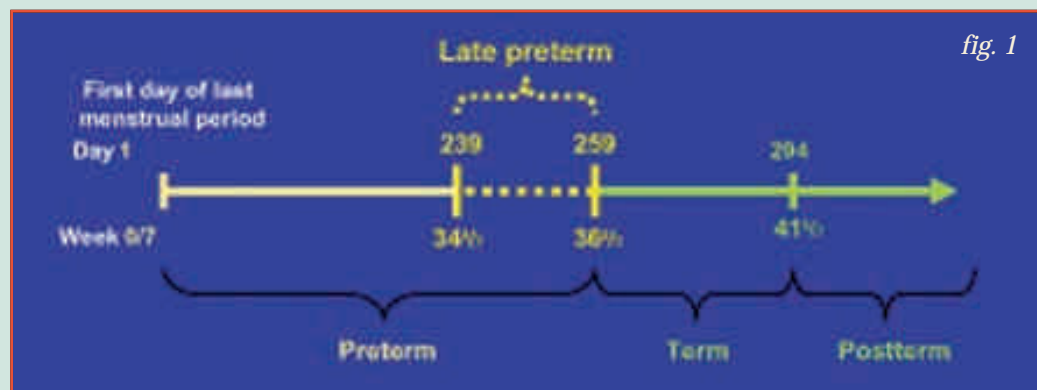
surfactant, si possono anche avere anche quadri gravi di distress respiratorio. Per quanto riguarda lo sviluppo cerebrale, ricordo che alla 34^a sett. il peso del cervello è il 65% di quello a termine, ed inoltre il 50% dell'aumento del volume cerebrale avviene nelle ultime 6 settimane di gravidanza; anche la sostanza bianca nel periodo tra la 34^a e la 40^a sett. aumenta di ben cinque volte. Contemporaneamente si sviluppano i fenomeni di connettività neuronale che sono molto importanti per la maturazione delle funzioni superiori. Un ruolo importante viene svolto dai “neuroni subplate”, che originano dalla zona ventricolare e migrano verso la zona germinativa nel primo trimestre di gravidanza. Essi raggiungono la massima densità tra la 22^a e la 34^a sett. e dopo cominciano a rarefarsi attraverso meccanismi di morte programmata (apoptosi) fino alla fine della gravidanza. Questi neuroni sono definiti “transitori” e sono localizzati al di sotto della neocor-

tex. Il danneggiamento di questi neuroni potrebbe giocare un ruolo nell'anomalo sviluppo degli assoni talamo-corticali e dell'innervazione corticale e quindi contribuire ai deficit cognitivi evidenziabili a lungo termine nei bambini con lesioni della sostanza bianca. I neonati “late preterm” possono sviluppare sia le lesioni tipiche dei neonati più prematuri come la Leucomalacia Peri Ventricolare (PVL) e l'emorragia intraventricolare (IVH), sia quelle dei neonati a termine come lo stroke, le lesioni da asfissia, o altre lesioni vascolari come la trombosi venosa cerebrale.

Il rischio di ipotermia è superiore rispetto ai pretermine a causa dell'imaturità della barriera cutanea, dell'aumento della superficie corporea e dell'acqua rispetto al peso, della riduzione del grasso bruno e dell'insufficiente risposta allo stress termico. Allo sviluppo dell'ipoglicemia contribuiscono vari fattori: carenza di depositi di glicogeno, ridotta attività della glucosio 6 fosfatasi

epatica, aumento di richieste metaboliche dovute al freddo, difficoltà di suzione con ridotto introito enterale. A causa dell'aumentata produzione di bilirubina e concomitanti basse capacità di coniugazione, i late preterm hanno un rischio più elevato (2,4 volte) rispetto al termine di sviluppare iperbilirubinemiaprolungata con alti valori a 5-7 giorni di vita. L'ittero infatti è una delle cause più frequenti di reospedalizzazione, assieme alle infezioni, dovute queste ultime all'imaturità del sistema immunitario e al minor passaggio di anticorpi materni che attraversano la placenta soprattutto nell'ultima parte della gravidanza.

Facendo riferimento alle peculiarità del late preterm su esposte, possiamo concludere che è più corretto considerarlo più vicino al grande pretermine piuttosto che un quasi a termine e rimettere in discussione per questi soggetti la dimissione precoce, in quanto è stato notato un alto tasso di re-ospedalizzazione.



Tab. 1 - Complicanze più frequenti del “late preterm” rispetto al neonato a termine

1. Ipoglicemia
2. Apnea
3. Distress respiratorio
4. Ictero prolungato
5. Tachipnea transitoria del neonato
6. Instabilità della termoregolazione
7. Convulsioni
8. Difficoltà di alimentazione
9. SIDS
10. Mortalità
11. Più alto tasso di re-ospedalizzazione

DEGLUTIZIONE E ORTODONZIA

2ª parte

di Sergio Sambataro

2. Fase faringea.

Il bolo alimentare attraversa così l'istmo delle fauci ed entra nella faringe. Le labbra sono ancora chiuse, la lingua si appiattisce a livello della sua parte superiore aderendo maggiormente al palato e favorendo la progressione del bolo posteriormente. Il palato molle si solleva, andando a chiudere la comunicazione con le fosse nasali, contemporaneamente si verifica la chiusura della laringe per evitare che il cibo refluisca nelle vie respiratorie. Con l'apertura dello sfintere esofageo superiore il bolo passa così dalla faringe nell'esofago.

3. Fase esofagea.

Dopo il passaggio del bolo, lo sfintere esofageo superiore si richiude immediatamente e iniziano una serie di contrazioni peristaltiche che portano il cibo nello stomaco. A questo punto la mandibola si abbassa, la lingua riprende la sua posizione di riposo e la respirazione riprende di nuovo.

La sequenza di eventi appena descritta in realtà si svolge nel giro di 1-2 secondi e si ripete tra le 1500 e le 2500 volte nell'arco delle 24 ore.

La deglutizione atipica.

Si parla di deglutizione atipica quando la deglutizione non segue le modalità caratteristiche dell'adulto ma è presente una spinta o un'interposizione della lingua tra le arcate dentali: in pratica, c'è la persistenza del modello di deglutizione infantile oltre quel periodo ritenuto fisiologico (5-7 anni di età).

I segni caratteristici di questo tipo di deglutizione sono:

- La spinta linguale: la lingua spinge contro i denti o fra i denti, in posizione anteriore (la più frequente) o posteriore, monolaterale o bilaterale;
- L'occlusione molare: i muscoli masticatori non sono usati completamente per portare i denti in pieno contatto tra di loro. Massetere, temporale e pterigoideo interno sono in genere ipotonicità;
- La muscolatura periorale: sono visibili spesso smorfie, contrazioni eccessive della muscolatura facciale, in particolare del muscolo orbicolare inferiore e del mentale. L'eccessiva contrazione di questi muscoli è necessaria per formare il sigillo anteriore ed offrire alla lingua un solido supporto per poter spingere il bolo verso la faringe e per impedire che il cibo fuoriesca

fig 1 e 2 - Morso aperto associato a deglutizione atipica



dalla bocca.

Cause di deglutizione atipica

- Tonsille e adenoidi ipertrofiche: l'ingrossamento delle tonsille e delle adenoidi determina un abbassamento della mandibola e uno spostamento in avanti della lingua allo scopo di migliorare le condizioni respiratorie;
- Alterazioni anatomiche locali come la macroglossia e il frenulo linguale corto;
- Abitudini viziate come la suzione del pollice o del succhiotto;
- Fattori ereditari.
- Allattamento artificiale: rappresenta forse la più importante causa di deglutizione atipica. Durante l'allattamento artificiale, il flusso troppo rapido e abbondante del latte costringe la lingua a spostarsi in una posizione più avanzata per impedire il soffocamento. Questo fatto è aggravato dalla cattiva abitudine di alcune madri di allargare e aumentare il numero dei buchi della tettarella del biberon.

La malocclusione che si associa più frequentemente alla deglutizione atipica è il morso aperto, sia dentale che scheletrico, ovvero l'assenza del contatto occlusale tra i denti dell'arcata superiore e inferiore (fig. 1 e 2). Il morso aperto può essere anteriore o posteriore, mono o bilaterale, a seconda del tipo di spinta o postura linguale anomala.

I denti possono essere inclinati verso l'esterno a causa del prevalere della forza della muscolatura linguale rispetto a quella della muscolatura periorale (labbra e guance).

Come intervenire.

Spesso il problema della deglutizione atipica si associa ad un'anomalia di tipo ortodontico, per cui sarà necessario intervenire su due fronti: quello ortodontico appunto, attraverso una terapia di tipo scheletrico, e quello funzionale, al fine di rieducare e ristabilire la corretta postura linguale.

Per quanto riguarda la terapia miofunzionale e quindi la rieducazione della lingua, deve essere condotta da persone qualificate (logopedista) e prevede l'esecuzione di esercizi che hanno lo scopo di aumentare o diminuire il tono muscolare e fare apprendere alla lingua posture corrette. Si tratta di esercizi che il bambino deve eseguire a casa, più volte durante il giorno e che richiedono la massima collaborazione.

Proprio per questo ultimo aspetto l'età ideale per iniziare questo tipo di terapia è tra gli 6 e gli 8 anni e la durata del trattamento è di circa 2-3 mesi, almeno per quanto riguarda la prima fase. Dopo, il bambino viene controllato periodicamente per valutare l'eventuale recidiva dell'abitudine scorretta e in tal caso si interviene nuovamente con un altro protocollo di esercizi.

Una storia naturale

di Sergio Mangiameli

C'è una storia realmente accaduta nel Nuovo Mondo dopo il giro di boa del Duemila, realmente narrata tempo fa da chi nel Nuovo Mondo vive e lavora: Vittorio Zucconi. Alberta, Canada, fine dell'inverno. Una mamma mantiene la promessa fatta alla figlia Jessica di cinque anni: "Il primo giorno di primavera potrai andare a scuola a piedi, da sola". Dove abita Jessica non è una città, ma un villaggio ai margini del bosco. Quella mattina di sole, Jessica saluta e s'incammina. La strada la conosce, ma vede un sacco di fiori di mille colori, li tocca, li coglie, li segue, e a scuola non arriva. Quando scatta l'allarme, si mobilita la Polizia coi cani, e pure i vecchi "trackers" indiani, che sanno leggere le tracce invisibili sul terreno. I cani fiutano una pista verso il bosco. I trackers concordano. Nel fitto del bosco, che diventa una foresta, i cani diventano irrequieti. I trackers no, proseguono in silenzio fino a quando c'è luce. Poi vengono montate le tende in attesa del giorno dopo. La notte, la mamma di Jessica fa un sogno: c'è una rupe di colore chiaro, e sotto Jessica trema di freddo. La donna si sveglia di soprassalto e sveglia tutti, si deve ripartire subito perchè sua figlia sta morendo di freddo! E' ancora buio e la temperatura è sotto lo zero, gli uomini bianchi non sanno che fare, ma i vecchi trackers no, perchè gli indiani hanno sempre creduto nel messaggio dei sogni. Con molta attenzione, uno di loro si fa spiegare dalla donna cosa ha visto in sogno. Com'è fatta la rupe? Di che colore è? Poi fa cenno agli altri. Fischia. E tutti s'incamminano seguendo. Lui conosce il territorio e sa dove andare. Quando sorge il sole, i raggi battono sulla rupe chiara, e il gruppo è appena arrivato. Ai piedi della rupe, in un giaciglio è raggomitolata Jessica, bianca dello stesso colore della roccia. "Ipotermia", dice un medico. Chiamano subito il soccorso in elicottero, le bocche sono serrate, nessuno parla. La mamma è in lacrime e non si perdona la promessa maledetta, e con la mano accarezza la sua piccola in stato d'incoscienza. Le tocca le mani, vorrebbe riscaldargliele, e vede che tra le dita Jessica stringe un ciuffo di pelo rossiccio. Il tracker indiano che ha fatto da guida è accovacciato e guarda con attenzione quei peli lunghi. Adesso sorride. "E' stata con un cane?", chiede la mamma. "Signora, qui non ci sono

cani, questo è territorio dei lupi. Sua figlia ha dormito accanto a un lupo, che le ha salvato la vita dal freddo". Jessica poi s'è ripresa e ha ricordato il suo amico dagli occhi gialli, le piccole orecchie lanose e il pelo rossiccio. L'ha chiamato "Doggy", il mio cagnolino dei boschi.

Ora, lasciando stare il fatto di credere o meno ai sogni - anche se farlo o non farlo a volte può significare salvare o condannare una vita -, il punto è un altro. Il senso di appartenenza alla natura. Jessica, una bambina bianca che crescerà negli anni dopo il Duemila nel Nuovo Mondo, ricorderà per sempre che la natura è casa. E soprattutto ripeterà agli altri questa esperienza e le sue convinzioni. Ricordare e ripetere sono due verbi che Gianni Netto, educatore ambientale del Parco Nazionale d'Abruzzo, instilla ai bambini in visita didattica al Centro di Pescasseroli. L'ho visto vestito col cilindro e baffi finti insegnare alle scolaresche la differenza tra le foglie di acero e quelle di faggio, oppure come si contano gli anni di un cervo, dove fa la cacca la volpe maschio. E i bambini ridere e divertirsi e fare a gara. E alla fine il cilindro si leva in segno di saluto e Gianni si mette l'indice teso sulle labbra: "Allora ragazzi, ricordate e ripetete agli altri quello che oggi vi ha emozionato. Difendete queste emozioni e la natura che le genera". In un libro che ha fatto scuola di educazione ambientale negli USA, Silvia Vegetti Finzi è intervenuta nell'introduzione e sostiene che "se il mondo va bene per i bambini, va bene per tutti". Rileva una correlazione positiva tra tempo trascorso a contatto con la natura e processi creativi; indica come "disturbo da deficit di natura" problemi infantili come deficit di attenzione e iperattività; lega a doppio filo stati di violenza a permanenza lontana da spazi naturali; e alla fine lancia: "Bisognerebbe inscrivere il nostro rapporto con la natura non già nelle attività ricreative ma in quelle sanitarie". Era il 2005. Il mese scorso ho sentito le stesse parole pronunciate in un congresso nazionale da Alessandra Graziot-tin, con in più i dati allarmanti sull'obesità infantile che non ci danno un attimo in più di tempo per capire che il cambiamento è già in atto e la soluzione è, come sempre, la via più semplice. Questa volta anche la più naturale.



In occasione dell'XI Convegno Nazionale di Dermatologia per il Pediatra che si è svolto a Riccione il 14-15 Maggio 2010 abbiamo intervistato l'organizzatore dott. Fabio Arcangeli, primario dell'U.O. di Dermatologia dell'Ospedale M. Bufalini di Cesena, che da sempre è un punto di riferimento per la dermatologia pediatrica. All'esperto chiediamo di fare chiarezza su alcuni punti che, soprattutto in questa stagione, saranno oggetto di quesiti ricorrenti nei nostri ambulatori.

M. Libranti: Qual è il limite d'età al di sotto del quale è assolutamente vietata l'esposizione al sole dei più piccoli?

F. Arcangeli: In genere nel primo anno di vita si sconsiglia di esporre direttamente al sole i bambini, anche con l'uso dei filtri più efficaci. E' una cosa ingiustificata, priva di alcun vantaggio per bimbi così piccoli.

L: Quali i filtri da preferire nelle creme per bambini: filtri fisici, chimici o entrambi?

A: Dipende dall'entità di foto protezione che si vuole ottenere. Chiaramente il massimo di protezione, che non è mai una protezione totale, è fornita dai filtri di tipo fisico soprattutto quelli a base di biossido di titanio che creano una schermo molto efficace: l'inconveniente di tali creme è l'essere un po' "imbrattanti" e questo, cosmeticamente parlando, crea problemi più difficili da gestire nell'adulto che nel bambino. Riguardo ai filtri chimici non è ancora stato chiarito se vi siano, e quali siano, gli effetti tra gli UVA e le sostanze chimiche contenute nei filtri. Ci sono alcuni lavori che esprimono dei timori nei confronti dell'uso dei filtri chimici ma, allo stato attuale, non c'è nulla di scientificamente dimostrato.

L: Esposizione al sole e melanoma:

esiste una correlazione scientificamente provata?

A: Assolutamente sì, anche se non esiste una riproducibilità. Le prove di basano più su osservazioni epidemiologiche. Tra i fattori di rischio oltre ai fattori genetici e all'età, rivestono molta importanza le esposizioni acute al sole, quelle che determinano ustioni e scottature solari, specie se ripetute. Le esposizioni croniche al sole non sembrano costituire un fattore di rischio. Che un rapporto con il sole ci sia è innegabile dal momento che il tumore è molto più frequente nelle popolazioni che vivono in paesi assolati. In alcune regioni dell'Australia l'incidenza è addirittura superiore ai 50 nuovi casi su 100 mila abitanti. In queste regioni australiane abitano popolazioni

provenienti dalla scozia: le stesse etnie quando vivono in Scozia presentano un'incidenza di 10 nuovi casi su 100 mila abitanti. Tutto ciò è riferito al tumore dell'adulto poichè, fortunatamente, il melanoma nel bambino è un'evenienza talmente rara da essere considerata trascurabile.

L: Quali gli effetti degli UVA nei bambini affetti da dermatite atopica?

A: Gli ultravioletti hanno un ruolo terapeutico sull'eczema in generale, dovuto al loro effetto antiinfiammatorio e immunosoppressivo: non dimentichiamo che la patogenesi delle lesioni è immunitaria. Una riprova di ciò è l'uso, durante i mesi invernali, della fototerapia quale rimedio, tra i più efficaci, per il trattamento della dermatite atopica nei bambini più

grandi e negli adolescenti. Tuttavia, se tutto ciò è vero, è altrettanto vero che a volte si può avere un peggioramento delle lesioni. Di questo, però, non è responsabile il sole ma la facilità d'incontro con diversi fattori irritativi: il caldo umido, la sabbia, l'eccessiva sudorazione, l'acqua di mare etc..

L: L'uso delle creme solari altamente protettive e la possibile mancata attivazione della vitamina D hanno animato discussioni sulle pagine di diverse riviste scientifiche: c'è veramente qualcosa da temere?

A: Sì, in effetti c'è stato un grossissimo dibattito a livello mondiale. Negli Stati Uniti in particolare, il livello della polemica ha generato un vero e proprio dibattito popolare durato fino al Marzo di quest'anno. Tutto ciò

perchè alcuni importanti personaggi del mondo accademico avevano sostenuto una possibile relazione tra eccessiva foto protezione e ritorno a problemi di rachitismo, dovuti alla mancata attivazione della vitamina D.

L'American Academy of Dermatology ha messo finalmente il punto esclamativo a questo dibattito infinito che ha trovato spazio, per tutto lo scorso anno, nelle riviste più accreditate in campo dermatologico, dimostrando - nell'ultimo congresso che si è tenuto a Miami nel mese di Marzo - come la quantità di sole necessaria ad attivare la vitamina D è talmente minima da poter essere catturata con una passeggiata di 5 minuti all'aperto.

Intervista a Fabio Arcangeli

Amico sole? Effetti benefici e nocivi dei raggi solari sulla cute dei bambini



di Maria Libranti

di Antonino Gulino

La prima cosa bella Regia: Paolo Virzì

Ancora una volta mi piace segnalare un'opera di Paolo Virzì uno dei più originali registi della nostra cinematografia, un autore capace di raccontare con gli occhi di un fanciullo i cambiamenti della nostra società.

Il film tra nostalgia e dolore ci racconta attraverso il difficile rapporto tra Bruno, un ragazzo introverso e sensibile, e Anna, una bellissima madre "sbagliata", la mitica Italia degli anni '70.

Anna è sbagliata per una società ipocrita e bacchettona, che cerca di imprigionare in un ruolo rigidamente preconstituito la sua voglia di vivere, ma "è sbagliata" anche per un figlio alla ricerca di una madre "normale".

Bruno non riesce ad accettare questa madre desiderata da tutti gli uomini, non rispettabile, vive con amarezza e rancore la sua vita, cresce con la sola voglia di fuggire da lei e dal suo passato.

Un passato che ritorna con l'inattesa visita della sorella, ormai grande, che lo invita a tornare a casa dalla madre ormai in fin di vita.

Bruno ripercorre in un lento e doloroso flashback la sua vita a Livorno, ma scopre che le sue frustrazioni di bambino non sono superate, solo rimosse, continua a non accettare la madre, spera di trovarla diversa. Ma l'Anna del presente non è cambiata, la sua capacità di infrangere le regole è immutata, muore con la stessa voglia di vivere di sempre, regalando ai figli la speranza di una vita diversa, libera da inutili pregiudizi.

La nostra società non è più la provincia raccontata da Virzì, ma non è forse migliorata, ce lo confermano i nostri ragazzi.

I tanti ragazzi che incontriamo nei nostri ambulatori, non sono poi diversi da Bruno, il loro desiderio di "normalità" è appena mascherato da tatuaggi e cattive abitudini, il loro giudizio dei genitori rimane profondamente negativo, così come è immutata la voglia di fuggire da una società senza futuro, senza uomini e donne capaci di "sbagliare" per una vita migliore.



recensioni



LE PAURE
FANNO PACE
di Anselmo
Roveda
e Chiara
Dattola
Ed. Lineadaria
€ 14,00

di Giusi Germenia

Il misterioso seppur comprensibile rapporto tra i bambini e le paure, è argomento ricorrente nelle pubblicazioni per l'infanzia laddove è diffuso il tentativo degli autori di entrare in contatto con i lettori in momenti particolari, quelli in cui le difese si scoprono e il bisogno di parole si fa più impellente.

Anselmo Roveda e Chiara Dattola, l'uno narratore, l'altra illustratrice di "Le paure fanno pace", già collaudati autori in "sintonia", danno vita in questo albo illustrato ad un bel dialogo, servendosi dei loro linguaggi diversi ma parimenti espressivi e potenti.

Così, ciascuno con il proprio registro, esamina con attenzione e profondità tutto il carico di angosce che invade i bambini nei momenti che precedono il sonno: una condizione classi-

camente testimone delle più articolate paure che da una pagina all'altra vengono offerte e descritte con le parole e poi rappresentate e vivificate in immagini di grande forza cromatica. E nel riuscire a descrivere e a "disegnare" le paure e le sensazioni che le accompagnano, gli autori porgono ai bambini lettori un messaggio rassicurante, nato da una serena riflessione e portatore dell'energia, importantissima, che si genera in sé stessi: una modalità in più per provare a mettersi in pace con l'inspiegabile.

Da due adulti ai bambini, una comunicazione semplice ma incisiva, responsabile e soprattutto positiva in una espressione testuale che testimonia il felice incontro tra la forza della parola e la potenza della espressione grafica.

DI GIAMOCELO...

La medicina difensiva non è ancora entrata nel piano di studi universitari ma non dispero che ciò, a breve, possa accadere. Del resto perchè non conferire ufficialità alla materia, vista la rapidità con cui in pochissimi anni si è imposta all'attenzione ed alla pratica - ahimè - di tutta la categoria medica?

Per non parlare poi del peso economico dell'argomento: 15 miliardi di euro l'anno vanno in fumo ai piedi del suo altare!

E' certamente il frutto di un nuovo approccio alla professione che ha innescato il meccanismo perverso di agire contemporaneamente (quando va bene) per la salute del paziente e per la tutela giuridica di noi stessi. Del resto negli ultimi anni - con un "trend" che non accenna alcuna flessione - si è passati da una situazione di impunità quasi "mafiosa" dell'atto medico ad un continuo, spesso ingiustificato, attacco mediatico e giuridico. Non stupisce, dunque, la nascita dell'AMAMI (associazione medici accusati ingiustamente di malpractice) e la crescita esponenziale di adepti alla pratica di questa moderna forma di medicina.

Se è vero che l'errore, per quanto odioso, è inevitabile in ogni attività professionale, nella pratica medica però lo sbaglio è considerato imperdonabile. Eppure si dovrebbe sapere quanto, per sua natura, la medicina sia ingannevole e quanto siano fallibili (pur se preparati ed attenti) gli uomini che la praticano! Ma non c'è niente da fare: quando il prezzo da pagare è la vita, non c'è comprensione nè indulgenza per i "tranelli" che incontreremo nel corso della nostra attività professionale.

Ma allora *digiamocelo*: è un problema assai spinoso! Ma queste spine diventano dei grossi aculei pensando che il bambino, il più indifeso tra i malati, deve patire insieme ai disagi della malattia le "offese" derivanti, inevitabilmente, dalla pratica della medicina difensiva: quanti antibiotici, quanti esami, quanti inutili ricoveri...

Non voglio certo fare l'ipocrita (*giammai su questa rubrica!*) e criticare il sano ego-

ismo che spinge ognuno di noi a tenere lontani avvocati e sostituti procuratori, ma sono altrettanto sicura che si debba moltiplicare lo sforzo di tutti, medici e istituzioni, per trovare un'altra strada e che questa, contrariamente alle apparenze, esista. Dovremmo impegnarci e far comprendere che la "buona sanità" dovrebbe marciare in

senso
di am-
tra l-
mente
oppo-
sto: ap-
prio-
tezza
delle
terapie,
delle
indagini
diagnos-
tiche e
dei ri-
coveri



Quanto è offensiva
la medicina "difensiva"?

di Maria Librati

e, conseguentemente minori liste di attese, minore stress da superlavoro per gli specialisti - che si traduce in un minor rischio di errore diagnostico - e un efficace controllo della famigerata (super)spesa sanitaria.

Non sono sicura che sia auspicabile, ma trovo preferibile che si chiedano spiegazioni per i troppi antibiotici inutilmente prescritti (che causano un danno non solo al singolo ma, più temibilmente, a tutta la collettività), per le centinaia di TC ed RX prescritte nei DEA (Dipartimenti di Emergenza) a sola tutela dei medici richiedenti (incuranti del rischio radiogeno), per gli inutili ricoveri "dell'acuto banale" o di altre patologie minori cosa di cui siamo responsabili proprio noi, pediatri di famiglia, a volte incapaci di gestire le ansie genitoriali. E' da auspicare che non sia sufficiente un esame *non richiesto* a giudicare negligente il comportamento di un medico ma, al contrario, è l'eccessiva prescrizione d'inappropriate indagini che dovrebbe farci mettere in dubbio la perizia di quel medico.

Lo so, lo so... sono incline a fantasticare ma, in fondo, che male c'è ad immaginare una sanità migliore?

Il latte materno non protegge dall'atopia? Ma chi se ne frega!

di Filippo Di Forti

A volte ci si frega con le proprie mani, e come? Presto detto. Idea iniziale di questo articolo era arzigogolare un qualcosa di scientifico, che potesse condurre alla considerazione finale che il latte materno potesse prevenire l'atopia.

Non vi è cosa peggiore di iniziare una qualsiasi attività con un preconcetto iniziale, non solo nella scienza, ma anche in tutte le attività dello scibile umano.

L'ho compreso dallo spirito con cui mi ero messo a cercare in letteratura cosa ci fosse di vero sull'effetto preventivo del latte materno sulle allergie, sicuro del fatto che lo si dovesse con assiomatica certezza.

Girovagando tra articoli, lettere, riviste, linee guida, linee di indirizzo, leggi delega, opinioni, opinionisti ed inopinabili divulgatori, ma soprattutto partendo da un indecifra-

bile postulante desiderio di dimostrare che vi fosse un reale effetto preventivo, mi sono imbattuto invece, in notizie che hanno rivoluzionato il mio desiderio di affermare che il latte materno potesse in effetti prevenirlo.

Tutto è cominciato dalla lettura di un articolo dalle origini nobile ovvero di Kramer et al su *B.M.J* del 2007 335:815-21 il quale afferma che, l'allattamento al seno protratto si associa ad aumento del rischio di asma e di atopia.

Preso da un'ansia concettuale, mi sono detto "non è possibile, ho capito male" ed allora rovistando su medline ho trovato lo studio dal titolo: BREAST-FEEDING DURATION AND INFANT ATOPIC MANIFESTATIONS, BY MATERNAL ALLERGIC STATUS, IN THE FIRST 2 YEARS OF LIFE detto anche KOALA study

di *Snijders BE et al J Pediatrics 2007*. Risultato di questa indagine, per farla breve, è stato che la più lunga durata dell'allattamento materno è associata ad un più basso rischio di

eczema in bambini di madri non allergiche ed ad un più basso rischio di wheezing ricorrente indipendentemente dallo stato allergico della madre.

In sintesi la relazione tra eczema atopico nei primi due anni di vita e allattamento al seno dipende dallo stato atopico della madre, mentre la riduzione del wheezing sembra secondaria alla protezione verso le infezioni respiratorie.



Veniva comunque tagliata la testa al toro dallo studio ALSPAC, nobile anch'esso, in quanto pubblicato su *J.Allergy Clin.Immunol. 2008;122:49-54*. Lo studio è di quelli storici per casistiche ed intenti, ovvero sono stati studiati 13987 bambini vivi ad un anno e seguiti fino a sette anni. In breve, dall'analisi dei dati, si è visto che non esiste un effetto dannoso del seno materno su asma ed atopia, che l'allattamento al seno non protegge da asma ed atopia nella seconda infanzia, ma che comunque effettua una protezione dagli episodi di patologia sibilante nei primi 3-4 anni di vita, soprattutto quelli virali.

Lo shock personale è stato ridimensionato, ma c'è voluto quindi uno studio ciclopico, in barba a tutti i doppi ciechi esistenti, (scusatemi per il solito patetico giochetto di parole) per cercare di arrivare a smentire l'intuizione di Kramer, per poi correggerla in parte. Infatti, se da un lato si smentisce l'effetto dannoso, quantomeno non si conferma l'effetto protettivo sperato.

Riflettendo sul dato e ripercorrendo, a ritroso, la storia del rapporto tra latte materno ed atopia, il sospetto di un sottile, timoroso, silenzioso ed inesperto sentore, che non avesse le caratteristiche protettive, si era avuto anche in passato, ma i tempi non erano maturi per affermarlo con chiarezza, probabilmente per non esporsi ad una figuraccia, infatti gli studi che sottendevano ciò esistevano, eccome!

Il gruppo della Isolauri premoniva. Su *JACI 2002; 109:119-21* affermava infatti che, l'effetto protettivo sull'atopia sarebbe stato possibile, se la madre atopica avesse assunto, durante l'allattamento, dei probiotici di

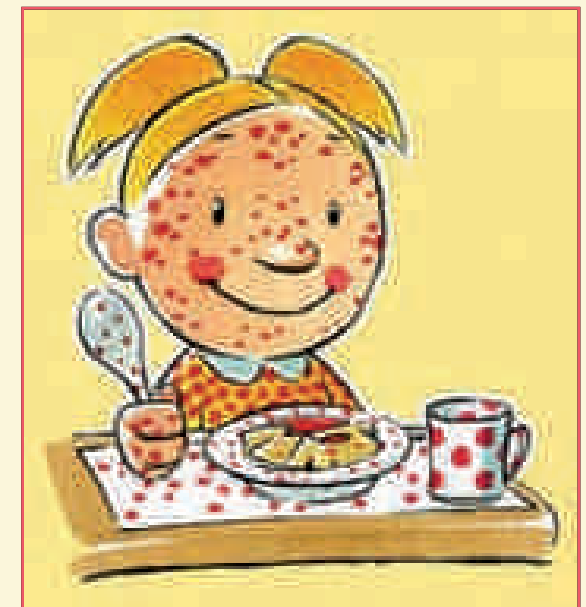
cui non faccio il nome per ovvi motivi. Ciò dovuto al fatto che, la mamma atopica

nel suo latte ha un basso livello di TGF-beta, notoriamente fattore protettivo sull'asma. Più tardi, su *Clin. Exp. Allergy 2008; 38: 1342-1348* si sarebbe letto che, la somministrazione degli innominabili probiotici, avrebbe aumentato nel latte materno il TGF-beta2, il CD 14, IFN-gamma, TNF-alfa, IL-10, IL-6, IL-4, IL-2 ed il gioco anti-atopico sarebbe stato bello e fatto.

Ma questo cosa presupponeva, se non la velata ammissione che il latte materno non proteggeva da asma ed atopia?

Ma allora concludendo e rubando il titolo della mia vicina di rubrica, "digiamocelo"! Il latte materno non previene l'atopia e l'asma?

Ma chi se ne frega!



L'addome acuto da cause ginecologiche in età pediatrica

di Raffaele Falsaperla e Ferdinando Antonio Gulino

Il dolore addominale nel bambino è un sintomo comune ed impegnativo. Si è calcolato che circa il 15% dei bambini nel corso della loro vita ricorrono al proprio pediatra per questo sintomo, ma solo il 5% di essi necessitano di ospedalizzazione o di intervento chirurgico.

Il pediatra deve essere in grado di distinguere il dolore addominale determinato da una malattia grave e potenzialmente letale da situazioni più benigne o banali. Il dolore addominale può essere un singolo evento acuto o acuto ma ricorrente o cronico. La diagnosi differenziale è difficile e varia in rapporto all'età; sebbene alcune situazioni siano presenti in tutta l'età pediatrica (stipsi, gastroenterite, ecc), alcune sono specifiche solo in certe età (invaginazione nel lattante).

Una corretta anamnesi ed un attento esame clinico ci possono aiutare a individuare un dolore di pertinenza chirurgica.

Un dolore addominale acuto improvviso straziante in un ragazzo o in un adolescente ci deve indurre a chiedere una consu-

lenza chirurgica, in quanto spesso è necessario un intervento in urgenza

Diverse possono essere le cause determinanti questa patologia (vedi tab. 1) alcune sono rare e spesso trascurate, la descrizione del caso clinico a seguire ne è testimonianza.

Caso clinico:

G.F. una ragazzina di 11 anni giunta alla nostra osservazione in quanto presentava da alcune ore un dolore acuto, localizzato in fossa iliaca destra, continuo, con vomito, Mc Burney + -- Blumberg ---.

Esami d'urgenza: stick urine neg, GB 8000 N 86,6%, GR 4300000, Hb 12,2 g%, VES 12, PRC 0,1 mg%

Ma l'anamnesi patologica remota evidenziava una precedente torsione ovarica sinistra trattata chirurgicamente con un intervento di salpingoannessectomia sinistra all'età di 9 anni. Ciò ci ha indotto a eseguire in prima istanza un esame ecografico che ha messo in evidenza un edema ovarico dx tipico della torsione ovarica. Viene richiesta in urgenza una consulenza chirurgica seguita da intervento chirurgico di derotazione dell'annesso in laparoscopia con pronta ripresa del flusso ematico.

La torsione ovarica (TO) in età pediatrica rappresenta una rara ma seria condizione che mette a rischio l'apparato riproduttivo e può essere di difficile riconoscimento clinico. La TO si determina per una rotazione del peduncolo ovarico sul suo asse che causa una compromissione del flusso arterioso e stasi venosa. Nelle giovani gli annessi presentano una spiccata mobilità ed in circa il 17% dei casi si manifesta prima della comparsa del me-

marca. La TO comporta dolore addominale acuto che spesso si irradia all'arto omolaterale. Le bambine sottoposte ad intervento chirurgico entro 8 ore dalla diagnosi hanno una probabilità di salvare l'ovaio del 40%, mentre quelle operate dopo le 24 ore dall'esordio subiscono l'asportazione dell'organo.

Da ricordare che l'ovaio si considera "salvato" quando, dopo la derotazione fatta dal chirurgo, c'è stata la ripresa del flusso di sangue anche se l'effettiva funzionalità dell'ovaio può essere valutata in epoca successiva. Pur se la patologia è poco comune, è importante ricordarla in presenza di un dolore addominale in bambine prepuberi e/o adolescenti. Nei casi di sospetta TO è necessario eseguire in prima istanza una ecografia addominale di conferma per poter operare rapidamente la paziente ed avere così una maggior possibilità di successo.

Anche se eccezionalmente la TO può ripresentarsi dopo qualche tempo, vi è una temibile variante della TO definita "intermittente" come nel nostro caso che determina una recrudescenza della patologia in pazienti sottoposti precedentemente a pessi (plicazione) dell'annesso controlaterale.

Conclusioni

Le cause di dolori addominali acuti in età pediatrica sono molteplici, ma quando ci troviamo di fronte ad una ragazzina prepubere non bisogna trascurare la TO.

Inoltre il caso da noi descritto conferma, come già segnalato in letteratura, la necessità di eseguire la plicazione dell'annesso controlaterale nel caso di torsione unilaterale per l'alta probabilità riscontrata di una successiva TO.

Porfiria acuta intermittente: una patologia subdola che determina un coinvolgimento neurologico

Casi da ricordare...

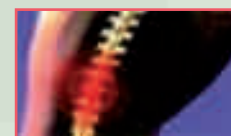
di Raffaele Falsaperla

Le Porfirie (PO) rappresentano un gruppo eterogeneo di patologie genetiche multisistemiche caratterizzate da una alterazione della biosintesi dell'eme. I segni neurologici principali sono l'encefalopatia e la neuropatia periferica che possono precedere o seguire la sintomatologia tipicamente intestinale.

Riportiamo il caso di una ragazzina di 13 anni ricoverata presso la nostra U.O. per dolore addominale riferito al fianco e fossa iliaca dx che perdurava da più di un mese. Per la persistenza della sintomatologia dolorosa si procedeva a laparoscopia che mostrava solo lievi e aspecifici segni di flogosi peritoneale e durante la procedura veniva asportata l'appendice. Dopo due mesi di completo benessere la ragazza è stata ricoverata nuovamente presso il nostro reparto perchè da una settimana presentava dolore severo riferito al fianco ed alla fossa iliaca sx e, dall'altro lato, alla coscia dx.

All'esame obiettivo il dolore è sempre continuo con esacerbazioni diurne, resistente ai FANS, costringendo a letto la paziente impedendone la deambulazione e non si accompagna a vomito o alterazioni dell'alvo. Gli esami ematochimici di routine, gli autoanticorpi (ANA, ASMA, AMA, LAC), anticorpi antifosfolipidi, studio genetico della coagulazione, AT III, D-dimero ed Omocisteinemia erano nella norma.

L'esame delle urine ha evidenziato un'elevata escrezione di porfobilinogeno. Dopo 48 ore per la presenza di una cefalea ingravescente veniva eseguita una RM encefalo che mostrava assenza di segnale di



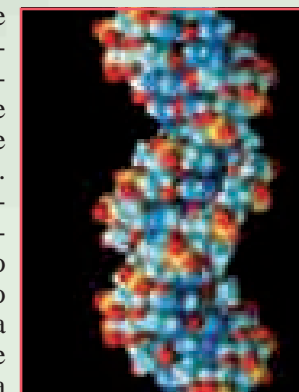
flusso a carico della parte distale del seno trasverso, del seno sigmoideo e del golfo

della giugulare dal lato in rapporto a trombosi. Dopo terapia con enoxeparina la sintomatologia neurologica è regredita nel corso di una settimana e il controllo RMN dopo 30 gg mostrava una ricanalizzazione del flusso cerebrale.

Un'elevata escrezione di porfirine può determinare sintomi tipicamente neurologici. L'attacco acuto di PO usualmente consiste nella presenza di dolore addominale, debolezza agli arti, vomito, stipsi, alterazioni cutanee tachicardia e disturbi psichiatrici tipo depressione o psicosi.

La patogenesi del coinvolgimento neurologico nelle PO rimane ancora non chiara e varia dal possibile effetto neurotossico delle porfirie alla deplezione di cofattori derivanti dalla biosintesi dall'eme alla terapia vascolare. Sulla reversibilità delle lesioni neurologiche King ha riportato anomalie cerebrali vascolari reversibili confermate alla RMN e Aggarwall ha descritto alterazioni corticali transitorie.

Diversi sono gli spunti di riflessioni dall'esame di questo caso clinico: dalla diagnosi di Porfiria erroneamente etichettata come appendicite ai sintomi neurologici della patologia. Il Sistema Nervoso può essere coinvolto sia il Centrale (anomalie vascolari) o il Periferico come danno assonale e/o mielinico. Inoltre da considerare la reversibilità del danno neurologico confermando la genesi vascolare nella Porfiria



di Angelo Milazzo

L'associazione psichiatrica americana ha investito 25 milioni di dollari, coinvolgendo 600 specialisti per ridisegnare la mappa delle patologie. L'uscita definitiva è prevista per il 2013.

Bisogna ricordare che il DSM, o Diagnostic Manual of Mental Disorders, è il più diffuso ed influente testo di psichiatria del mondo. Sulla base di questo strumento si classificano le malattie mentali, ma soprattutto psichiatri e neurologi trattano i pazienti. Case farmaceutiche, sistemi sanitari ed assicurazioni elaborano le loro strategie, tenendo conto del DSM più recente.

La storia dei DSM, dal I al V, rappresenta una delle sfide più affascinanti della intera medicina: fornire una base scientifica alle malattie psichiche e mentali. La moderna psichiatria sta cercando di riorganizzare le classificazioni a partire dai sintomi, dalla loro caratterizzazione disfunzionale, in rapporto ai contesti per procedere all'identificazione dei processi neurali, con eventuali basi genetiche. Le metodiche e le conoscenze scientifiche stanno consentendo, sia pure in tempi lunghi e con grandi difficoltà, di far diventare la psichiatria "neuroscienza clinica", riavvicinandola alla specialità "sorella": la neurologia. L'obiettivo è quello di ricondurre anche i disturbi del comportamento alle alterazioni del funzionamento del cervello, con buona pace di psicologismi e teorie quasi religiose di determinate "scuole".

Tenterò di esemplificare una serie di novità.

- E' stata eliminata una serie di sottotipi di schizofrenia, dedicando attenzione ai sintomi comuni come allucinazioni e disturbi del pensiero, nonché alla durata e gravità di tali sintomi.

- E' stata

introdotta la diagnosi di: depressione ansiosa mista.

- Sono stati ridotti da 12 a 5 dei disturbi della personalità. Sono rimaste le forme: borderline, schizotipica, evitante, ossessivo-compulsiva e psicopatica- antisociale.

- E' stata introdotta la categoria delle sindromi di rischio, in modo da consentire di identificare gli stadi precoci di gravi disturbi mentali, come le demenze e le psicosi.

- E' stata introdotta la singola categoria diagnostica dei "disturbi autistici", in sostituzione delle diagnosi di: malattia autistica, malattia di Asperger, disturbo disintegrativo dell'infanzia e disturbo pervasivo dello sviluppo.

- Viene introdotta la nuova categoria dei Disturbi di dipendenza, distinguendo il comportamento compulsivo di droghe, da risposte di tolleranza e astinenza.

- Viene introdotta la categoria delle dipendenze comportamentali, comprendente il gioco d'azzardo, ma si prevedono anche le dipendenze da internet e da nuove tecnologie.

- Viene aggiunta una valutazione dimensionale della diagnosi, in modo da valutare più scientificamente la gravità dei sintomi.

Potere e dopamina.

Autorevoli ricerche hanno dimostrato che le persone più motivate ad ottenere potere nella società, sono quelle che possiedono una maggior quantità di recettori D2/D3 per la dopamina nel corpo striato, una regione del cervello coinvolta nella motivazione e nei com-



portamenti che puntano al conseguimento di una ricompensa. E' stato ipotizzato che i soggetti con più alti livelli di recettori D2 siano anche più motivati ed impegnati dalle situazioni sociali, e di conseguenza arrivino più facilmente al successo. Ciò spiegherebbe meglio come gli ammalati di Parkinson presentino anche un rallentamento delle funzioni motorie e cognitive.

Il corpo striato fa parte dei gangli della base, che influenzano l'attività di aree corticali, in questo caso frontali, coinvolte nei processi decisionali, e di adeguamento del comportamento al contesto. Un iperfunzionamento del sistema dopaminergico predispone però anche a disturbi, tipo: il gioco d'azzardo e l'ipersessualità.

Bullismo femminile e cannabinoidi.

Sono le ragazze violente le protagoniste del "bullismo al femminile", un fenomeno che, nascosto fino a qualche anno fa, ora sta dilagando tra le giovanissime.

I fattori favorevoli sono sempre quelli: lassismo, buonismo, perdonismo, incapacità della società tutta ad educare, anche con le giuste punizioni.

Le bulle non agiscono mai da sole, ma non si riuniscono in gruppo non per diver-



tirsi, bensì per affermare la propria rabbia. Esse aggrediscono,

picchiano e rapinano le coetanee, per strada e a scuola. Come i bulli maschi, hanno un comportamento "predatorio" incontenibile.

- Sono sempre più numerosi gli studi che dimostrano che vari cannabinoidi possono indurre diversi gradi di danno a carico delle cellule del S.N.C. L'esposizione durante il periodo prenatale può alterare la sequenza temporalmente ordinata dei neurotrasmettitori, oltre ad incidere negativamente sulla maturazione delle cellule nervose. Quindi l'esposizione durante la gravidanza potrebbe avere un impatto negativo sulla struttura del cervello nei primi anni di vita post-natale. Negli adolescenti, l'uso precoce potrebbe avere effetti dannosi sullo sviluppo cerebrale, con rischio di deficit cognitivi e disordini psichiatrici. Il S.N. dei neonati e degli adolescenti è dunque fortemente sensibile ai danni da fitocannabinoidi.

Vengono continuamente messi illegalmente in commercio, soprattutto tramite internet, nuovo cannabinoidi sintetici, tra i quali ne è stato recentemente identificato uno particolarmente pericoloso, indicato con la sigla: JWH-018.



LO STUPIDIATRA

a cura di Fidifo

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

Ormai si sa la terza età riserva sempre delle sorprese, infatti l'allattamento oltre ad essere artificiale può anche essere senile. D'altronde, come si evince dagli interminabili chiacchiericci delle sale d'attesa, definite

anticamente centri di cortile, ma oggi più modernamente "centri raccolta ed elaborazione dati" è sempre da preferire il latte fresco a quello a lunga conversazione, che si sa essere più sostanzioso del latte parzialmente stremato che è sempre

meglio di quello totalmente stremato. L'unico vantaggio è che non vengono le arachidi al seno difficili da digerire ed allergizzanti. Comunque è proprio vero che i vecchi proverbi sono sempre i migliori, infatti se l'uomo è un mammifero, la donna lo è di più.



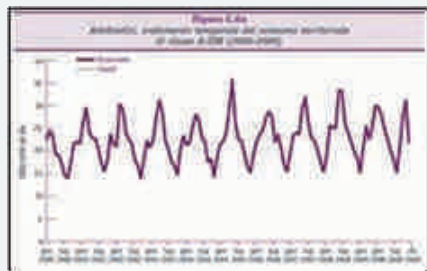
I dottori sono spendaccioni ?! Ma tanto i Pediatri non ci sono! (Parte 1 di 2)

<http://www.agenziafarmaco.it/it/content/luso-dei-farmaci-italia-rapporto-osmed-2009>

Non appena, navigando sul web, ho scorto all'orizzonte l'annuncio della pubblicazione del Rapporto 2009 sull'uso dei farmaci in Italia, ho subito fatto vela sul sito della AIFA, nella segreta speranza di avere conferma dei meriti o delle colpe di Noi PdF.

Non vi meravigliate: un'altra delusione! Di Noi proprio non si parla e nessun dato e nessuna tabella ci riguardano in esclusiva! Il rapporto, infatti, è stato elaborato solo sui dati provenienti da "prescrizioni effettuate su una popolazione complessiva di 919.600 assistibili di età maggiore di 14 anni che sono risultati vivi e registrati nelle liste dei MMG al 31 dicembre 2009. Tali pazienti, infatti, sono presi in carico nella maggior parte del territorio nazionale dai Pediatri di Libera Scelta (PLS)".

Insomma i Pediatri sono "un'altra cosa", sono "i diversi" e non meritano di usufruire di dati o di estrapolazioni statistiche ufficiali! Ma non voglio scriverne in questa sede: chi mi conosce non ne può già più dei miei lamenti!



Non vi nascondo che dopo un momento di rabbia per questa inaccettabile esclusione ho pensato che valeva, a maggior ragione, la pena di leggere le 340 pagine del rapporto, per verificare quanto fossero "pesanti" le prescrizioni dei MMG nel nostro "campo" di azione.

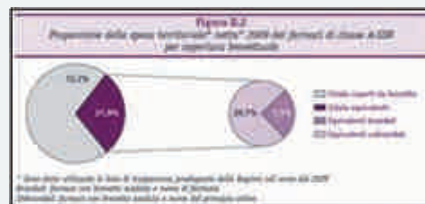
Ecco il risultato riportato fedelmente: **"nella popolazione pediatrica fino a 14 anni, a fronte di elevati livelli di prevalenza, si consuma meno del 3% delle dosi e della spesa"** E ancora: **"Alti valori di esposizione si osservano nei bambini e negli anziani: circa**

8 bambini su 10 ricevono in un anno almeno una prescrizione (in particolare antibiotici e antistaminici)". Direi poco! Forse Noi sapremmo fare di meglio: ma adesso non lo sapremo...!

Non avendo altro da riportare che ci riguardi proprio direttamente Vi propongo alcuni estratti dal "Rapporto", per me significativi, che lascio alle Vostre considerazioni.

Essendo il lavoro sicuramente impegnativo riporterò solo alcuni dati e tabelle in questo numero "Paidòs" lasciando al prossimo le altre.

- Ogni italiano ha speso nel 2009 circa 420 euro per comprare farmaci.
- Il mercato farmaceutico totale è stato di oltre 25 miliardi di euro, di cui il 75% a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
- Il consumo farmaceutico di classe A-SSN è aumentato del 3,4% rispetto al 2008: ogni mille abitanti sono state prescritte 926 dosi di farmaco al giorno (erano 580 nel 2000).
- La spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è in leggera crescita rispetto all'anno precedente (+ 1,4%) mentre quella a carico del SSN diminuisce dell'1,7%.
- I farmaci del sistema cardiovascolare, con oltre 5 miliardi di euro, sono la categoria più utilizzata. Al secondo posto i farmaci del sistema gastrointestinale (12,7%), i farmaci del sistema nervoso centrale (12,5%) e gli antineoplastici (1,7%).
- I farmaci dermatologici (88% della spesa), quelli del sistema genito-urinario ed ormoni sessuali (57%) e i farmaci dell'apparato muscolo scheletrico (53,1%) sono invece le categorie maggiormente a carico dei cittadini.



INCONTRI PAIDOS 2010

18 Settembre: Alcuni passi in neonatologia

9 Ottobre: Immunità ed autoimmunità

6 Novembre: UN SN che invia messaggi

Gli incontri si terranno tutti presso la sala congressi dell'Ospedale di Acireale.

N.B.: Le date e gli argomenti degli eventi possono subire variazioni verificabili sul sito della Paidos al seguente indirizzo:

<http://www.paidosct.com>



Si ricorda che gli incontri del "Dotto's Club" riprenderanno a Settembre, visitate il nostro sito per conoscere le prossime date.