

# La pagina gialla

a cura di Alessandro Ventura

**Epidemia obesità.** Gli Inglesi hanno preso paura e hanno diffuso su internet il dato: nel 2004 il 15% dei bambini tra i 2 e i 10 anni che vivono nel Regno Unito e il 25% di quelli tra gli 11 e i 15 sono obesi (BMI > 95° centile) ([www.ic.nhs.uk/pubs/hse-childobesityupdate](http://www.ic.nhs.uk/pubs/hse-childobesityupdate)). E non è tutto, perché molti di quelli che rischiano di più di sviluppare precocemente la sindrome metabolica (aumento della massa grassa misurata dalla plica tricpitale e/o obesità centrale con BMI anche se al di sotto del 95° centile) sono probabilmente sfuggiti al conto. Dunque si tratta di decidere, con urgenza, cosa fare. Ma a quel punto ci si accorge che mancano le evidenze che possano guidarci nelle scelte operative: in pratica non ci sono studi che portino a risultati convincenti e utilizzabili fuori da un contesto "sperimentale e accademico" (*NHS Centre for Reviews and Dissemination 2002,7, No 6; Summerbell CD, et al. The Cochrane Library Chichester. John Wiley and Sons, Ltd 2004*). Una esperienza pilota (WHATC), portata avanti nei quartieri poveri della città di Leeds, sembra darci alcune indicazioni utili: si può e conviene fare un intervento su tutta una comunità, utilizzando operatori non medici, farli lavorare molto a contatto con le famiglie per ascoltare e capire le radici del problema in maniera globale; è fondamentale che l'intervento sia centrato più sulle abitudini di vita (attività fisica vs sedentarietà) e che venga programmato passo dopo passo (sia differente cioè da quelle iniziative tanto improvvisate, fanatiche e calate dall'alto quanto inutili), e quindi

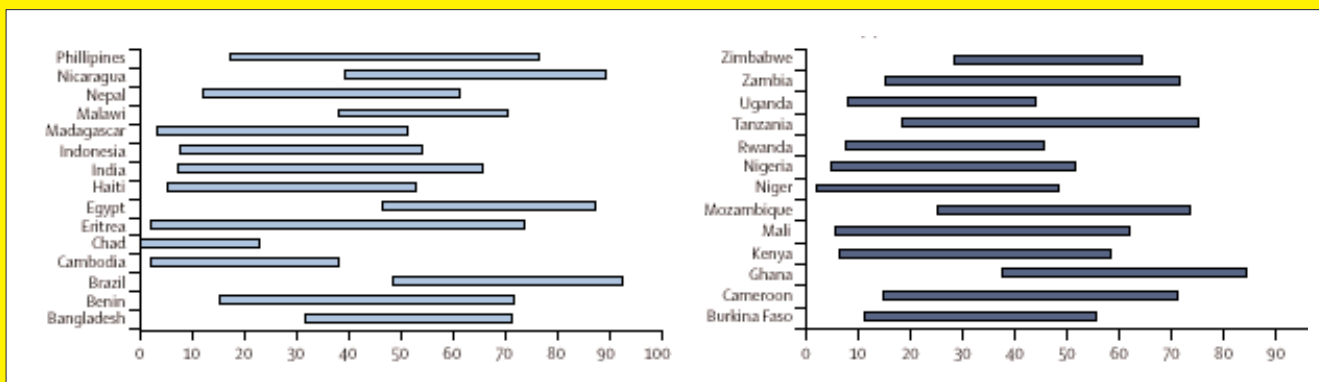
descritto nel dettaglio su "manuali" affinché possa essere ripetuto (Rudolf M, et al. *Arch Dis Child* 2006;91:736-9). Leggete con calma l'articolo e l'editoriale che ne riprende il significato (Relly J, pag. 724) e che riporta in una tabella i (pochi) punti su cui vale la pena scommettere nel trattamento dell'obesità del bambino: tratta solo il bambino/famiglia motivati (che percepisce l'obesità come problema e appare desideroso di provare a cambiare il suo stile di vita)/conduci il tuo intervento nel contesto dell'intera famiglia e non focalizzarlo individualmente solo sul bambino obeso/dedica più tempo all'intervento terapeutico (incontri più frequenti e più lunghi di quello che usualmente fai)/finalizza principalmente l'intervento all'attività fisica e non solo alla dieta/datti come obiettivo principale (nella maggior parte dei casi) il mantenimento del peso piuttosto che la perdita/usa metodi di intervento che siano supportati almeno da un minimo di evidenza di efficacia e fattibilità "sul campo".

## Conto alla rovescia per il quarto Millennium Developmental Goal (MDG): le cose non vanno bene.

L'obiettivo che i ricchi della terra si erano dati per il quarto MDG era quello di ridurre per il 2015 la mortalità infantile di due terzi rispetto a quella del 1990. E, s'intende, gli interventi dovevano riguardare i 60 Paesi che da soli fanno più del 90% dei morti. Le cose, a quanto riportato sul *Lancet* (Bryce J, et al. 2006; 368:1067-76), non vanno bene: solo sei Paesi stanno procedendo sul binario giusto per raggiungere l'o-

biiettivo; altri 39 hanno fatto solo piccoli passi avanti, ma dovrebbero significativamente aumentare la velocità di progresso, e quattordici sono fermi o addirittura vanno peggio. Per l'insieme di questi Paesi erano stati individuati profili di intervento che prevedevano otto interventi migliorativi specifici a seconda delle priorità di ogni singolo Paese. Come evidenziato nella *figura*, che si riferisce a una trentina di questi Paesi e che valuta in quale percentuale di bambini per ogni Paese sono stati eseguiti almeno sei degli otto o nove interventi ritenuti necessari, gli interventi ritenuti necessari raggiungono solo una parte, spesso minoritaria, dei bambini stessi, con ampia variabilità tra quelli appartenenti alle classi più povere (estremo sinistro delle barrette) e quelle più benestanti (estremo destro delle barrette).

**Bifosfonati e artrite idiopatica giovanile: tutto sommato sì.** L'osteoporosi e le fratture da fragilità ossea sono considerate tipiche complicazioni dell'artrite idiopatica giovanile. A queste situazioni concorrono senz'altro più fattori come lo stesso processo infiammatorio, la ridotta attività fisica, l'alterazione dello stato nutrizionale e naturalmente, quando eseguita, la terapia corticosteroidica. Negli adulti a rischio di osteoporosi (menopausa, trattamento corticosteroidico) l'utilità e la sicurezza del trattamento con bifosfonati sono state ben documentate e recentemente confermate (de Nijs RN, et al. *N Engl J Med* 2006; 355:675-84), ma il loro uso nei bambini è ancora gravato da dubbi sia



**Figura.** Percentuale di bambini raggiunti da almeno 6 interventi ritenuti necessari in ogni singolo Paese. La coda sinistra delle barrette si riferisce al quintile più disagiato, quella destra a quello più benestante. Da *Lancet* 2006;368:1067-76, modificata.

## La pagina gialla

sull'efficacia che sugli effetti a lungo termine, in particolar modo per quel che riguarda la crescita (Shaw NJ, *Arch Dis Child* 2005;90:494-9; Srivastava T, et al. *Eur J Pediatr* 2003;162:735-51). Una metanalisi su 19 studi controllati in età pediatrica (che risultano metodologicamente accettabili tra 78 inizialmente selezionati) conclude per una efficacia certa di questa categoria di farmaci, con recupero della densità minerale dell'osso tra il 4,5% e il 19,1% (Thornton J, et al. *Arch Dis Child* 2006;91:753-61). La sicurezza del farmaco è stata valutata su 59 studi che riguardavano bambini trattati fino a tre anni. L'effetto collaterale più comune è una *flu like syndrome*, facilmente affrontabile con il paracetamolo. Per quanto il trattamento con bifosfonati nella prevenzione e cura della demineralizzazione ossea del bambino con artrite cronica giovanile appaia promettente, gli Autori raccomandano cautela perché gli studi riportano risultati eterogenei e mancano studi con lungo follow-up.

**Non doveva sfuggire che ... ovvero gli ACE-inibitori sono teratogenici.** Era già noto che l'uso degli ACE-inibitori durante il secondo trimestre di gravidanza è associato a rischio elevato di fetopatia con ritardo di crescita endouterina, oligoidramnios, insufficienza renale fino anche alla morte in utero. Non si sapeva peraltro che l'uso di questi farmaci produce danni anche quando assunto nel primo trimestre. Uno studio, pubblicato nello scorso mese di giugno sul *New England Journal of Medicine* (Cooper W, 2006;354:2443-51), documenta un rischio significativamente aumentato di malformazioni congenite per il neonato esposto al farmaco durante il primo trimestre di gravidanza. In particolare, il rischio di malformazioni cardiache e del sistema nervoso centrale aumenta di almeno 4 volte rispetto alla popolazione di neonati non esposti.

**Cortisonici "al galoppo" per la Kawasaki.** Lo studio (randomizzato, controllato) riguarda 178 bambini con malattia di Kawasaki accolti in 12 reparti pediatrici del Giappone.

E la domanda è: l'aggiunta dei corticosteroidi (2 mg/kg/die per 5 giorni, poi a calare fino a sospensione al quindicesimo giorno) al trattamento con immunoglobuline endovena (1 g/kg/die per due giorni consecutivi) migliora la prognosi della malattia? Ebbene sì (e, a dir la verità, lo avevamo già visto "in casa"): la febbre dura di meno, la PCR si normalizza prima, la necessità di un trattamento ripetuto con gammaglobuline si riduce dal 18% al 5%. Senza aumento degli effetti collaterali (Inoue Y, et al. *J Pediatr* 2006;149:336-41). Peccato, dicono gli ipercritici, che gli Autori non abbiano utilizzato il dosaggio ottimale delle IVIgG (quello di 2 g/kg tutti il primo giorno di terapia): così ci resta qualche dubbio sul fatto che sia proprio necessario aggiungere il cortisone per raggiungere il risultato ottimale. Ma, diciamo noi, quanto lontani sono quei tempi in cui si diceva che il "cortisone" nella Kawasaki faceva male!

**Abitudini da perdere: infusione di soluzione salina ipotonica in bambini ospedalizzati.** Nella pratica pediatrica ospedaliera è universalmente in uso la prassi di utilizzare le soluzioni saline isotoniche (soluzione fisiologica) solo nel caso sia necessario recuperare rapidamente delle perdite espandendo il volume circolante (reidratazione) e di ricorrere a soluzioni ipotoniche (in genere con concentrazioni di sodio pari a 20 mEq/l) nel caso si debba eseguire una infusione finalizzata semplicemente a bilanciare le perdite fisiologiche (urine, perspiratio) e a mantenere in pareggio il bilancio idrico. Molti studi e osservazioni cliniche documentano peraltro che l'uso delle soluzioni ipotoniche in bambini ospedalizzati è significativamente associato al rischio di iposodiemia e delle conseguenti possibili complicanze (edema cerebrale), specie in particolari situazioni cliniche come le infezioni gravi e gli interventi chirurgici anche minori (Duke T, *Lancet* 2003;362:1320-3; Taylor D, *Arch Dis Child* 2004;89:411-9). Recentemente l'aumentato rischio di iposodiemia è stato sottolineato anche nel caso di bambini che ricevono soluzioni ipotoniche

per la terapia "di mantenimento" nel corso di diarrea acuta. La metanalisi appena pubblicata sugli *Archives of Disease in Childhood* (Choong K, et al. 2006;91:828-35) conferma un rischio effettivamente elevato di iposodiemia per i bambini ospedalizzati mantenuti in fleboclisi con soluzioni saline ipotoniche (17 volte superiore rispetto ai casi trattati con soluzione fisiologica anche per il "mantenimento"), senza che sia evidente alcun rischio di ipernatremia correlato all'uso di fisiologica. La stessa metanalisi conferma l'esistenza di categorie a rischio particolarmente elevato di complicazioni gravi come l'edema cerebrale (bambini sottoposti a interventi chirurgici e quelli con infezione grave come la meningite), sottolineando come in questi casi l'uso di soluzioni ipotoniche dovrebbe essere evitato.

**Tossina botulinica per fermare la salivazione.** Uno dei tanti problemi del bambino cerebroleso può essere quello dell'eccessiva produzione di saliva e della sua fuoriuscita dalla bocca. La cosa può essere aggravata a volte dalla presenza di una disgnazia di terza classe. Qualcuno suggerisce per questi casi un trattamento con la scopolamina, ma gli effetti collaterali sono naturalmente non tollerabili. Qualcuno, nel recente passato, ha proposto e sperimentato l'iniezione di tossina botulinica nella ghiandola salivare (parotide, ma anche sottomandibolare, perché quest'ultima è quella che produce più saliva al di fuori dei pasti). La piccola metanalisi (10 studi), pubblicata nella rubrica "Archimede" degli *Archives of Disease in Childhood* (Vaile L, 2006;91:862), conclude che la terapia è effettivamente efficace in circa i due terzi dei casi con il limite della breve durata (due-tre mesi) e della necessità di essere ripetuta e con quello di essere invasiva e richiedere pertanto ogni volta una sedazione profonda. Evidenza C. Accontentiamoci anche in questo caso: il problema è serio e contribuisce significativamente a rendere il bambino meno "accettato" e a peggiorare la qualità di vita sua e di chi lo assiste.