

**Bambine sposate.** L'andar sposate prima dei 18 anni ("da bambine") è una realtà che riguarda ancora più di 60 milioni di donne nel mondo. Questa "pratica", considerata universalmente come una vera e propria violazione dei diritti umani, è particolarmente radicata nei Paesi del Sud dell'Asia (come l'India, il Bangladesh, il Nepal e il Pakistan) dove è stato calcolato che fino al 70% delle donne si sposano tra i 12 e i 18 anni ([www.unicef.org/progressforchildren/2007n6/index\\_41848.htm](http://www.unicef.org/progressforchildren/2007n6/index_41848.htm)). Oltre che sulla salute della donna e dei nascituri, il matrimonio in età estremamente precoce ha conseguenze pesanti sullo sviluppo nazionale, privando una larga parte della popolazione delle opportunità di educazione e realizzazione personale. Uno studio appena comparso su *Lancet* (Raj A, et al. 2009;373:1883-9) documenta come circa la metà (44,5%) delle donne di età attuale compresa tra 20 e 24 si siano sposate prima dei 18 anni, un quarto (23%) prima dei 16 e il 2,6% prima dei 13 anni, con una riduzione della quota complessiva dei matrimoni prima dei 18 anni di soltanto il 5% rispetto a quella registrata negli anni '90. Da questo studio emergono anche altri dati che sottolineano l'urgenza di trovare dei correttivi efficaci: il matrimonio da bambine è significativamente associato a un aumento della fertilità e al ripetersi della gravidanza nei primi due anni, al numero di gravidanze non volute, al non uso di contraccettivi, al numero di aborti e infine alla sterilizzazione precoce (a quell'età cioè che comincerebbe appena appena a essere adatta a una riproduzione consapevole e programmata). Nell'editoriale che accompagna l'articolo vengono indicati gli interventi che potrebbero avere maggior probabilità di successo: quelli centrati sull'educazione (di donne e uomini!) e capaci di implementare l'accesso ai servizi di pianificazione familiare per rompere il circolo vizioso tra povertà e tradizione, matrimoni troppo precoci e mancato sviluppo sociale e culturale.

**Bronchiolite e terapia farmacologica aggressiva: sembra un sì, ma ha da essere un no!** Per quanto le sperimentazioni siano state tante (adre-

nalina per aerosol, beta-agonisti, corticosteroidi per via topica e generale), nessuna terapia farmacologica può essere considerata effettivamente utile nel trattamento della bronchiolite (Flores G, et al. *Pediatrics* 1997;100:233-9; Corneli HM, et al. *N Engl J Med* 2007;357:331-9; *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1:CD003-123): tanto che qualche saggio aveva già scritto di smetterla di sperimentare e di concentrarsi sugli interventi utili ("acqua e ossigeno") (Barbi E, et al. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:196-7). Nonostante queste premesse, i pediatri dei reparti di pediatria d'urgenza canadesi hanno voluto sperimentare ancora nell'intento di trovare una terapia che potesse essere così efficace e così rapida da ridurre il numero di ricoveri per bronchiolite (Plint A, et al. *N Engl J Med* 2009;360:2079-89). Lo studio è in qualche modo eccezionale sia per la numerosità della casistica (800 lattanti con bronchiolite, con eziologia da VRS certamente dimostrata in metà dei casi), sia per il tipo di terapia sperimentata e la randomizzazione (a un gruppo veniva somministrato un aerosol con 3 ml di adrenalina 1:1000 e sei megadosi di desametasone - la prima di 1 mg/kg, le altre cinque di 0,5 mg/kg al dì -, agli altri tre o solo il placebo, o solo l'adrenalina o solo il desametasone). Ne viene fuori che la percentuale di bambini ricoverati nella prima settimana dall'esordio dei sintomi nel gruppo che riceve sia l'adrenalina che il desametasone è significativamente inferiore a quella dei bambini appartenenti agli altri gruppi (17% vs 25%). Una differenza certamente significativa sul piano del "p" statistico ma, come sottolineato nell'editoriale che accompagna l'articolo (Frey U, et al. pag. 2130), assolutamente irrilevante sul piano clinico e sconveniente su quello del fatidico NNT (*Number Needed to Treat*): dovremmo infatti trattare in maniera così aggressiva undici bambini per risparmiare un ricovero!

**Bronchiolite e terapia a seguire con cortisonici inalatori: no e basta!** La bronchiolite causata dal VRS si accompagna a una importante risposta infiammatoria delle vie respiratorie ed è frequentemente seguita dal ripetersi di episodi di wheezing do-

po il primo episodio (Bont L, et al. *Thorax* 2004;59:512-6). A coda dell'episodio acuto, in Italia come in altri Paesi europei (Kimpel JL, et al. *Pediatr Infect Dis J* 1997;16:479-81; Chauliac ES, et al. *Pediatr Pulmonol* 2006;41:829-38), vengono frequentemente prescritti i corticosteroidi inalatori, anche se le prove della loro efficacia nel prevenire successivi episodi di broncospasmo sono scarse e contraddittorie (*Cochrane Database Syst Rev* 2007;19:CD004881). La parola fine la dice ora uno studio collaborativo tra 19 centri di pediatria ospedaliera olandesi, che ha coinvolto 243 bambini con bronchiolite da dimostrata infezione da VRS e che ha sperimentato l'efficacia nel medio e lungo tempo di un trattamento precoce (e protratto per tre mesi) con alte dosi di beclometasone dipropionato (200 µg per via inalatoria due volte al dì) (Ermer MJ, et al. *BMJ* 2009;338:b897): nessuna differenza è stata riscontrata per quanto riguarda la durata del ricovero, il numero di bambini che hanno avuto altri episodi di wheezing e il numero totale di episodi di wheezing nel primo anno dopo la bronchiolite tra il gruppo dei trattati col farmaco e il gruppo trattato col placebo. Che si smetta per sempre, dunque!

**Acido folico: atto secondo.** È noto che la supplementazione con acido folico in periodo periconcezionale è efficace nella prevenzione dei difetti congeniti del tubo neurale. Qualche recente segnalazione suggerisce che l'acido folico sia efficace anche nella prevenzione delle cardiopatie congenite. Ce lo confermerebbe un "immenso" studio osservazionale che riguarda tutti i nati in Quebec dal 1990 al 1995. In questo Paese, dal 1998, viene effettuata la fortificazione con acido folico del pane e della farina. Negli anni precedenti alla messa in atto di questa misura, l'incidenza di nati con cardiopatia maggiore (tetralogia di Fallot, ipoplasia del ventricolo sinistro, malattia dei cuscinetti endocardici, tronco arterioso comune, trasposizione dei grossi vasi) è rimasta stabile (intorno all'1,5 per mille) mentre, dopo la fortificazione di pane e farina con acido folico, è stata osservata una riduzione media del 6% all'anno fino all'incidenza di 1

per mille del 2005 (Ionescu-Iltu R, et al. *BMJ* 2009;338:b1673). Certo, può obiettare qualcuno, potrebbe essere che la riduzione dei nati con cardiopatia grave sia dovuta non tanto all'acido folico, ma piuttosto all'aumento di aborti eugenetici dopo la diagnosi ecografica prenatale. Gli Autori ribattono che questa ipotesi non sembra plausibile, soprattutto se si pensa che l'inversione del trend è stata brusca e che l'ecografia prenatale è una pratica che data da prima del 1998. E soprattutto rimarkano che negli ultimi dieci anni sono di molto aumentate le gravidanze in donne di età avanzata e/o obese e/o con diabete e/o che fanno uso di antidepressivi: tutti i fattori prenatali che aumentano fortemente il rischio di cardiopatia congenita nel neonato. Si tratta di un tema di sicuro interesse, ma per una parola definitiva dovremo attendere altri studi di popolazione che tra l'altro chiariscano quale è la dose di acido folico necessaria perché l'intervento preventivo sia il più efficace possibile.

**Succede anche questo!** Il fruttosio è spesso utilizzato per dolcificare bevande come succhi di frutta e tè. A differenza del glucosio, il fruttosio è metabolizzato solo a livello epatico, dove interferisce col metabolismo nucleotidico e provoca liberazione di acido urico. L'acido urico è correlato in qualche modo all'aumento della pressione arteriosa. Perché tutta questa storiella? Perché, almeno negli adolescenti americani, l'assunzione di bevande dolcificate (che rappresenta la sorgente di almeno il 13% delle calorie che assumono nella giornata!) è risultata effettivamente correlata in maniera diretta a un aumento dell'uricemia e della pressione arteriosa (Nguyen S, et al. *J Pediatr* 2009;154:807-13). Urge che si riprenda rapidamente a bere solitamente l'acqua del sindaco...!

**Si continua a parlare di FPIES.** La FPIES (*Food Protein Induced Enterocolitis Syndrome*) è una forma grave di allergia alimentare NON IgE-mediata, caratterizzata da vomito ed eventualmente diarrea, con prostrazione profonda e acidosi metabolica, tanto da essere spesso confusa con uno stato settico. I sintomi compaiono di solito a distanza di

una-due ore dall'assunzione dell'alimento. L'età tipica è quella del lattante e l'alimento più frequentemente in causa è il latte vaccino ma, non di rado, il bambino si sensibilizza anche alle proteine alimentari che vengono successivamente utilizzate (principalmente la soia, il riso e il frumento). Su *Archives of Disease in Childhood* (Hawang JB, et al. 2009;94:425-8) è stato appena pubblicato uno studio che riguarda 23 lattanti con FPIES da allergia al latte vaccino e alla soia diagnosticata entro il secondo mese di vita. Gli Autori (vien proprio da dire "alla faccia del comitato etico...") hanno ripetuto il test di scatenamento con il latte e la soia ogni due mesi a partire dai sei mesi di età. Hanno così potuto darci conferma che il destino di questi bambini è quello di acquisire la tolleranza completa dei due alimenti in un tempo relativamente breve. Quello che lo studio ci dice di nuovo è che la tolleranza alla soia si acquisisce prima (mediamente all'anno) e quella al latte un po' più tardi (mediamente verso i due anni). Quello che però ci sembra opportuno sottolineare (e che dal lavoro emerge solo "di striscio") è che in questi bambini il test di scatenamento va fatto con molta cautela perché le dosi necessarie per scatenare sintomi importanti sono estremamente piccole, dello stesso ordine di quelle che evocano la reazione anafilattica nei bambini "superallergici" con allergia IgE-mediata.

**Anite streptococcica... e altro.** È uscita sul *BMJ* una sintetica quanto efficace messa a punto su un problema che i pediatri lettori di *Medico e Bambino* ben conoscono: l'anite streptococcica. Ne vengono sottolineate l'elevata frequenza (circa una su 200 consultazioni pediatriche negli USA) e la non rara associazione con la vulvite nelle bambine. Ne vengono sottolineate le caratteristiche che dovrebbero portare al pronto riconoscimento (l'eritema intenso con margine ben demarcato, la tendenza alla fissurazione ma soprattutto il dolore alla defecazione, che invece non è presente nell'infezione da candida o nell'ossiuriasi e che porta alla stipsi secondaria in almeno la metà dei casi). Ci viene ricordato che il tam-

pone rettale è un utile ausilio per la conferma diagnostica e che la terapia efficace è l'antibiotico per os (mentre la terapia topica non lo è) (Lehman R, et al. *BMJ* 2009;338:b1517). Ma soprattutto ci ha colpito quanto il problema sia poco conosciuto o tenuto presente dai *general practitioner* inglesi che, messi davanti a una foto di una tipica anite streptococcica, si orientano in maggioranza verso una ossiuriasi o anche (17% degli intervistati) verso un abuso sessuale.

**Per tutti, proprio tutti, l'importante è "partecipare".** La disabilità (ad esempio quella che deriva da una paralisi cerebrale infantile, PCI) può essere intesa semplicisticamente come un "difetto" dell'individuo o può più correttamente essere interpretata come l'incapacità dell'ambiente di adattarsi alle esigenze specifiche di quel particolare individuo. E, certamente, una delle misure del grado di civiltà e di sviluppo sociale e culturale di una nazione è senz'altro data dalla sua capacità di implementare e ottimizzare la partecipazione del bambino con PCI alle situazioni della vita (*participation in life situation*) che comprendono ad esempio attività non discrezionali (lavarsi, mangiare ecc.) e attività ricreative, educative, lavorative e più in generale sociali, che condizionano alla fine quella che si chiama qualità della vita. Un bellissimo studio appena pubblicato su *BMJ* (Faucconnier J, et al. 2009;338:b1458) ha valutato il grado di coinvolgimento nelle "attività della vita" di un campione di 1174 bambini con PCI di età compresa tra 8 e 12 anni, residenti in otto diversi Paesi europei. Ne viene fuori che il grado di questa partecipazione, una volta che si fa la tara per il grado di danno neurologico, varia enormemente tra Paese e Paese (meglio di tutti la Danimarca), essendo condizionato principalmente dall'attenzione alla cura delle manifestazioni dolorose (e qui dovremmo prestare maggiore attenzione noi pediatri prima di tutto) e soprattutto dalle leggi e dall'organizzazione sociale mirate specificamente a ridimensionare la disabilità. Un articolo lungo, ricco di informazioni e di riflessioni. Da leggere!