

Gli occhi di Virginia Apgar. In uno studio su 145.627 neonati l'indice di Apgar a 5 minuti si è confermato, come nello studio di Virginia Apgar del 1952, il fattore predittivo più valido (anche rispetto alla determinazione del pH sul sangue ombelicale) del rischio di morte neonatale (Casey BM, et al. *N Eng J Med* 2001;344:467-71). L'indice di Apgar è un riferimento universale di valutazione del neonato (frequenza cardiaca, attività respiratoria, tono muscolare, irritabilità riflessa, colorito), e parte del suo successo è forse dovuto anche al fatto che ha il valore di un codice di comportamento universalmente accettato, che impone di avere attenzione, da subito, per il neonato, per tutti allo stesso modo. Come tutte le cose di valore universale è semplice, quasi ovvio, e ha avuto molti detrattori, che hanno evidenziato per lo più come questo score non sia adatto a definire una prognosi di esito neurologico: ma non era per questo fine che Virginia Apgar lo aveva "inventato". Non posso negare una certa commozione nel rendere omaggio a questo mito della pediatria e nel ripensare che da mezzo secolo «Il primo sguardo che ogni bambino riceve nascendo in ogni ospedale del mondo passa attraverso gli occhi di Virginia Apgar».

Tic e streptococco. Avevamo già affrontato in passato, sulla Pagina Gialla, il problema dei disordini ossessivo-compulsivi del bambino (tic, rituali compulsivi e pensieri ossessivi), del loro possibile inquadramento (analogamente alla corea di Sydenham) nelle manifestazioni autoimmuni correlate all'infezione streptococcica (o PANDAS: *Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections*), e anche della possibile efficacia, nei casi più severi, di un trattamento con immunoglobuline endovena (analogamente a quanto succede per altre malattie autoimmuni del sistema nervoso, come la sindrome di Guillain-Barré) (*Medico e Bambino* 1999;18:469). Un interessante lavoro (tra l'altro italiano) ci offre una convincente evidenza della relazione tra tic e infezione streptococcica. Rispetto ai controlli, i bambini

con tic mostrano segni più marcati di pregressa infezione streptococcica (valori elevati di titolo anti-streptolisinico), con una relazione lineare tra livello del titolo anti-streptolisinico e gravità della sindrome ticcosa giudicata "in cieco" secondo una scala standardizzata (YGSS: *Yale Global Tics Severity Scale*). Nessun altro fattore considerato oltre al titolo antistreptolisinico (sesso, età d'esordio dei tic, durata del problema, storia familiare, numero di infezioni respiratorie pregresse, motivo dell'invio al centro di NPI) correla invece con la gravità dei tic (Cardona F, Orefici G. *J Pediatr* 2001;138:71-5). Cosa farcene? Ecco l'ovvio parere di chi scrive: sedimentare l'informazione, approfondire la letteratura, eventualmente tenerne conto per la terapia dei casi più gravi.

Vaccino anti-epatite B e sclerosi multipla: una associazione negata.

Sulla possibilità che potesse esistere un rapporto fra la vaccinazione contro l'epatite B e lo scatenamento o la ricaduta della sclerosi multipla molto è stato discusso nel 1998 e, in base a estese risultanze, ogni possibilità di causa/effetto venne già allora assolutamente esclusa. Oggi, a distanza di qualche anno, vengono pubblicate due approfondite ricerche che escludono assolutamente qualunque associazione fra la vaccinazione contro l'epatite B e la sclerosi multipla (Confavreux C, et al. *N Engl J Med* 2001;344:319-26; Ascherio A, et al. *N Engl J Med* 2001;344:327-32). Questi studi forniscono una volta di più una completa rassicurazione per chi abbia ricevuto questo vaccino, per i pazienti con sclerosi multipla e per i loro medici.

"Menta piperita" e intestino irritabile. Quasi duecento anni fa *The English Dictionary of Medical Surgical Knowledge* descriveva la *Menta paprika L* (o Peppermint Oil o Mentolo), «un aromatico stimolante, efficace per alleviare la nausea, i dolori colici, la flatulenza e per sopportare il sapore cattivo di altri prodotti medicinali». Più recentemente si è potuto effettivamente documentare che il mentolo agisce in maniera del tutto simile ai calcio-antagonisti nel rilassare la

muscolatura liscia dello sfintere esofageo inferiore (e può favorire pertanto il reflusso gastroesofageo) e quella intestinale (agendo così da antispastico). Questo preparato è stato sperimentato (sotto forma di capsule a lento rilascio) nell'intestino irritabile del bambino (con diagnosi eseguita secondo i cosiddetti criteri di Roma, discussi su *Medico e Bambino* nelle Novità in Pediatria Pratica del dicembre 1999: dolori addominali colici, di regola correlati all'evacuazione con senso di evacuazione incompleta, e alternanza dell'alvo). È stata riscontrata una significativa efficacia sul dolore (ma non su altri sintomi come la flatulenza e il disturbo dell'alvo) nel gruppo trattato rispetto al gruppo placebo (che pur ha avuto un certo miglioramento nel 40% dei casi!) (Kline R, et al. *J Pediatr* 2001;138:125-8).

Deflazacort e distrofia muscolare di Duchenne.

I bambini con distrofia muscolare di Duchenne vanno incontro a una progressiva perdita della funzione muscolare. La deambulazione si rende in genere impossibile tra i 7 e i 12 anni e successivamente si fa strada l'insufficienza respiratoria accompagnata da grave scoliosi. Numerosi studi indicano che, nel breve periodo, il prednisone, così come un suo derivato, il deflazacort, ha una certa efficacia nel preservare la funzione muscolare. Un recente studio (Biggar WD. *J Pediatr* 2001;138:45-50) mostra come un trattamento con deflazacort alla dose media di 0.9 mg/kg/die, protratto mediamente per 3 anni a partire dall'età di 8 anni, rallenta significativamente l'evoluzione della malattia anche nel lungo periodo, sia per quanto riguarda la deambulazione (tutti i non trattati hanno smesso di camminare dopo l'età media di 9,8 anni, mentre "solo" il 23% dei trattati ha perso la deambulazione autonoma, e comunque dopo i 12 anni) sia per quanto riguarda la funzione polmonare (39% della capacità vitale forzata predetta per l'età nei non trattati contro l'88% nei trattati all'ultimo follow up). I bambini trattati restano ovviamente più corti. E a questo effetto collaterale (in considerazione del fatto che esiste in letteratura l'eviden-

za che è proprio la crescita ad accelerare la distruzione del muscolo) viene curiosamente attribuita l'efficacia dello steroide nel preservare (almeno in parte) la funzione muscolare nella malattia di Duchenne.

Spasmi affettivi: fino a quando? Gli spasmi affettivi ("breath-holding spells" per gli autori di lingua inglese) sono un rilievo frequente per il pediatra, ma le loro caratteristiche precise e la loro evoluzione nel tempo non sono ancora ben conosciute. La descrizione in 95 bambini affetti da questa sintomatologia, nell'arco di 9 anni, si presenta quindi di grande interesse (Di Mario FJ. *Pediatrics* 2001;107:265-9). Il sesso non ha rappresentato un fattore di rischio: sia maschi che femmine sono stati ugualmente colpiti (48 maschi contro 47 femmine). L'età media d'inizio è stata fra i 6 e i 12 mesi; la frequenza delle crisi di una alla settimana, ma il 30% dei bambini ne aveva una o più al giorno. La maggior frequenza la si è avuta nei bambini fra 12 e 18 mesi. Per i pazienti che non avevano più crisi da 12 mesi o più (67/85), l'ultima crisi si era presentata a un'età fra 37 e 42 mesi. Il massimo di durata delle crisi è stato osservato in un bambino che aveva avuto una crisi a 7 anni. In meno del 15% dei bambini si sono manifestate convulsioni ipossiche. Fra i fattori di rischio il più importante è risultata la storia familiare: il 34% dei bambini aveva la madre o il padre che avevano sofferto di spasmi affettivi. Nella pubblicazione non viene fatta menzione del rapporto fra carenza di ferro e spasmi affettivi, spesso riportata nella letteratura inglese.

Meningite neonatale. Uno studio prospettico (Holt DE, et al. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2001;84:F85-F89) riporta i dati registrati dal *British Paediatric Surveillance Unit* su tutti i casi di meningite diagnosticata e trattata nel primo mese di vita nei nati in Galles e Inghilterra nel biennio 1996-97, e li paragona a quelli registrati nel triennio 1985-1987. In totale furono diagnosticati 282 casi per una incidenza di 0,33 per mille nati, assolutamente sovrapponibile a quella registrata nella metà degli

anni Ottanta. In quasi due terzi dei casi è stata documentata una eziologia batterica, mentre almeno la metà dei casi "asettici" sono stati comprovatamente attribuiti a infezione virale. Lo streptococco betaemolitico di gruppo B e l'*Escherichia coli* continuano a fare la parte del leone, coprendo rispettivamente il 42% e il 16% dei casi a eziologia batterica (da notare che non è stato registrato alcun caso a eziologia stafilococcica). La mortalità è risultata significativamente ridotta nel biennio 1996-97 rispetto a quella del periodo 1985-87, scendendo in assoluto dal 19,8% al 6,6% e, specificamente nelle forme a eziologia batterica, dal 29% al 10%. La mortalità non è risultata correlata all'età di insorgenza all'interno del primo mese, mentre è sicuramente più alta (11,4% vs 4,9%) in dipendenza della presenza di eventuali complicazioni (convulsioni, idrocefalo, recidiva), complicazioni che a loro volta sopravvivono con maggior frequenza nei casi a eziologia batterica. Gli autori attribuiscono il calo della mortalità alla modificata attitudine verso la terapia antibiotica (centrata in passato sul CAF e la gentamicina, e oggi sulle cefalosporine di terza generazione, con eventuale aggiunta di un aminoglicoside). Il "cortisone" rimane usato poco, e non sembra influenzare in nessun senso l'andamento delle cose. Gli esiti? Ce li diranno al follow up dei 5 anni.

Obesità e bevande ricche di zucchero. Che vi sia un aumento costante nel numero dei bambini sovrappeso e obesi è sotto gli occhi di tutti: viene calcolato che fra il 1980 e il 1994 vi sia stato un raddoppio. Negli Stati Uniti il 24% dei bambini è al di sopra dell'85° centile e l'11% è al di sopra del 95° per il peso. Diversi fattori ambientali e sociali, in rapporto alla dieta e all'attività fisica, sono stati identificati: fra questi è stata data scarsa importanza all'uso sempre più diffuso di bevande ricche di zucchero. Una ricerca in tal senso ha dimostrato che il costante consumo di bevande ricche di zucchero (succhi di frutta in prima fila) si associa all'obesità nei bambini (Ludwig DS, et al. *Lancet* 2001; 357:505-8). Basterebbero due cucchiaini di zucche-

ro al giorno, oltre alla dieta corrente, per aumentare di due chili in un anno.

Porpora trombocitopenica idiopatica e MMR. Uno studio retrospettivo svolto in Inghilterra sui bambini ricoverati per porpora trombocitopenica idiopatica (PTI) nel secondo anno di vita ha potuto mettere in evidenza una correlazione significativa tra MMR e PTI. Dodici su 28 casi sono esorditi infatti entro 6 settimane dalla somministrazione dell'MMR, e in nove di questi la PTI poteva, secondo un calcolo statistico, essere attribuita alla MMR. Il rischio è valutabile in un caso ogni 22.300 dosi di vaccino. Ci sono peraltro alcune sottolineature da fare: il rischio di piastrinopenia post-vaccinale (MMR) è di circa 10 volte più basso di quello correlato alle singole specifiche malattie (morbilli, rosolia, pertosse) e, come risulta dallo studio, la PTI post-vaccinale sembra significativamente meno grave che negli altri casi. Lo studio, inoltre, dimostra come i bambini che abbiano presentato una PTI prima del vaccino MMR non sono a rischio di PTI dopo la somministrazione del vaccino (Miller E. *Arch Dis Child* 2001;84:227-9).

Insulina per via nasale. La somministrazione di insulina per via inalatoria ha rappresentato per tutti un miraggio, che avremmo voluto si realizzasse al più presto. Uno studio in proposito fa prevedere che la speranza si stia concretizzando (Skyler JS, et al. *Lancet* 2001;357:331-5). 75 pazienti, tutti adulti con diabete mellito tipo I, partecipano allo studio: una metà riceve insulina per via inalatoria 3 volte al giorno prima dei pasti e un'iniezione d'insulina ultralenta al momento di andare a letto e l'altra metà viene trattata con insulina per via sottocutanea in due o tre somministrazioni giornaliere. Dopo un periodo di 12 settimane, il livello di HbA1c fu uguale nei due gruppi; l'insulina per via inalatoria (1-3 mg di insulina umana ricombinante, corrispondenti a 3 o 9 Unità d'insulina, in 5 mg di polvere inerte) fu ben tollerata e non si manifestarono segni a carico dell'apparato respiratorio. A quando il suo uso nei bambini di oltre 5-6 anni e negli adolescenti?