

Le manifestazioni cutanee nelle malattie reumatiche infantili

LOREDANA LEPORE

Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Questo contributo completa quello su autoimmunità e cute, e se ne diversifica sensibilmente, anche nella parte grafica: lì immagini schematiche, sintetiche, per la comprensione del fenomeno; qui fotografie. Il primo è un lavoro di inquadramento e patogenesi, questo è un lavoro clinico; nel primo c'è l'autoimmunità che nasce e muore nella cute (e che può accompagnarsi a interessamento multisistemico), qui c'è la patologia immunomediata (non necessariamente autoimmune) che interessa primitivamente il connettivo ("reumatismo") e più o meno marginalmente la cute. Unica sovrapposizione: la scleroderma, che è effettivamente ambigua, tradizionalmente curata dai reumatologi, ma anche malattia primitiva della cute (meglio del sottocutaneo, quindi una connettivite), di cui si parla in entrambi i lavori.

La cute è un tessuto molto spesso coinvolto nelle malattie reumatiche infantili, e le caratteristiche delle manifestazioni cutanee sono peculiari e patognomiche, tanto da far parte dei criteri diagnostici della malattia in alcune condizioni (malattia reumatica, artrite di Lyme, lupus eritematoso sistemico); in altre sono la principale (vasculiti) o l'unica manifestazione della malattia (scleroderma localizzata).

Per meglio inquadrare l'argomento è utile una distinzione in malattie reumatiche con interessamento cutaneo fin dall'esordio, quelle con possibile interessamento cutaneo all'esordio o durante il decorso della malattia, e malattie reumatiche che solo raramente si manifestano con segni cutanei (Tabella I).

MALATTIE REUMATICHE CON INTERESSAMENTO CUTANEO PRESENTE ALL'ESORDIO

Quasi tutte le vasculiti possono manifestarsi con interessamento cutaneo e/o mucoso, e fra queste sono alcune condizioni piuttosto comuni in pediatria e facilmente diagnosticabili.

Nella **vasculite di Schönlein-Henoch** la porpora palpabile fa parte, assieme all'artrite e all'interessamento intestinale, della triade classica della malattia, ed è, dei tre, l'elemento irrinunciabile per la diagnosi (Figure 1 e 2).

CUTANEOUS MANIFESTATIONS IN RHEUMATIC DISORDERS

(Medico e Bambino 19, 505-511, 2000)

Key words

Rheumatic disorders (and cutaneous manifestations), Schoenlein-Henoch purpura, Hypersensitivity vasculitis, Vasculitides, Kawasaki disease, CINCA (Chronic Infantile Neurological Cutaneous Articular) syndrome, Scleroderma, Behçet disease, Idiopathic Juvenile Arthritis, LES, Psoriatic arthritis, Lyme disease, Dermatomyositis

Summary

Cutaneous involvement is frequently present in rheumatic disorders. Usually the cutaneous lesions are typical and are useful for the diagnosis. In some cases the cutaneous involvement is present since the beginning (Schoenlein-Henoch purpura, Kawasaki disease, CINCA, scleroderma, Behçet disease), in others (LES, Lyme disease, dermatomyositis, Juvenile Chronic Arthritis) the cutaneous signs can appear later, during the course of the disease.

bile per la diagnosi (Figure 1 e 2).

Il rash è presente soprattutto agli arti inferiori e ai glutei, con lesioni che vanno da piccole petecchie a larghe ecchimosi, con possibili ulcerazioni. È a volte presente anche un edema sottocutaneo del dorso delle mani, dei piedi e in sede periorbitale. Istologicamente si tratta di una vasculite necrotizzante dei piccoli vasi, comprese le venule post-capillari, con importante infiltrato di polimorfonucleati nella parete vascolare (vasculite leucocitoclastica). Il rash può avere un andamento a *poussées* ripetute prima di spegnersi completamente, senza lasciare esiti.

NB. Un solo caso di porpora anafilatoide venuto alla nostra osservazione 10 anni fa è cronicizzato, è divenuto una malattia sistemica, con un rash purpurico mai più regredito completamente. Si tratta di una bambina che all'età di 6 anni ha presentato un porpora classica degli arti inferiori con artrite delle caviglie, dolori addominali e senza interessamento renale. Da allora la malattia cutanea si è diffusa all'addome e agli arti superiori, si è complicata con diversi episodi di emorragia intestinale e più di recente con un episodio di transitoria perdita della coscienza, secondario alla presenza di infarti cerebrali, a loro volta verosimilmente dovuti alla localizzazione cerebrale della malattia.



Figura 1. Porpora di Schönlein-Henoch.



Figura 2. Porpora di Schönlein-Henoch con interessamento testicolare.



Figura 3. Vasculite da ipersensibilità.

Tutti i tentativi di terapia immunosoppressiva, compreso un trapianto autologo di midollo, non hanno modificato il decorso cronico della malattia.

La cosiddetta **vasculite da ipersensibilità** è molto simile alla porpora di Schönlein-Henoch; i vasi colpiti sono gli stessi, e dal punto di vista clinico il qua-

dro è simile (Figura 3), ma più polimorfo. I sintomi più comuni nella vasculite da ipersensibilità sono, oltre all'interessamento cutaneo, artralgie e mialgie transitorie, oligoartrite, noduli cutanei, livido e ulcerazioni; l'eosinofilia è presente in più del 5% dei casi.

La malattia può essere scatenata dal-

l'assunzione di farmaci come penicillina, sulfonamidi, cefaclor, farmaci antitiroidei e solo raramente altri farmaci.

Nella **malattia di Kawasaki** un rash accompagna di solito il periodo dell'acuzie febbrile e poi scompare. È in genere localizzato al tronco ma può estendersi anche al volto, alle estremità e al perineo; non è pruriginoso e piuttosto polimorfo: sono state descritte lesioni maculari, papulari, scarlattiniformi e purpuriche. Caratteristiche sono le lesioni eritematose rosso-violacee del palmo delle mani e della pianta dei piedi, l'edema delle mani e dei piedi e la successiva desquamazione, che inizia dal margine ungueale delle dita e può interessare anche il perineo. Come è noto, anche le mucose sono interessate in questa malattia con un eritema alle labbra e all'orofaringe, e lingua a fragola. Le labbra sono rosse, tumefatte, con fissurazioni verticali sanguinanti. Le congiuntive bulbari sono bilateralmente iperemiche senza un coinvolgimento della congiuntiva palpebrale.

Dal punto di vista istologico si tratta di una lesione panarteritica che coinvolge dapprima i micro-vasi (capillari, arteriole e venule) e successivamente le arterie di piccolo e medio calibro. I vasi cutanei e cardiaci sono i più colpiti, ma le arterie di qualsiasi distretto possono essere colpite con manifestazioni ischemiche e occlusive. La flogosi è dapprima perivascolare e successivamente interessa la media e l'intima con una prevalenza di cellule mononucleate e pochi

INTERESSAMENTO CUTANEO NELLE MALATTIE REUMATICHE INFANTILI

M. REUMATICHE CON INTERESSAMENTO CUTANEO SEMPRE PRESENTE ALL'ESORDIO

VASCULITI:

Porpora di Schönlein-Henoch: *porpora, urticaria, noduli, edema*

M. di Kawasaki: *esantema polimorfo, eritema-edema mani e piedi, esfoliazione*

Vasculite da ipersensibilità: *porpora, noduli, ulcere*

Malattia di Behçet: *pseudofollicolite, eritema nodoso, papulo-pustolosi*

CINCA (Chronic Infantile Neurological Cutaneous Articular) syndrome: *orticaria*

SCLERODERMIA LOCALIZZATA

Morfea: *aree biancastre, dure, rotondeggianti*

Sclerodermia lineare: *area biancastra, dura, lineare*

Morfea generalizzata

M. REUMATICHE CON INTERESSAMENTO CUTANEO ALL'ESORDIO O DURANTE IL DECORSO

ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE TIPO SISTEMICO: *rash salmone, urticaria*

ARTRITE PSORIASICA: *psoriasi*

ARTRITE DI LYME: *esantema migrante, eritema marginato*

DERMATOMIOSITE: *edema palpebrale violaceo, segno di Gottron, teleangiectasie*

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO: *vespertilio, vasculite, eritema nodoso, panniculite*

M. REUMATICHE CON INTERESSAMENTO CUTANEO RARO

MALATTIA REUMATICA: *noduli reumatici, eritema marginato*

ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE

Forma pauciarticolare: *noduli reumatoidi, linfedema*

Forma poliarticolare: *noduli reumatoidi, linfedema*

Tabella I

polimorfonucleati^{1,2}.

La **sindrome CINCA (Chronic Infantile Neurological Cutaneous Articular)** è una sindrome multisistemica, molto rara e complessa, a eziologia del tutto sconosciuta, che coinvolge con l'andar del tempo vari organi e apparati. La sua peculiarità è che si manifesta sempre alla nascita o nei primi giorni di vita con un rash maculo-papulare o orticarioide (Figure 4 e 5), diffuso a tutto il corpo, con elementi variabili nel tempo per dimensioni e distribuzione, ma sempre presenti nel corso della vita, che non risentono di alcun trattamento^{3,4}.

Ai sintomi cutanei si associano via via sintomi sistemici quali la febbre, l'epatospленomegalia, la linfadenomegalia, come pure l'artrite, le lesioni ossee, di cui la più tipica è l'ipertrofia del nucleo di ossificazione della patella (Figura 6). La malattia si associa in un'alta percentuale dei casi a un ritardo mentale, mentre altre manifestazioni a carico del SNC sono la meningite asettica, la sordità di tipo trasmissivo e l'atrofia del nervo ottico.

La **sclerodermia localizzata** è una evenienza non rarissima nel bambino (mentre lo è la sclerodermia sistemica), e può essere suddivisa in tre sottotipi: morfea, morfea generalizzata e sclerodermia lineare.

La morfea è caratterizzata da un'area di cute dapprima edematosa, calda, circondata da un bordo iperemico-violaceo con centro chiaro. Successivamente l'evoluzione è in una lesione dura, rotondeggiante, che può arrivare fino a 20 cm di diametro (Figure 7, 8 e 9). Se le lesioni sono multiple e simmetriche, si parla di *morfea generalizzata*.

La **sclerodermia lineare** è caratterizzata da una zona più o meno lunga di cute spessa, pigmentata, in genere agli arti (Figura 10) o al volto. L'evoluzione è in una fibrosi che interessa tutto lo spessore cutaneo fino al muscolo, e che provoca dismetrie e contratture agli arti e deformità al volto, come le caratteristiche e antiestetiche lesioni a "colpo di sciabola".

Le lesioni possono progredire o regredire spontaneamente, e nessuna terapia fino a oggi si è rivelata in grado di interrompere il decorso della malattia. Studi non controllati mostrano una possibile efficacia della penicillamina, e recenti segnalazioni evidenziano l'efficacia di un'associazione tra boli di cortisone e methotrexate per os⁵.

La **malattia di Behçet (MB)** è una rara condizione caratterizzata da lesioni



Figura 4. Rash orticarioide in CINCA.



Figura 5. Rash orticarioide in CINCA.



Figura 6. Ipertrofia della patella in CINCA.



Figura 7. Sclerodermia localizzata (morfea).



Figura 8. Sclerodermia localizzata (morfea).

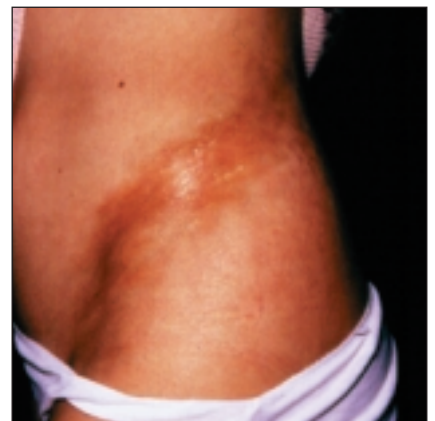


Figura 9. Sclerodermia localizzata (morfea).



Figura 10. Sclerodermia localizzata (lineare).

ulcerative del cavo orale o dei genitali, accompagnate da lesioni cutanee, artrite, uveite, cefalea e alterazioni neurologiche come la meningite asettica, e da un'enteropatia non distinguibile da quella delle altre malattie croniche dell'intestino.

Le ulcere mucose, presenti nelle fasi iniziali della malattia e sintomo più frequente, sono in genere piccole, a bordi ben demarcati, dolorose, della durata di 1-2 settimane e recidivanti (Figura 11). Sono presenti sulla mucosa labiale, buccale, gengivale e linguale, mentre a livello genitale si localizzano allo scroto, vulva, cervice uterina e nell'area perineale. Le lesioni cutanee presenti nella MB sono l'eritema nodoso, la pseudofollicolite e la papulo-pustolosi che, se presente al volto, può essere confusa con l'acne comune.

La reazione patergica propria di questa malattia, e di valore diagnostico, è la comparsa di una papula circondata da alone eritematoso a distanza di 24-48 ore da una puntura cutanea con ago.

La malattia viene definita una vasculite, poiché istologicamente la lesione interessa i piccoli vasi sia venosi che arteriosi, con infiltrazione vascolare e perivascolare di polimorfonucleati e linfociti, che evolve poi in fibrosi⁶.

MALATTIE REUMATICHE CON FREQUENTE INTERESSAMENTO CUTANEO ALL'ESORDIO O DURANTE IL DECORSO

La **forma sistemica dell'artrite idiopatica giovanile (AIG)** presenta, durante le puntate febbrili, un tipico rash, molto fugace (dura poche ore), maculo-papuloso, rosato, localizzato soprattutto al tronco e agli arti (Figure 12 e 13). Le macule hanno piccole dimensioni (pochi mm), ma possono diventare confluenti. L'assenza di questo esantema caratteristico rende la diagnosi piuttosto improbabile.

Inoltre, in tale forma, lesioni orticarioidi più o meno diffuse possono precedere e accompagnare le riaccensioni della malattia.

L'**artrite psoriasica** si definisce quell'artrite cronica preceduta, accompagnata o seguita dalla psoriasi. Solo nel 10% dei casi le due malattie si manifestano contemporaneamente, mentre nel 40% la psoriasi precede l'artrite, e nel 50% è vero il contrario. Si tratta di una forma in genere oligoarticolare di artrite, che colpisce sia le grandi che le piccole articolazioni. Le lesioni psoriasiche



Figura 11. Afte in malattia di Behçet.



Figura 12. Rash in artrite idiopatica infantile (AII): forma sistemica.



Figura 13. Rash in artrite idiopatica infantile (AII): forma sistemica.

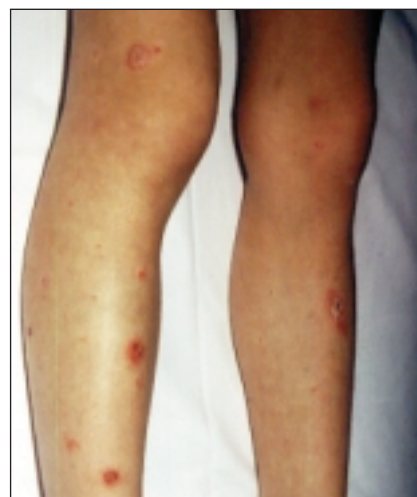


Figura 14. Artrite psoriasica.



Figura 15. Eritema marginato, m. di Lyme.



Figura 16. Eritema marginato, m. di Lyme.

sono identiche a quelle presenti in assenza di artrite, e vanno ricercate su tutta la cute (Figura 14).

La **malattia di Lyme**, trasmessa come noto da una zecca (*Ixodes dammini* e *ricinus*), e dovuta a una spirocheta (*Borrelia burgdorferi*), si manifesta in vari stadi, e la prima manifestazione, nel 60-80% dei casi, è una tipica lesione cutanea patognomica della malattia. Compare dopo 2 settimane dall'inoculo, nel sito della puntura, e consiste in una macula eritematosa (Figura 15 e 16), che si espande in periferia e si schiarisce al centro (eritema marginato), formando una lesione anulare con margine eritematoso. La lesione, dovuta alla diffusione locale della *Borrelia*, scompare entro 3-4 settimane. Le stesse lesioni, per diffusione ematica del microrganismo, possono comparire, disseminate, anche in altre sedi (Figura 17) nel II stadio della malattia, mentre nel III stadio sono state descritte nel bambino lesioni simili alla morfea e alla sclerodermia lineare, tanto da far ipotizzare un ruolo della *Borrelia* nella eziologia della sclerodermia localizzata⁷.

Il **lupus eritematoso sistemico** (LES) è una complessa e grave malattia autoimmune, soprattutto se si manifesta in età infantile. Il coinvolgimento cutaneo avviene sempre o all'esordio o durante il decorso della malattia, e sotto vari aspetti. Il più caratteristico è l'eritema a farfalla, presente nel 50% dei casi, che si estende sugli zigomi, a ponte sul naso, risparmiando le pieghe nasolabiali (Figura 18). Tutta una serie di altre lesioni di diverso tipo (Tabella II) possono colpire il viso, gli arti e il tronco, in modo transitorio o con un'iperpigmentazione residua.

Un'altra manifestazione tipica, presente in un'alta percentuale di casi, è la presenza di lesioni emorragiche ed ecchimotiche (Figura 19), in vari stadi di evoluzione, agli arti inferiori, che non tendono mai a guarire e durano indefinitamente. Queste lesioni sono probabilmente favorite dalla terapia steroidea e dal danno vascolare proprio della malattia. Segni di vasculite sono infatti presenti in oltre il 50% dei casi, e possono portare fino a vere ulcere cutanee a decorso cronico (Figura 20 e 21).

Nel 20% dei LES si possono avere ulcere orali e vulvari recidivanti. Tipica di questa malattia è la fotosensibilità, che fa peggiorare non solo le manifestazioni cutanee, ma anche quelle sistemiche (Figura 22). Fenomeno di Raynaud, perdita di capelli fino all'alopecia e live-

do reticularis possono essere presenti.

Il **lupus cutaneo cronico o discoide**, raro nel bambino, in genere rimane isolato, e non evolve nella malattia sistemica. Le lesioni discoidee interessano il viso, il cuoio capelluto, gli arti e il collo. La lesione è caratterizzata da un eritema locale persistente con desquamazione,

possibili teleangectasie, ed evoluzione in atrofia cutanea o iperpigmentazione.

Manifestazioni cutanee sono presenti nel 30-50% del **LES neonatale**, che si manifesta in bambini nati da madre lupica per il passaggio di autoanticorpi (specie IgG anti-R0) verso la 12^a-16^a settimana.



Figura 17. Eritema marginato diffuso in Lyme.



Figura 19. Ematomi agli arti inferiori in LES.



Figura 18. Rash a farfalla in LES.



Figura 20. Lesioni vasculitiche in LES.

MANIFESTAZIONI MUCOCUTANEE DEL LES	
<input type="checkbox"/> Rash discoide	} criteri diagnostici
<input type="checkbox"/> Rash malare o a farfalla	
<input type="checkbox"/> Fotosensibilità	
<input type="checkbox"/> Ulcere orali	
<input type="checkbox"/> Lesioni eritematose	
<input type="checkbox"/> Lesioni nodulari	
<input type="checkbox"/> Lesioni vescicolari o bollose	
<input type="checkbox"/> Eritema nodoso	
<input type="checkbox"/> Pannicolite	
<input type="checkbox"/> Lesioni vasculitiche ulcerative	
<input type="checkbox"/> Alopecia	
<input type="checkbox"/> Fenomeno di Raynaud	
<input type="checkbox"/> Lupus discoide	

Tabella II



Figura 21. Lesioni vasculitiche in LES.

Si tratta di un rash fotosensibile, che compare in epoca perinatale e si risolve completamente verso il sesto mese. Colpisce volto, tronco, estremità e cuoio capelluto, con manifestazioni eritemato-squamose che si espandono in periferia, lasciando al centro un'area di atrofia (Figura 23 e 24)⁸.

Le manifestazioni cutanee della **dermatomiosite giovanile** sono numerose (Tabella III). Il sintomo più comune è un edema della regione orbitale e periorbitale, associato a una colorazione violacea della palpebra superiore e da teleangectasie dei bordi palpebrali, che possono persistere a lungo, anche dopo la remissione della malattia (Figura 25 e 26). Un rash al volto a disposizione a farfalla, del tutto simile a quello del LES, è abbastanza frequente (Figura 27).

Altro sintomo tipico è la presenza, sulla superficie estensoria delle metacarpo-falangee e interfalangee delle mani, di lesioni eritematose maculo-papulose a evoluzione atrofico-desquamativa (segno di Gottron; Figura 28). Analoghe lesioni possono essere presenti anche ai gomiti, alle ginocchia e al tronco.

I raggi solari possono peggiorare le manifestazioni cutanee. Lesioni vasculitiche possono portare a estese escare e ulcere cutanee, e sono un segno prognostico sfavorevole. La vasculite periunguale dà origine a teleangectasie verticali rispetto al bordo ungueale, ben visibili in capillaroscopia.

La calcinosi, temibile complicanza di questa malattia che si accompagna alle forme più severe, può riguardare le fasce, ma anche il grasso e il tessuto sottocutaneo, dove provoca ulcere superficiali dolorose, da cui fuoriesce materiale biancastro costituito da sali di calcio. Le sedi predilette sono quelle sottoposte a pressione (gomiti, ginocchia, glutei)⁹.

MALATTIE REUMATICHE INFANTILI CON RARO INTERESSAMENTO CUTANEO

Le forme **pauciarticolare e poliarticolare dell'AIG** non hanno alcuna lesione cutanea tipica, al contrario della forma sistemica. Nel 5-10% delle forme poliarticolari, quasi sempre in quelle Reuma Test-positivo tipo adulto, sono presenti noduli reumatoidi, soprattutto nelle zone sottoposte a maggior pressione, come a livello delle metacarpo-falangee e interfalangee delle mani, a livello del tendine di Achille, dell'occipite, sotto l'olecrano. Sono fissi, duri, mobili, possono persistere per mesi o anni e so-



Figura 22. Rash da fotosensibilità in LES.



Figura 26. Rash ed edema al volto in dermatomiosite.



Figura 23. Rash in LES neonatale.



Figura 27. Rash con disposizione a farfalla in dermatomiosite.



Figura 24. Rash in LES neonatale.



Figura 28. Segno di Gottron in dermatomiosite.



Figura 25. Rash eliotropo in dermatomiosite.



Figura 29. Eritema marginato in reumatismo articolare acuto.

MANIFESTAZIONI CUTANEE IN DERMATOMIOSITE INFANTILE

- Edema palpebrale
- Eritema violaceo palpebre superiori
- Eritema a farfalla
- Eritema maculo-papuloso: IF e MF delle mani (segno di Gottron), tronco, gomiti, ginocchia, caviglie
- Teleangectasie
- Lesioni vasculitiche, ulcere cutanee
- Calcinosi

Tabella III

MESSAGGI CHIAVE

□ In alcune connettiviti l'interessamento della cute è obbligatorio e presente dall'esordio: porpora nella malattia di Schoenlein-Henoch e nella vasculite da ipersensibilità; rash nella malattia di Kawasaki e nella scleroderma localizzato; ulcere cutanee nella malattia di Behçet.

□ In altre connettiviti l'interessamento cutaneo non è necessariamente presente all'esordio: artrite reumatoide sistemica, artrite psoriasica, malattia di Lyme, dermatomiosite.

□ In altre connettiviti ancora l'interessamento cutaneo è raro: noduli reumatici e noduli reumatoidi, rispettivamente del reumatismo articolare acuto e dell'artrite reumatoide pauci- e poliarticolare.

□ Nella grande maggioranza di questi casi, anche nello scleroderma e nei noduli reumatici e reumatoidi, la patogenesi è essenzialmente vasculitica; fanno eccezione alcune condizioni del secondo gruppo di malattie.

no un indice prognostico negativo.

Raramente queste forme possono associarsi a un linfedema del tessuto sottocutaneo di una o più estremità. La sua causa è ignota, ma si ipotizza l'ostruzione di vasi linfatici, primitiva o secondaria alla tumefazione articolare.

Nella **malattia reumatica**, invece, due manifestazioni cutanee fanno parte dei criteri diagnostici maggiori, seppure entrambe piuttosto rare. Si tratta dell'eritema marginato (*Figura 29*) e dei noduli sottocutanei.

L'eritema marginato è asintomatico ed evanescente, color salmone, non pruriginoso; colpisce il tronco, gli arti, l'addome, mai il volto. Le lesioni rotondegianti hanno un centro chiaro e un margine rosa acceso, e possono assumere una forma serpiginosa o a ghirlanda.

I noduli sottocutanei sono presenti nel 10-20% dei casi; sono fissi, indolenti, e durano pochi giorni. Si localizzano preferibilmente dove il tessuto sottocutaneo si appoggia sulle ossa, a livello delle ginocchia, polsi e gomiti.

Bibliografia

1. Kawasaki T. Kawasaki disease. *Acta Paediatr* 1995;84(7):713-5.
2. Bierman FZ, Gersony WM. Kawasaki disease: clinical perspective. *J Pediatr* 1987;111(5):789-93.
3. Lepore L., Tommasini A. Sindrome CINCA. *Rivista Italiana di Pediatria* 34(S 3):71-72; 1998.
4. Prieur AM, Griscelli C, Lampert F, Truckenbrodt H, Guggenheim MA, Lovell DJ, et al. A chronic, infantile, neurological, cutaneous and articular (CINCA) syndrome. A specify entity analysed in 30 patients. *Scand J Rheumatol Suppl* 1987;66:57-68.
5. Uziel Y, Feldman BM, Krafchik BR, Yeung RSM, Laxer RM. Methotrexate and corticosteroid therapy for pediatric localized scleroderma. *J Pediatrics* 1999;136(1):91-95.
6. Sakane T, et al. Behçet's disease. *N Engl J Med*. 1999;341:1284-91.
7. Nadelman RB, Wormser GP. Lyme borreliosis. *Lancet* 1998;352(9127):557-65.
8. Cimaz R, Speroni S, Careddu P. Lupus neonatale: una patologia autoimmune trasferita per via placentare. *Medico e Bambino* 1999;18 (6):365-8.
9. Callen JP. Dermatomyositis. *Lancet* 2000;355:53-57.

VIDEOCASSETTE
CONFRONTI IN PEDIATRIA 1999

1. FANS: quali, quando, perché L. Lepore, D. Cohen, P. Macchia
2. Il dolore nel neonato F. Benini, U. de Vonderweid
3. Mal d'orecchi S. Renier, E. Zocconi
4. Mal di denti M. Andolina, G. Clarich
5. Il grande dolore fisico P. Tamaro, P. Busoni
6. Il prurito E. Bonifazi, F. Longo
7. La colica renale L. Peratoner, E. Guglia
8. Le terapie alternative del dolore N. Levi, P. Parietti
9. Mal di schiena, mal di gambe G. Tagliavero, G. Maranzana
10. Mal di pancia, coliche del lattante, DAR, dolore chirurgico, dolore mestruale A. Messineo, S. Martellosi, G. Torre, V. Bruni
11. Gli antileucotrieni un anno dopo F. Marchetti, F. de Benedictis, G. Longo
12. Il piccolo dolore F. Arcangeli, G. Zanazzo
13. Il bambino nel dramma G. Tamburlini, P. Di Blasio
14. Novità verso il 2000: le letture che ci hanno cambiato G. Bartolozzi, A. Ventura, F. Panizon

Il costo di una videocassetta è di lire 60.000 (comprensivo di IVA e spese postali)

Modalità di pagamento: Assegno bancario non trasferibile intestato a Quickline. Bonifico bancario presso la Banca di Roma, Agenzia Trieste 3, L.go Barriera Vecchia 6, c/c 670839. Versamento su c/c postale n. 12128344 (specificando la causale) intestato a Quickline. e-mail: quick@trieste.com Quickline sas, via Santa Caterina 3, 34122 Trieste - Tel 040 / 773737 - 363586 Fax 040 / 7606590