

## Gatti, aringhe e altre "spiritose invenzioni"

Su *Medico e Bambino* di gennaio '98, nella rubrica Domande e Risposte, viene riportato un quesito relativo alla sindrome di Prune-Belly e, nella risposta, viene ancora citata la sindrome di Prune-Belly.

Sono non più giovanissimo e, in certa misura, affezionato ad alcuni eponimi. Tuttavia non mi pare il caso di coniare uno nuovo, oltretutto scorretto.

Le iniziali maiuscole e la dizione di "sindrome di", infatti, potrebbero far pensare all'acume semiologico dei colleghi dottor Prune e dottor Belly, i quali, anche se realmente esistenti (sarebbero il dottor Prugna e il dottor Pancia; ma, in fondo, nulla di strano: il mio cognome è Caviglia), nulla hanno a vedere, per quanto a mia conoscenza, con la suddetta sindrome.

"Prune-Belly" sta, invece, a significare "addome a prugna", con evidente riferimento all'aspetto grinzoso e avvizzito della parete addominale, che ricorda quello delle prugne (quelle secche, ovviamente).

Abbiamo già avuto una "*Afipia felix*" (rendendo felice ciò che, invece, è felino) o, ancora prima, le "aringhe blu" (*blue bloaters* che, invece di essere dotta allocuzione da ittiologi, sta a indicare, come noto, l'aspetto cianotico-congesto del dispoico bronchitico cronico).

Meglio, quindi, scrivere "sindrome di prune-belly", rigorosamente minuscolo (e non "s. di Prune-Belly"), in attesa di un'eventuale migliore definizione che tenga conto sia del caratteristico aspetto della parete addominale che dell'uropatia ostruttiva che pare esserne alla base.

Un cordiale saluto e un ringraziamento per la sempre bella, stimolante e interessante rivista

Antonio Caviglia, Saronno (VA)

*Grazie delle correzioni, e grazie di essere spiritoso oltre che così attento. Quella delle "accughe blu" me la sono persa (o me la sono dimenticata, quando ce l'avevano segnalata?). Quella della "Afipia felix" me la ricordo. Sono in felice attesa del prossimo svarione.*

F.P.

## Della diosmectite

Il comitato editoriale scientifico multidisciplinare di *Medico e Bambino* ha risposto al pediatra che chiedeva notizie sull'efficacia della diosmectite per il trattamento della gastroenterite acuta (n. 3/98, pag. 56) che la diosmectite ha un effetto cosmetico e che pertanto non avrebbe alcuna effica-

cia, ma «... al massimo un effetto cosmetico».

La risposta appare un tantino semplicistica alla luce della letteratura disponibile sulla diosmectite. In estrema sintesi esistono lavori sperimentali e clinici su questa aringha. Tra i primi, è stato dimostrato che:

1. la diosmectite adsorbe alcune enterotossine, tra cui quelle prodotte da *E. coli* e da stafilococco, e la tossina colerica<sup>1,2</sup>;

2. la diosmectite è efficace nell'attenuare i danni citopatici indotti da agenti chimici nell'intestino<sup>3</sup>;

3. la diosmectite favorisce il ripristino dell'architettura epiteliale della mucosa intestinale danneggiata da *E. coli* e da *Campylobacter*<sup>4,5</sup>;

4. un recente lavoro, che appare molto convincente sia per il contenuto che per il valore scientifico del gruppo e della rivista su cui è stato pubblicato, dimostra, in un sistema in vitro, che la diosmectite riduce i danni intestinali indotti da TNF e stimola la riparazione epiteliale intestinale<sup>6</sup>.

I dati clinici sono meno numerosi, ma molto promettenti, e dimostrano l'efficacia della diosmectite in un campione di bambini ambulatoriali con gastroenterite acuta. L'opportunità dello studio nasce proprio dalla necessità di testare sul campo l'efficacia della diosmectite in quello che appare il target logico per il suo utilizzo. Lo studio è attualmente in corso, e sarò felice di comunicarne i risultati ai lettori di *Medico e Bambino*, ove la redazione lo ritenesse interessante. Il protocollo è stato discusso e approvato sia dal Comitato direttivo della SIGEP che dai partecipanti e rappresenta, a sommosso avviso del sottoscritto, un modo trasparente e moderno di dare risposte serie a problemi reali.

Colgo l'occasione per sottolineare un concetto che spero sia condiviso dalla redazione, ed è quello di far riferimento alla "letteratura di qualità" nel valutare l'efficacia di prodotti che vengono proposti al pediatra. In questo senso è certamente da considerare in modo critico la proposta di qualunque nuovo prodotto per il trattamento di malattie, ma bisogna evitare l'errore opposto, cioè di bocciare nuove opportunità terapeutiche, divulgando opinioni rispettabilissime, ma che di scientifico nulla hanno.

Alfredo Guarino  
Coordinatore della sezione  
infezioni intestinali della SIGEP

1. Fioravanti J. *Veterinary Pharmacology and Toxicology*, 245, 1985.

2. Brouillard MY, Rateau JG. *Gastroenterol Clin Biol* 13, 18-24, 1989.

3. Dory MT. *Gastroenterol Clin Biol* 9, 119-121, 1996.

4. Rateau JC. *Curr Med Res Opin* 8, 233-241, 1982.

5. DuPont C. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 14, 413-19, 1992.

6. Desjeux JF. *GUT* 40, 339-43, 1997.

7. Rey C. *Revue Internationale de Pédiatrie* 196, 12-15, 1989.

8. Madkour AA. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 17, 176-81, 1989.

9. Vivatvakin B. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 23, 414-19, 1992.

10. Lexomboon U. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 25, 157-62, 1994.

11. Lopez AA. *Gastroenterology* 100, A226, 1991.

Caro prof. Guarino,

abbiamo inviato la Sua lettera (in anonimo) a un autorevole (e altrettanto anonimo) referee per un giudizio superpartes che riportiamo come sta. Malgrado il giudizio ci sembri sostanzialmente in linea con quello di *Medico e Bambino*, concordiamo con Lei sulla opportunità di esprimere con maggior cautela giudizi negativi quando una sicurezza non è stata rigorosamente acquisita (d'altra parte la sicurezza della non utilità è difficile da raggiungere). È vero, per altro verso, che i lettori chiedono risposte pratiche e meno ambigue possibili, e che di queste risposte il Comitato editoriale, che non è "multidisciplinare" ma che si avvale dell'opinione di esperti, si assume la responsabilità morale.

Siamo grati, anzi gratissimi, di questo intervento che arricchisce il dibattito e la conoscenza sull'argomento specifico.

Ecco il testo della consulenza.

«Alcune osservazioni sulle osservazioni del prof. Guarino a proposito di diosmectite.

1. Le diarreie batteriche da germi tossigenici sono rarissime nei nostri climi; lo stafilococco non provoca diarreia infettiva bensì una tossinfezione alimentare (sindrome acuta multisistemica da ingestione di tossina preformata).

2. I danni citopatici da agenti chimici ben difficilmente possono essere paragonati alle lesioni da enteropatogeni (ricordando anche che queste sono estremamente diverse da un agente all'altro).

3. Il lavoro di DuPont<sup>5</sup> dimostra solo che l'assorbimento di mannitolo migliora il gruppo trattato con diosmectite; il "ripristino dell'architettura mucosale" è solo una delle ipotesi che potrebbe spiegare questa osservazione, ma non vi sono dati istologici. Gli stessi Autori ne riportano correttamente almeno altre due, tra cui la semplice riduzione dello strato liquido aderente alla mucosa (*unstirred water layer*), il cui spessore è fattore limitante per l'assorbimento del mannitolo. Per contro non vi è nessun effetto significativo sull'assorbimento di lattulosio (considerato il marker "vero" di permeabilità intestinale).

4. Il lavoro di Desjeux<sup>6</sup> è effettivamente

molto interessante, ma va ricordato che è condotto su una linea cellulare monoclonale coltivata in vitro; ben lontano quindi dalla clinica (come peraltro sottolineano gli stessi Autori). Inoltre, pur non essendo appropriato confrontare lavori tanto diversi, va osservato che qui si dimostra un effetto della diosmectite sul trasporto paracellulare delle macromolecole, esattamente quanto negato nel lavoro di DuPont.

5. Nei "meno numerosi, ma molto promettenti" lavori clinici, due<sup>8,10</sup> sono reperibili solo come abstract di Medline: in entrambi compaiono gli stessi Autori (O Lortholary, S Harikul) dapprima come Università e poi come Children's Hospital, di Bangkok; entrambi i lavori esaminano due gruppi di 30 e 32 bambini, in entrambi con un range di età da 1 a 24 mesi. Sono probabilmente un esempio di pubblicazione duplicata. In nessuno dei due si dimostra alcun effetto sul recupero ponderale né sulla frequenza delle scariche.

6. Un altro lavoro<sup>11</sup> è solo un abstract presentato a un congresso e, a distanza di sette anni, non risulta pubblicato come lavoro sperimentale.

7. Un lavoro clinico<sup>9</sup> non è reperibile attraverso la citazione fornita.

8. L'unico lavoro clinico facilmente esaminabile nella sua interezza<sup>8</sup> dimostra per la diosmectite una riduzione media della "durata della diarrea" di 18,8 ore, una riduzione di 2 scariche e mezza sull'intero arco di osservazione, un miglior recupero ponderale a fine malattia dello 0,5% (cioè di 50 g per un bambino di 10 kg), e nessun effetto sull'output fecale. I due gruppi di bambini trattati hanno età diverse (7,8 mesi per la diosmectite e 10,1 per il placebo) e gli Autori eseguono non meno di 43 confronti statistici diversi senza porre in atto alcuna correzione contro il rischio del verificarsi casuale di una differenza "significativa".

9. La maggior parte dei lavori definisce la "durata della diarrea" sulla base della consistenza delle scariche (per lo più "ultima scarica liquida"). Poiché la diosmectite adsorbe acqua, è tautologico aspettarsi che l'effetto sulla consistenza (appunto la "cosmesi") si traduca in una riduzione della "durata della diarrea". Probabilmente nei lavori con questo tipo di prodotti dovrebbero essere presi in considerazione end-point differenti.

10. L'American Academy of Pediatrics ritiene (*Pediatrics* 97, 424-36, 1986) che i dati sull'attapulgitte (parente strettissimo della diosmectite) sono lungi dall'essere conclusivi e considera questo prodotto "non raccomandato" nel bambino con diarrea.

In conclusione è possibile che la risposta della redazione sia stata "un tantino semplicistica", ma pur sempre non in con-

trasto con la (scarsa) letteratura disponibile, ma la lettera è forse "un tantino ottimistica" (proprio alla luce della stessa letteratura che la lettera ci invita a considerare).

Di fatto, se è vero che esistono interessanti evidenze in vitro (ma esistono anche per moltissimi altri farmaci), le evidenze cliniche sono molto modeste. Ci si può augurare che lo studio in corso verifichi veramente l'efficacia di un farmaco così diffuso, non tanto sulla "durata della diarrea" quanto su end-point "forti" e immediatamente interpretabili.

Se tra questi non potrà esservi, per ovvi motivi, la riduzione della mortalità per diarrea, potrebbe però essere considerata la riduzione degli indicatori di gravità di malattia (output fecale, calo ponderale, volume di ORS necessario, tutti valutati nelle prime 24-48 ore, cioè nell'unico momento in cui una diarrea può avere gravi conseguenze) oppure di quelli di costo economico (ad esempio di ricovero o numero di giornate di lavoro perse dal genitore).

La semplice "durata della diarrea", oltre a essere un indicatore non adeguato al caso specifico per i motivi sopra riportati, è solo un end-point "sostitutivo" di quelli "forti", la cui correlazione con questi ultimi non è al momento dimostrata».

## Colpa del successo

Ero ancora a Trieste e già meditavo di dissotterrare l'... ascia di guerra. Poi ho preferito "sbollire" e scrivervi, comunque, in maniera pacata. "Confronti in Pediatria" non è il solito convegno vacanziero né tantomeno un congresso- vetrina come tanti. E venire da voi a Trieste vale a soddisfare un bisogno dell'anima: stare tra gente con cui si "con/divide" un modo d'essere, per incontrarsi su problematiche quotidiane e pertanto "vere", rispondendo a una precisa "filosofia". E allora: perché mai bettizzianamente... esiliati alla sala video-conferenza, vedendosi sottratto proprio il momento cardine di "Confronti", privati del... pane del "confronto"? So bene che il Maestro, il più che mai carissimo prof. Panizon, sostiene che la colpa è nostra, anche, quindi la mia che affronto però 800 chilometri per essere da voi e con voi. Dovremmo venire in meno. Ma a questo punto la "colpa" è tutta vostra. Voi avete inventato i "Confronti"! E poi: come resistere al fascino di Trieste, al bello del "confronto" con quel... vento dell'est che miete sempre più vittime? Se il "gran Capo" ha ragione quando dice che non siete "attori" e non potete concedere bis né repliche, diamoci una mano e troviamo comunque il modo per continuare a "vivere" tutti insieme il "confronto" che, perdonatemi, ha bisogno

di un po' più tempo proprio per il "confronto". Diversamente, se mi è consentito, scadranno nella "pratica" dell'aborto. Vi saluto tutti caramente.

Nicola Fuiano, San Severo (FG)

*Ha ragione, ragione, ragione. E tuttavia non so trovarmi dei torti.*

*Prima di tutto perché (come dico pubblicamente sempre) il Congresso non è mio ma "di Ventura" o "di Longo", e non sempre sono d'accordo con loro.*

*Secondo, perché nonostante lo sforzo di contenere le iscrizioni ai soli iscritti ospitali (anche a prezzo d'affollamento nelle due sale A e B), alla fine non riusciamo a resistere alla pressione degli ultimi (che sono poi solo i penultimi, perché gli ultimi, che sono comunque alcune centinaia, restano gli esclusi).*

*Terzo, perché la "sala B" ha avuto una non infima, anzi discreta possibilità di partecipazione.*

*Quarto perché, non potendo "umanamente" fare una copia conforme di "Confronti", abbiamo comunque proposto un differente tipo d'incontro, per gli sfortunati di dicembre, a maggio: Le giornate di Medico e Bambino. Le giornate di Medico e Bambino si sono svolte, per l'appunto, il secondo venerdì di maggio, e sono state un evento "bello". Frequentate da amici di Medico e Bambino, che ciononostante non avevano potuto partecipare ai Confronti di dicembre, tenute sulle linee portanti della rivista, dagli editoriali alla Pagina Gialla, alla Pagina Bianca, a Oltre lo Specchio, all'Aggiornamento, varie ("danzanti"), ricche di discussione, non esenti da contrasti, e quel che più conta caratterizzate da un numero "umano" di presenze (350 iscritti e 350 in sala). Le giornate di Medico e Bambino diventeranno il nostro secondo appuntamento fisso.*

*Punto.*

*La ringrazio comunque della Sua affettuosa lettera e aspetto suggerimenti (che trasmetterò a Ventura e Longo, gli unici "colpevoli" e anche gli unici "meritevoli").*

F.P.

## Uno scroto da difendere

La lettura dell'articolo di L. Cucchi e collaboratori (*Medico e Bambino* n.4, pag. 19, 1998) sullo scroto acuto lascia spazio ad alcune perplessità e riflessioni.

Il termine "scroto acuto" (SA), con cui da sempre sono etichettate tutte le tumefazioni scrotali insorte acutamente, può essere fuorviante. Infatti la sigla SA suggerisce una similitudine con l'addome acuto: se tutti i pazienti in cui si fa una dia-

gnosi di addome acuto vanno portati urgentemente in sala operatoria, così in tutti i pazienti con SA sarà necessaria un' esplorazione chirurgica urgente<sup>1</sup>.

Per SA si dovrebbe invece intendere che ogni paziente con un dolore e una tumefazione scrotale insorta acutamente richiede un' immediata valutazione per escludere o accertare una torsione del testicolo (TT)<sup>2</sup>.

La TT è una vera emergenza chirurgica, perché la possibilità di trovare un testicolo vitale diminuisce con l'aumentare del tempo intercorso (INT) tra inizio del dolore testicolare e detorsione chirurgica. In un lavoro riportato da Watkin<sup>3</sup>, nel caso di INT < 16 ore era possibile salvare l'89% dei testicoli; con INT >16 ore la percentuale dei testicoli salvati scendeva al 25%; in soli 3 casi (su 80 pazienti con TT valutati) il testicolo era stato salvato dopo che erano passate più di 24 ore dall'inizio del dolore.

L'obiettivo principale del trattamento dello SA è dunque quello di evitare la perdita del testicolo. Il bisogno di una diagnosi rapida si scontra però con la necessità di evitare esplorazioni chirurgiche inutili. Il problema è quindi: siamo in grado di escludere, grazie alla clinica, che la tumefazione scrotale che stiamo valutando non sia una TT?

Escluderemo da questa trattazione le procedure diagnostiche urgenti (eco, ecodoppler e scintigrafia testicolare) – che pure spesso sono in grado di dirimere i dubbi – nella consapevolezza che in molte strutture non è possibile eseguire in urgenza nessuno di questi esami. Partiamo da quelle che sono le tre cause più frequenti di SA: la TT, cui abbiamo già accennato, la torsione di un' idatide testicolare (IT) e l'epididimo-orchite (EO). Differenti casistiche riportano incidenze molto diverse di queste patologie: si va da casistiche chirurgiche selezionate che danno un'incidenza di TT, IT e EO rispettivamente del 72%, 22% e 6%, a casistiche pediatriche di pronto soccorso che riportano un'incidenza completamente diversa: 16%, 46% e 35% nelle tre patologie considerate<sup>3</sup>.

Criteri anamnestici e/o clinici su cui eserguire la diagnosi differenziale sono:

A. *L'età del paziente.* Benché la TT possa verificarsi a qualsiasi età, esistono due picchi di incidenza, in periodo neonatale e alla pubertà. L'età superiore agli 11 anni orienta per una TT: solo il 7% dei bambini con TT avevano un'età < 11 anni, contro il 56% dei bambini con IT<sup>2</sup>.

B. *La storia clinica.* L'insorgenza di un dolore cospicuo, di breve durata, suggerisce la TT come la diagnosi più probabile. Il dolore insorto blandamente e progressivamente acutizzatosi suggerisce un'altra diagnosi. Da valutare progressi episodi

dolorosi, possibile espressione di subtorsioni recidivanti e la storia di un trauma testicolare.

C. *La presenza di nausea e vomito.* Nausea e vomito erano presenti nel 96% dei bambini con TT, nel 12% dei bambini con IT ed erano assenti nei bambini con EO<sup>2</sup>.

D. *L'esame obiettivo.*

1. Il decubito del paziente quando viene visitato: deve stare supino e immobile a letto? C'è dolore spontaneo? Più grave è la sintomatologia più probabile è la TT.

2. Qual è la posizione del testicolo? Nella TT il testicolo sarà ruotato e sollevato.

3. È presente il riflesso cremasterico? La presenza del riflesso cremasterico rende altamente improbabile la TT<sup>4</sup>.

4. Qual è il volume del testicolo? Nelle fasi iniziali dello SA, in caso di IT non c'è differenza tra i due testicoli, mentre nel caso di TT il testicolo affetto sarà più grosso del controlaterale<sup>5</sup>.

5. C'è il segno del *blue dot*? La IT è altamente probabile<sup>6</sup>.

È quindi possibile, attenendosi a dati anamnestici e/o clinici, evitare un' esplorazione chirurgica urgente in molti casi di SA.

In base ai criteri prima esposti nei bambini con SA si propone il seguente algoritmo di comportamento:

1. Tutti i pazienti con SA e INT < 48 ore dovrebbero essere etichettati come TT ed esplorati se il riflesso cremasterico non è presente e non si visualizza il *blue dot*.

2. Tutti i bambini con SA e riflesso cremasterico presente dovrebbero essere trattati conservativamente; potranno essere elettivamente operati i pazienti con una IT particolarmente dolorosa.

3. Tutti i bambini con *blue dot* chiaramente visibile dovrebbero essere trattati conservativamente.

4. Nei bambini con SA e INT > 48 ore l' esplorazione immediata nel tentativo di salvare il testicolo sembra velleitaria. Questi pazienti andranno operati su base elettiva con indicazioni precise (orchietomia, idatidectomia, orchidopessi controlaterale).

Ricordo infine che il riflesso cremasterico si evoca "strisciando" la cute interna della coscia. Questo stimolo provoca la contrazione del muscolo cremasterico omolaterale con sollevamento del testicolo (riflesso presente nel 100% dei bambini con età compresa fra 30 mesi e 12 anni).

Antonio Messineo, Trieste

#### Bibliografia

1. Privitera C, Messineo A, Cecchetto G, et al: The avoidable excess in surgical management of "acute scrotum". *Pediatric Surgical Research*, V workshop, Ferrara, 29-30 maggio 1992, pag. 109-12.
2. Jefferson RH, Perez LM, Joseph DB: Critical

analysis of the clinical presentation of acute scrotum: a 9-year experience at a single institution. *J Urol* 158, 1198-200, 1997.

3. Watkin NA, Reignet NA, Moisey CU: Is the conservative management of the acute scrotum justified on clinical grounds? *Br J Urol* 78, 623-27, 1996.

4. Kass EJ, Lundak B: The acute scrotum. *Pediatric Clin North Am* 44(5), 1251-66, 1997.

5. Lewis AG, Bukowski P, Jarvis PD, et al: Evaluation of acute scrotum in the Emergency Department. *J Pediatr Surg* 30, 277-82, 1995.

6. Caldamone AA, Valvo JR, Altebarmakian VK: Acute scrotum swelling in children. *J Pediatr Surg* 19, 581-84, 1984.

*Il lavoro del gruppo del prof. Cucchi, pubblicato sul numero di Medico e Bambino di aprile, è in realtà un lavoro sperimentale, alla ricerca di un criterio obiettivo: operiamo tutti, per vedere quante volte si sarebbe sbagliato a non operare.*

*Il lavoro ha portato alle seguenti conclusioni: l'orchite è l'assoluta eccezione, la torsione (benigna) dell'idatide è la causa più comune, la torsione (potenzialmente maligna) del testicolo riguarda circa un terzo dei casi; inoltre gli aspetti più vistosi dello scroto acuto (dolore, tumefazione, arrossamento dovuti alla reazione flogistica vaginale) non permettono di distinguere tra le diverse condizioni sottostanti.*

*L'impostazione di Messineo è più conservativa e aggiunge alcuni elementi clinici differenziali, un po' più sottili, tra torsione dell'idatide, non presa in considerazione nel lavoro di Cucchi, e torsione del testicolo.*

*L'intervento esplorativo può essere risparmiato su base clinica, non solo in presenza di un blue dot ma specialmente sulla base della presenza o assenza del riflesso cremasterico. Quando è presente, si può escludere la torsione. Anche l'assenza di vomito la rende molto meno probabile.*

*Questi criteri possono essere certamente presi in considerazione anche dal pediatra di famiglia; resta però probabilmente ragionevole, tenendo conto della urgenza del problema, inviare comunque un paziente con dolore scrotale acuto, anche solo segnalato al telefono, e anche, eventualmente, senza visitarlo, al pronto soccorso.*

*Crediamo che queste raccomandazioni non debbano in alcun modo ammorbidire il problema. La torsione testicolare resta una causa altamente probabile di scroto acuto. Anche poche ore sono importanti per salvare il testicolo. L'attesa è sempre sbagliata. Solo nei casi in cui si può clinicamente escludere con sicurezza professionale la torsione, l'intervento esplorativo può essere risparmiato. La torsione ricorrente, e il rischio di torsione del testicolo controlaterale, non vanno dimenticati.*

F.P.