



**PIELONEFRITE: CHI LA CURA E COME?
UNA RICERCA PER TELEFONO**
Pediatri di Famiglia, ASS2 (Gorizia-Monfalcone)
del Friuli-Venezia Giulia

Summary

The incidence of pyelonephritis on the children aged between 0 and 24 months in the area under examination was 2.1%; the M/F ratio was 0.8 during the first year of life; during the second year of life, all patients were females. The age distribution was: 41% during the first semester, 37% during the second semester, 22% during the second year. Isolated fever was almost the sole symptom. In most cases, the diagnosis was made without hospitalisation by using a reactive strip and a microscope. Out of 13 paediatricians, only 4 usually refer the children to the hospital for the first diagnostic approaches and the relevant treatments. Out of the 9 remaining paediatricians, 4 regularly proceed to urinalysis before starting the treatment.

Scopo della ricerca - a) determinare il reale impatto della infezione urinaria (UTI) a localizzazione "alta" (pielonefrite) nel lavoro quotidiano del PdF;

b) registrare le variabili di comportamento dei PdF nel percorso diagnostico-terapeutico di questa malattia;

c) valutare la qualità del rapporto tra l'ospedale e il territorio.

Materiale e metodi - Si tratta di una ricerca retrospettiva, su due anni di attività (1 gennaio '98 - 31 dicembre '99). La raccolta dei dati è avvenuta tramite un questionario proposto telefonicamente ed è stata condotta collegialmente da 13 su 14 PdF operanti nel territorio della ASS N2 del Friuli-Venezia Giulia. Questo territorio si articola in 2 distretti: alto isontino (Gorizia e Comuni limitrofi) e basso isontino (Monfalcone e Comuni limitrofi) e comprende 2 strutture ospedaliere di riferimento con relative UO pe-

diatriche, rispettivamente a Gorizia e Monfalcone, ma con un'unica figura di Dirigente di II livello per entrambe le UO, situazione che rende più omogenei i dati raccolti. I bambini dell'età 0-24 mesi assistiti dai 13 PdF erano in totale 2176.

Risultati - In 2 anni sono stati diagnosticati 46 casi di pielonefrite, con una incidenza del 2,1%. Di questi 13 erano maschi, tutti del primo anno di vita (28,6%) e 33 erano femmine. La distribuzione generale per età è stata la seguente: 0-1 mese: 4 casi (8,7%); 2-6 mesi: 15 casi (32,6%); 7-12 mesi: 17 casi (36,9%); 13-24 mesi: 10 casi (21,7%).

I sintomi che hanno condotto alla diagnosi sono stati: la febbre isolata in 40 casi (87%); la febbre con disuria in 2 casi; un quadro di pseudo-addome acuto in un caso; l'associazione vomito-inappetenza-febbre in 1 caso. In 2 casi la diagnosi è stata orientata da una calico-pielectasia riscontrata in epoca prenatale.

La diagnosi è stata posta in 24 casi dal PdF, in 22 dal Reparto ospedaliero. Di fronte al sospetto di UTI, 9 pediatri su 14 ricorrono alle strisce reattive e (in 2 casi) al microscopio; per 6 pediatri sono sufficienti alla diagnosi una leucocituria significativa, associata alla febbre elevata e per 7 anche la positività del test dei nitrati. 3 pediatri iniziano la terapia antibiotica senza fare l'urinocoltura; 4 pediatri, una volta posta la diagnosi, fanno l'urinocoltura prima di iniziare il trattamento; 4 inviano direttamente in Ospedale.

Se il paziente è ospedalizzato, 8 pediatri su 13 dichiarano di gestire il paziente assieme ai colleghi ospedalieri, 5 di sentirsi esclusi.

Conclusione - L'incidenza delle UTI trovate corrisponde all'atteso. La diagnosi viene fatta forse con un eccesso di disinvoltura (frequente rinuncia alla urinocoltura), comunque senza attesa della risposta di esami, il che è da considerare positivo, anche se può comportare un modesto eccesso di trattamenti. Il rapporto con l'Ospedale e il coinvolgimento attivo dei PdF è più spesso positivo che non il contrario.



**AGENESIA POLMONARE
E SINDROME DI GOLDENHAR**
P. Costantini
Clinica Pediatrica II, "G de Marchi", Università di Milano

Summary

Description of a monolateral pulmonary agenesis case, which was identified at birth thanks to a pre-surgical radiological chest examination. A discrete dyspnea and a significant polyglobulia ensured a compensation of agenesis without desaturation.

The observation of minor face dysmorphism signs (LEFT<RIGHT face asymmetry, left ear smaller than right ear, rima oris wider on the left) and the presence of scoliosis enabled to set this case in the more complex Goldenhar's syndrome or "oculo-auriculo-vertebral spectrum".

Il caso - Nata alla 41^a settimana, da parte eutocico, con il peso di 2590 g (< 3° centile) e lunghezza di 45 cm (< 3° centile), con circonferenza cranica di 33 cm (< 3° centile), con ernia ombelicale (aprile 1997).

Ricovero per intervento di ernia ombelicale: un esame Rx preoperatorio dimostra una agenesia polmonare sinistra (05.97).

Viene ricoverato successivamente (marzo 1998) per iperpiressia e infezione respiratoria. La TAC polmonare, la scintigrafia, la broncoscopia confermano la diagnosi. È presente una polidispnea moderata, con rientramenti ed espirio prolungato, ma non c'è desaturazione. C'è, invece, una poliglobulia compensatoria, con 4,67 milioni di emazie e 14,6 g%ml di Hb.

Una visita dismorfologica dimostra:

- lieve asimmetria del volto per sn<dx;
- esiti di asportazione di appendice pre-auricolare;
- lieve differenza dimensionale dei padiglioni auricolari (dx 5 cm > sn 4.6 cm);
- rima buccale con maggiore apertura a sin.

Conclusioni: il quadro potrebbe essere in relazione con una diagnosi di "spettro oculo-auriculo-vertebrale".

La radiografia della colonna mostra una scoliosi del tratto dorso-lombare, senza alterazioni a carico dei metameri in esame.

Ecoografia addominale: non contributiva.

Il problema - Lo spettro oculo-auriculo-vertebrale (o microsomia emifacciale o sindrome di Goldenhar) ha una frequenza di 1/5600; interessa più spesso l'emifaccia dx (dx/sn=3/2) e il sesso maschile (M/F=3/2). Ha una notevole varietà di espressione

clinica ed è considerato essere probabilmente l'effetto di un danno vascolare precoce con secondario difetto di trofismo (senza che questo escluda il ruolo di altre cause teratogene a monte, come il diabete materno, oppure microdifetti cromosomici).

Le principali espressioni cliniche dello spettro oculo-auricolare-vertebrale sono: asimmetria del viso (emi-microsomia), con possibili difetti di formazione dell'occhio (coloboma, micro-anoftalmia) e/o dell'orecchio (microtia uni- o bilaterale; stenosi-atresia del condotto, sordità), occhio ipoplasico/dismorfico/malformato, ma anche anomalie vertebrali, ipo-aplasia polmonare, anomalie genito-urinarie, neurologiche, cardiache.

Il contributo - È un contributo alla conoscenza sia della agene-

sia polmonare, una condizione che, se monolaterale, trova, come in questo caso, un compenso relativamente facile, nella polipnea e nella eritrocitosi compensatoria, sia della sindrome di Goldenhar.

Quest'ultima è considerata espressione di un disturbo circolatorio prenatale su base displasica, che condiziona un iposviluppo settoriale asimmetrico del viso, ma anche dello scheletro toracico e di altri organi.

La valorizzazione dei segni di dismorfismo facciale ha permesso di inquadrare l'aplasia polmonare monolaterale in un quadro sindromico. Il polmone aplasico è, come di regola, omolaterale alla emi-ipotrofia del viso, e questo convalida l'interpretazione patogenetica della sindrome.



DISTONIA PAROSSISTICA OCULARE (ENCEFALITE DA CMV?)

A. D'Apuzzo, R. De Nicola, V. Rosanova, F. De Rosa, G. Amendola, M. Spezie, L. Amato

Divisione di Pediatria, Divisione di Neurologia, Equipe Multidisciplinare di Neuropsichiatria Infantile. Castellammare di Stabia, ASL NA 5, P.O. San Leonardo

Summary

Description and interpretation of a case characterised by several critical episodes of conjugate tonic deviation of the gaze upwards and rightwards. It spontaneously recovered in few days. It was preceded by a febrile disease compatible with the diagnosis of Herpesviridae infection and it was accompanied with a movement of IgMs for CMV.

Il caso - Alfonso T è un bambino di 6 anni; arriva alla nostra osservazione per una serie di crisi altamente ripetitive di deviazione tonica, coniugata, dello sguardo verso l'alto e a destra, ciascuna della durata di pochi secondi, accompagnata da ammiccamento. Circa 10 giorni prima il piccolo aveva avuto un episodio febbrile accompagnato da mialgie, astenia, dolori intercostali e poi da un'eruzione orticarioide. L'esame neurologico generale era, e si mantenne successivamente negativo. La sintomatologia si è risolta spontaneamente nel giro di pochissimi giorni, durante l'espletamento degli esami.

Il primo EEG mostrava segni di sofferenza mediana aspecifica, assenti ai successivi controlli. Negativi il fondo oculare, la TC cranica e la RMN del tronco, gli esami di routine compresa l'emogasanalisi. Non contributivi anche il dosaggio dell'acido vanilmandelico e dell'acido omovanilico (effettuati considerando l'ipotesi di un opsocloni secondario a neuroblastoma) e alcuni esami mirati al riconoscimento di una pur improbabile patogenesi metabolica (glicemia, chetonemia, ammoniemia, lattico-acidemia, aminoacidoogramma sierico e urinario). Degli esami infettivologici, l'unico

risultato positivo è stato quello concernente le IgM per citomegalovirus (CMV). La sintomatologia si è risolta spontaneamente nel corso dell'espletamento degli esami.

Il problema e il contributo - La motilità oculare dello sguardo in senso orizzontale è regolata dalla formazione paramedian (FRPP) che si estende in senso rostro-caudale, tra il nucleo del IV e quello del VI nervo cranico, bilateralmente. La motilità coniugata dello sguardo in senso verticale è regolata dalla formazione reticolare del tronco nel suo tratto mesencefalico. Vie cortico-mesencefaliche a partenza dalla corteccia prefrontale (area 8) e dalla corteccia parieto-occipitale controllano dall'alto sia la motilità orizzontale che quella verticale.

I disturbi parossistici della motilità orizzontale o verticale dello sguardo sono legati a patologie che interessano una di queste strutture.

Queste patologie possono esser dovute, raramente, a un difetto maturativo neurotrasmettitoriale, oppure ad autoaggressione immunomediata come nell'opsocloni associato al neuroblastoma occulto, ma anche a encefaliti virali o post-virali, per interessamento delle vie cortico-mesencefaliche deputate al controllo dei centri sopranucleari, oppure a tumori del tronco, a sindromi extrapiramidali post-encefalitiche o da ipersensibilità a farmaci (p.e. antiemetici, che il piccolo però non aveva assunto), a epilessia, o infine alla sindrome di Kinsbourne.

Il problema posto dal nostro caso è soprattutto di tipo eziopatogenetico, e si pone, per così dire, a posteriori, data l'evoluzione spontaneamente e rapidamente benigna della sintomatologia, che di per sé, assieme alla negatività della quasi totalità degli esami effettuati, lascia poi poco spazio alle ipotesi. Quella di una encefalite post-infettiva, a probabile, principale componente immunomediata, sembra l'ipotesi più semplice, sia per la storia clinica sia per il movimento significativo degli anticorpi contro il CMV.

Sommario on line

Percorsi Clinici

Chirurgia per il pediatra (a cura di A. Messineo)

- L'appendicite "ricorrente"

Protocolli in Pediatria ambulatoriale (a cura di S. Martellosi)

- L'ittero

Appunti di terapia (a cura di G. Bartolozzi)

- Un trattamento breve con zidovudina per prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV
- L'amfotericina B liposomiale nel trattamento delle infezioni fungine generalizzate e della leishmaniosi viscerale

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

- Il sistema immune. Prima parte

Pediatria per l'ospedale

- La valutazione della funzione visiva. Linee guida per il pediatra di famiglia (Paolo Nucci, Marina Picca, Roberto Marinello)

Avanzi (a cura di G. Bartolozzi)

- Una voce discordante: infezioni respiratorie nei primi due anni aumentano il rischio di asma
- Eritroblasti nel sangue di nati da madri sottoposte a fumo passivo in gravidanza
- Screening neonatale per la fibrosi cistica
- Chiusura del dotto arterioso pervio: ibuprofene versus indometacina
- Assenza di cadiotossicità della zidovudina nei lattanti
- Anomalie della coroide nella neurofibromatosi tipo 1
- Alterazioni del metabolismo dei carboidrati e dei grassi dopo molti anni dal trapianto di midollo osseo
- I nati pretermine sono più frequenti fra le donne nere che fra le bianche
- Una cura per la sclerosi multipla
- Sviluppo del cervello nei pretermine di peso bassissimo

Controversie in Pediatria

- Seminario a cura degli specializzandi di Trieste
- Il cortisone nella meningite batterica