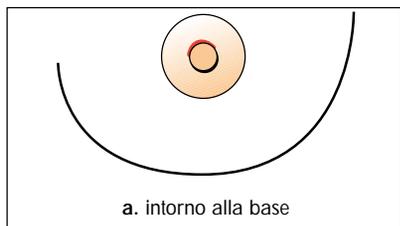


Le ragadi del capezzolo

Quali autori dell'articolo apparso sul numero di maggio di *Medico e Bambino*, desideriamo segnalare che, per un disguido di redazione, le illustrazioni apparse sulla rivista contengono degli errori che possono essere fuorvianti ai fini di una adeguata comprensione delle dinamiche dell'allattamento al seno.

Sentiamo, quindi, la necessità di riproporre le corrette (vedi *Figure 1 e 2*) affinché chiariscano eventuali dubbi rimasti.



a. intorno alla base

Figura 1

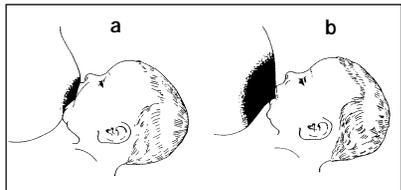


Figura 2

Cogliamo l'occasione per segnalare il calendario dei corsi per la promozione dell'allattamento al seno che si terranno nel mese di novembre e dicembre di quest'anno, presso l'Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo" di Trieste.

1. Promozione e pratica dell'allattamento al seno - Corso per operatori sanitari:
 - A) Per formatori: 24-27 novembre 1998;
 - B) Per operatori sanitari: 1-3 dicembre 1998.
2. Promozione dell'allattamento al seno nelle strutture sanitarie. Corso breve per amministratori e policy maker: 10-11 dicembre 1998.

Susanna Centuori, Riccardo Davanzo, Trieste

Laringite

Ho letto nella rubrica Domande e Risposte sul numero di febbraio di *Medico e Bambino* il quesito posto dal collega Saverio Ferraro su un caso di laringite ricorrente, in cui ci si domandava se un reflusso esofageo possa essere alla base di laringite ricorrente. La risposta, dopo aver considerato il quadro di RGE molto raro, non dava però ipotesi di soluzione.

Vorrei sottolineare che, soprattutto nel-

l'età del caso in questione, è assai frequente il quadro di respirazione orale per motivi di disgnazia, in particolare legata al permanere di parafunzioni quali il succhiamento del dito o del succhiotto (che non vanno comunque mai rimossi forzatamente) o della deglutizione atipica, che permane anche dopo il superamento eventuale delle parafunzioni che l'hanno determinata.

In pratica, i bambini che hanno uno schema respiratorio orale, oltre a escludere le vie nasali ed essere così predisposti alle rinosinusi per difetto di ventilazione (e, a mio parere, anche di drenaggio) nasale, proprio perché saltano il "filtro" nasale, vanno spessissimo incontro a bronchiti; il fatto poi che queste ultime siano batteriche, allergiche o "fisiche" dipende dalla natura di quello che è comunque un corpo estraneo all'organismo, e che sarebbe comunque stato più agevolmente intercettato se il filtro nasale (che agisce, è bene ricordarlo, sia sul piano fisico che su quello biologico che su quello allergologico) fosse stato in funzione.

Lo stesso meccanismo può riguardare le faringo-tonsilliti e le laringiti.

Venendo al caso in questione, quello che mi farebbe propendere per questa diagnosi, ovviamente velleitaria non avendo visto il bambino, è il fatto che la laringite (come eventualmente la tonsillite e la bronchite) sia ricorrente: il reiterarsi del problema, nonostante le cure del caso rivolte all'agente sfavorevole, rende il terreno particolarmente recettivo.

La conferma diagnostica si ottiene con l'intercettazione del problema per via ortognatodontica anche molto precoce, approccio anche un po' personale di cui sono sostenitore, nonostante il parere (immotivatamente) contrario dei miei colleghi.

Edoardo Bernkopf, Vicenza

In realtà, la risposta della rubrica era che, anche se escludere non è mai possibile, non si vedeva motivo di chiamare in causa una patologia inusuale per una condizione morbosa comune, anche limitata, e notoriamente associata di regola a infezioni delle vie respiratorie alte.

Ciò precisato, l'interpretazione del dottor Bernkopf sembra un po' forzata, ma non peregrina. Tutti pensiamo, in effetti, che una respirazione orale possa essere alla base di disturbi dell'albero respiratorio inferiore ed eventualmente, ma non necessariamente, delle laringiti ricorrenti. La laringite ricorrente (come la bronchite asmatica) ha un suo substrato genetico funzionale di iperreattività almeno in parte riconoscibile strumentalmente, e viene quasi intuitivo pensare che i fattori scatenanti (la rinite o la rinofaringite) possono essere prodotti o aggravati da un disturbo della pervietà delle alte vie. È

ragionevole che questo aspetto sia tenuto in considerazione caso per caso, come si fa, io credo, per ogni patologia respiratoria ricorrente. La valorizzazione del versante ortodontico di questa patologia è relativamente recente, certamente ancora poco sentita, e merita attenzione non solo da parte dei pediatri ma anche degli ortodontisti e degli odontoiatri, ciascuna categoria essendo piuttosto accovacciata nella tradizione e nella gestione del già noto piuttosto che aperta alla sperimentazione.

F.P.

Standard di riferimento neonatali: proposta di una ricerca collaborativa

Riceviamo e volentieri pubblichiamo questo appello.

All'attenzione di tutti i centri interessati alla: **raccolta prospettica dei dati relativi al peso, alla lunghezza, alla circonferenza cranica dei nati vivi fino alla 34° settimana gestazionale compiuta allo scopo di costruire degli standard di riferimento neonatali da utilizzare nella pratica clinica quotidiana.**

La proposta di ricerca, nata dalla collaborazione tra l'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano e il Dipartimento di Pediatria dell'Università degli Studi di Padova, con il patrocinio della Società Italiana di Neonatologia, nasce dall'esigenza di costruire degli standard di riferimento neonatali, sufficientemente affidabili anche per le settimane di gestazione più basse, da utilizzare nella pratica clinica quotidiana. Gli standard nazionali di riferimento, oggi disponibili anche in Italia, presentano infatti alcuni limiti in questa epoca gestazionale, legati soprattutto alla scarsa numerosità del campione e alle ridotte informazioni cliniche relative alla madre e al neonato. Per costruire uno strumento affidabile è necessario quindi coinvolgere nella ricerca il maggior numero dei Servizi di Patologia Neonatale italiani, allo scopo di elaborare degli standard di riferimento rappresentativi, in termini di numerosità e di area di provenienza, della realtà nazionale.

I centri interessati possono richiedere il modulo di adesione e il protocollo di ricerca al Coordinamento clinico: dott. Vincenzo Zanardo, Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi di Padova, tel. 049/8213571-3546.

Glucocorticoidi per via inalatoria

In relazione all'articolo di Giorgio Longo "I glucocorticoidi per via inalatoria",

pubblicato sul numero di giugno di *Medico e Bambino*, sentiamo la necessità di esprimere un'osservazione e abbiamo l'opportunità di definire meglio un punto importante dell'articolo in relazione alla figura 3, dove «viene suggerito un facile sistema per misurare la dose da somministrare con l'utilizzo dell'aerosol tradizionale».

A proposito di "Quale sistema di erogazione scegliere", crediamo sia opportuno aggiungere all'analisi riportata dall'autore un'osservazione che potrebbe razionalizzare l'affermazione che, nella pratica clinica nostra e di molti colleghi, «i risultati più sicuri e convincenti si ottengono però con l'uso del nebulizzatore jet». È solo con l'aerosolterapia tradizionale che la prima aria inalata (quella che raggiunge le vie aeree distali) è anche medicata.

L'aerosol pneumatico produce un flusso costante di particelle, rappresentabile in un vettore concordante con il flusso inspiratorio e di poco meno veloce: queste condizioni consentono al farmaco di integrarsi sin dall'inizio nel flusso inspiratorio.

Con gli altri sistemi (ad esempio spray + distanziatore) la prima aria inspirata deve essere "spesa" per accelerare le particelle in moto browniano nel distanziatore e creare un flusso di particelle che s'inserirà solo successivamente nel flusso inspiratorio. Trattandosi di un confronto fra un sistema dinamico e un sistema in equilibrio statico, la differenza, ovvero il vantaggio dell'aerosol pneumatico, è evidente e non confutabile.

Il dott. Longo suggerisce una formula che consente di trattare il bambino con la stessa dose terapeutica, a prescindere dal mezzo utilizzato. Oggi è possibile, quando l'apparecchio per aerosol è considerato un dispensatore di farmaci, conoscere come e quanto farmaco viene nebulizzato nel tempo.

Abbiamo studiato l'output del beclometasone dipropionato con il Bimboneb (Me-

far), la quantità mediante HPLC e la frazione respirabile con API aerosizer Mach2 (vedi note); questi dati ci consentono di precisare meglio la formula che, con arguito intuito, il dottor Longo ha suggerito. Il riferimento può essere meglio definito se consideriamo non la quantità di farmaco erogata ma quella che arriva al polmone (quota terapeutica) sia con lo spray + distanziatore¹ che con l'aerosol pneumatico^{2,3}. Riproponiamo la formula (vedi schema) precisando che, cambiando la concentrazione di farmaco nell'ampolla, i nuovi tempi dovranno essere praticamente e non matematicamente ricalcolati; ad esempio, se raddoppiamo la concentrazione del beclometasone, i tempi non si dimezzano in modo proporzionale (come ci si potrebbe aspettare), ma si riducono di circa il 60%.

Queste osservazioni per ribadire che oggi, utilizzando un apparecchio per aerosol adeguato, sono sufficienti pochi minuti per somministrare la dose ritenuta terapeutica.

Luigi Di Berardino, Francesco Scaglione,
Milano

Note

Frazione respirabile: quota di goccioline con diametro tra 0,5 e 5 micron che si deposita nel distretto tracheo-bronchiale (**quota terapeutica**). Goccioline di diametro superiore si arrestano nel rinofaringe e, se inferiori a 0,5 micron, rimangono in sospensione e sono espulse durante l'inspirazione.

HPLC: sistema che calcola la dose di farmaco realmente erogata (nebulizzata) mediante la misurazione della quota di farmaco che rimane nell'ampolla dopo l'aerosol.

API aerosizer Mach2: apparecchiatura con sistema di rilevazione a doppio raggio laser che misura il diametro delle particelle della nebbia aerosolica.

Bibliografia

1. Selroos O, Halme M: Effect of volumatic spa-

cer and mouth rinsing, on systemic absorption of inhaled corticosteroids from metered dose inhaler and dry powder inhaler. *Thorax* 46, 891-4, 1991.

2. Coates AI, Mac Neish CF, Meisner D, et al: The choice of jet nebulizer, nebulizing flow and addition of albuterol effects the output of tobramycin aerosols. *Chest* 111, 5, 1206-12, 1997.

3. Di Berardino L: *Una nuova proposta per la terapia aerosolica*. Syntagma Edizioni, Milano 1997.

Ringrazio i colleghi di Milano per la lettera di sostegno a quanto da me scritto nell'articolo del giugno scorso. Non ho ovviamente molto da aggiungere: viene fornita una spiegazione di fisica dei fluidi, che non conoscevo, per rendere conto della maggiore efficacia del nebulizzatore jet come dispensatore di farmaci, e viene confermata con dati scientificamente provati la validità del sistema da me suggerito di variare con i tempi di somministrazione, e non con la quantità di farmaco inserito nell'ampolla, la dose di cortisonico inalatorio da somministrare.

Dai loro calcoli emergerebbe peraltro una discreta discrepanza (valori dimezzati) con i tempi di erogazione da me consigliati. La differenza è dovuta al fatto che la loro stima parte da misurazioni di laboratorio, che considerano una teorica deposizione tracheo-bronchiale di quasi il 90% del farmaco erogato in fase inspiratoria, mentre la mia stima deriva da valutazioni ricavate dai lavori della letteratura, che hanno dosato la deposizione polmonare di aerosol radiomarcanti. Oggettivamente ritengo che la quota terapeutica, cioè quella che raggiunge il polmone, sia "in vivo" meno elevata di quella stimata dai colleghi milanesi, e in particolare nel bambino più piccolo, che respira un po' bene e un po' meno bene, un po' con la bocca ma anche con il naso, e che magari ogni tanto si mette a parlare.

Forse, come sempre, in mezzo sta il giusto, ma comunque non dobbiamo dimenticare che tutta l'aerosol-terapia, con ogni sistema di erogazione (spray, turbohaler, nebulizzatori), ha l'inevitabile difetto della variabilità dell'inalazione individuale. Quello che invece non deve essere dimenticato, e che non mi stancherò mai di ricordare, è che questi discorsi sui nebulizzatori jet hanno significato soltanto quando si utilizzino apparecchi efficaci; in caso contrario, al polmone non arriva praticamente nulla, indipendentemente dal tempo di nebulizzazione.

Giorgio Longo

Autovalutazione del pediatra di base

L'articolo di Brivio sull'attività di pediatria di base (*Medico e Bambino* 1008, 5, 301) trascura di calcolare l'indice di speda-

BECLOMETASONE (10-15 µg/kg/die)			
Spray + distanziatore (50 µg/puff)		BIMBONEB (400 µg in 4 ml)	
kg (dose µg)	Spruzzi N°	QUOTA TERAPEUTICA (deposito tracheobr.) µg	Tempo di erogazione minuti
10 (100-150)	2-3	25	1
15 (150-225)	3-4	40	1,5
20 (200-300)	4-6	75	2,5

lizzazione dei bambini a carico che è, fra gli assistiti da Brivio, di 58/1000 contro l'atteso 20/1000, sempre che il collega abbia calcolato "tutti" i ricoveri e non solo quelli in pediatria. Comunque, anche se il calcolo fosse stato effettuato solo per i ricoveri in pediatria (naturalmente anche fuori dell'USL), il tasso sarebbe basso, se rapportato a un indice di circa 90/1000.

Questo tanto più che il rapporto fra le età degli 800 assistiti, rispetto ai dati nazionali (1:2:4 fra le età 0-2, 3-6, 7-14) è fortemente sbilanciato a favore della età 0-2, nella quale avviene il maggior numero di ricoveri.

Giancarlo Biasini, Cesena

La lettera di Biasini si riferisce a un articolo intitolato "Tre anni di Pediatria di famiglia", con sottotitolo "un tentativo di autovalutazione"; un articolo sulla cui qualità e struttura (un eccesso di numeri, era il mio commento personale) c'era stata discussione in Redazione. Ecco che, dal cilindro dei numeri, viene fuori un altro coniglio, forse il più prezioso, quello del relativamente basso numero dei ricoveri (relativamente, perché in assoluto non lo è; ma tutto, in epidemiologia dei servizi, è relativo).

Colgo l'occasione per esprimere un commento aggiuntivo sul lavoro. Autovalutazione è forse un concetto impossibile: non ci può essere un giudizio autoreferenziale, e un'autovalutazione può nascere al massimo all'interno di un gruppo, e anche così-così. Una valutazione (come questa sul numero dei ricoveri) è possibile solo mediante confronto con altri; mentre un'autovalutazione come quella di Brivio (che tuttavia può fornire le basi per un tentativo di VRQ, e che per questo motivo vale la pena di tenere presente) è consistita quasi soltanto in un confronto con se stesso (Brivio ha ridotto, nel corso dei tre anni, le richieste di consulenze allergologiche e dermatologiche, perché ha affinato le sue conoscenze e arricchito le sue competenze; ma ha fatto più prescrizioni farmacologiche, che lui stesso non sa bene giustificare); in verità, se i suoi dati, rigorosamente obiettivi, vengono confrontati, come ha fatto per lui Biasini, con medie nazionali o regionali (Brivio spende per farmaci meno della media della sua USL) ne risulta un'immagine più veritiera, più utile, più produttiva (e più positiva).

F.P.

Allattamento ed epatite C

Gradirei fare un commento alla risposta fornita da *Medico e Bambino* (5, 63, 1998) alla dottoressa Castronuovo che, prenden-

do spunto da quanto riportato dal sottoscritto sul *Bollettino SIGEP* (vol.1, aprile 1997, pag. 21) chiedeva chiarimenti sulle indicazioni all'allattamento al seno nel figlio di madre con epatite C.

Giustamente è stato detto alla dottoressa che l'allattamento al seno non è controindicato nei figli di madre affetta da epatite C, a prescindere dalla presenza o meno di HCV-RNA in circolo. Attualmente, sulla base di quanto apparso in letteratura negli ultimi tempi, non si può non condividere tale posizione. Basti pensare, ad esempio, ai dati riportati da Olivier Bernard al convegno "Viral hepatitis throughout infancy to adulthood", tenutosi a Bruxelles dal 24 al 26 maggio 1998, pubblicati su *Acta Gastroenterol Belg* (61, 192-194, 1998).

Desidero però esprimere qualche perplessità sul fatto che il consenso all'allattamento per le madri viremiche sia stato dato da *Medico e Bambino* in base a un lavoro comparso su *Lancet* nel 1995 (345, 289-91, 1995). Si tratta di uno studio che il sottoscritto aveva esaminato e illustrato sul *Bollettino SIGEP* prima di proporre quei suggerimenti che hanno indotto la collega Castronuovo a chiedere chiarimenti. Se è vero che in questo studio nessuno dei 71 figli di madri anti-HCV positive (di cui 23 viremiche) allattati al seno veniva contagiato, è anche da notare che il latte materno era consentito solo ai figli di madri senza ipertransaminasemia. D'altra parte gli stessi autori dello studio hanno tenuto a precisare che l'allattamento al seno non è un'efficiente modalità di trasmissione del virus C, almeno quando la madre non ha segni di malattia di fegato.

Più di un anno fa, considerato che l'HCV era stato ritrovato nel latte di donne viremiche, e tenuto conto della esiguità e della eterogeneità delle casistiche pubblicate sulla trasmissione verticale dell'infezione da HCV, mi era sembrato saggio, in attesa di ulteriori dati, proporre una posizione di prudenza. Questa posizione era dettata, tra l'altro, dalla preoccupazione che l'infezione da HCV, sebbene asintomatica in età pediatrica, è tuttavia un problema serio per le possibili complicanze a lungo termine.

Nella risposta fornita da *Medico e Bambino* mi ha colpito il fatto che sia stata del tutto ignorata l'analisi, da me effettuata, del lavoro di *Lancet* del '95, e che sia stato citato proprio questo lavoro come quello in grado di dirimere la questione. Vorrei far notare che questo studio, sebbene autorevole, riporta un tasso di trasmissione verticale dell'HCV nei figli di madre non coinfectata da HIV dello 0%, quindi sensibilmente più basso rispetto alla maggior parte degli altri studi che riportano valori intorno al 10%.

Mi ha colpito, inoltre, il tono perentorio

con cui è stato risposto alle perplessità della dottoressa Castronuovo in un ambito in cui non mi pare vi siano certezze consolidate: basti guardare al numero degli studi comparsi negli ultimi anni sul problema della trasmissione verticale dell'HCV. Mi sembra utile inoltre citare che, in un recente studio apparso sul *J Viral Hepat* (5, 131-41, 1998), le opinioni a riguardo della prevenzione della trasmissione verticale dell'epatite C, raccolte tra un gruppo di 693 membri della Società Europea per lo Studio del Fegato (EASL), erano alquanto eterogenee: il 49% consigliava l'allattamento al seno mentre il 14% era contrario. Sono consapevole che il pediatra che affronta un bambino di madre affetta da epatite C desideri indicazioni precise, e sono consapevole anche che al momento vi è un'ampia convergenza sul consenso all'allattamento al seno per il figlio di madre con epatite C. È anche vero, però, che l'informazione che bisogna dare al pediatra, e che questi, a sua volta, deve fornire alla madre infettata da HCV (che chiede, talvolta angosciata dalla propria malattia, se può o non può allattare il proprio bambino), debba essere il più ampia e articolata, come, d'altra parte, è nello spirito di *Medico e Bambino*.

Raffaele Iorio, Napoli

Lettere come la Sua ci fanno sempre piacere, perché da un lato testimoniano il grado di attenzione alla lettura dei nostri testi (cosa che ci rende sempre più difficile vivere), e dall'altra una attesa di perfezione che ci onora.

*Accetto volentieri sia la ragione, che Lei gentilmente ci rende (per la sostanza del messaggio), sia l'appunto, che non è del tutto fuori luogo (per la metodologia dell'informazione). Solo, faccio presente che Domande e Risposte è una rubrica per sua natura sintetica e qualche volta sbrigativa (il contrario di queste pagine dove ci si consente il lusso di "perdersi in ciacole"); e che in questa natura riflette il suo stile, che potrà piacere più o meno, ma che è lo stile del suo curatore. Quanto alla certezza che, è vero, non è di questa terra, c'è il lavoro su questo tema, pubblicato su questo stesso numero di *Medico e Bambino* di Resti e collaboratori, che ce la dà quasi. Dai risultati di uno studio su più di 400 coppie madre/bambino (che solo successivamente è stato reso pubblico su BMJ, ma di cui eravamo già personalmente a conoscenza) ci viene la conferma che sì, potrebbe essere che la trasmissione attraverso il latte sia possibile, ma che ciononostante, l'allattamento al seno non costituisce un fattore di rischio aggiuntivo rispetto alla trasmissione verticale del virus.*

F.P.