

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli **articoli inediti** vanno inviati via e-mail a:
redazione@medicoebambino.com

Gli Autori si assumono la responsabilità dei contenuti scientifici della pubblicazione e sono tenuti a dichiarare la presenza o meno di qualsiasi forma di **conflitto di interesse** compilando l'apposito modulo.

I contributi vengono sottoposti a un processo di revisione anonimo. Il parere dei Revisori viene comunicato all'Autore assieme alle conclusioni. Il giudizio espresso riguarda l'interesse per il lettore, la leggibilità, la correttezza e l'appropriatezza delle informazioni contenute.

STRUTTURA DEGLI ARTICOLI

Gli articoli devono avere una dimensione massima di 20.000 battute (3000 parole circa), bibliografia, abstract e box di approfondimento esclusi. Per la rubrica iconografica: 6000 battute al massimo (900 parole circa). Per i casi clinici contributivi: 13.000 battute al massimo (2000 parole circa).

Le **Lettere** vengono, nella maggioranza dei casi, accettate e pubblicate quanto prima. Le dimensioni non devono superare le 3000 battute (500 parole), con al massimo 5 referenze.

TUTTI GLI ARTICOLI DEVONO ESSERE CORREDATI DI:

- 1. Titolo** in italiano e in inglese.
- 2. Nome** per esteso, **cognome** e **qualifica** di tutti gli Autori (professione, Istituto di appartenenza).
- 3. Riassunto/Abstract** in italiano e in inglese (al massimo 2000 battute, pari a 300 parole circa). Nelle ricerche e nelle revisioni, l'abstract va strutturato in: Razionale (o Background), Obiettivi, Materiali e Metodi, Risultati, Conclusioni. Per i casi clinici contributivi l'abstract deve avere 1000 battute al massimo (150 parole circa).
- 4. Parole chiave** (da 3 a 5) in italiano e inglese.
- 5. Indirizzo e-mail** per la corrispondenza.
- 6. Figure e Tabelle** se opportune. Per le figure è necessaria la didascalia. Per le tabelle il titolo. Per entrambe il riferimento nel testo e, se opportuno, la fonte. Tutte le figure vanno inviate separate dal testo in formato digitale ad alta risoluzione. Immagini di qualità non idonea possono venir omesse, previa comunicazione all'Autore. Se fosse necessario pubblicare immagini riconoscibili del paziente, l'Autore deve richiedere il **consenso informato** alla pubblicazione al paziente o alla famiglia compilando l'apposito modulo.
- 7. Bibliografia:** va redatta in ordine di citazione (non alfabetico), secondo numerazione araba (1,2, ...). Il numero d'ordine di citazione va indicato in apice nel testo, senza ipertesto e senza parentesi. Gli Autori vanno citati tutti quando non superano il numero di 6. In caso contrario citare i primi 3, seguiti dall'abbreviazione *et al.* A seguire, nell'ordine, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'anno, il volume, la prima e l'ultima pagina del testo.
Il font da utilizzare è Times, grandezza 12, interlinea 1,5.

Gli articoli non rispondenti ai requisiti verranno restituiti agli Autori prima di essere valutati.

Tutti gli articoli pubblicati sono citabili e sono validi a tutti gli effetti come pubblicazioni.

Redazione di Medico e Bambino
Via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste
Tel 040 3728911 - Fax 040 7606590
redazione@medicoebambino.com

Quiz di autovalutazione

La lettura di una Rivista medica è apprendimento attivo o passivo? Può essere l'uno o l'altro. PQRST è una ricetta per una lettura attiva. P STA PER PREVIEW (prelettura veloce, uno sguardo d'insieme al testo). Q STA PER QUESTION (cosa so già? cosa vorrei sapere?). R STA PER READ (lettura attenta). S STA PER STATE (bilancio delle conoscenze DOPO la lettura). T STA PER TEST (controllo, quiz). Vi proponiamo di testarvi con questi quiz PRIMA E DOPO. Se rispondete a 9 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 7 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

PAGINA GIALLA

1. Un recente studio randomizzato controllato sulla sindrome nefrosica cortico-dipendente ha evidenziato che:

- a)** Due dosi di rituximab sono risultate essere più efficaci del tacrolimus nella riduzione del numero delle ricadute, la dose totale di steroidi, le infezioni intercorrenti; **b)** Il tacrolimus è più efficace del rituximab; **c)** Non c'è differenza tra i due trattamenti.

PROBLEMI SPECIALI

SINDROME DI PEARSON (SP)

2. La prevalenza delle malattie mitocondriali (a cui appartiene la SP) è di circa:

- a)** 1/2300 nati; **b)** 1/4300; **c)** 1/10.300.

3. Nella SP, in merito al riscontro di anemia, quale delle seguenti affermazioni è corretta:

- a)** Il riscontro di anemia è di solito tardivo, verso l'anno di vita; **b)** L'anemia è riscontrata pressoché sempre al primo emocromo ed è severa e macrocitica in un contesto di solito di pancitopenia; **c)** L'anemia è severa e microcitica, in un contesto di solito di pancitopenia.

4. In che percentuale di casi la neutropenia si riscontra nella SP?

- a)** 30%; **b)** 60%; **c)** 90%.

5. I bambini con la SP hanno quasi sempre un incremento del lattato nel siero
Vero/Falso

6. Per il trattamento della SP, allo stato attuale delle cose, quale delle seguenti affermazioni è scorretta:

- a)** La terapia è di supporto, la prognosi finale resta scadente e la mortalità precoce è elevata; **b)** Il trapianto di midollo osseo è la terapia risolutiva nella maggioranza dei casi, senza un rischio particolarmente elevato in termini di complicità e mortalità; **c)** Un programma trasfusionale adeguato, l'uso della eritropoietina e l'eventuale correzione dell'acidosi metabolica con bicarbonati consentono in quasi tutti i casi una lunga sopravvivenza, senza complicità.

PERCORSI CLINICI - FAVISMO

7. Quale risulta essere la prima causa di anemia emolitica Coombs-negativa?

- a)** La microangiopatia (sindrome uremico-emolitica, coagulazione intravascolare disseminata); **b)** Il deficit di G6PD; **c)** La malaria; **d)** La crisi emolitica in una anemia emolitica cronica (ad esempio sferocitosi).

8. Nel deficit di G6PD, dopo l'ingestione di fave la crisi emolitica inizia di solito:

- a)** Entro 6-12 ore; **b)** Entro 24-48 ore; **c)** Entro 5-7 giorni.

9. Nel favismo quale delle seguenti affermazioni è scorretta:

- a)** La rapida caduta dell'emoglobina raggiunge un suo valore minimo in 24 ore; **b)** L'aumento della bilirubina e la caduta dell'aptoglobina (poco attendibile nel bambino piccolo) si verifica sempre nelle prime 24 ore; **c)** La risposta reticolocitaria è già presente entro le prime 24 ore; **d)** L'evidenza di urine chiare ci dice che l'emolisi si è risolta.

10. Il deficit di G6PD è una delle cause di possibile ittero nel neonato

Vero/Falso

11. Per i legumi affini alle fave, tra cui innanzitutto i piselli, non vi sono dati certi che dimostrino la possibilità di indurre emolisi nel deficit di G6PD

Vero/Falso

ICONOGRAFICA

DERMATITE ESFOLIATIVA IN UN NEONATO

12. Quali dei seguenti aspetti distingue la Staphylococcal Scalded Skin Syndrome (SSSS) dalla necrosi epidermica bollosa (TEN)?

- a)** Nella TEN c'è anche l'interessamento delle mucose; **b)** Nella SSSS il segno di Nikolsky (cute fragile con esfoliazione al solo contatto) è positivo anche nelle zone di cute integra; **c)** La SSSS è determinata dallo streptococco; **d)** Sono giuste sia la risposta a) che la risposta b).

L'ESPERIENZA CHE INSEGNA

OSTEOMIELE CRONICA MULTIFOCALE RICORRENTE

13. Quali sono le sedi più tipiche di una osteomielite cronica multifocale ricorrente (CRMO)?

- a)** Le ossa delle mani e dei piedi; **b)** Le metafisi delle ossa lunghe, la colonna, la pelvi, la clavicola, la mandibola e le vertebre; **c)** Le ossa del cranio, la tibia e il radio.

14. Nelle CRMO l'esame che consente di evidenziare in tutti i casi il processo infiammatorio dell'osso è la radiografia standard

Vero/Falso

Risposte

PAGINA GIALLA 1=a; PROBLEMI SPECIALI 2=b; 3=b; 4=c; 5=Vero; 6=a; PERCORSI CLINICI 7=b; 8=b; 9=c; 10=Vero; 11=Vero; ICONOGRAFICA 12=d; L'ESPERIENZA CHE INSEGNA 13=b; 14=Falso.