

Queste pagine rappresentano la finestra su "Medico e Bambino" cartaceo dei contributi originali delle pagine elettroniche. I testi in extenso sono pubblicati on line.

UNA BAMBINA CON SANGUINAMENTO INTESTINALE CRONICO OCCULTO: UTILITÀ E LIMITI DELLA VIDEOCAPSULA ENDOSCOPICA

A. Montemaggi, J. Barp, C. Bonaccini, C. Fancelli, M. Milla¹, P. Lionetti

Dipartimento di Scienze per la Salute della Donna e del Bambino, Università di Firenze, AOU Meyer

¹UO di Gastroenterologia, AOU Careggi, Firenze

Indirizzo per corrispondenza: paolo.lionetti@unifi.it

A CHILD WITH CHRONIC HIDDEN INTESTINAL BLEEDING: USEFULNESS AND LIMITS OF THE VIDEO CAPSULE ENDOSCOPY

Key words Meckel's diverticulum, Video capsule endoscopy

Summary - Meckel's diverticulum is the most common congenital malformation of the gastrointestinal tract due to persistence of the congenital omphalomesenteric duct. Bleeding from Meckel's diverticulum due to ectopic gastric mucosa is the most common clinical presentation, especially in the paediatric age group. It is still frequently misdiagnosed preoperatively. The Authors introduce the case of a 14-year-old child who presented with severe anaemia, syncope, rectal bleeding, and no abdominal pain. The patient underwent extensive workup including upper gastrointestinal endoscopy, ileo-colonoscopy, technetium-99m pertechnetate scan and ultrasound scan that proved inconclusive in determining a source of bleeding. Small bowel capsule endoscopy was performed twice: the first time it disclosed the presence of a small bowel angiodysplasia that was supposed to be the cause of the gastrointestinal obscure bleeding. The second time it detected a stenotic structure of the lower ileum and shallow ulcers on the edge of the stenosis. Laparoscopy was performed, identifying Meckel's diverticulum, and the patient underwent a small bowel resection.

Caso clinico - Riportiamo il caso clinico di una bambina di 14 anni, giunta alla nostra attenzione per un episodio di lipotimia e vertigine. All'ingresso gli esami ematici mostravano Hb 6,9 g/dl, MCV 67,4, Ht 26,5% e ferritina indosabile. Dall'anamnesi emergeva scarso accrescimento ponderale (<3° percentile) con regolare accrescimento staturale (10°-25° percentile) fin dai primi mesi di vita. La bambina aveva già eseguito numerosi accertamenti, fra cui test del sudore, ormoni tiroidei, screening per celiachia risultati negativi. L'Rx del polso mostrava un'età ossea con ritardo di 9 mesi. Dall'anamnesi patologica prossima risultavano sporadici episodi di evacuazione di feci definite come "scure" prima del ricovero. L'eco-addome con studio delle anse intestinali non aveva mostrato ispessimenti né altri reperti patologici. Per lo scarso accrescimento era stata eseguita una consulenza endocrinologica che aveva evidenziato uno sviluppo puberale ritardato per l'età (B1-2, P1-2), con esami ormonali nella norma. La bambina è stata dimessa con diagnosi di anemia microcitica ipocromica ed è stata prescritta terapia marziale.

Un mese dopo è stata nuovamente ricoverata per una migliore definizione diagnostica. Gli accertamenti eseguiti (fra cui ricerca dell'*Helicobacter pylori* e gastrinemia) erano tutti negativi, salvo la positività del sangue occulto fecale. I valori di Hb risultavano migliorati (9,9 g/dl). È stata eseguita scintigrafia intestinale con

^{99m}Tc pertechnetato per sospetto diverticolo di Meckel con esito negativo. Anche l'EGDS e la colonscopia non hanno mostrato alterazioni macroscopiche né microscopiche. È stata sottoposta a esame con videocapsula endoscopica (VCE) che ha evidenziato la presenza di aree iperemiche di ectasia vascolare di probabile natura angiodisplastica a livello digiuno-ileale. Mal visualizzabili sono risultate le porzioni distali dell'ileo per la presenza di feci. Tale lesione angiodisplastica è stata ritenuta essere l'origine dello stitichidio ematico ed è stata posta indicazione a proseguire la terapia marziale.

Per la persistenza, negli anni successivi, di bassi valori di Hb all'età di 19 anni la ragazza è stata nuovamente sottoposta a esame con VCE che non ha mostrato la lesione angiodisplastica precedentemente individuata ma un'immagine compatibile con un'ulcera circonferenziale con dubbia riduzione di calibro del lume a livello medio ileale. Il primo sospetto diagnostico è stato quello di una malattia di Crohn nonostante la negatività degli indici di flogosi. Per questo sono state nuovamente ripetute EGDS e colonscopia, che non hanno evidenziato reperti patologici. Data la difficoltà a identificare la sede del sanguinamento gastrointestinale, è stata effettuata una laparoscopia esplorativa che ha mostrato la presenza di un diverticolo di Meckel a circa 80 cm dalla valvola ileocecale.

Discussione - Il diverticolo di Meckel (DM) è l'anomalia congenita del tratto gastrointestinale più comune in età pediatrica. Si tratta di un diverticolo vero, localizzato generalmente a livello dell'ileo terminale (tipicamente a 40-100 cm dalla valvola ileocecale); le sue dimensioni possono variare tra 1 e 50 cm in lunghezza. L'incidenza del DM nella popolazione è stimata intorno al 2-3% ed è la stessa nei due sessi; le complicanze sembrano essere più frequenti nel maschio (rapporto 4:1).

Le manifestazioni cliniche possono essere varie: sanguinamento, ostruzione e diverticolite sono quelle di più comune riscontro in età pediatrica. Talvolta possono associarsi complicanze come ulcerazione, emorragia, invaginazione intestinale e molto raramente fistole vescico-diverticolari e tumori. In alcuni casi si possono osservare vere e proprie emergenze medico-chirurgiche, come shock, ostruzione e perforazione, sebbene la maggior parte dei pazienti rimanga asintomatica per tutta la vita.

La manifestazione clinica più comune è il sanguinamento non accompagnato da dolore addominale. Il sanguinamento cronico può portare ad anemia sideropenica; in alcuni casi è tuttavia possibile riscontrare un'anemia megaloblastica causata dalla dilatazione e stasi di anse ileali ostruite adiacenti al diverticolo, con successivo overgrowth batterico e deficit di vitamina B12.

Nei casi di DM che si presentano con occlusione intestinale o diverticolite i più comuni sintomi alla diagnosi sono, invece, dolore addominale e vomito. Le caratteristiche del dolore addominale possono talvolta mimare quelle dell'appendicite.

La diagnosi preoperatoria del DM sintomatico è ancora oggi una sfida per il pediatra. Questo è ancora più vero per quei pazienti che si presentano con una sintomatologia diversa dal sanguinamento. La laparoscopia è l'approccio diagnostico-terapeutico più affidabile; tuttavia, data la sua invasività, nel sospetto clinico di DM la scintigrafia con ^{99m}Tc pertechnetato è la metodica di indagine più comunemente utilizzata. I dati presenti in letteratura mostrano tuttavia un alto tasso di esami scintigrafici falsamente negativi (come nel nostro caso).

Fra le altre metodiche diagnostiche va ricordato che l'Rx diretta addome può essere di ausilio solo per evidenziare complicanze (ostruzione, perforazione e pneumoperitoneo), mentre il clisma del tenue raramente permette di visualizzare il diverticolo. Anche l'ecografia può risultare utile in casi selezionati. L'esame Doppler può mostrare vasi anomali e talvolta segni di infiammazione della parete del diverticolo.

Sebbene non sia indicata come indagine di prima linea, l'esame con VCE può essere proposto nei casi di forte sospetto clinico di DM, in particolar modo nei casi in cui la scintigrafia abbia dato risultato negativo.

Alcune evidenze suggeriscono che la VCE possa essere superiore all'EGDS, alla colonscopia e al clisma del tenue nell'evidenziare lesioni sanguinanti del piccolo intestino. Recenti studi suggeriscono tuttavia che la VCE rileva un numero maggiore di piccoli sanguinamenti gastrointestinali e di lesioni infiammatorie del piccolo intestino rispetto a quelli evidenziabili con l'approccio combinato EGDS e colonscopia, poiché presenta un'alta sensibilità (93%) ma una specificità molto minore (84%) con il rischio di un alto numero di falsi positivi.

Nel nostro caso la prima indagine con VCE è stata fuorviante

avendo riconosciuto delle lesioni minime angiodisplasiche come causa del sanguinamento. Per la scarsa toilette intestinale il primo esame non aveva consentito la visualizzazione dell'ulcera e del DM.

Il trattamento dei casi asintomatici di DM diagnosticati incidentalmente rimane controverso; alcuni Autori ritengono che sia preferibile intervenire alla luce del rischio non trascurabile di complicanze (5-6%) e del basso rischio di complicanze post-chirurgiche (1%). Per i casi sintomatici è indicato l'intervento chirurgico, preferibilmente per via laparoscopica.



Figura. Immagine, ottenuta con videocapsula endoscopica, del diverticolo di Meckel con ulcera peptica circonferenziale.

Appunti di terapia

TRATTAMENTO DELLA FEBBRE COMBINATO (PARACETAMOLO E IBUPROFENE): NESSUN VANTAGGIO

V. Murgia

Pediatra di famiglia, Mogliano Veneto (Treviso)

Indirizzo per corrispondenza: vitalia.murgia@tin.it

La febbre è un sintomo comune che scatena ansia e paure infondate nei genitori e talvolta anche nei pediatri e un diffuso e talvolta ingiustificato consumo di antipiretici. Forse è per lenire l'ansia dei genitori, e la propria, che molti pediatri hanno preso l'abitudine di prescrivere in maniera combinata paracetamolo e ibuprofene, nonostante questi due farmaci antipiretici siano efficaci anche usati singolarmente. Le linee guida più recenti raccomandano di non combinare i due farmaci né in caso di febbre alta né per la febbre che non risponde bene a uno solo dei due farmaci. E segnalano anche un rischio di maggiore tossicità renale per il possibile effetto additivo sinergico dei metaboliti dei due farmaci nei bambini disidratati.

Le linee guida dell'*American Academy of Pediatrics* (AAP), pubblicate nel 2011, e le raccomandazioni della Società Italiana di Pediatria (SIP) sostengono che non ci sono evidenze a sostegno dell'uso combinato di paracetamolo e ibuprofene. AAP, SIP e linee guida NICE concordano inoltre sul fatto che l'antipiretico va usato quando il bambino è sofferente e disturbato per lenire i fastidi della febbre e non con il solo obiettivo di abbassare la temperatura corporea.

Una recente revisione sistematica della letteratura aggiunge forza a queste autorevoli raccomandazioni (Purssell E. Systematic review of studies comparing combined treatment with paracetamol and ibuprofen, with either drug alone. *Arch Dis Child* 2011; 96(12):1175-9). È stata condotta una ricerca sistematica di tutti gli studi che confrontavano l'efficacia di qualunque dosaggio di paracetamolo e ibuprofene, in combinazione o separati, nei confronti di ciascuno dei due farmaci assunto singolarmente. Sono stati inclusi solo RCT con le seguenti misure di outcome: l'effetto

del farmaco sulla temperatura, il miglioramento del disagio del bambino e la comparsa di un qualunque effetto collaterale. I sette studi rintracciati e valutati con il metodo CONSORT sono stati inseriti tutti, almeno in parte, nell'analisi dei dati. Gli Autori riferiscono che gli studi usavano dosaggi vari (paracetamolo da 12,5 a 15 mg/kg e ibuprofene 5-10 mg/kg) e che in caso di trattamento combinato non venivano fatti aggiustamenti del dosaggio. Nessuno degli studi che aveva lo sfebbramento come outcome primario ha riportato differenze di efficacia a 3 ore, mentre in due studi (1 riguardante paracetamolo e 1 ibuprofene) a 4 ore è stata rilevata una differenza di 0,6 °C tra il trattamento combinato e i due farmaci assunti singolarmente. Differenza che, pur se statisticamente significativa, non ha certamente alcuna rilevanza dal punto di vista clinico e del possibile benessere del bambino. Risultati altrettanto poco significativi sono stati riscontrati anche a proposito del miglioramento del disagio del bambino. Sono stati riportati pochi eventi avversi ma gli Autori fanno notare che gli studi avevano campioni piccoli, una durata insufficiente a far emergere i problemi di tossicità e inoltre avevano escluso i bambini a maggior rischio di tossicità, cioè quelli sofferenti di disidratazione e comorbilità.

Gli Autori concludono che, visti le limitazioni e i risultati osservati, si può affermare che non ci sono evidenze sufficienti a favore della combinazione dei due farmaci (usandoli alternativamente o contemporaneamente) rispetto all'uso del singolo farmaco.

Questa revisione supporta quanto raccomandato da autorevoli istituzioni scientifiche e cioè che l'abitudine di combinare paracetamolo e ibuprofene vada abbandonata. I pediatri devono essere consapevoli, e devono trasmettere questa consapevolezza ai genitori, del fatto che combinare i due farmaci non ha alcun effetto positivo dal punto di vista clinico e che non possono essere esclusi maggiori effetti collaterali, soprattutto nei bambini con patologie più serie e in quelli disidratati. L'abitudine di usare più di un farmaco per un sintomo, che è la guida per diagnosticare e poter trattare appropriatamente la patologia sottostante, non aiuta né il bambino né il pediatra e può contribuire a far aumentare la "fobia per la febbre" dei genitori.

Le **pagine elettroniche (pagine verdi)** riportano la sintesi di alcuni dei contributi che compaiono per esteso sul **sito web** della rivista (www.medicoebambino.com). Il sommario delle pagine elettroniche è riportato a pag. 73.

Al **Caso contributivo** e agli **Appunti di terapia** si accompagnano **I poster degli specialisti** che descrivono due casi che ripropongono alcuni degli argomenti affrontati su questo numero della rivista: gli eccessi (e i rischi) della diagnosi di reflusso gastroesofageo e gli aspetti clinici rilevanti da osservare di fronte a un bambino con un torcicollo che preoccupa (nel caso descritto si tratta di un lattante con un ascesso parafaringeo). Il terzo poster riporta i rischi possibili associati alla ritenzione della videocapsula in 60 casi di bambini e adolescenti con malattia infiammatoria cronica intestinale (MICI).

Nei **Casi indimenticabili** due storie interessanti: un lattante tachipnoico che presenta una insidiosa ernia diaframmatica e un quadro di addome acuto in un ragazzino soprannominato GeoMag (capirete perché).