

Questi sono tre casi veramente indimenticabili; uno solo di questi, il primo, non è propriamente di medicina ambulatoriale, ma in qualche modo lo diventa, perché si tratta di una bambina con due ricoveri, e il vero problema non erano i ricoveri ma, piuttosto, quello che, forse, stava dietro alle sue due, gravi, malattie. In tutti e tre i casi c'è il pensiero del medico che accompagna il bambino prima e dopo la diagnosi e che segue il suo corso sotterraneo per riaffacciarsi alla memoria, ogni tanto, impetuosamente.

E in mano la 500...

Andrea Lambertini

Non mi posso lamentare: sono solo in reparto, ma i bambini ricoverati sono pochi e ho finito presto la visita. Malgrado mi faccia sempre "sequestrare" da qualche mamma che non si accontenta delle informazioni sulla salute del figlio, sono già libero dagli impegni più pressanti: ci sta giusto un caffè, e poi posso dedicarmi a tutte quelle faccende che lascio sempre indietro...

«Verresti in Pronto Soccorso?», mi chiede una collega, entrando in medicazione. «È tornato Luca, ti ricordi, era qui in giugno; adesso è "brutto"; vieni a dirmi cosa ne pensi». Addio caffè e santa pace per sistemare le cose arretrate... Entro in Pronto Soccorso (PS) e sì, me lo ricordo eccome Luca.

La storia risale a 4 mesi prima. Era un pomeriggio caldissimo, ero di turno in PS quando il 118 ha accompagnato un bambino di 15 mesi, febbrile, in stato soporoso: Luca.

Nato a termine da gravidanza fisiologica, da parto distocico, alla nascita pesava 3575 g e aveva un indice di Apgar 10/10. Allattato con formula, è stato sottoposto alle vaccinazioni di legge e a quelle anti-MMR, anti-pertosse e anti-Hib; ha iniziato a frequentare l'asilo nido e ha goduto di ottima salute fino alla sera precedente il ricovero.

Da circa 18 ore, infatti, presentava febbre elevata; nella notte ha avuto alcuni episodi di vomito alimentare e nelle ore precedenti il ricovero ha iniziato a manifestare una spiccata sonnolenza con scarsa reattività agli stimoli ambientali.

All'ingresso è pallido, sofferente, assopito; reagisce minimamente agli stimoli dolorosi. La fontanella è pervia, pulsante; la temperatura corporea è di 38°C, la pressione arteriosa 108/61, la frequenza cardiaca 140/min, respiratoria 62/min, la saturazione di O₂ 98%.

Prelievi ematici urgenti, catetere venoso periferico in sede e poi, inevitabilmente, la rachicentesi. La puntura lombare rileva un liquor abbastanza torbido, a pressione aumentata. C'è da attendere l'esito degli esami, ma grandi dubbi non ce ne sono: Luca ha una meningite, certamente batterica. Su diecimila e più bambini che arrivano ogni anno in PS, quelli con meningiti batteriche non sono molti, molto meno che in passato, ma alcuni ovviamente arrivano ancora, e oggi è toccato a me.

Iniziamo la terapia: Desametasone ogni 6 ore e poi Ceftriaxone (100 mg/kg ogni 12 ore). Nel frattempo iniziano ad arrivare dal Laboratorio i primi risultati: VES 32; Proteina C Reattiva 7,90; Globuli Bianchi 17.410 (Neutrofili 84,8%); PT e PTT nella norma; Elettroliti nella norma. Nel liquor: Albumina 360 mg%; all'esame batterioscopico si evidenziano diplococchi Gram positivi. Dopo alcuni minuti la diagnosi viene confermata dalla positività della ricerca sul liquor degli antigeni anti-pneumococchi.

La letteratura è ricca di segnalazioni italiane che gettano acqua sul fuoco a proposito dell'aumento della resistenza allo pneu-

mococco che sta affliggendo altri Paesi; comunque siamo preoccupati: la mortalità per meningite pneumococcica è elevata non solo nei Paesi in via di sviluppo, e decidiamo di correggere la terapia, aggiungendo Meropenem.

Il giorno dopo Luca è ancora febbrile, ma le condizioni generali sono decisamente migliorate: è più reattivo agli stimoli. Proseguiamo con la stessa terapia. Hanno un bel da scrivere in letteratura che gli antibiotici sono da valutare in base alla MIC, ma il Laboratorio non è certo ancora in grado di comunicarci l'esito delle colture e tantomeno l'antibiogramma...

A 48 ore dall'ingresso Luca inizia a sfebbrarsi e si è davvero "svegliato": beve, si alimenta, e comunica con i genitori.

Il giorno dopo abbiamo la coltura del liquor (*Streptococcus pneumoniae*) e l'antibiogramma: Ceftriaxone MIC < 0,06, Meropenem MIC < 0,06. Un controllo ematico mostra una VES un po' aumentata (44), ma un calo netto della Proteina C Reattiva (0,79); anche l'emocromo si è normalizzato e gli elettroliti sierici si mantengono normali.

Luca viene poi sottoposto a un EEG, che risulta nella norma, con un modesto rallentamento bilaterale nelle derivazioni posteriori.

Pur non essendo di turno in reparto, vado spesso a trovarlo: non si può negare che fa piacere vederlo "rinato", che ride, gioca e parlotta. È sempre più difficile il rapporto con i genitori, anche dei bambini che hanno delle patologie banali, e allora, ma sì, riempie il cuore stare lì a farsi coccolare dal papà e dalla mamma di Luca, che sono riconoscenti e felici per come sono andate le cose!

Dopo dieci giorni il piccolo viene dimesso: sta proprio bene e se ne torna a casa con tutti i suoi pupazzi e i suoi giocattoli. Mi rimane impresso di aver notato nella scorta dei giochi anche una piccola 500, una di quelle macchinine Politoys con cui noi giocavamo sempre e che i bambini di adesso non considerano più. Un bimbo di un anno, poi, che ci farà con quel modellino di automobile,

Adesso Luca è nuovamente nel lettino del PS; dalla dimissione di 4 mesi fa non lo avevamo perso di vista: era tornato in ambulatorio per farci vedere una valutazione dei potenziali uditivi evocati, che era risultata normale. Era stato nuovamente ricoverato per 2-3 giorni in luglio per un episodio febbrile che aveva spaventato i genitori, ma che si era rivelato essere dovuto a una faringotonsillite. A parte questo, è però sempre stato bene, e dalla meningite di giugno è davvero guarito senza sequele.

È febbrile da 24-36 ore; ieri mattina, a casa, è stato visitato dal suo curante, che ha riscontrato solo un'iperemia faringea e ha consigliato una terapia antipiretica. Nel corso della notte Luca ha dormito, ma si è lamentato continuamente; i genitori hanno davanti lo spettro della meningite, e alle 6 di mattino lo hanno accompagnato in PS. Il medico di guardia lo ha trovato in discrete condizioni generali, parametri cardiorespiratori regolari e stato di coscienza ben conservato. Appare sofferente, e viene visitato anche dal consulente ORL, che riscontra un'otite media acuta bilaterale. Verso le 7,30 viene mandato a casa con

l'indicazione di iniziare la terapia antibiotica.

Intorno alle 10 la nonna chiama urgentemente il 118, perché Luca ha presentato una crisi di ipertono generalizzata e successivamente le si è afflosciato tra le braccia, e non risponde più a nessuno stimolo.

La collega del PS lo vede pallido, sofferente, con un pianto lamentoso e modesta rigidità nucale. Quando giungo in PS, non si lamenta, è ipototonico, tachicardico (190 bpm); l'attività respiratoria regolare e la saturazione di O₂ è buona (98%).

Ma non è possibile una recidiva di meningite? O cos'altro? Stento a credere che le paure dei genitori possano essersi concretizzate. Luca ha già una via venosa e ha già eseguito il prelievo ematico; facciamo una rachicentesi? Una TAC dell'encefalo? Un attimo e Luca va in arresto respiratorio: quanti e quanti corsi di PBLs avrò tenuto? Quante e quante simulazioni di arresti respiratori e cardiaci avrò affrontato e insegnato agli allievi? Ma adesso non ho per le mani il manichino, adesso è maledettamente diverso. Inizio a ventilarlo con l'ambu e faccio allertare la Rianimazione. Passa qualche minuto, il polso è presente e valido, ma bisogna andare avanti con la ventilazione con pallone e O₂. Interviene il rianimatore: la situazione è davvero critica e Luca viene intubato. Stabilizzata l'attività cardiorespiratoria, si può procedere con la rachicentesi. Ancora liquido torbido, ancora a pressione aumentata, ancora una volta come a giugno. L'esame del liquor cefalo-rachidiano è una storia già vista: Albumina 198 mg%; Glucosio 55 mg%; Globuli Bianchi 35/mm³ (100% neutrofili); batterioscopia = diplococchi Gram positivi; la ricerca di antigeni anti-pneumococchi è positiva.

Luca ha una recidiva di meningite pneumococcica, evento raro ma non impossibile, imprevedibile, quasi certamente legato a un difetto congenito (del complemento?), certamente nuovo per la nostra esperienza.

Viene trasferito in Rianimazione, inizia terapia con Plasma, Decadron, Rocefin, Vancomicina. Dopo 24 ore la situazione è invariata; dopo 48 ore esegue una EEG che mostra assenza di attività elettrica e iniziano le procedure legali previste in caso di morte cerebrale. L'osservazione viene però interrotta perché Luca cessa spontaneamente di vivere tre giorni dopo l'arrivo in PS.

Gli interrogativi, in casi come questo, sono tanti, e finiscono per ingolfarti la mente ma anche il cuore.

In vent'anni di ospedale non l'avevo mai fatto, di andare alla camera mortuaria o al funerale di un bambino morto durante il ricovero. Da Luca sono andato, e adesso sarà difficile dimenticare la 500 che teneva in mano.

Il medico preoccupato

Giuseppe Tripodi

Esattamente cinquant'anni fa, nel 1952, ero un medico giovanissimo, appena laureato. Mi fu dato l'interinato della condotta di uno sperduto paese di montagna chiamato Giffone (Reggio Calabria). Mi trovai così repentinamente catapultato dai libri ai malati, solo e senza possibilità di aiuto, perché il paesino era come tagliato fuori dal mondo.

Fu una bellissima e utile esperienza, nella quale affrontai problemi di tutti i tipi (avevo fatto molto bene i sei mesi di tiroci-

nio prelaurea in ospedale, due in Chirurgia, due in Ostetricia e due in Medicina. E Medicina era allora molto pediatrica). Tornai dopo qualche mese in città, con tanti ricordi che ancora sono vividi nella mia memoria ormai un po' stanca (io la paragono a un hard disk troppo pieno).

Uno di questi lo racconto sempre, perché è pieno di una sua tragica umanità. Non è un caso di pediatria ambulatoriale solo perché non c'era l'ambulatorio.

Curavo una piccola bambina di pochi mesi per una grave forma di gastroenterite. Il ricovero era impossibile, sia per le distanze che per le condizioni familiari: una famiglia numerosa di contadini poverissimi, con tanti figli e una capanna tra i boschi come casa; impiegavo mezz'ora a piedi per raggiungerla, e ci andavo ogni giorno.

Questo tipo di malattia era allora molto frequente, veniva etichettata come dispepsia; gli esami proposti consistevano in una cartina di tornasole per valutare se le feci erano acide (dispepsia acida da farinacei) o alcaline (dispepsia alcalina da eccesso di proteine). Colpiva più o meno tutti i bambini, soprattutto poveri, appena si iniziava lo svezzamento con latte vaccino e pane bollito. Se il piccolo non moriva, spesso la patologia cronicizzava, portando alla cosiddetta distrofia (da farine o da proteine), con perdita di peso progressiva e scomparsa del grasso corporeo, che nei casi estremi interessava anche le guance, con atrofia dei corpi adiposi di Bichat. Una complicanza terribile era il NOMA, cioè la perforazione della parete della guancia troppo assottigliata.

La terapia era il latte di asina, da dare crudo come il latte umano, al quale è molto vicino (già si capiva che l'intolleranza al latte doveva essere la causa o la concausa principale di quelle patologie). È strano che l'essere umano sia più vicino all'asino e al maiale, così disprezzati ma così utili alla povera gente, anziché al cavallo e al bue, più rispettati ma utili solo ai ricchi. In farmacia si poteva acquistare il latticello acido in polvere, un latte scremato e acidificato con due varianti, se ben ricordo: latticello giallo per le forme lievi e bianco per le forme gravi; nella rialimentazione il Pelargon Rosso.

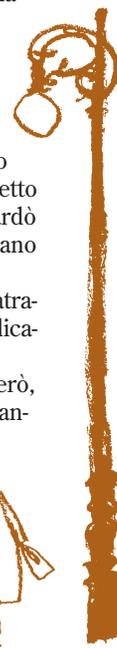
Non so se l'acidificazione del latte fosse utile per la malattia, ma sicuramente era utile per evitare l'inquinamento della polvere nel barattolo aperto ed esposto a micidiali cariche di batteri.

Verso il terzo giorno la bambina continuava a star male, con le sue scariche diarroiche non frenate dall'acqua di riso, che rappresentava l'unico mezzo di reidratazione, e io dovevo avere un aspetto molto triste, se a un certo punto la mamma mi guardò con il suo volto buono di contadina, mi pose la mano sulla spalla, e mi disse:

«Non vi preoccupate, dottore, perché di questi quattre reddi (affettuosa parola dialettale del posto per indicare i nipio) noi ne facciamo tanti».

La bambina guarì, e il volto del dottore si rassenerò, ma quel momento da tragedia greca non mi abbandonò più.

Per cinquant'anni ho fatto il medico generico, ma i quattre reddi sono stati e sono sempre i miei preferiti, tanto è vero che nel mio ambulatorio della mutua, allora sempre superaffollato, c'era un cartello che diceva: «I bambini fino a un anno hanno la precedenza».



E quella madre, che cercava di lenire il mio piccolo dolore perché il suo era troppo grande ed eterno per poter essere lenito, mi tiene sempre compagnia quando un caso difficile mi preoccupa, e mi dà forza e coraggio.

Oggi la situazione è ribaltata. La madre di oggi direbbe: «Dottore, preoccupatevi, perché ho solo questo quattrareddu e non lo voglio perdere. Aiutatemi».

In effetti non lo dice, ma lo pensa. In effetti lo pensa troppo spesso, e in situazioni che ci sembrano e forse sono banali dal punto di vista medico. Ma il ricordo di quella madre mi fa rispettare le sue inutili e forse seccanti paure. E io, dopo cinquant'anni, resto sempre il medico preoccupato.

La storia di Fabio

Alessandro Pinti, Ghedi (BS)

Avevo rivisto Fabio dopo tanti anni. Era stato uno dei miei primi piccoli pazienti; poi, per avvenuto trasferimento di residenza della sua famiglia, l'avevo perso di vista. La nascita di una sorella era stata l'occasione di rincontrarlo. Era venuto in ambulatorio con la mamma e la bambina nata da pochi giorni. Ora avevo di fronte un ragazzo, con un po' di acne e un accenno di peluria sul viso, ma con un sorriso e uno sguardo che mi richiamarono subito alla memoria la sua fisionomia di quando era bambino.

Nei mesi successivi l'avevo rivisto più volte, sempre in occasione delle visite alla sorella, in ambulatorio e anche a casa sua. Volentieri mi fermavo a parlare con lui... Mi aveva confidato la sua passione per la musica, e le aspirazioni che su di lui aveva

il padre, speranzoso di vederlo coinvolto nella piccola impresa di costruzione di famiglia, ma anche del suo vivo desiderio di avere un motorino, sul cui acquisto i genitori ancora tergiversavano.

Un pomeriggio di febbraio, mentre ero al lavoro, con l'ambulatorio affollato e di fronte una madre che mi parlava preoccupata dello scarso appetito del suo bambino, l'ennesimo squillo del telefono mi aveva costretto a sollevare la cornetta.

Era la madre di Fabio: «Fabio è morto, è stato investito da un camion». La sua voce era senza espressione, metallica. «Era appena uscito con il motorino nuovo per andare da un amico. Ho sentito della urla, in strada c'era tanta gente, macchine ferme, qualcuno ha gridato che avevano investito un ragazzo. Ho capito subito che gli era successo qualcosa».

Proseguì: «Ho voluto dirglielo subito perché gli voleva bene». La telefonata era stata breve, e io non avevo proferito che qualche balbettio di circostanza. Di fronte una mamma, con in braccio il suo bambino che si agitava un po' irrequieto, mi guardava con aria impaziente.

«Hanno appena ucciso un ragazzo, finito con il motorino sotto un camion», le dico. «Era di qui?», mi chiede. «No, era di ...», rispondo. Alcuni attimi di silenzio, interrotto infine dalla signora: «Allora dottore, li facciamo questi esami?».

Ricordo ancora la mia grande fatica nel proseguire le visite quel pomeriggio. Erano tante, perché il giorno successivo avrei dovuto partecipare a un congresso e volevo lasciare meno lavoro possibile al collega che mi avrebbe sostituito. Solo una parte di me continuava meccanicamente a visitare, ascoltare, prescrivere medicine, mentre il mio pensiero era rivolto a Fabio e alla sua fine. Era il 18 febbraio, e il giorno successivo avrei partecipato a "Casi indimenticabili in pediatria ambulatoriale».

XV CONGRESSO NAZIONALE DELL'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI

Varese, 10-12 ottobre 2003 - Centro Congressi Ville Ponti

Venerdì 10 ottobre

Apertura del Congresso - M. Narducci, N. D'Andrea

RELAZIONE E RETI IN PEDIATRIA - Discussant: M. Gangemi

La competenza del genitore - L. Sanicola

Il pediatra di famiglia come attivatore di reti - F. Zanetto

Il progetto "Genitori quasi perfetti" - G. Tamburlini

DALLA TEORIA ALLA PRATICA - Discussant: M. Fontana

Con il commento in chiave EBM di R. Buzzetti

Le linee guida NASPGHN sul GER.

Scenari presentati dai pediatri di famiglia

A. Biolchini, E. Mazzucchi, L. Rabbone, L. Saleri

Vomito ricorrente associato a:

GER non complicato, scarsa crescita, irritabilità

GER e: apnea, ALTE

GER e: asma, polmonite ricorrente, URI

Novità in tema di epatite C - G. Maggiore

Novità in tema di obesità - C. Maffei

A ogni capitolo della sessione seguono 10 minuti di discussione

Sabato 11 ottobre

VECCHIO E NUOVO NELLE MALATTIE INFETTIVE

Discussant: A. Alberti, J.A. Levi

La condizione del bambino nel mondo: uno sguardo d'insieme
G. Tamburlini

Prevenzione e trattamento dell'AIDS in un Paese in via di sviluppo:
Uganda - L. Castelli

Una vecchia novità: la TBC - G. Besozzi

ACP e dintorni: sessione poster e comunicazioni brevi

ASSEMBLEA NAZIONALE DEI SOCI ACP

Domenica 12 ottobre

CI SONO NOVITÀ? - Discussant: M. Farneti

Punti di vista su: Morbillo, Varicella, Influenza
G. Bartolozzi, L. Grandori

Come sono cambiati i bambini - F. Panizon, M.L. Bassani

Segreteria scientifica

ACP Milano e Provincia - Tel 02 95339123 - Fax 039 6080083

e-mail: marionarducci@tin.it - zanettof@tin.it

Segreteria organizzativa

Quickline sas - via S. Caterina da Siena, 3 - 34122 Trieste

Tel 040 773737- 363586 - Fax 040 7606590

e-mail: info@quickline.it