

I SINTOMI CHE PARLANO

Parte seconda

ALESSANDRO VENTURA, GIORGIO LONGO
Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

da *Confronti in Pediatria*, Trieste 1996

TOSSE, STERNUTI, ALLERGIE RESPIRATORIE

La tosse psicogena è una condizione relativamente comune, ormai nota a tutti. Il suo segno distintivo è **la sua persistenza fastidiosissima di giorno, la sua assenza di notte**. Ma a questo segno se ne possono aggiungere molti altri, molti indizi, segnalatici da pediatri di tutta Italia, che in parte abbiamo potuto riconfermare con l'osservazione personale: **la tosse all'entrata dell'ambulatorio, la tosse ostentata, la tosse della sala d'attesa, la tosse coperta** (è difficile che il bambino che tossisce porti la mano davanti alla bocca; quando lo fa, sospettate l'inganno). E ancora, **il segno del mento abbassato** (il bambino tossisce col mento appoggiato sul petto). E infine, **il segno del bambino ben pettinato**: è un segno che non trae mai in errore. Quando un bambino è troppo ben pettinato, è segno che qualcosa tra lui e la sua mamma non funziona. Quando è troppo ben pettinato, diffidate del rapporto madre/bambino.

Il bambino che starnutisce infilando le pantofole (scendendo dal letto): cos'è? Sì, lo sanno tutti: è proprio



l'allergia all'acaro; non occorre neanche fare il prick test per confermarlo.

Pubblico. Vorrei proporre un "segnetto" che credo di poter correlare alla bronchiolite incipiente: un misto di tosse-sternuto (in inglese si chiamerebbe "choking"), assolutamente particolare; fateci caso.

Accettiamo questo suggerimento, e vi proponiamo il **segno dei 10 giorni**: dopo 10 giorni di tosse, moccio e naso chiuso, la diagnosi di sinusite è una diagnosi quasi certa. Risulta da un largo lavoro collaborativo: la correlazione coi semplici segni sopra riferiti da una parte, e la presenza di una sinusite radiologica era vicina al 100% e così pure la risposta alla terapia antibiotica.

POLMONITE: "LA TOSSE SFUGGITA", LA POLIPNEA

Vi proponiamo il **segno della tosse sfuggita**, che ci ha suggerito il dott. Fontana: un bambino che tossisce contro voglia, quasi che la tosse gli "scappi"; una tosse improvvisa ma un po' superficiale può esprimere una polmonite ematogena. La tosse, infatti, non manca mai nelle "broncopolmoniti" discendenti; ma non è un sintomo obbligatorio, anzi, è un sintomo raro o assente in quelle "polmoniti a palla" o in quelle "polmoniti lobari" in cui l'infezione arriva per via ematica. Se c'è, la tosse ha questo comportamento "distratto", questo carattere di "tosse appena accennata", questo carattere "sfuggente", certo non liberatorio come quando c'è del catarro da espellere. Ricostruendo anche con la memoria alcuni casi ricoverati di recente, ci sembra di poter confermare l'os-

servazione riferitaci da Fontana.

Restando nel campo della polmonite, non si può non ricordare il **segno della elevata frequenza respiratoria**; ce lo siamo dimenticati per strada, fino a quando non ce lo hanno ricordato i Paesi del Terzo Mondo. Una frequenza maggiore di 50/m' nel primo anno di vita, e superiore a 40/m' nel secondo, in presenza di febbre, devono far pensare alla broncopolmonite.

Biasini. Di più. La frequenza respiratoria è un monitor sensibile di guarigione.

Macchia. Qui si scopre un po' l'"acqua calda": sulle cartelle cliniche c'è sempre l'indicazione (che dovrebbe essere letta come obbligatoria) di misurare il polso e il respiro; è una cosa che può e deve essere fatta.

Sì, sono cose che sappiamo tutti, ma sono anche cose che è bene ricordare ogni tanto, perché tra il dire e il fare c'è di mezzo il mare.

Pubblico. Ma la febbre non modifica la frequenza respiratoria?

I dati riferiti sono stati raccolti su molte centinaia di bambini febbrili e si riferiscono, appunto, a bambini con la febbre: quelli con frequenza respiratoria inferiore, rispettivamente ai 50 e ai 40, non hanno quasi mai broncopolmonite, quelli con frequenza superiore ce l'hanno quasi sempre.

Pubblico. Questo è un segno che serve nel Terzo Mondo; serve perché personale non qualificato sia messo nella condizione di fare una diagnosi. Da noi potrebbe essere soltanto un atto medico inutile.

Non crediamo. Macchia ci ha appena detto che bisognerebbe misurare polso e respiro a tutti; si dovrebbe misurare almeno a quelli che hanno una febbre senza una spiegazione ovvia. In alcuni casi è stata la sola polipnea (una polipnea "discreta" che necessitava della "conta" per essere riconosciuta) a porre la diagnosi giusta.

Alcaro. Il segno che parla dovrebbe essere un segno che parla da solo.

Solo o in compagnia, è un segno che fa fare la diagnosi, o che orienta la diagnosi, una diagnosi che spesso, altrimenti, sfugge.

CUORE: ASSOCIAZIONI SUGGERITIVE

Nella *Tabella 1* c'è una serie di sintomi "che ci parlano del cuore". In realtà, sono associazioni di sintomi, piccole sindromi (alcune sono effettivamente delle sindromi), spesso sintomi che parlano a due a due. Questa lista è dovuta alla cortesia del dottor Picchio.

Picchio. In questi segni non c'è nulla di originale, ma spesso si tratta di associazioni che il pediatra non ricorda o non conosce. In particolare vorrei sottolineare che quella asimmetria della bocca nel pianto è legata a una agenesia parcellare della muscolatura del labbro inferiore,

ASSOCIAZIONI DI SINTOMI CHE PARLANO
Atresia esofagea e atresia ano-rettale: suggeriscono che se c'è una cardiopatia associata si tratterà di un Fallot
Bassa statura e soffio criptico: pensare alla sindrome di Noonan
Ipospadi e soffio: pensare al DIV
Adolescente longilineo con dolori o palpitazione al torace: è quasi fatta la diagnosi di prolasso mitralico
Lentiggini diffuse al tronco e al torace, con segni che rimandino a un sospetto di cardiopatia, ma senza obiettività cardiaca: pensare alla cardiomiopatia ipertrofica
Neonato con deviazione asimmetrica verso il basso del labbro inferiore (asymmetrical cry syndrome): pensare al DIV.

Tabella 1

che non ha niente a che fare con la paralisi del facciale, e che l'associazione con la cardiopatia è veramente comune. Ogni volta che ho visto un neonato piangere con la bocca storta aveva una cardiopatia, quasi sempre un DIV (Figura 1).

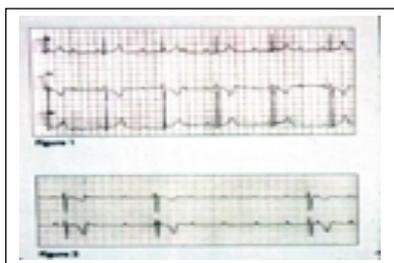


Figura 1. Tracciato elettrocardiografico di un difetto interventricolare.

C'è un'altra condizione che permette di porre una diagnosi quasi di certezza: un **blocco atrio-ventricolare nel neonato** è una diagnosi quasi certa di lupus materno, con trasmissione al neonato di anticorpi specifici. Per lo più il blocco (che si esprime con bradicardia) guarisce spontaneamente, ma in alcuni casi permane. La mamma può non sapere di avere il lupus e la diagnosi nasce dal bambino.

Sui libri troverete elencate anche molte altre cause di blocco atrio-ventricolare del neonato ma, se guardate alla frequenza con la quale le diverse cause figurano, troverete che il lupus materno ne è responsabile almeno per l'80%.

EDEMA PALPEBRALE E CONGIUNTIVITI

L'**edema palpebrale** (specialmente se alla palpebra inferiore) è un segno forte di mononucleosi (Figura 2).

Può essere anche l'unico segno (oltre, naturalmente, alla febbre). Non ne conosciamo la causa; in un caso, visto a Pisa dal dottor Massei, era in gioco un fenomeno di proteino-dispersione gastrica: avete presente il quadro della sindrome di Ménétrier, con gastrite ipertrofica, transaminite, edema, vomito, dovuto, nel bambino, di regola, al citomegalovirus? Bene, in quel caso era invece in gioco il virus di Epstein-Barr, stretto parente del citomegalico.

Continuiamo a parlare di occhi: vedete questo bambino? Ha una severa congiuntivite emorragica da *Haemophilus influenzae*. Il bianco della sclera è

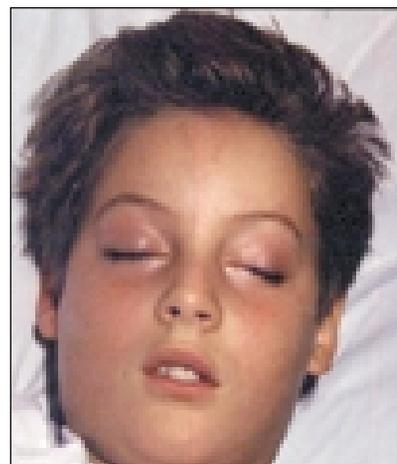


Figura 2. Edema palpebrale della mononucleosi.

una macchia di sangue; tra poche ore avrà una sepsi e una meningite da Hib, ma questo, per qualche ora, può restare l'unico segno (Figura 3).

Ancora occhi (Figura 4): questo bambino avrebbe potuto ricevere una diagnosi di panoftalmite; la pseudomembrana responsabile della protrusione palpebrale - che in questo caso non è associata, ma che lo potrebbe essere, a un linfonodo preauricolare, quasi patogenico della congiuntivite da Adenovirus - è effettivamente dovuta a quel virus, responsabile di piccole epidemie

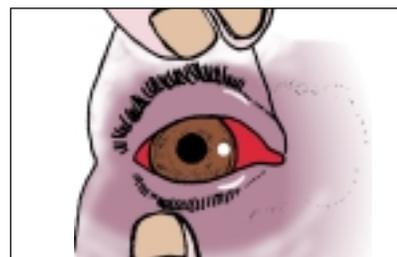


Figura 3. Congiuntivite emorragica nella sepsi da emofilo B.

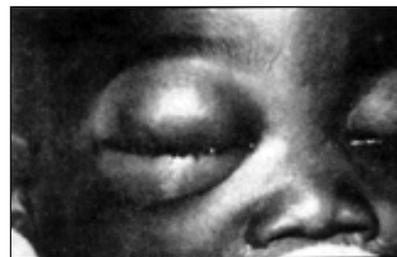


Figura 4. Congiuntivite pseudomembranosa dell'infezione da Adenovirus.

di APC (adeno-pharingo-conjunctivitis).

Il segno di Frosini: il lattante che strizza l'occhio.



Il bambino grandicello, e a volte anche il bambino del secondo semestre, strizza l'occhio anche per niente. Ma se lo strizza il bambino piccolo, fino a 4-6 mesi, potete esser certi che non lo strizza per niente. Può avere una cataratta congenita, un buftalmo all'esordio, o una patologia anche più severa. Mandatelo dall'oculista senza perder tempo.

Questo bambino ha una sindrome di Williams (Figura 5). Adesso basta vedere questa faccia da "elfo" per sospettarlo, ma quando era un lattante non è stato facile diagnosticarla; non aveva ancora la facies tipica, anche se era "brutto"

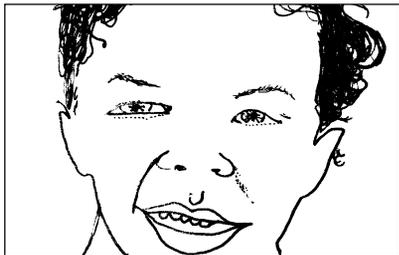


Figura 5. La faccia da "elfo" della sindrome di Williams.

come quasi tutti i Williams del primo anno; non aveva ancora il soffio della stenosi polmonare. Però il Williams del lattante fa già diventare matti: non cresce bene, anzi cresce molto male; il 70% ha severi problemi alimentari, il 30% è alimentato con il sondino. Porre la diagnosi non è un regalo per i genitori, ma è un sollievo per il piccolo e pone fine a una serie di accertamenti sempre negativi. Come? Guardando l'iride: è "raggiata". Se n'è accorto un genitore, guardando delle fotografie di bambini con sindrome di Williams a un raduno di associazione (Figura 6).

Un altro segno in tema di congiuntivite ma anche di allergia: la **congiuntivite isolata**. Nell'allergia da pollini si parla giustamente di oculorinite; e in effetti la congiuntivite è la regola. Anche nell'allergia ai peli del gatto, la componente congiuntivale è abbastanza tipica; ma nell'allergia all'acaro la congiuntivite

è praticamente assente. Questo per dire

che il "bersaglio" non è lo stesso per tutti gli allergeni. Anche se c'è un'allergia che dà abbastanza



tipicamente una congiuntivite isolata: l'allergia alle piume di uccelli. L'altra congiuntivite isolata è la

congiuntivite della buona stagione, o "vernal conjunctivitis", legata non all'allergia ma ai raggi ultravioletti.

Pubblico. Anche il cuscino di piume può fare lo stesso effetto?

Non possiamo dirlo, non rientra nella nostra esperienza; ma certamente è possibile, è ragionevole pensarci.

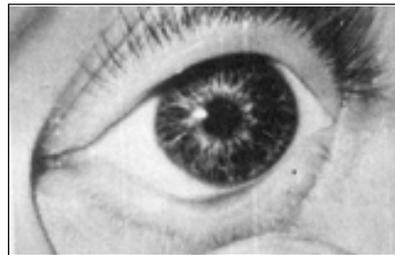


Figura 6. L'iride raggiata della sindrome di Williams.



Frosini. C'è un'altra congiuntivite isolata, anzi isolata a un occhio solo: è quella da mollusco contagioso. Un mollusco contagioso, pochi elementi quasi invisibili, localizzato sul margine palpebrale, scarica all'interno di un sacco lacrimale, e può produrre una congiuntivite anche solo monolaterale.

Associazione Culturale Pediatri - Gruppo di Lavoro per la Pediatria Ospedaliera

CURE OSPEDALIERE PER IL BAMBINO: PER UNA MIGLIORE QUALITÀ DELL' ASSISTENZA

Istituto Superiore di Sanità, Roma 25 giugno 1998

Programma

I SESSIONE

LA RETE PEDIATRICA OSPEDALIERA: SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA SULLA GESTIONE DI ALCUNE PATOLOGIE ESEMPLIFICATIVE - coordina G.C. Biasini (Cesena)

- 9.00 Saluto del Direttore dell'ISS (G. Benagiano)
- 9.15 Razionale e finalità del progetto - N. D'Andrea (Matera)
Materiali e metodi: raccolta e analisi dei dati
P. La Gamba (Catanzaro) e F. Marchetti (Lanciano)
- 10.00 Presentazione e discussione dei dati per gruppo di patologia:
Broncopolmonite - G. Boschi (Reggio Emilia)
Pielonefrite - L. Peratoner (Pordenone)
- 11.20 Dolori addominali ricorrenti - G. Magazzù (Messina)
Asma - F. Marchetti (Lanciano)
- 12.30 L'assistenza ospedaliera per il bambino in Italia:
dati strutturali - G. Gargantini (Melegnano)

II SESSIONE

UN RAZIONALE UTILIZZO DELLE RISORSE PER UNA MIGLIORE QUALITÀ DI CURE OSPEDALIERE PER IL BAMBINO - coordina G. Tamburlini (Trieste)

- 14.30 Proposte dell'ACP per la razionalizzazione della rete ospedaliera pediatrica e per una "buona pratica" nell'assistenza
N. D'Andrea (Matera)
- 15.30 Commentano: per il Ministero della Sanità, Giorgio Verdecchia (Dipt. Programmazione); per l'Agenzia dei servizi sanitari regionali, Fabrizio Marsilli; per l'Istituto Superiore di Sanità, Donato Greco, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, per la Società Italiana di Pediatria, Liborio Giuffrè (Presidente SIP)
- 17.00 Discussione
- 18.00 Conclusioni

Segreteria del Convegno: dott. Nicola D'Andrea - Tel. 0835/243323 - Fax 0835/336685

La partecipazione al Convegno è gratuita