

Ricerca



ESPOSIZIONE AL FUMO PASSIVO DI TABACCO NEI BAMBINI ITALIANI AL SECONDO ANNO DI VITA

R. Tominz¹, N. Binkin², A. Perra³, Gruppo di Lavoro ICONA

¹Azienda per i Servizi Sanitari 1 "Triestina"

²Istituto Superiore di Sanità, Roma

(I componenti del Gruppo di Lavoro ICONA sono riportati on line)

Indirizzo per corrispondenza: riccardo.tominz@ass1.sanita.fvg.it

ITALIAN CHILDREN'S EXPOSURE TO ENVIRONMENTAL TOBACCO SMOKE IN SECOND YEAR OF LIFE

Key words Environmental tobacco smoke, Children, Prevalence survey

Summary The objective of this study was to estimate Italian children's exposure to environmental tobacco smoke (ETS). 4.602 children of 12-23 months of age were selected by cluster sampling on a regional basis. The main outcome measure was the percentage of exposed children, globally and by type of exposure. Fifty-two percent of children were habitually exposed. A total of 22% of mothers and 38% of fathers smoked, and 18% of children were habitually exposed to non parental ETS. Of the children exposed to ETS, 60% were exposed to a single source, 33% to two and 8% to three or more sources, and 38% of the exposed had at least one parent who smoked at home. Exposure levels are higher than those reported in other countries. It is therefore essential to implement actions to sensitize families to the health consequences of ETS.

Introduzione - L'uso del tabacco è causa di una proporzione considerevole della mortalità, come dimostrano le stime di mortalità fumo-correlata nei Paesi industrializzati. Il rischio non è limitato ai fumatori, ma si estende anche alle persone esposte al fumo di tabacco ambientale (*Environmental Tobacco Smoke*, ETS). I bambini risultano particolarmente colpiti dall'ETS. In Italia si stima che il fumo materno post-natale causi ogni anno 516 casi di SIDS e 360.583 infezioni acute delle basse vie respiratorie nei primi due anni di vita. Un ulteriore problema di salute che è stato attribuito al fumo passivo concerne le otiti medie ricorrenti. È stato anche dimostrato come l'effetto dell'ETS sui bambini non sia limitato al fumo materno pre e post-natale, ma che il fumo del padre o di terze persone determini anch'esso un rischio di effetti nocivi sulla salute. Tutti questi rischi per la salute si traducono in costi (circa il 9% dei costi sanitari diretti nel primo anno di vita può essere attribuito all'ETS). Si stima che in Italia circa la metà dei bambini di età < 5 anni sia esposta all'ETS.

Volendo programmare interventi di informazione sanitaria da effettuarsi nei confronti dei genitori durante la gravidanza e nel primo anno di vita del bambino, è necessario raccogliere dati mirati su questa fascia di età, per meglio calibrare gli interventi di informazione sanitaria. Ci si è quindi posti l'obiettivo di utilizzare un questionario validato su 5 domande per stimare la prevalenza dell'ETS nei bambini della fascia di età 12-23 mesi, eventuali correlazioni fra variabili socio-economiche della famiglia ed ETS, l'entità dell'esposizione, a seconda della numerosità dei fumatori con cui il bambino è a contatto e a seconda che questi fumino solo fuori casa o anche in casa.

Materiali e metodi - L'indagine è stata svolta nell'ambito dello Studio ICONA 2003. Sono stati indagati bambini di età compresa tra 12 e 23 mesi residenti nella regione. In ogni regione è stato intervistato un campione rappresentativo di 210 bambini, individuati mediante campionamento a grappolo. I dati sono stati raccolti mediante interviste domiciliari ai genitori. L'intervistato è definito fumatore in caso di risposta affermativa alla domanda "Lei fuma?". Il partner dell'intervistato è definito fumatore in caso di risposta affermativa alla domanda "Il suo partner fuma?". Per entrambi, in caso di risposta affermativa, si è indagata l'abitudine al fumo in casa, con la domanda "Fuma anche in casa?". La quinta domanda indagava l'esposizione a fumo abituale di terzi. Dall'analisi di queste domande è possibile ricavare non solo le percentuali di bambini esposti al fumo delle diverse possibili fonti (madre, padre, terze persone) ma anche una gradazione del livello dell'esposizione medesima. Per il calcolo delle stime nazionali i dati sono stati pesati per la dimensione della popolazione di ciascuna regione o città, e il calcolo degli intervalli di confidenza ha tenuto conto del disegno dello studio.

Risultati - Nello studio risultano inclusi 4602 bambini. L'intervistata, nel 95% dei casi, è stata la madre. La distribuzione per genere dei bambini, nazionalità dei genitori, stato lavorativo e scolarità delle madri, è concordante con quella riportata dall'ISTAT. La percentuale di bambini esposti a qualunque tipo di fonte è del 52% (minimo 36% P.A. di Trento e massimo 77% Napoli). A livello nazionale fumano il 22% delle madri e il 38% dei padri. Il 18% dei bambini è abitualmente esposto a fumo di tabacco di terze persone. Risulta evidente un trend crescente Nord-Centro-Sud, ma risulta statisticamente significativa solo la differenza tra Centro e Sud e Isole (*Figura*).

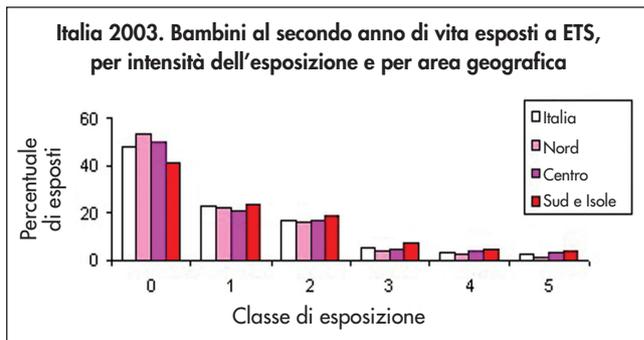
Fra i bambini esposti il 59% (IC 95%: 57-62) è esposto a una sola fonte di fumo, il 33% (IC 95%: 30-35) a due, l'8% (IC 95%: 6-9) a tre o più fonti.

Fra i bambini esposti il 38% (IC 95%: 35-41) ha almeno un genitore che fuma in casa. Al Nord e al Centro tale percentuale è del 35% mentre al Sud e nelle Isole è del 42%. I figli di genitori con bassa scolarità (nessuna, elementare o media) sono più esposti a ETS rispetto a quelli di genitori con scolarità superiore.

Discussione - Risulta esposta a ETS una proporzione molto elevata di bambini: il 52% contro il 29% dei Paesi del Nord Europa e il 20% della Svezia. Notevoli sono le variazioni regionali e netto è il gradiente Nord-Sud, nonostante per qualche confronto le differenze non fossero statisticamente significative. Le fonti d'esposizione sono rappresentate soprattutto dai genitori (i padri fumatori sono il 38% e le madri 22%). Una prima stima della gravità dell'esposizione di un bambino può essere fatta in base al numero di fonti, cui il bambino è abitualmente soggetto. I nostri dati riflettono una realtà peggiore di quella fotografata dall'ISTAT. Fra gli esposti a ETS il 33% è soggetto a due fonti, l'8% a tre o più fonti.

L'abolizione del fumo domestico è provato essere l'unico efficace nel limitare l'esposizione dei bambini a ETS, qualora non sia possibile abolire l'abitudine dei genitori. I fattori che condizionano maggiormente la gravità dell'esposizione a ETS sono il numero delle fonti e il fumo domestico. Dalla combinazione di queste variabili è possibile ricavare 6 categorie di esposizione, da "0", nessuna espo-

sizione, a "5", esposizione massima. Per ciascuna delle categorie da "2" a "5" risulta netto un gradiente crescente Nord-Centro-Sud e Isole (Figura). I bambini del Sud e delle Isole quindi, e in misura minore quelli del Centro, non solo sono più esposti rispetto a quelli del Nord, ma lo sono in maniera più grave. La percentuale di



bambini esposti a ETS varia con il grado di istruzione dei genitori. Possiamo ritenere che questo strumento d'indagine, estremamente semplice, ha reso possibile la redazione di una vera e propria mappa di rischio dell'esposizione a ETS del bambino al secondo anno di vita in Italia, che potrà essere di supporto, a livello regionale, per una valutazione delle priorità dei problemi di sanità pubblica e per una valutazione di eventuali programmi che mirino a ridurre l'esposizione a ETS del bambino piccolo.

Sulla base dei nostri risultati è evidente la necessità di azioni volte a sensibilizzare le famiglie, soprattutto quelle con scolarità inferiore, nei confronti delle conseguenze di ETS. Per abbassare il rischio di fumo passivo sono praticabili diverse strategie. Queste includono la cessazione del fumo parentale, la diminuzione dell'esposizione dei bambini a ETS e, a lungo termine, diminuire il numero di futuri, possibili genitori che iniziano a fumare. È opportuno altresì potenziare gli interventi rivolti verso gli adolescenti e i giovani adulti per fare sì che non inizino a fumare, come pure pretendere un ambiente senza fumo per i bambini anche nei luoghi pubblici, esigendo l'applicazione delle norme vigenti.

Casi contributivi

TRIGINE ELETTRONICHE
M&B
<http://www.medicobambino.com>



LE VALVOLE URETRALI ANTERIORI: DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

A. Borrelli¹, A. Correrà², D. Ummano³

¹Dirigente 1° Livello 2° Divisione Pediatria, Ospedale S.S. Annunziata ASL NA 1; ²Dirigente 2° Livello 2° Divisione Pediatria, Ospedale S.S. Annunziata ASL NA 1; ³Ospedale S.S. Annunziata ASL NA 1

Indirizzo per corrispondenza: borrelliaurelia@libero.it

ANTERIOR URETHRAL VALVES: A CASE DESCRIPTION

Key words Anterior Urethral Valve, Diagnosis, Management

Summary The Authors report the case of a neonate with anterior urethral valves, a very rare condition, the diagnosis of which is not always easy. They describe the clinical features of this condition and give suggestions on the most appropriate diagnostic tools.

Il caso - Giunge alla nostra osservazione per iperpiressia un neonato di 27 giorni, nato a termine, da parto operativo T. C.; peso alla nascita 3370 g. Presenta un costante gocciolamento di urina e un flusso urinario scarso. Gli esami evidenziano un marcato aumento degli indici di flogosi (VES 100, PCR 109 mg/l), una leucocitosi neutrofila e un'anemia ipocromica (GB 17.200, N 73.70; GR 3.120.000, Hb 10.4, piastrine 250.000). L'esame delle urine mostra una moderata leucocituria e microematuria, con urinocoltura positiva per *E. coli* > 1.000.000, UFC/ml. L'ecografia renale evidenzia: a dx dilatazione delle vie escretrici intrarenali con diametro della pelvi di circa 12 mm. In sede paravescicale dx dilatazione dell'uretere (diametro 4 mm), entro cui si evidenzia un movimento retrogrado del flusso. Esegue terapia antibiotica parenterale (ceftriaxone) per 10 gg. Il bambino è dimesso con profilassi antibiotica. Dopo un mese il piccolo ritorna per il persistere della sintomatologia vescicale ostruttiva (persiste il continuo gocciolamento di urina); gli indici di flogosi e l'esame delle urine sono negativi. L'ecografia renale conferma a dx la dilatazione calcicopielica e del giunto con riduzione dello spessore parenchimale. È presente inoltre un ispessimento (9 mm) di tutte le pareti vescicali. La cistouretrografia minzionale (CUM) mostra in fase passiva un buon riempimento vescicale con fine spicolatura della parete. A maggiore riempimento si rilevano alterazioni pseudo-diverticolari con sottile colletto, localizzate a sinistra. In fase attiva (di contrazione) si assiste a progressiva iniezione dell'uretra che risulta abnormemente dilatata si-

no al suo tratto terminale ove diventa filiforme. Non si evidenzia RVU. La scintigrafia sequenziale renale mostra una funzione renale conservata. Dilatazione pieloureterale sx non ostruttiva. Megau- retere dx con ridotto washout secondario a marcata stasi vescicale. La diagnosi è, quindi, di valvola uretrale anteriore (VUA). Il piccolo è sottoposto a intervento di resezione transuretrale. A 3 mesi dall'intervento chirurgico viene eseguita una CUM di controllo che risulta nella norma.

Il contributo - Le malformazioni ostruttive basse rappresentano un evento raro. Tuttavia la loro diagnosi non è difficile: ci si arriva attraverso la valorizzazione di segni diretti (gocciolamento) o indiretti (dilatazione delle vie urinarie a monte, ipertrofia della parete vescicale, megavescica, megauretere). L'uretra si suddivide in un segmento posteriore o fisso (uretra prostatica, membranosa e perineale) e in un segmento anteriore o mobile (uretra peniena). L'ostruzione congenita dell'uretra anteriore è di varia natura e può comprendere: le valvole uretrali anteriori (diverticolo congenito dell'uretra), l'ostruzione valvolare della fossa navicolare e la dilatazione cistica dei dotti delle ghiandole di Cowper all'interno dell'uretra bulbare (siringocele). Una VUA, in quasi tutti i casi, è un diverticolo congenito uretrale. La presentazione clinica di questa patologia è molto variabile e dipende dall'età del paziente e dal grado di ostruzione. Nella maggior parte dei casi i sintomi comprendono: difficoltà allo svuotamento, gocciolamento di urine, incontinenza, flusso urinario scarso, ematuria, infezione. Nel periodo neonatale questa anomalia può causare una severa ostruzione con megacisti, rottura della vescica, idroureteronefrosi bilaterale grave. Nei bambini più grandi può dare enuresi e gocciolamento post-minzionale. La diagnosi può essere confermata nella maggior parte dei casi con la CUM. Deve essere effettuata nella fase attiva (minzionale) della CUM una proiezione laterale o obliqua dell'intera uretra peniena. Una valvola può apparire come un difetto lineare di riempimento lungo la parete ventrale, oppure può essere sospettata per un'uretra dilatata che termina con un ampio sbocco, o per un brusco cambiamento di calibro della stessa, alterazioni stenose. Crediamo di poter formulare le seguenti raccomandazioni: a) in presenza di segni e sintomi di ostruzione vescicale, pensare alle VUA; b) per poter fare tale tipo di diagnosi eseguire sempre durante la CUM una proiezione laterale o obliqua dell'uretra per meglio evidenziarla. Il trattamento è chirurgico; da porre attenzione alle complicanze post-operatorie che possono verificarsi (stenosi, fistola uretrocutanea e dilatazione uretrale persistente).

Le pagine verdi riportano in breve le ricerche e i casi contributivi che compaiono in formato full text sulle pagine elettroniche della rivista (accesso libero al seguente indirizzo: www.medicobambino.com). Il sommario delle elettroniche è riportato a pag. 633.

Di grande rilevanza è la "Ricerca" sull'esposizione al fumo passivo di tabacco nei bambini nel secondo anno di vita: si definiscono i rischi nelle varie realtà regionali italiane e le strategie educative volte a sensibilizzare le famiglie nei confronti delle conseguenze dell'esposizione al fumo passivo.

In "Appunti di terapia" una pagina molto ricca di argomenti pratici e molto discussi. "Il punto su..." le evidenze sul trattamento della bronchiolite è alla sua quarta e ultima parte. La controversa PANDAS è discussa in modo critico nel "Power Point".