

Quandoque bonus dormitat Homerus

Nel n. 4 di *Medico e Bambino* ho letto con molto interesse l'Aggiornamento monografico "La gestione del bambino con malattia di Kawasaki: un approccio basato sull'evidenza".

Poiché già dai lontani tempi universitari mi auto-valuto tra la categoria bovina, ho buscato uno sbaglio universitario che a suo tempo avrebbe potuto costarmi una solenne bocciatura. Ed ecco là! Nell'articolo si parla della Hb e si misura in mg/dl (*sic!*). Questo *lapsus linguae* (dovrebbe essere invece g/dl) si potrebbe giustificare solo per inflazione di lettura.

Questo sbaglio appare diverse volte nell'articolo citato, e anche nel Quiz di autovalutazione. Anche nei numeri successivi non c'è traccia di Errata corrigé.

Mi potete rispondere?

Giovanni Palacky Z.
Pediatria, Beni, Bolivia

Ecco l'errata corrigé, che dobbiamo a Lei. Il nostro errore, di cui sono direttamente corresponsabile perché i quiz li preparo io, è poco professionale, anche se non incomprensibile, e ce ne scusiamo con Lei e con i lettori, mentre la ringraziamo dell'attenzione e della correzione. Grazie anche per leggerci così da lontano.

F.P.

Il giusto e l'onesto

Da circa un anno si è costituita a Milano la Sezione Lombarda della CIPE, sindacato firmatario anche a livello nazionale di ACN, su iniziativa di un gruppo di pediatri di libera scelta (PLS) cui la politica sindacale della Fimp, da qualche tempo, andava un po' stretta. La nostra professione, come spesso risulta anche nelle pagine di *Medico e Bambino*, si sta, negli ultimi tempi, radicalmente modificando sulla spinta di due forze di pari forza ma di segno opposto: da una parte le sempre maggiori e incontenibili richieste dei genitori dei nostri piccoli pazienti, dall'altra la sempre minore disponibilità di "sanità pubblica". Il PLS, tra incudine e martello, rischia di pagare un prezzo assai alto in termini di professionalità e credibilità.

Riteniamo utile far presente che il nostro Gruppo Sindacale non ha firmato l'ultimo Accordo Regionale Lombardo per i seguenti motivi:

- I punti salienti dell'Accordo non sono stati discussi con le Organizzazioni Sindacali durante il lungo anno di trattative; l'Accordo è stato presentato dalla Parte

pubblica negli ultimi giorni del 2001, e ne è stata chiesta e ottenuta (come spesso, ahimè, accade) una frettolosa firma.

- In esso non v'è alcuna indicazione su come risolvere il cruciale problema della copertura assistenziale pediatrica, che certo non può essere affrontato come, in pratica, avviene a Milano, ove molti pediatri hanno in carico 1000-1200 bambini (questo corrisponde a un alto grado di insoddisfazione della popolazione, come testimoniato dalle difficoltà costantemente vissute nel Comitato Aziendale, particolarmente ricco di diatribe tra utenza e PLS, tra PLS e rappresentanti ASL, tra PLS stessi).

- Grazie a questo Accordo i PLS sono chiamati a offrire un sempre maggior numero di prestazioni di grande impegno (leggi informatizzazione, competenze subspecialistiche) senza un congruo riconoscimento economico né, soprattutto, professionale.

- In esso si avalla la chiusura dei Consultori, considerati come viene scritto "obsoleti" (ma abbiamo assistito ad alcune "manovre" tese ad affidare ad alcuni, solo ad alcuni PLS, mansioni proprie dei consultori stessi).

Dove staranno il giusto e l'onesto? Difficile dirlo: forse sarebbe prioritario riflettere sulla scelta, senza ambiguità, tra qualità e quantità, tra pubblico e privato, tra "essere o avere", consapevoli che l'obiettivo di continuare a ben esercitare la nostra fantastica professione passa necessariamente attraverso tali opzioni.

Cesare Gasparro
Pediatria di famiglia
a nome del Direttivo Lombardo CIPE

Celiachia dell'adulto

Ho scoperto in un giovane di 24 anni una malattia celiaca silente (ipertransaminasemia, anemia sideropenica resistente al trattamento orale, meteorismo) con positività EmA e hTG. Chiedo: **1.** È ancora d'obbligo la conferma bioptica? **2.** In alternativa alla biopsia intestinale mi pare si possa avere conferma con gli HLA. Posso avere un'indicazione precisa? **3.** Questo giovane, oltre ad avere solo un debole aumento dell'ALT (5 x), ha un lieve allungamento del PT con tasso < 70% e, a un esame ecografico del fegato, presenta delle lesioni multiple che sembrano degli angiomi. Una TC del fegato con mezzo di contrasto non ha chiarito il dubbio, e il radiologo ha chiesto una RMN (tutto questo prima che scopriassi la celiachia).

Mi chiedo se queste lesioni sono ascrivibili alla malattia celiaca. Inoltre, sempre l'ecografia e poi la TC con mdc hanno in-

dividuato una dilatazione renale notevole al giunto pielo-ureterale, ed è stato chiesto un esame urografico. Ritengo che anche quest'ultimo segno sia indipendente dalla celiachia.

Antonio Criscuolo
Pediatria ospedaliero
in terapia intensiva neonatale
via e-mail

Le risposte che darò sono solo delle opinioni.

Cominciamo dall'ultimo quesito: stenosi del giunto e celiachia. È ragionevole pensare che si tratti di due cose senza rapporto. La possibilità di una connessione esiste ma è esile, poiché esiste un rapporto dimostrato tra disturbi dell'embriogenesi (deficit di folati?) e celiachia: si dovrebbe ipotizzare che anche la mamma sia celiaca; non improbabile.

Angiomi (?) epatici; e se non fossero angiomi, ma solo delle disomogeneità di struttura o, Dio non voglia, ma non è probabile, dei tumori? Bisognerà ricordare: a) che i tumori dell'apparato digerente hanno un'associazione molto significativa con la celiachia; b) che l'aumento delle aminotransferasi, che si ritrova in 2/3 dei bambini sintomatici e in 1/10 degli adulti asintomatici, corrisponde a una vera epatite, con aspetti flogistici e proliferativi dell'interstizio. Anche qui siamo in un ambito di ipotesi fragili.

La biopsia è ancora obbligatoria: sì, per convenzione e in accordo con un diffuso consenso; ma non c'è nessuna legge scritta e si può (si deve?) concordare i passi col paziente. In questo caso, con sierologia certa e sintomatologia coerente (in realtà non è una celiachia silente, solo oligosintomatica), si potrebbe curare e vedere l'effetto della cura; e molto meglio, cercare nell'aplotipo HLA la presenza di DQ2 e DQ8, in assenza dei quali la diagnosi di celiachia può considerarsi altamente improbabile, e dalla cui presenza la diagnosi è invece fortemente rinforzata e diventa praticamente certa.

F.P.

Infezioni e interventi chirurgici?

In occasioni diverse non è stato possibile sottoporre a intervento chirurgico (adenoidectomia, idrocele comunicante, fimosi o altro) piccoli pazienti seguiti nella mia attività professionale. Nonostante le reali indicazioni, questi interventi sono stati rinviati e, spesso, procrastinati all'infinito a causa di motivazioni diverse e, per me, incomprensibili, quali infezioni banali delle prime vie aeree, presenza di muco nelle cavità orofaringee, modesti rialzi ter-

mici, e piccoli disturbi simili.

Vi chiedo se queste modeste patologie controindichino veramente questo genere di interventi. Sembrerebbe che questi ostacoli siano, quasi sempre, di natura anestesiológica, a causa di temute reazioni indesiderate, complicazioni intraoperatorie e così via.

Quali, al momento, le evidenze EBM?

Giovanni Nocerino

Pediatra ospedaliero, Portici (NA)

La letteratura dimostra una maggiore incidenza di complicazioni a carico delle vie aeree in bambini con sintomi di un'infezione del tratto respiratorio superiore sottoposti a chirurgia in anestesia^{1,2}. Il rischio è più evidente al di sotto di un anno d'età, soprattutto se è necessaria l'intubazione tracheale³. Si osserva una maggiore incidenza di desaturazione arteriosa, laringospasmo e broncospasmo sia durante che dopo l'intervento^{4,7}. L'evidenza scientifica dimostra quindi che il bambino che presenta segni e sintomi di rinite, faringite e bronchite non è un buon candidato all'intervento d'elezione.

Durante la visita anestesiológica, che è eseguita in genere dieci o quindici giorni prima dell'intervento, è bene informare adeguatamente i genitori sulla necessità di una buona condizione generale del bambino che deve essere sottoposto alla chirurgia, in modo che la famiglia stessa possa contattare l'ospedale per rimandare eventualmente l'intervento se si verificano disturbi nei giorni precedenti al ricovero. Quando il bambino si presenta per la chirurgia, la decisione di cancellare o meno l'intervento programmato dipende dal grado di urgenza dell'intervento proposto e dalla corretta valutazione del bambino. Se l'intervento è posto in condizione d'urgenza, i genitori sono informati della necessità, si accettano i maggiori rischi e si utilizza una tecnica anestesiológica che minimizzi gli eventuali effetti indesiderati (uso della maschera laringea, tecniche loco-regionali). L'entità e la durata dell'intervento chirurgico di routine, ad esempio la plastica per ernia inguinale o la circoncisione per fimosi, sono meno importanti, dato che esistono "piccoli interventi", ma non esistono "piccole anestesie".

Per l'intervento di elezione è necessario interpretare le condizioni del bambino e informare i genitori sugli aspetti specifici della valutazione anestesiológica. Si tratta di distinguere un'infezione del tratto respiratorio superiore da segni e sintomi aspecifici, quali tosse o il "naso chiuso". Non è sempre facile attuare questa distinzione, ma l'anamnesi è essenziale. In genere i sintomi aspecifici tendono a essere cronici o comunque non rispecchiano l'andamento

in crescendo e poi decrescendo, tipico delle affezioni acute. Se i sintomi permangono da molto tempo o sono addirittura cronici, come succede spesso per i bambini proposti per adenotonsillectomia, non ha senso procrastinare indefinitamente l'intervento. Anche i bambini allergici o che si ammalano spesso presentano frequentemente segni e sintomi d'irritazione delle vie aeree. Il naso "un po' chiuso" o qualche colpo di tosse secca, che spesso riflette la tensione emotiva del bambino, non impediscono in genere l'esecuzione dell'intervento. La tosse produttiva al mattino, se non marcata, può rappresentare uno strascico di un'affezione ormai risolta. La presenza di febbre, oltre i 37,5 C°, deprime in genere per un'infezione in atto, ma le infezioni acute respiratorie sono spesso afebrili, soprattutto dall'età scolare in poi. Alterazioni termiche minori sono aspecifiche e non sono di raro riscontro anche nei bambini sani. Non controindicano pertanto in genere l'intervento se il bambino sta bene.

Se l'anestesista non ha sufficiente pratica pediatrica, è ragionevole che coinvolga il pediatra nella valutazione del bambino, anche se la decisione spetta in ultima analisi a chi deve poi eseguire l'anestesia.

Certi interventi non sono realmente urgenti, ma non possono neanche essere facilmente rimandati. Ad esempio un'ernia inguinale che s'impegna spesso nel canale inguinale può comportare complicazioni. Il parere del chirurgo perciò non deve mancare. La competenza pediatrica specifica e un buon discernimento clinico sono insostituibili. Anche il consenso realmente informato dei genitori è indispensabile. Non si può non considerare che le conseguenze emozionali ed economiche della cancellazione dell'intervento non sono affatto trascurabili per il bambino e per la famiglia⁸. L'intervento del bambino comporta infatti una preparazione psicologica e tutta una temporanea riorganizzazione familiare.

È chiaro che la prudenza è comprensibile, ma il buon senso non deve mai mancare.

Armando Sarti

Direttore del Dipartimento Chirurgico,
UO di Anestesia e Rianimazione,
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

1. Steward DJ. Preoperative evaluation and preparation for surgery. In: Gregory GA (ed). Pediatric Anesthesia. New York: Churchill Livingstone, 2002:175-190.
2. Coté JC, Todres ID, Ryan JF, Goudsouzian NG. Preoperative evaluation of pediatric patients. In: Coté CJ, Ryan JF, Todres ID, Goudsouzian NG. A practice of anesthesia for infants and children. Philadelphia: WB Saunders Comp, 2001: 37-54.
3. Cohen MM, Cameron CB. Should you cancel the operation when a child has an upper respi-

ratory tract infection? Anesth Analg 1991; 72:282-8.

4. Tait AR, Pandit UA, Voepel-Lewis T, et al. Use of laryngeal mask airway in children with upper respiratory tract infection: a comparison with endotracheal intubation. Paed Anaesth 1998;86:706.

5. Desoto H, Patel RI. Changes in oxygen saturation following general anesthesia in children with upper respiratory tract infection signs and symptoms undergoing otolaryngological procedures. Anesthesiology 1988;68:276-9.

6. Rolf N, Coté CJ. Frequency and severity of desaturations events during general anesthesia in children with and without upper respiratory infections. J Clin Anesth 1992;4:200-4.

7. Kinouchi K, Tanigami H, Tashiro C, et al. Duration of apnea in anesthetized infants and children required for desaturation of hemoglobin to 95%: The influence of upper respiratory tract infection. Anesthesiology 1992;77:1105-8.

8. Tait AR, Voepel-Lewis T, Munro HM, et al. Cancellation of pediatric outpatient surgery: emotional and financial consequences to patients and their families. J Clin Anesth 1997; 9:213-6.

Non partecipo a SPES: chi sono, perché non partecipo, che cosa faccio invece

Lo spunto di questa mia nasce dalla lettura dell'articolo sui pediatri SPES, apparso sul numero di ottobre 2002 di *Medico e Bambino*. Poiché sono comparsi ultimamente, su riviste prestigiose, raccomandazioni ad indicare sempre, da parte di chi scrive articoli o parla ai convegni, possibili motivi di interesse privato o di conflitto d'interesse (ad esempio, che chi promuove una vaccinazione antipneumococcica dichiara di far parte del comitato etico e scientifico della ditta produttrice ecc.), mi tocca fare alcune precisazioni personali: fino alla fine del 2000 sono stato iscritto alla FIMP, ma dall'ottobre 2001 sono approdato alla CIPE (Confederazione Italiana Pediatrica) che rappresenta l'altro sindacato dei Pediatri di base. Il progetto SPES (al cui coordinamento partecipano i maggiori rappresentanti della FIMP) e la mia non partecipazione ponderata risalgono a prima del mio traghetamento sindacale.

Sgombrato il campo da questa possibile interferenza, andiamo avanti: ho 46 anni, maschio, 16 anni di anzianità di specializzazione, il computer con connessione a Internet e seguo 890 bambini (come la maggioranza dei 668 pediatri partecipanti allo SPES). Cosa faccio? Faccio regolare denuncia di malattia infettiva al Dipartimento d'Igiene della mia ASL nei tempi e modi previsti, ma in situazioni particolari il contatto è anche più rapido e segue degli altri canali. Quest'anno ho avuto due pazienti con morbillo e l'immediata segna-

lazione telefonica ha permesso ai Colleghi Igienisti (secondo uno schema ormai collaudato e proposto dal Responsabile del Servizio di Epidemiologia e Sanità Pubblica della Regione Veneto, dott. G. Gallo) di recuperare, nei due asili dove erano insorti i casi indice, i bambini non vaccinati, e quindi evitare l'insorgenza di altri casi.

Perché non partecipo al progetto: ritengo che qualunque innovazione o ricerca scientifica o raccolta di dati sia assolutamente interessante e abbia la sua importanza, ma mi chiedo e chiedo: «Perché non si pretende che il sistema di notifica obbligatorio delle malattie infettive funzioni? Perché, non avendo attivato in pieno un sistema obbligatorio, si debba attivare un altro, che comunque richiede un investimento di risorse umane. Perché i dati nazionali di raccolta delle notifiche sono disponibili dopo 3 mesi, oggi che in era Internet un secondo è già troppo?»

Comunque, il sistema SPES che aggiorna, per ammissione degli estensori dell'articolo, ogni mese i dati sul sito web, ha consentito di avere dei dati tempestivi, ma non di bloccare l'epidemia campana. A me è bastato un vecchio foglio ciclostilato di denuncia di malattia infettiva e una telefonata da telefono fisso per evitare una piccola epidemia, e ho solo fatto il mio lavoro ed espletato un obbligo di legge.

Antonino Baio, Pediatra di Base
(ma anche iscritto alla ACP,
alla SIP, alla CIPE), Dolo (Ve)

Caro dottor Baio,

Lei ha tutte le ragioni meno una; quell'una è il motivo stesso per cui è nata la SPES, ed è semplicemente e banalmente il fatto (un fatto reale) che solo alcuni dei 7000 PdF italiani fanno quello che fa Lei: denunciano, e che soltanto alcune tra le numerosissime ASL tengono attivo, facilmente percorribile, implementato, il sistema "obbligatorio". Questo disinteresse per il pubblico, comprensibile anche se biasimabile, non è solo italiano, tanto che in Inghilterra il sistema viene (o veniva, non ne sono certo) sostenuto con una piccola gratificazione economica per ogni denuncia. Poiché un dato statistico o epidemiologico si deve basare sulla totale affidabilità del sistema (cioè sulla certezza del numeratore), un sistema basato su 7000 (inaffidabili e non perseguibili) pediatri diventa meno efficiente di un piccolo sistema basato sulla partecipazione volontaria. L'epidemia in Campania non è stata arrestata? Difficile arrestare un'epidemia, ma i provvedimenti di vaccinazione intensiva messi in atto l'hanno sicuramente contenuta.

F.P.