

Queste pagine rappresentano la finestra delle pagine elettroniche su M&B cartaceo.
 Contributi originali. I testi in extenso sono pubblicati on line

Ricerca



@ EFFETTI DEL FUMO PASSIVO SU ALCUNE PATOLOGIE DI INTERESSE PEDIATRICO. RISULTATI DI UNO STUDIO CASO/CONTROLLO (PEDIANET)

Luigi Cantarutti¹, Giacomo Toffol¹, Pietro Basoccu¹, Marco Bernuzzi², Carmelo Bucolo¹, Roberto Budassi¹, Sandra Cozzani¹, Giuseppe Elio¹, Fabrizio Fusco¹, Andrea Galvagno¹, Giuseppe Giancola¹, Costantino Gobbi¹, Giuseppe Grillone¹, Giuseppe Lietti¹, Dominique Lorson¹, Massimo Milani¹, Laura Olimpì¹, Angela Pasinato¹, Andrea Passarella¹, Bruno Ruffato¹, Daniela Sambugaro¹, Luigi Saretta¹, Flavio Semenzato¹, Paolo Senesi¹, Walter Spavanello¹, Sergio Speciale¹, Paolo Tambaro¹, Guido Vertua¹, Salvatore Mannino², Manola Bettio², Gino Picelli², Miriam Sturkenboom³, Carlo Giaquinto⁴. Progetto Pedianet; ¹Pediatri di libera scelta; ²Osservatorio epidemiologico ASL Lodi; ³Department of Epidemiology, Erasmus University, Rotterdam; ⁴Dipartimento di Pediatria, Padova

EFFECTS OF PASSIVE SMOKING ON PAEDIATRIC ILLNESSES. RESULTS OF A CASE/CONTROL STUDY

Key words Passive smoking, Recurrent otitis media

Summary A case/control study conducted through a questionnaire by 28 family paediatricians in 389 children with recurrent otitis media, sinusitis, bronchopneumonia and headache/migraine showed a significant association: of passive smoking with recurrent otitis media (OR 1.91; 95% CI: 1.01-3.63). Headache and sinusitis were more frequent in children of fathers who suffered from the same conditions. 65% of parents were smokers.

Premesse - Il fumo passivo, nei Paesi occidentali, costituisce certamente il principale fattore di rischio eliminabile per la salute del bambino. L'esposizione al fumo materno raddoppia gli indici di ricovero; è concausa di basso peso alla nascita, disturbi del comportamento, asma, malattie infettive, ma anche di tumore che si può esprimere sia nell'età adulta che, a quanto si ricava dalle osservazioni epidemiologiche più recenti, già nell'età pediatrica. Quello che presentiamo è uno studio di popolazione caso-controllo, effettuato nell'Italia settentrionale da pediatri di libera scelta con la collaborazione del Dipartimento di Pediatria di Padova e del Dipartimento di Epidemiologia dell'Università di Rotterdam.

Materiali e metodi - Sono stati arruolati 31 pediatri di libera scel-

ta, associati nella rete Pedianet, che utilizzano lo stesso programma software (Junior Bit) per la gestione della cartella. Di questi se ne sono ritirati 3 durante lo studio; gli altri 28 hanno reclutato dai 40 ai 50 casi. Le patologie indagate ai fini della valutazione dell'impatto del fumo passivo sono state: otite media acuta ricorrente (OMAR) (ICD9 381); cefalea/emicrania (ICD9 346/ICD9 784), broncopneumite (ICD9 485); sinusite (ICD9 461/ICD9 473). Per ciascuna di queste patologie è stata valutata l'associazione con le seguenti variabili: caratteristiche sociali della famiglia (scolarità dei genitori, lavoro, caratteristiche dell'abitazione), gravidanza e caratteristiche perinatali, frequenza in comunità, altre patologie, esposizione quantitativa al fumo dei genitori. L'indagine, di tipo caso/controllo, è stata condotta mediante questionario. Sono stati inviati 1718 questionari ad altrettante famiglie con una restituzione di 1086 (63,2%). Di questi, 391 sono stati eliminati, in parte per discrepanze cliniche o anagrafiche, in parte per mantenere un appaiamento stretto caso/controllo. Sono stati così utilizzati i questionari riguardanti 349 malati e altrettanti controlli.

Risultati - L'età media dei bambini studiati è stata di 6,7 anni. Il 65% dei genitori intervistati sono fumatori (53,2% dei padri, 38,1% delle madri) con una media di 14,8 sigarette al dì.

Una associazione significativa è stata trovata tra l'incidenza di OMAR nei casi studiati, presenza di OMAR nei fratelli/sorelle (OR 4,95; 95% CI: 1,38-17,74); inoltre tra OMAR e fumo passivo (OR 1,91; 95% CI: 1,01-3,63).

La sinusite nel padre aumenta il rischio di sinusite nel figlio di quasi 4 volte (OR 3,95; 95% CI: 1,43-10,9).

La cefalea del bambino è fortemente associata alla cefalea dei genitori (a rischio di 4 volte sia per la cefalea del padre che per quella della madre).

Nessun'altra associazione è risultata significativa.

Il contributo - Il fumo passivo è un fattore di rischio per l'otite media ricorrente del bambino. La presenza di otite ricorrente è più frequente tra i fratelli, vuoi per motivi costituzionali (caratteristiche della tuba), vuoi per fattori ambientali (tra cui evidentemente va incluso lo stesso fumo), vuoi per una generica contagiosità intra-familiare delle infezioni respiratorie. Lo stesso si può dire per il rapporto tra sinusite del bambino e sinusite del padre.

@ I SEGNI MINORI DI DERMATITE ATOPICA
 D. Cimino, R. Genovese, S. Gangarossa, G. Agosta, A. Alia, G. Arcidiacono, F. Caltraro, E. Domicoli, M. La Boria, S. Panasia, G. Pisani, R. Ragusa, E. Spata, F. Arcangeli* - Pediatri di base, ACP Ragusa; * UO Dermatologia, Cesena

MINOR SIGNS OF ATOPIC DERMATITIS

Key words Atopic dermatitis, Atopy, Cutaneous signs

Summary The presence of minor signs of atopic dermatitis (such as dry skin, subauricular fissures, cheilitis) have been looked for by 14 pediatricians of the Ragusa Province in 596 children with family history of atopy and/or clinical signs of atopy (eczema, asthma and allergic rhinoconjunctivitis) and in 772 children without these cha-

acteristics. Minor symptoms of atopic dermatitis were found in 59.7% of children belonging to the first group, and in 13.9% of children belonging to the second group. The difference is significant ($p=0.001$).

Premesse - L'identificazione dei segni minori di dermatite atopica è di grande utilità nel riconoscimento della diatesi atopica e nella conferma della diagnosi nei casi dubbi.

Scopo della ricerca - Abbiamo voluto valutare l'incidenza dei segni minori di dermatite atopica sia nei soggetti sicuramente atopici (asma, rinocongiuntivite, eczema, positività dei test cutanei) sia nei soggetti esenti da sintomatologia e da familiarità allergica. Se le premesse sono corrette, sarà probabile che questi segni siano molto più frequenti nei bambini con altri segni di atopia; e, d'altra

parte, la presenza di questi segni in questi ultimi soggetti va considerata un probabile marcatore di costituzione atopica, con possibile espressione clinica futura.

Materiale e metodi - Un totale di 14 pediatri di famiglia della provincia di Ragusa hanno studiato, basandosi sul confronto con una serie di fotografie illustrative, dei segni minori di dermatite atopica, 1369 bambini di età media di 4 anni e 8 mesi. Di questi 596 presentavano segni certi di atopica oppure una familiarità atopica stretta, mentre 772 ne erano esenti.

Risultati - I segni minori sono risultati presenti in 465 bambini su 1369 (33,9%). Più precisamente, i segni riconosciuti e la loro frequenza sono stati i seguenti.

Secchezza cutanea 175; ragade sottoauricolare 103; orticaria acuta 95; cheratosi pilare delle gote 75; cheilite 69; piega palpebrale inferiore 62; pitiriasi alba del viso 61; prurito dopo sudorazione 54;

cheratosi pilare 32; lingua a carta geografica 37; spinulosismo 27; blefarite desquamativa 22; ipercheratosi pigmentaria del collo 19; pitiriasi alba degli arti 16; orticaria ricorrente 16; dermatite plantare ricorrente 15; dermatite frizionale primaverile 8; iperlinearità plantare 8; rarefazione del terzo esterno del sopracciglio 5; orticaria cronica 0.

Questi sintomi minori erano presenti nel 59,7% (356 su 596) dei bambini con franchi segni di allergia o con familiarità allergica e nel 13,9% (108 su 772) dei bambini senza segni di allergia né di familiarità allergica. La differenza tra i due gruppi è molto significativa ($p=0,001$). Dei bambini allergici, solo 107 avevano una dermatite atopica conclamata (in questo gruppo, naturalmente, la frequenza dei segni minori era più alta, 79,5%).

Conclusioni - I cosiddetti segni minori della dermatite atopica, come da elenco, sono risultati effettivamente una caratteristica dei bambini con patologia atopica di vario genere.

Casi contributivi



RIGIDITÀ NUCALE E MIOCLONIE IPNICHE ALL'ARTO SUPERIORE DESTRO COME SINTOMI DI ESORDIO DI ASTROCITOMA MIDOLLARE

F. Forte, M. Bonelli, UO di Pediatria, Ospedale "Madonna delle Grazie" Matera; C. Calzone, UO di Neuropsichiatria Infantile, Ospedale "Madonna delle Grazie" Matera; E. Lapacciana, Pediatra di famiglia, ASL n4 Matera

STIFF NECK AND SLEEP MYOCLONIAS OF THE UPPER RIGHT LIMB AS EARLY SIGNS OF SPINAL ASTROCYTOMA

Key words Spinal astrocytoma, Sleep myoclonias

Summary Case description of a spinal astrocytoma with very slow onset and very discrete initial signs (stiff neck, partial paresis of two fingers of the right hand). The child was admitted to hospital for the presence of localized sleep myoclonias of the upper right limb.

Il caso - Antonio è un bambino di 6 anni, con storia pregressa negativa. Da 3 mesi presenta clonie ipniche localizzate all'arto superiore destro. Queste, molto simili alle mioclonie ipniche benigne, sono stranamente localizzate a un solo arto. A questi segni si aggiunge però una postura rigida e leggermente asimmetrica col capo rivolto verso sinistra, muscoli del collo rigidi e lieve flessione dell'arto superiore destro, con il quarto e il quinto dito in flessione coatta. Queste alterazioni non sono recenti: in tutte le fotografie del piccolo, anche di qualche anno prima, esse si possono riconoscere.

Una RMN dell'encefalo e del rachide evidenzia un processo

espansivo intramidollare che si estende dall'inizio del midollo fino a D5-D6, in gran parte cistico. Diagnosi: astrocitoma midollare

Il problema - I tumori del rachide possono essere extradurali (neuroblastoma, rhabdomyosarcoma, istiocitosi X, sarcoma di Ewing), intradurali ma extramidollari (neurofibroma, meningioma, schwannoma) o intramidollari (astrocitoma, ependimoma, e, più raramente, emangioblastoma).

Le loro caratteristiche cliniche comprendono 3 gruppi di sintomi: a) dolore e rigidità dorsali, b) sintomi neurologici spinali segmentari, c) sintomi neurologici da interruzione dei fasci di fibre midollari.

Il dolore è spesso diffuso, specialmente notturno, a volte accompagnato da scoliosi; il coinvolgimento delle radici può indurre debolezza segmentale, iporeflessia, disturbi sensoriali, amiotrofia, più raramente mioclonie localizzate. Il coinvolgimento dei fasci longitudinali può provocare paraplegia con evoluzione in spasticità e disturbi sfinterici. Questi sintomi possono insorgere con grande lentezza (come nel nostro caso) o insorgere acutamente, in genere a causa di un interessamento vascolare.

Il contributo - I tumori midollari nell'infanzia sono da 5 a 10 volte meno comuni dei tumori endocranici: comportano tuttavia una maggiore urgenza diagnostica, per l'irreversibilità della lesione e per la gravità del danno che ne residua. Questo caso vuole sensibilizzare sulla necessità della diagnosi tempestiva, e sulla necessità di non banalizzare sintomi anche minori, come, nel nostro caso, le mioclonie.

Sommario delle pagine elettroniche



Appunti di terapia

•Metilfenidato ritardo •Valdexco b: un nuovo anti-Cox 2 •Rizatriptan: un nuovo farmaco contro l'emicrania

Un caso clinico dalla letteratura...

•La malattia di Kawasaki in un lattante

Pediatria per l'ospedale

•Le malattie dopo i viaggi internazionali (terza e ultima parte)

Avanzi

•Un vaccino contro il papillomavirus umano tipo 16 •Un vaccino contro l'herpes genitale •I fattori di rischio dello stroke ricorrente nel bambino •Una conclusione definitiva: il mercurio contenuto nei vaccini è innocuo