

Contributi originali (abstract). I testi in estenso sono pubblicati on line

Casi clinici contributivi



COLANGITE AUTOIMMUNE IN RETTOCOLITE ULCEROSA: TRATTAMENTO CON ACIDO URSODESOSSICOLICO
S. Martellosi, G. Torre
Clinica Pediatrica dell'Università di Trieste

Il caso - Simonetta, con rettocolite ulcerosa, esordita a 6 anni di vita, viene trattata con steroidi e poi ben controllata con mesalazina orale; piccole ricadute in occasione di infezioni delle alte vie respiratorie, controllate con brevi cicli steroidei.

A due anni dall'esordio, primo riscontro di aumento delle gGT (x4 della norma), con transaminasi e bilirubina nella norma, ipergammaglobulinemia (1929 mg/dl), positività per autoanticorpi ANCA e SMA, in remissione colonscopica. Ecografia epatica normale.

Trattamento con acido ursodesossicolico 10 mg/kg/die, con normalizzazione delle gGT. Dopo 6 mesi si sospende il trattamento, e dopo altri 2 mesi le gGT aumentano nuovamente (x3 rispetto alla norma, e dopo altri 10 mesi x10); bilirubina normale, aumento dei sali biliari (x3 rispetto alla norma). Una ripresa del trattamento con acido ursodesossicolico 30 mg/kg normalizza tutti i parametri alterati, che restano normali a distanza di 18 mesi, sempre in trattamento.

Il problema - La colangite sclerosante autoimmune è una condizione spesso associata alla colite ulcerosa; l'aumento persistente delle gGT, con segni di colostasi, in presenza di SMA e di ipergammaglobulinemia, è compatibile con questo sospetto. La diagnosi di sicurezza si basa sulla dimostrazione di una dilatazione dei dotti biliari intraepatici (colangiografia perendoscopica o biopsia). L'esito è in cirrosi biliare. La terapia classica (obbligatoria) è con azatioprina e steroidi. L'uso dell'acido ursodesossicolico ad alte dosi è stato suggerito di recente.

La soluzione - Visti anche i risultati del primo intervento, nel desiderio di evitare un accertamento diagnostico invasivo (obbligatorio se avessimo scelto la terapia immunosoppressiva) abbiamo preferito ritentare con l'urso. I risultati sono stati forse superiori alle aspettative; a distanza di quasi un anno e mezzo (in terapia) la bambina è apparentemente guarita.

Il contributo - L'efficacia "totale" del trattamento con acido ursodesossicolico ad alte dosi della colangite sclerosante, pur trovando riscontri nella letteratura, è un contributo che ci sembra meritevole di attenzione.



SINDROME DI TERESA KINDLER
A. Corsini, P. Salvago, A. Santi, P. Minelli, V. Venturoli, M. Rossi Doria, V. Mel - Divisione di Pediatria dell'Ospedale Bentioglio; Servizio di NPI, ASL Bologna Nord

Il caso - SBH è una bambina tunisina, figlia di cugini di primo grado (storia familiare negativa). Arriva alla nostra osservazione all'età di 14 anni, con diagnosi di epidermolisi bollosa.

All'esame obiettivo presenta: poichilodermia con atrofia cutanea prevalentemente a carico delle estremità, su cui microtraumi producono piccole lesioni bollose; gengivostomatite; segni di dermatite da fotosensibilità al viso; bassa statura (130 cm); ritardo puberale (II stadio di Tanner); mani a bacchetta di tamburo; deficit mentale lieve; valgi-

smo importante al ginocchio, specie sinistro; sindattilia 3°-4° dito del piede; iperglicinuria (44% della aminoaciduria totale).

Il problema - La diagnosi differenziale tra l'epidermolisi bollosa e la sindrome di T. Kindler è difficile alla nascita per la presenza in entrambe le condizioni di lesioni bollose; successivamente, però, nella sindrome di Kindler queste tendono a scomparire, lasciando una specifica sensibilità ai microtraumi, che, assieme alla fotofobia, al difetto staturale e al difetto mentale, consentono la diagnosi differenziale.

Il contributo - Consiste in: studio ultramicroscopico, iperglicinuria (sinora non descritta), ereditarietà autosomica recessiva, ricchezza del quadro clinico, contributo alla dd con l'epidermolisi bollosa.

Ricerca



MEDICINA ALTERNATIVA (M.A.) A VICENZA
F. Fusco, D. Sambugaro, *R. Buzzetti
ARP Vicenza, *ASL Bergamo (Ufficio epidemiologico)

Obiettivi - Valutare l'incidenza del ricorso alla M.A. nei bambini del Vicentino, i tipi di M.A. usati, le patologie, le motivazioni, il grado di soddisfazione e la comunicazione al pediatra curante.

Materiali e metodi - Compilazione di un questionario anonimo da

parte di 150 genitori consecutivamente afferenti (maggio '96) a ciascuno degli ambulatori dei 19 pediatri ricercatori (di cui 7 prescrittori anche di omeopatia). Questionari utilizzabili 1899 (66,6% di quelli distribuiti).

Risultati - Il 39,07% dei bambini è ricorso alla M.A. (specialmente omeopatia). Patologie principali: ORL e respiratorie. Motivazione principale: timore degli effetti collaterali dei farmaci. Prescrittore: prevalentemente medico. Alta correlazione con un livello socioculturale evoluto e con l'età materna 30-39 anni. Risultati riferiti positivi nell'81% dei casi.



IL PIEDE PIATTO. METODICA INCRUENTA PER LA SUA CORREZIONE PRECOCE
A. Lepore, A. Colucci, F. Petrone, A. Voza, M. Indolfi, I. Rendina - Divisione di Pediatria, Ospedale San Giuseppe Melorio Centro Gymnasium, Casagiove, Istituto di Ricerca per l'Elettromagnetismo e i componenti elettronici (CNR-IRECE), Napoli

Premesse - Il piede piatto è sostanzialmente riducibile a un rilasciamento innaturale dell'arco plantare. Una stimolazione meccanica della pianta con emisfera elastica nella suoletta ortopedica è alla base del trattamento correttivo tradizionale, di efficacia peraltro non confermata. Il trattamento da noi sperimentato consiste in una serie di stimoli elettrici sul punto sottoastragalo di Spitz, che, mettendo in atto un arco riflesso che passa per il talamo, rinforza l'informazione propriocettiva e attiva la muscolatura preposta alla "costruzione" dell'arco plantare.

Materiali e metodi - In collaborazione col CNR-IRECE è stato messo a punto un apparecchio in grado di produrre un impulso "a scalino" che permette di depolarizzare la muscolatura e di stimolarla. Tale impulso viene applicato al punto sottoastragalo di Spitz. Dal gennaio '95 al dicembre '97 sono stati studiati con talcografia e poi trattati 388 bambini, di età >3,5 anni, di cui 206 con piede piatto e 182 con piede valgo. I pazienti sono stati sottoposti a un ciclo di almeno 10 applicazioni, con controllo talcografico a metà e a fine trattamento.

Risultati - La guarigione si è ottenuta nel 92% dei piedi piatti di primo grado (8% di fallimenti), nel 63% dei piedi piatti di secondo grado (37% di miglioramenti), nel 33% dei piedi piatti di terzo grado (35% di miglioramenti e 2% di fallimenti); inoltre nel 79% dei piedi valghi (19% di miglioramenti, 2% di fallimenti).

NORME REDAZIONALI

Le pagine elettroniche di M&B ospitano **@ Contributi originali** (2-4 a numero), suddivisi in due sezioni (rispettivamente: "Casi clinici contributivi" e "Ricerca"). I lavori pubblicati in questa sezione sono sottoposti a verifica da parte di un gruppo di referee e, se accettati, pubblicati per estenso on line e in abstract su questa pagina verde ENTRO 60 GG DALL'INVIO. Il lavoro originale deve essere inviato in dischetto o meglio in e-mail, non deve superare le 9000 battute (circa 3 cartelle di PC), può contenere inoltre illustrazioni e una bibliografia secondo i criteri generali della rivista (citazione in ordine di comparsa nell'articolo, i primi 3 AA, titolo, collocazione per volume, pagina, anno). L'abstract sarà elaborato in redazione. La sua traduzione in lingua inglese accompagnerà la pubblicazione in estenso "on line". Gli articoli sono archiviati, citabili, validi a tutti gli effetti come pubblicazioni. L'indice di lettura è ragionevolmente alto (circa 300 "visitatori" al giorno). I contributori riceveranno 5 estratti della pubblicazione in estenso.

@Pagine didattiche

Il materiale è elaborato in redazione. Sono ordinate in rubriche differenziate strutturate, mirate alla formazione/informazione del pediatra di Ospedale e di territorio.

@ Pagine interattive

Il materiale è elaborato sia in sede redazionale che dai lettori. È costituito da uno o più brevi editoriali che rappresentano una specie di invito alla discussione (tribunetta), in genere preparati in redazione ma aperti a contributi spontanei; da una serie di "protocolli in pediatria ambulatoriale", proposti dalla Rivista, che però nelle intenzioni dovrebbero modificarsi in itinere per la contribuzione critica e migliorativa da parte dei lettori.

Sul FORUM attendiamo interventi critici sui contributi originali, e su qualunque altro materiale pubblicato sulle pagine elettroniche; richieste di consulenza, interventi spontanei di qualunque tipo.

RACCOMANDAZIONI PER CHI USA LA POSTA ELETTRONICA

La Redazione riceve continuamente richieste di consulenze per e-mail, che sono inappropriatamente indirizzate. Sinora abbiamo risposto direttamente e personalmente, ma non è questa la prassi giusta. Esiste, su M&B, una rubrica di Domande e Risposte, cui si può accedere anche per e-mail (longog@burlo.trieste.it).

Anche sulle Pagine Elettroniche c'è uno spazio aperto, che può essere utilizzato direttamente con due diversi indirizzi:

- uno personale, a cui verrà risposto privatamente (pagine.elettroniche@medicobambino.com) per preservare la privacy del medico;
- uno generale, accessibile dal FORUM del sito (medicobambino.conversazioni), a cui preghiamo di scrivere quando si ritiene (ed è quello che succede più spesso) che il quesito abbia anche una componente istruttiva che possa interessare i colleghi.

La risposta a richieste che pervenissero alla Redazione verranno d'ora in poi pubblicate, se lo riteremo opportuno, in quest'ultimo spazio.

Pagine didattiche

Percorsi clinici

Ortopedia per il pediatra (a cura di G. Maranzana)

- Lussazione congenita dell'anca

Dermatologia per immagini (a cura di F. Longo)

- Orticaria papulosa

Appunti di terapia (a cura di G. Bartolozzi)

- L'insulina aspart
- Il fluticasone propionato: suo ruolo nel trattamento dell'asma

Pediatria per l'Ospedale (a cura di G. Bartolozzi)

- Sindrome da iper-IgE

Il punto su... (a cura di G. Bartolozzi)

- L'infezione da HIV in Italia

Avanzi (a cura di G. Bartolozzi)

- TNF e fistole addominali della m. di Crohn • Th1/Th2: atopia e asma, basso peso alla nascita, diabete, TB • Acidi grassi trans e atopia • Stanchezza cronica in pediatria • Sindrome di Gilbert e ittero neonatale • La diagnosi di pertosse è difficile • Inefficacia della cisapride: l'allegro rigurgitatore • Vomito ciclico ed emicrania • GH nella s. di Turner • Aloicoccus otitis e OME • Fumo materno e malattie dell'orecchio medio • Proclubito e SIDS: perché • Invaginazione intestinale e vaccinazione contro i rotavirus • Pneumococco e resistenza ai fluorochinoloni • Vitamina A, malaria e broncopneumodisplasia

Pagine interattive

Tribuna pediatrica: Internet, il nuovo golem

Protocolli di pediatria ambulatoriale (a cura di Stefano Martelossi) • Rigurgito e reflusso gastroesofageo, proposto da Stefano Martelossi

Posta elettronica Grazie per gli interventi. Continuate a scriverci, risponderemo a giro... di posta elettronica: pagine.elettroniche@medicobambino.com (guardare le raccomandazioni!)

Dalla Rivista cartacea

Della Rivista cartacea vanno "on line" il sommario, la pagina gialla, la pagina bianca e le Novità in Pediatria. Questo materiale viene a far parte dell'archivio, assieme all'indice generale di Medico e Bambino dal 1982 ad oggi, e quindi può essere utilizzato per una consultazione diretta (vedi sotto).

Archivio - Ricerca

Sarà possibile fare una ricerca full-text su tutti i contenuti del materiale finora pubblicato nel sito; inoltre si potrà accedere a "Novità in Pediatria" di M&B cartaceo, alle pagine bianche e alle pagine gialle che, insieme alle pagine didattiche di M&B elettronico, forniscono una piccola medline di immediata consultazione.