

ALLATTAMENTO AL SENO: PREVALENZA E FATTORI OSTACOLANTI. INDAGINE DI UN OSSERVATORIO CONSULTORIALE DI CAGLIARI

S. Arda, M. Grandolfo¹
 Pediatri partecipanti: C. Gabba, A. Melis, C. Soggiu, O. Marini, D. Pilato, M.R. Pusole
 Pediatri consultoriali ASL 8 Cagliari, Distretto socio-sanitario, Area materno-infantile
¹Centro Nazionale di Epidemiologia, Istituto Superiore di Sanità
 Indirizzo per corrispondenza: uadra@yahoo.it

PREVALENCE OF BREASTFEEDING AND RISK FACTORS. A STUDY ON CHILD DELIVERING WOMEN ATTENDING PUBLIC PRIMARY MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICES IN CAGLIARI AREA, ITALY

Key words Breastfeeding, Risk factors, Primary maternal and child health services

Summary

Aims and setting - Estimating the prevalence of full breastfeeding (BF) at six months after birth and factors associated to earlier interruption. Evaluating the effectiveness of Public Primary Maternal and Child Health Services (PPMCHSs) in promoting, protecting and supporting breastfeeding among mothers that attended antenatal classes (AC), organised by five PPMCHSs in Cagliari area, during the period January 1st 2001 and December 31 2005.

Materials and methods - All mothers who attended AC were offered an interview after one month and at six months from delivery. Collected data regarded way of delivery, status of breastfeeding (24h recall), access to postnatal activities performed by PPMCHSs, age, education, occupation and parity. Three groups were considered for comparison: a) BF > 5 months, b) BF ≤ 5 months, c) BF < 1 month.

Results and conclusions - Out of 1,166 women who attended AC during the considered period 1,060 (90.9%) accepted the interview. BF at six months after birth was recorded for 63.5% of interviewed mothers. Use of formula milk during birth centre stay and the condition of housewife resulted associated to earlier interruption of BF. On the contrary, attending postnatal activities at PPMCHSs was associated to longer persistence of BF. The comparison of these results with those obtained by other investigations in Cagliari and elsewhere confirms the positive role of AC and postnatal visits at PPMCHSs in promoting, protecting and supporting breastfeeding.

Materiali e metodi - L'indagine è stata realizzata tramite un osservatorio attivato in 5 consultori familiari secondo un protocollo operativo condiviso, fondato sulle 10 norme OMS-UNICEF. Hanno frequentato i corsi di accompagnamento alla nascita le

madri di 1060 bambini (nati tra gennaio 2001 e 31 dicembre 2005). Le azioni poste in essere dagli operatori delle équipe consultoriali hanno fatto riferimento a quanto proposto nel Progetto Obiettivo Materno-Infantile: a) *in fase pre-nascita*: azioni di promozione con incontri di gruppo con tema "Effetti benefici dell'allattamento al seno (AS) per madre e bambino"; b) *in puerperio*: visita domiciliare entro 15 giorni per l'individuazione delle difficoltà di AS, rivolte alle madri impossibilitate ad accedere in consultorio, effettuata da ostetrica e assistente sanitaria; incontri di gruppo con le neomamme e neopapà per l'individuazione precoce delle difficoltà di allattamento.

È stato somministrato un questionario-intervista al 1° e al 6° mese direttamente o per colloquio telefonico, con domande sull'AS con recall delle 24 ore. Sono stati considerati 3 gruppi: uno con AS completo sino al 6° mese di vita, uno con AS completo interrotto prima del 6° mese; un 3° gruppo era costituito dalla popolazione con AS interrotto prima del 1° mese.

Risultati - Su 1060 diadi madre-bambino tornate al dopo-nascita, 673 (63,5%) hanno condotto l'AS completo sino al 6° mese. Delle 387 (36,5%) che hanno interrotto l'AS prima del 6° mese 215 (20,3%) lo hanno fatto nel corso del 1° mese.

Risultano associati al mancato raggiungimento dell'allattamento fino al sesto mese: a) condizione di madre casalinga (OR aggiustato = 0,60; IC 95%: 0,42-0,86); b) la somministrazione di formula al neonato (OR = 0,45; IC 95%: 0,33-0,62). Più debolmente associati all'interruzione sono la primiparità, il parto cesareo, la gemellarità e il basso peso neonatale.

Sono risultate associate a una più lunga persistenza dell'AS completo frequenti visite in puerperio e, più debolmente, il livello di istruzione maggiore. I fattori legati all'interruzione precoce dell'AS entro il primo mese sono stati: la somministrazione di latte formulato, il basso peso alla nascita e la scarsa frequenza, durante il puerperio, al consultorio.

Discussione - Risulta significativa l'alta prevalenza di AS al 6° mese nelle donne dei corsi di accompagnamento alla nascita (63,5%) rispetto ad altri studi condotti in Italia.

Tra i determinanti sociali, il lavoro extradomestico si associa a una maggiore durata dell'AS per l'azione favorente sui livelli di socializzazione e autonomia della donna; l'azione favorente dell'istruzione è nota.

La somministrazione di latte formulato al neonato nel centro nascita è probabilmente correlabile a carenza formativa del personale e a persistenza di vecchie strategie assistenziali. Il 1° mese risulta essere il momento di maggior fragilità dell'AS a cui dedicare maggiori risorse.

Significativo è il parallelismo positivo tra la frequenza madre-bambino in consultorio e la persistenza al 6° mese dell'AS.

I consultori (con i PdF e le associazioni di auto-aiuto) dovrebbero indirizzare maggiori risorse nell'offerta attiva del sostegno in puerperio con particolare riguardo alle condizioni di svantaggio sociale, agendo soprattutto nel primo mese di vita del bambino.

UN ESORDIO PARTICOLARE DI EMICRANIA CON AURA

C. Calitri¹, M. Bonzanino², A. Traverso³

¹Medico frequentatore, SC Pediatria e Neonatologia

²Dirigente Medico, SC Neurologia

³Dirigente Medico, SC Pediatria e Neonatologia

Ospedale "S. Croce", ASL TO 5, Moncalieri (Torino)

Indirizzo per corrispondenza: carmelina_calitri@libero.it

A PARTICULAR ONSET OF MIGRAINE WITH AURA: A CASE REPORT

Key words Migraine, Confusional state, Familiar haemiplegic migraine

Summary A 12-year-old girl arrived at emergency unit in acute confusional state. She had a sudden onset of dizziness, nausea, vomiting, left fronto-temporal headache with right head and arm haemiparesis. Clinical examination and imaging were negative. Electroencephalography revealed aspecific disfunction and left cerebral suffering, without signs of epileptic seizures. Since her father experienced a similar episode, we diagnosed an onset of familiar haemiplegic migraine (FHM).

Caso clinico - G. è una ragazza di 12 anni. Ha una anamnesi familiare positiva per patologie trombo-ischemiche cardiovascolari e intolleranza glucidica. Durante un compito in classe accusa l'improvvisa comparsa di vertigini, nausea, emiparesi facio-brachiale dx e cefalea fronto-temporale sx. All'arrivo a casa insorgono disartria e vomito. Del tutto assenti alterazioni del visus.

In PS è in stato confusionale: non sa dire dove si trova; non riconosce il padre e non ricorda i nomi dei familiari; sa però riferire il suo nome ed è in grado di riconoscere semplici oggetti, malgrado presenti un'evidente disartria accompagnata da afasia nominum. È apiretica, con obiettività clinica negativa. È soporosa ma risponde ai comandi verbali. Sono assenti segni meningei e neurologici focali. L'arto superiore destro, dolente alla palpazione, è caratterizzato da dubbia ipostenia.

Gli esami ematologici non presentano alterazioni di rilievo, a esclusione di una leucocitosi neutrofila. Lo screening per le principali sostanze d'abuso è negativo.

La TC e la RMN (senza e con mezzo di contrasto) non evidenziano alterazioni densitometriche riferibili a emorragie o a forme espansive sovra e sottotentoriali.

Il quadro va incontro a completa risoluzione dopo circa 8 ore dalla sua insorgenza.

La paziente viene sottoposta a registrazione elettroencefalografica che evidenzia segni di aspecifica disfunzione e sofferenza cerebrale sx, con la prevalenza di frequenze lente theta polimorfe, maggiormente evidenti sui quadranti antero-posteriori; si aggiungono onde lente delta a 2-2,5 Hz, di alto voltaggio, a culminazione aguzza, monomorfe, sui quadranti anteriori, con tendenza alla diffusione controlaterale. Non sono presenti tipici grafoelementi epilettiformi, come viene confermato da una successiva registrazione.

Sulla base della storia clinica, e in presenza di rilievo anamnesti-

co di episodio di verosimile emicrania accompagnata da afasia ed emiparesi nel padre, viene posta diagnosi di emicrania con aura prolungata.

Discussione - Le caratteristiche di un attacco emicranico in età pediatrica differiscono da quelle dell'adulto: sintomi autonomici quali nausea, vomito, pallore, dolori addominali sono più pronunciati, mentre parestesie e paresi agli arti sono di più raro riscontro. Uno stato di emicrania confusionale acuta, caratterizzato da aura con confusione, disorientamento, amnesia, è raro, e può caratterizzare l'esordio clinico di una cefalea primaria che si configurerà come emicrania con aura. L'inquadramento diagnostico delle cefalee ha subito una modificazione nel 2004 con l'introduzione della nuova classificazione ICHD-II: in particolare, la definizione di "emicrania con aura prolungata" è stata abbandonata, poiché la maggior parte dei soggetti nei quali questa forma si manifesta presentano successivamente altri attacchi che soddisfano i criteri classificativi di uno dei sottotipi di emicrania con aura.

L'anamnesi positiva nel padre per episodio sovrapponibile, e la presenza di emiparesi dx nel corredo sintomatologico della paziente, possono far ipotizzare una forma di emicrania con aura detta "emiplegica familiare" (FHM) (vedi Tabella). La FHM è una rara patologia geneticamente determinata, trasmessa con carattere autosomico dominante, il cui elemento caratterizzante è la presenza di deficit motorio nel corso dell'aura, per lo più unilaterale, in associazione a disturbi sensitivi, visivi o del linguaggio; segue poi la comparsa di cefalea. La patogenesi della FHM è riconducibile a mutazioni a carico di tre diversi geni, codificanti per canali voltaggio-dipendenti di membrana, la cui alterazione comporta uno stato di ipereccitabilità neuronale. Le forme genetiche di FHM non differiscono dal punto di vista della presentazione clinica, a eccezione della FHM1 in cui sintomi di tipo basilare predominano su quelli tipici dell'aura, ed è possibile una comorbilità con atassia e crisi epilettiche.

A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B e C

B. L'aura comporta un deficit motorio (emiparesi, emiplegia) completamente reversibile e almeno uno dei seguenti:

1. Sintomi visivi completamente reversibili, positivi (come luci tremolanti, macchie, linee) e/o negativi (es. perdita del visus)
2. Sintomi sensitivi completamente reversibili, positivi (es. "punture di spilli") e/o negativi (es. ipoestesia)
3. Disturbo del linguaggio di tipo disfasico completamente reversibile

C. Presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:

1. Almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in ≥ 5 minuti e/o vari sintomi si susseguono in ≥ 5 minuti
2. Ogni sintomo dell'aura ha una durata ≥ 5 minuti e < 24 ore
3. Una cefalea, che soddisfa i criteri per "Emicrania senza aura", inizia durante l'aura o la segue entro 60 minuti

D. Almeno un parente di primo o di secondo grado ha avuto attacchi con aura che soddisfino i criteri A-E

E. Non attribuibile ad altra condizione o patologia

Tabella. Criteri diagnostici per emicrania emiplegica familiare (FHM) secondo ICHD-II (2004).

Le **pagine elettroniche (pagine verdi)** riportano in breve le ricerche e i casi clinici che compaiono per esteso sul **sito web** della rivista (www.medicocobambino.com). Il sommario delle pagine elettroniche è riportato a pag. 413. La "**Ricerca**" e il "**Caso contributivo**" di questo mese meritano di essere letti per esteso. Le percentuali (riportate nell'esperienza di Cagliari) delle donne che riescono ad allattare esclusivamente al seno sino al sesto mese di vita riportano l'attenzione sull'importante ruolo che possono svolgere i servizi consultoriali (laddove esistono ancora) e gli stessi pediatri di famiglia che riescano ancora a trovare una prospettiva di lavoro di rete. In "**Appunti di terapia**" vengono riportate le nuove linee guida, pubblicate su *Pediatrics*, sul vaccino antirotavirus, un vaccino che sembra essere efficace e sicuro. Il problema che l'offerta vaccinale pone per l'Italia (e altri contesti in cui la vaccinazione potrebbe avere un importante ruolo epidemiologico) è sempre lo stesso ed è affrontato in modo esaustivo su questo numero della rivista: qual è il reale vantaggio non solo per il singolo ma per la comunità, tenendo necessariamente in considerazione quelle che sono le priorità in termini di scelte socio-sanitarie? In "**Pediatria per l'Ospedale**" un aggiornamento esaustivo su una malattia rara ma che può colpire anche i bambini e gli adolescenti: la sclerodermia (*prima parte*). I tre contributi riportati in "**Occhio all'evidenza**" hanno un filo conduttore comune che riguarda le preferenze dei pazienti (le utility) (spesso dimenticate) nelle decisioni terapeutiche. A riguardo l'esempio dei broncodilatatori a lunga durata d'azione è pertinente come modello per capire, in modo esauriente, il vero bilancio tra il rischio e il beneficio del trattamento. Ritorna la rubrica "**Pediatria per immagini**", con un caso che appartiene probabilmente e fortunatamente più al passato che al presente, vista la sempre migliore assistenza delle donne con diabete gestazionale.