

Le Giornate di "Medico e Bambino". Quest'anno le giornate di *Medico e Bambino* si svolgeranno a Brescia (16-17 aprile), con la preziosa collaborazione del professor Notarangelo e dei suoi collaboratori. La scommessa è sempre quella: riuscire a dare ai lettori di *Medico e Bambino*, e più in generale ai pediatri italiani, un'occasione di confronto sui temi più vivi e dibattuti della pediatria. In pratica si cercherà come sempre di rendere vive (parlate, ascoltate, dibattute) le classiche rubriche della rivista, dall'"Aggiornamento monografico" come quello che riguarderà i difetti dell'immunità - ai "Problemi correnti" - come l'infezione urinaria o quello del buon uso delle vitamine o degli screening (vedere, sentire, parlare), o ancora la revisione di argomenti che necessitano di ripensamenti critici, come il reflusso gastroesofageo e l'uso dei test cutanei allergologici, alla "Pagina gialla", con un occhio particolarmente attento alla prevenzione del dolore nel bambino, all'"Editoriale" del professor Panizon, fino alla rubrica "Oltre lo Specchio", che questa volta ospiterà una tavola rotonda sui problemi di salute dei bambini nei Paesi in via di sviluppo (vedi il programma dettagliato a pagina 49). Vi aspettiamo, dunque, anche per sentire direttamente da voi quelle critiche e quei suggerimenti di cui abbiamo bisogno per fare in modo che *Medico e Bambino* sia sempre una rivista "veramente" scritta per i lettori.

Morte improvvisa. Indicazioni da un mega-studio. La *European Concerted Action on SIDS* (EACS) ha portato a termine uno studio caso-controllo che ha analizzato 60 variabili (susceptibili di intervento preventivo e non) come possibili fattori correlati alla SIDS. Lo studio ha coinvolto 20 regioni d'Europa ed è stato eseguito confrontando i dati relativi a 745 casi di SIDS e 2411 controlli. L'età di massima incidenza si è confermata attorno alle 10 settimane. Il 48% dei casi è risultato attribuibile alla posizione nel sonno prona o di lato. L'altra metà dei casi (52%) è risultata attribuibile all'abitudine di tenere il bambino a dormire nel "lettone" (in particolare se la mamma ha abitudine al fumo e/o all'alcol) o in una camera separata. Come dire che il consiglio da dare dovrebbe essere, sempre e convincentemente, quello di mettere il

bambino dei primi mesi di vita a dormire in posizione supina e in un lettino nella stessa camera da letto dei genitori (Carpenter RG, et al. *Lancet* 2004;363:185-91).

"Cortisone" nella Guillain-Barré: no, e basta! La sindrome di Guillain-Barré è una neuropatia autoimmune e, come tale, dovrebbe rispondere al trattamento corticosteroideo. Invece non è così. Che il "cortisone" non fosse efficace in questa malattia (in cui invece è formalmente indicato il trattamento con le gammaglobuline endovena ad alte dosi o con la plasmaferesi) era già stato dimostrato in passato, sia quando venga usato il prednisolone per os (Hughes, et al. *Lancet* 1978;2:750-53) sia che si ricorra al metilprednisolone endovena (G-B Study Group. *Lancet* 1993;341:586-90). Uno studio olandese su una casistica molto ampia (225 casi) dimostra ora che la terapia corticosteroidea non migliora in nessun modo la prognosi a breve e lungo termine nemmeno quando venga utilizzata in aggiunta alle gammaglobuline endovenose. Prognosi che rimane ancora sfavorevole, come invalidità a distanza o mortalità, in una quota del 10-15% dei casi (van Koningsveld R, et al. *Lancet* 2004;363:192-6). Nel bell'editoriale che accompagna l'articolo (Hughes R, pag 181) viene ipotizzato che i corticosteroidi possano avere un effetto negativo nella sindrome di Guillain-Barré (come in altre neuropatie immunologiche) in considerazione del loro effetto favorente la necrosi delle fibre muscolari denervate.

Difetti del tubo neurale e acido folico: questione di autoanticorpi? Il meccanismo attraverso il quale la somministrazione periconcezionale di acido folico (almeno 5 mg/die) riduce l'incidenza di difetti del tubo neurale in feti di donne senza evidenza di deficit di folati è ancora incomprenduto. Sebbene in alcune di queste donne sia possibile dimostrare la presenza di particolari polimorfismi dei geni che regolano il metabolismo dell'acido folico, questo tipo di alterazione è assente in una larga parte dei casi. Dopo aver dimostrato che anticorpi diretti contro il recettore cellulare dell'acido folico sono in grado di provocare morte dell'embrione o malformazioni del tubo neurale nei ratti, un gruppo americano (Rothenberg SP, et al. *N Engl J*

Med 2004;350:134-2) ha dimostrato la presenza di autoanticorpi contro il recettore cellulare dell'acido folico in 9 su 12 donne che avevano partorito un neonato con difetto del tubo neurale e solo in 2 di 20 donne che avevano portato a termine una gravidanza normale. L'affinità dell'anticorpo per il recettore è alta, ma potrebbe essere superata da quella dell'acido folico, se presente in eccesso, e questo potrebbe spiegare l'efficacia preventiva di dosi alte di folati. L'ipotesi di una patogenesi autoimmune dei difetti del tubo neurale è affascinante, ma non può essere considerata dimostrata definitivamente. La lettura di questo articolo serve però a ricordarci come si dovrebbe mantenere alta l'attenzione affinché le donne che programmano una gravidanza assumano una supplementazione di almeno 5 mg al dì di acido folico in epoca periconcezionale. Questa politica, sottolinea l'editorialista (Wald NJ. *N Engl J Med* 2004;350:101-2), qualora ben attuata in tutto il mondo, preverrebbe la nascita di duecentocinquanta bambini con spina bifida all'anno.

Erbe miracolose. Un potente o potentissimo corticosteroide (clobetasolo dipropionato, betametasona) è stato ritrovato ad alta concentrazione in 18 di 24 creme a base di erbe cinesi prescritte a bambini inglesi per la terapia della dermatite atopica (Ramsay HM, et al. *Arch Dis Child* 2003; 88:1056-57). Questa evidenza si aggiunge ad altre che documentano la presenza non dichiarata, nei prodotti a base di erbe utilizzati nel Regno Unito, di metalli pesanti, altre sostanze tossiche, sostanze comunque attive e capaci di interferire col metabolismo di altri farmaci, solventi impropri e ad alta tossicità (Choonara I. *Arch Dis Child* 2003; 88:1032-33).

Dolore ignorato. L'attenzione alla prevenzione e alla cura del dolore nel bambino (da malattia, da procedura, fisico e psicologico) è fortunatamente sempre più viva tra i pediatri. Ciononostante il problema del dolore rimane fortemente sottovalutato in alcune categorie di bambini, come quelli con sindrome di Down (che non sanno esprimerlo né localizzarlo bene: Hennequin M, et al. *Lancet* 2000; 356:1882-7), e in quelli con grave ritardo mentale, le cui espressioni di dolo-

re (come la smorfia e/o l'opistotono correlati a una esofagite da reflusso) possono essere sottovalutate o erroneamente interpretate come "normali" correlati della patologia di base. I bambini con grave ritardo mentale patiscono comunque più frequentemente situazioni dolorose, sia a causa della malattia di base (vedi ad esempio il dolore della contrattura muscolare legato alla spasticità) sia per le ripetute pratiche terapeutiche necessarie (protesi, cateterizzazioni, prelievi e infusioni endovenose ecc.) sia, infine, per il maggior rischio di essere oggetto di lesioni inferte deliberatamente da chi li assiste. Su tutto questo pone l'attenzione, e ne dà una drammatica conferma, un bello studio pubblicato su *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* nell'ultimo numero dell'anno (Breau LM, 2003;157:1219-26). La maggior parte dei ragazzi con grave ritardo mentale, seguiti per un anno e valutati secondo un protocollo orientato a rilevare il dolore somatico e viscerale, soffrono di dolore importante per almeno 9-10 ore alla settimana, per lo più associato a traumi (ma anche a patologia gastrointestinale, infettiva o muscolare), e tanto più frequentemente tanto più grave è la disabilità. Genitori, fisioterapisti o chi altro abbia in cura questi bambini dovrebbero occuparsi concretamente della prevenzione del dolore per dare un senso reale alla propria opera assistenziale.

Malattia linfoproliferativa intestinale associata a infezione da *Campylobacter jejuni*. Il tessuto linfatico associato alla mucosa intestinale (MALT) può dare origine a linfomi di vario tipo, tra cui la malattia linfoproliferativa intestinale (o delle catene alfa, perché caratterizzata dall'infiltrazione di linfociti che producono grandi quantità di catene pesanti alfa delle immunoglobuline, in assenza delle corrispondenti catene leggere). È noto da molto tempo che nelle fasi iniziali questo tipo di linfoma risponde alla terapia antibiotica, fatto che prova indirettamente la sua origine infettiva. Fino a ora non è stato individuato un agente eziologico specifico del linfoma associato al MALT e un possibile ruolo giocato dall'*Helicobacter pylori*, pur suggerito da qualche evidenza aneddotica, non è stato confermato su larghe casistiche. Un gruppo francese, operante presso l'Ospedale Necker di Parigi, ci dimostra ora in

maniera inequivocabile e brillante come il *Campylobacter jejuni* possa essere considerato uno dei possibili agenti eziologici correlati con la sindrome linfoproliferativa intestinale MALT-associata (Lecuit M, et al. *N Engl J Med* 2004;350:239-48). Questi Autori, infatti, hanno documentato (con quattro tecniche: la reazione a catena di polimerasi - PCR, il sequenziamento del DNA, la ibridazione in situ a fluorescenza e la immunocistochemica) la presenza del *Campylobacter jejuni* nella mucosa intestinale interessata dal linfoma (pur in assenza del microrganismo nel lume intestinale). La terapia antibiotica fu efficace nell'indurre la guarigione clinica con la scomparsa del *Campylobacter*. In aggiunta, utilizzando le stesse tecniche di indagine, gli stessi Autori hanno potuto dimostrare retrospettivamente la presenza del *Campylobacter jejuni* nella mucosa intestinale di 4 su 6 pazienti con sindrome immunoproliferativa intestinale diagnosticata in precedenza. Il *Campylobacter jejuni* è in grado di persistere a lungo nelle placche di Peyer, produrre una tossina che danneggia il DNA, stimolare la proliferazione di cloni di linfociti che secernono IgA e alla fine, se la stimolazione persiste, di indurre un clone che secerne catene alfa anziché Ig complete e che elude quindi i meccanismi di retroinibizione. Forse troppo difficile e troppo raro per essere utile. Ma certamente interessante.

Tappo di cerume al setaccio della Evidence Based Medicine. La soluzione fisiologica è efficace quanto altri preparati cerumolitici (docusato di sodio, trietanolamina-polipeptide) nel liberare l'orecchio esterno dal tappo di cerume che impedisce al pediatra la visione del timpano. È questa la conclusione di uno studio controllato in doppio cieco (Whatley VN, et al. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:1777-180), recentemente pubblicato con tanto di editoriale che enfatizza la correttezza dei metodi del lavoro (Lemon H, et al, pgg 1181-3). Appreziate anche voi (ma non è vietato sorridere).

Pudici è peggio. Una parte dei bambini (circa la metà) tendono a nascondersi al momento di evacuare nel pannolino. Secondo quanto conclude uno studio americano (Taubman B, et al. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:1190-2) questi bambini

avranno maggiore difficoltà ad accettare il vasino e saranno più frequentemente stitici e ritenzionisti di quelli che non hanno nessun problema a fare la cacca nel pannolino in presenza di altri. Lo studio non chiarisce se e come i genitori (che nello studio appartengono a livelli socioeconomici medio-alti) abbiano qualche responsabilità nell'indurre il cattivo rapporto del bambino con la sua evacuazione. Ma è difficile pensare che "vergognarsi di fare la cacca" sia un comportamento innato.

Sedentari anche da piccoli(ssimi).

L'obesità è un problema. Sì, anche nei bambini e negli adolescenti, l'obesità è un problema vero sia per rilevanza epidemiologica (tanto che si è parlato di una vera e propria epidemia: Reilly JJ, et al. *Lancet* 1999;354:1874-75), sia per i correlati clinici, sia per quello che ci sta dietro (uno stile di vita caratterizzato contemporaneamente dalla sedentarietà e dall'eccesso di assunzione calorica). Viene ora data evidenza che lo stile sedentario, con una misurabile riduzione della spesa energetica rispetto all'atteso, è rilevabile già in età precocissima. In pratica i bambini scozzesi di 3 e 5 anni spendono meno del 4% (20 minuti al giorno) del tempo in attività fisiche che comportano un significativo dispendio energetico. Un quinto dell'atteso in relazione all'assunzione calorica (Reilly JJ, et al. *Lancet* 2004; 363:211-12). L'editoriale (J Hill, pag 182) rinforza le raccomandazioni degli Autori affinché ci sia una maggiore attenzione nei programmi sanitari alla prevenzione dell'obesità e al miglioramento delle abitudini di vita. Programma non facile se si considera che i cibi belli dolci e calorici sono proprio quelli che vengono più attrattivamente proposti dalla pubblicità per "i nostri bambini". Ci viene comunque segnalata l'iniziativa partita negli Stati Uniti e intitolata "America on the Move" (<http://www.americaonthemove.org>): duemila passi al giorno in più, ci viene ricordato, ci farebbero risparmiare 100 calorie e altrettante potremmo guadagnarle rinunciando ogni giorno a qualcosa di facile come una bevanda zuccherata. Duecento calorie, sottolinea l'editoriale, che sono quelle che mediamente un inglese assume in più di quello che dovrebbe ogni giorno.