

## "Medico e Bambino" e Congressi.

In questo numero di *Medico e Bambino* vengono segnalati al lettore numerosi congressi che vedono coinvolto, in modi diversi, il Comitato di Redazione della rivista. Possono senza dubbio sembrare (e forse sono) troppi, ma, a noi che ve li proponiamo, continuano a sembrare tutti delle buone occasioni di aggiornamento e di crescita professionale, con la possibilità reale, per chi vi partecipa, di dare il proprio contributo di esperienza personale. Ai Confronti in Pediatria (6-7 dicembre) si giocherà la scommessa (secondo il tradizionale stile "triestino") dell'estrema semplificazione dell'approccio terapeutico a differenti malattie del bambino ("Una malattia, una terapia"). Il Congresso di Gastroenterologia e Nutrizione Clinica (23-25 ottobre), apparentemente rivolto a un pubblico di addetti ai lavori, vuole in particolare rappresentare un'occasione di interazione tra le diverse figure professionali coinvolte nella gestione del bambino con patologia gastrointestinale cronica severa (dal gastroenterologo-nutrizionista al chirurgo, alle infermiere del centro di riferimento, al pediatra di famiglia, agli operatori delle ASL, ai genitori stessi, che gestiscono il "quotidiano"). I Casi indimenticabili (Vicenza, 7 febbraio 2003) saranno come sempre un'occasione di confronto di esperienze reali che vedranno protagonisti i pediatri di famiglia (ci si attende a questo proposito che arrivino al più presto i vostri contributi). E naturalmente il Congresso Nazionale dell'ACP (Roma 10-12 ottobre), un insostituibile momento di riflessione sugli indirizzi di tutta la Pediatria. Per tutti questi Convegni è stato richiesto l'accreditamento e non abbiamo motivo di pensare che questo riconoscimento non ci sarà dato. È vero, siamo di parte, ma ci sembra lecito dirvi che contiamo sulla vostra presenza in tutte (o quasi...) queste occasioni.

**Un po' di sollievo per i bambini autistici (?).** L'autismo è il prototipo dei cosiddetti disturbi pervasivi dello sviluppo, principalmente caratterizzato da inabilità di relazione con

gli altri, ritardo del linguaggio, povertà degli schemi di comportamento. Si tratta di una condizione non rara (1-2 per 1000), devastante per chi ne è affetto (di regola completamente privo di autonomia) e per la sua famiglia, per la quale non esiste una terapia efficace. I bambini autistici presentano spesso anche disturbi severi del comportamento, caratterizzati da aggressività, tendenza ad automutilazione, crisi incoercibili di tipo distruttivo ("tantrums"). Per questo aspetto della malattia sembra ora sia stata individuata una terapia efficace, basata sull'uso dei cosiddetti farmaci anti-psicotici atipici, farmaci cioè capaci di bloccare i recettori post-sinaptici della serotonina. Uno di questi (il risperidone) è stato sperimentato in uno studio controllato in doppio cieco su 101 bambini autistici (età media 8,8 anni). Dopo otto settimane, il 69% dei trattati con il farmaco contro il 12% di quelli che avevano ricevuto il placebo mostravano un miglioramento significativo del comportamento misurato con la *Irritability Subscale of the Aberrant Behaviour Checklist*. In due terzi dei casi l'effetto positivo della terapia era ancora evidente dopo due mesi dalla sospensione del farmaco. Nessun effetto positivo fu invece registrato per quel che riguarda il disturbo di base (Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. *NEJM* 2002;347:314-21).

**MICI dalla nascita.** Uno studio, recentemente pubblicato su *Journal of Pediatrics* (Marx G. 2002;140:470-3), pone l'accento su quanto sia cambiata l'epidemiologia della malattia infiammatoria cronica intestinale, e descrive sette bambini con esordio di malattia di Crohn nel primo anno di vita. Tutti sono stati inizialmente diagnosticati come probabili coliti allergiche, ma la dieta elementare non ha avuto successo, mentre l'esame endoscopico e istologico ha permesso di porre diagnosi di malattia di Crohn. Nella casistica riportata da questo importante gruppo canadese i casi di malattia di Crohn con esordio precocissimo, sotto i due anni di vita, rappresentano circa

l'1% di tutti i casi, e mostrano una prognosi a distanza relativamente buona (viene peraltro riferito il decesso durante infezione da adenovirus di un caso che associava una pneumopatia interstiziale, una pancitopenia e un'epatite non ben specificata). Nell'esperienza triestina i casi di MICI a esordio precocissimo, nei primi due anni di vita, sono 11 (7% dei 167 casi diagnosticati dal 1984), e ci sembrano caratterizzati da una maggiore gravità, sia in termini di mortalità che di difficoltà di gestione. Ci sembra di poter identificare tre gruppi: quello molto simile alla malattia di Crohn, in genere fistolizzante con malattia orale e perianale, frequentemente associato ad altre condizioni autoimmuni, dove la terapia anti-TNF ci è sembrata risolutiva; quello più simile alla colite ulcerosa, spesso confuso con una colite allergica, di regola a prognosi migliore, ma per il quale può essere necessaria una colectomia; quello che in realtà sottende un difetto immunologico (ad es. un'ipogammaglobulinemia o una malattia granulomatosa cronica). Questi ultimi casi non possono essere considerati affetti da MICI in senso stretto, ma sottolineano come i difetti congeniti dell'immunità (in particolar modo la malattia granulomatosa cronica o le diverse forme di ipogammaglobulinemia) possano presentarsi con quadri clinici di tipo autoimmune, in particolare confondibili con la malattia infiammatoria cronica intestinale.

**Evidence Based Medicine.** La rubrica "Archimedes" degli *Archives of Disease in Childhood* è dedicata alla revisione delle linee guida terapeutiche di problemi correnti, filtrata attraverso le evidenze di letteratura. Ci sono saltati all'occhio tre "pezzi" (Phillips B. *Arch Dis Child* 2002;86:77-81) che tentano di dare risposta a tre domande semplici, molto diverse tra loro. La prima riguarda l'opportunità della terapia con ferro negli spasmi affettivi: sulla base della letteratura si può concludere che la terapia è opportuna (numero dei casi da trattare per avere un successo, NNT=2), con una efficacia ancora maggiore se è presente anemia (NNT =1). La se-

conda riguarda l'efficacia del trattamento con omeprazolo nella esofagite da reflusso. Le conclusioni in questo caso (non diverse tra l'altro da quelle della esaustiva revisione di Marchetti su *Medico e Bambino*) sono ancora una volta favorevoli, lasciando però l'opzione omeprazolo come seconda scelta rispetto alla ranitidina (testualmente: «quando i bambini con reflusso gastroesofageo non rispondono alla terapia di primo intervento, l'omeprazolo va scelto come secondo intervento. Il farmaco è efficace anche nei casi in cui il reflusso si associa ad altra patologia come la fibrosi cistica, l'esito di atresia esofagea o il danno neurologico»). L'ultima domanda riguarda l'opportunità di utilizzare lo zucchero per prevenire il dolore da prelievo nel neonato a termine e prematuro. E qui, paradossalmente, le cose si fanno più complesse: è vero che ben quattordici studi controllati evidenziano il potere analgesico dello zucchero (specie se misurato con l'intensità e la durata del pianto), ma molte sono le critiche a questi lavori: non è stata stabilita una dose (0,1 o 1 grammo?); non è stato valutato il rischio che dosi ripetute favoriscano la NEC nel prematuro; non si sa poi se le madri, colpite dalla pronta efficacia dello zucchero, continueranno a somministrarlo rovinando i denti del bambino; non è infine chiaro se sia lo zucchero a far bene o semplicemente il fatto di tenere il bambino in braccio. Forse il buon senso non trova evidenze in letteratura...

### **Terapia con GH e rischio di cancro.**

Uno studio inglese su una coorte di 1848 soggetti trattati con GH dal 1959 al 1985 e seguiti fino al 2000 ha dimostrato un aumento significativo, in questa popolazione, dell'incidenza di cancro del colon e di malattia di Hodgkin. Per la verità, come gli stessi Autori commentano, i numeri assoluti sono piccoli e non permettono conclusioni certe (ad esempio sono stati registrati 2 carcinomi del colon contro lo 0,25 dell'atteso). Ciononostante il risultato dello studio è biologicamente compatibile (l'IGF-1 indotto dall'ormone della crescita è mitogenico e anti-

apoptotico). Tutto va preso con le pinze, ma certamente lo studio sollecita a una maggiore cautela nell'uso terapeutico del GH al di fuori delle condizioni in cui la terapia ha significato sostitutivo e/o ha comunque dimostrata utilità (Swerdlow AJ, et al. *Lancet* 2002;360:273-7).

**Formule antirigurgito: parole "ufficiali" di moderazione.** Sul numero di maggio 2002 del *Journal Pediatric Gastroenterology and Nutrition* (Agget P, et al. 2002;34:496-8) è uscita una presa di posizione (Position Statement) sulle cosiddette formule antirigurgito della Commissione "Nutrizione" della Società Europea di Gastroenterologia, Epatologia e Nutrizione Pediatrica (ESPGHAN). Viene evidenziato in premessa che di queste formule si abusa, che l'abuso è facilitato dalla vendita nei supermercati e dal fatto che tutte le mamme sono invogliate a prenderle perché tutti i lattanti rigurgitano. Viene anche sottolineato, pur essendo alcune di queste formule (quelle addizionate in amidi) di un certo vantaggio nutrizionale per il bambino che vomita spesso e non cresce perché perde calorie (ma esiste veramente questo bambino?), che queste formule ritardano la clearance esofagea del rigurgitato e che per questo inducono forse un peggioramento di sintomi respiratori correlati al reflusso come la tosse. Inoltre sono state descritte allergie verso gli ispessenti e non è stato ben chiarito quanto questi possano competere con l'assorbimento di macro e micronutrienti. Insomma, la Commissione dell'ESPGHAN (anche sulla base delle conclusioni molto caute della Commissione scientifica europea sugli alimenti, che si è detta «non persuasa che sia necessario somministrare formule ispessite ai bambini in buona salute») raccomanda «che gli ispessenti e le formule contenenti ispessenti non siano usati indiscriminatamente nei lattanti sani che crescono bene».

### **Screening precoce dell'ambliopia: sì, assolutamente sì (così sembra).**

Uno studio controllato su 3490 bambini e pubblicato sul *British Medical Journal* (Williams C. 2002;324:1549)

ha dimostrato in maniera ineccepibile il vantaggio di uno screening precoce e intensivo dell'ambliopia (a 8, 12, 18, 25, 31 e 37 mesi) rispetto allo screening ortottico a 37 mesi. All'età di sette anni e mezzo i bambini sottoposti a screening intensivo e precoce avevano una prevalenza di ambliopia quattro volte inferiore al gruppo screenato solo a 37 mesi. Inoltre, l'acuità visiva dell'occhio che vedeva peggio dopo trattamento dell'ambliopia era migliore nella popolazione che aveva usufruito dello screening precoce.

### **Meningite in bambini di Paesi in via di sviluppo: il "cortisone" non serve.**

Esiste una (debole) evidenza che la terapia steroidea sia in grado di ridurre le complicazioni neurosensoriali (sordità, strabismo) nella meningite batterica, almeno nei bambini dei Paesi ricchi. L'evidenza che questo tipo di terapia sia di qualche utilità nei Paesi in via di sviluppo (dove il problema più grosso rimane la mortalità nella fase acuta della malattia) è molto controversa. Uno studio pubblicato sul *Lancet* (Molyneux EM. 2002;360:211-8), e che riguarda una casistica di 598 bambini ricoverati per meningite (età compresa tra 2 mesi e 13 anni) in un ospedale universitario del Malawi, evidenzia che la terapia steroidea (0,4 mg/kg di desametasone ogni 12 ore per 48 ore, in aggiunta a CAF e penicillina G) non modifica né la mortalità (30%, comunque) né l'incidenza di complicazioni neurosensoriali (circa il 50%, comunque). La grave prognosi della meningite (e l'inutilità della terapia con corticosteroidi in aggiunta alla terapia antibiotica) viene spiegata dagli Autori con il fatto che nei Paesi in via di sviluppo i bambini con meningite arrivano in ospedale tardi, sono malnutriti, anemici e spesso hanno comorbidità da HIV. Il lavoro offre anche qualche interessante spunto epidemiologico: il 40% delle meningiti sono pneumococciche, il 28% da *Haemophilus influenzae*, solo l'11% da *Neisseria meningitidis* (quest'ultima con il tasso più basso di mortalità, 5%, e di complicazioni neurologiche, 20%), e il 5% da *Salmonella* (mortalità e sequele più frequenti).