

La pagina gialla

a cura di Alessandro Ventura

Aiuti umanitari. La notizia è già circolata attraverso i "media", e non dovrebbe essere dimenticata. Uno studio, appena pubblicato su *Lancet* e condotto su 12.801 individui appartenenti a 1849 famiglie rappresentative di tutte le regioni dell'Iraq, permette di stimare che, dall'arrivo delle forze di pace (marzo 2003), sono morti 654.965 iracheni in più rispetto all'atteso. La quasi totalità dei casi di morte "inattesa" è dovuta a cause violente (601.027). Il numero dei morti a causa dell'intervento militare in Iraq corrisponde al 2,5% (sic!) di tutta la popolazione. In altri termini la mortalità per anno in Iraq è quasi triplicata, passando da 5,5 casi per mille al 13,3 per mille (Burnham G et al. *Lancet* 2006;368:1421-8). In un lucido e appassionato editoriale, Richard Horton, editor in chief del *Lancet*, sottolinea come la logica e i principi della politica estera dei vari Paesi dovrebbero urgentemente rifondarsi su principi improntati a garantire la sicurezza e i diritti umani piuttosto che quelli connessi con la sovranità nazionale (pagg. 1395-6).

Evidenze in rianimazione pediatrica. La domanda è: il trattamento corticosteroidico prima dell'estubazione previene il rischio di edema laringeo (e la necessità di essere reintubati) nei bambini che sono stati ventilati meccanicamente? La risposta che danno gli Autori della piccola meta-analisi pubblicata nella rubrica "Archimede" degli *Archives of Disease in Childhood* (Lukkassen MA, et al. 2006;91:791-3) è tutto sommato sì. Soprattutto se si tratta di neonati e di casi gravi (quei bambini che hanno avuto ripetute manipolazioni delle vie respiratorie o che erano stati intubati con molta difficoltà). Evidenza, dicono gli Autori, di grado B. Accontentiamoci.

Fluticasone nel trattamento dell'asma: est modus in rebus! È da un po' che si parla del possibile rischio di insufficienza corticosurrenalica grave in bambini trattati con alte dosi (> 400 mcg/die) di fluticasone per via inalatoria (Mahachokertwattana P, et al. *Arch Dis Child* 2004;89:1055-8). Ma alcuni colleghi scozzesi hanno

volutato tornare a bomba sull'argomento, anche perché "scottati" da due drammatici casi di loro osservazione: uno deceduto e l'altro gravemente sintomatico con edema cerebrale da iposodiemia durante una malattia febbrile, per una insufficienza surrenalica secondaria all'uso di fluticasone. Ebbene, questi Autori hanno richiamato tutti i bambini seguiti dal loro centro cui era stato prescritto il fluticasone a una dose superiore a 500 mcg/die e li hanno sottoposti a una valutazione della risposta surrenalica con carico di ACTH. Dei 194 bambini "richiamati", 6 (2,8%) avevano un carico "piatto" (e certamente rischiavano la vita a fronte di stress banali come le infezioni intercorrenti) e altri 82 (quasi la metà) avevano una risposta inadeguata. È chiaro dunque che, qualora proprio si dovesse ricorrere (ma non si dovrebbe!) a dosaggi così alti, i bambini in questione andrebbero attentamente seguiti con i test di funzionalità surrenalica e andrebbe comunque spiegato ai genitori (allegando anche un documento scritto per colleghi che eventualmente dovessero essere coinvolti in caso di emergenza) a quale rischio quei bambini stessi vanno incontro (Paton J, et al. *Arch Dis Child* 2006;91:808-13). Credetemi, è meglio semplificare le cose e accertarsi che i dosaggi usati siano ampiamente sotto la soglia del rischio (< 200 mcg/die).

Antibiotico nell'otite: chi, quando, perché. L'otite media acuta è la più frequente ragione di prescrizione di antibiotico in pediatria (tanto da essere considerata una delle condizioni che maggiormente contribuiscono a modificare l'ecologia delle

resistenze batteriche). L'utilità della terapia antibiotica in prima istanza nell'otite media acuta (sia per la prevenzione di complicazioni come la mastoidite o la meningite sia per migliorarne il decorso) non trova peraltro chiare evidenze in letteratura. Anzi, come più volte discusso e riportato sulle pagine di *Medico e Bambino*, esistono evidenze del contrario: che l'otite guarisce da sola, che certamente almeno sopra i due anni il decorso non è migliorato dall'uso dell'antibiotico, che nel contesto di una politica di vigile attesa concordata con i genitori l'antibiotico può essere risparmiato almeno in due terzi dei casi. La bella meta-analisi (che riguarda 6 studi per un numero complessivo di 1643 bambini), pubblicata su *Lancet* (Rovere MM et al. 2006;368:1429-35), giunge sull'argomento a conclusioni interessanti sul piano speculativo e utili per la pratica quotidiana: l'otite media acuta, trattata o no con l'antibiotico a qualsiasi età, guarisce da sola, in tempi variabili entro i 10 giorni, senza differenza di incidenza di complicazioni maggiori (per inciso nessun caso di mastoidite si è verificato nei 1643 bambini entrati nello studio). La pronta somministrazione dell'antibiotico sembra offrire un vantaggio certo in termini di persistenza della febbre e dell'otalgia oltre il 3° giorno solo nei bambini con otite media bilaterale a esordio sotto i due anni (NNT = 4) e in quelli con otite perforata (NNT = 3) (vedi Figura).

Lattante febbrile e diagnosi rapida di infezione da HHV6. L'infezione da HHV6 (sesta malattia) non è sempre facilmente riconoscibile. Di fatto

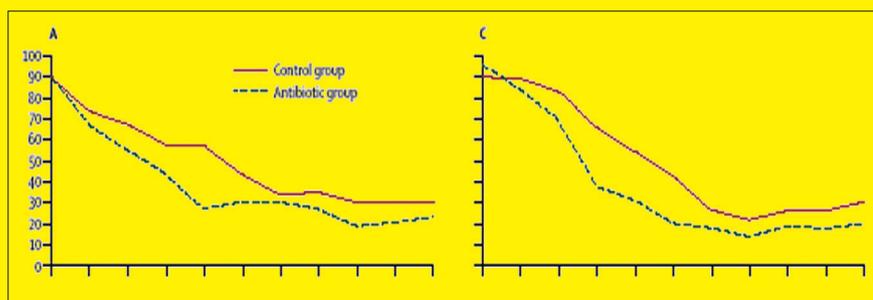


Figura. Persistenza di febbre e otalgia in bambini con otite bilaterale, di età inferiore a 2 anni (A) e con otorrea (C) in funzione dell'uso dell'antibiotico (da *Lancet* 2006;368:1429-35, modificata).

La pagina gialla

molti lattanti con questa infezione sono sottoposti, quando visti in Pronto Soccorso, ad accertamenti di vario tipo e anche a terapia antibiotica empirica. Uno studio americano suggerisce l'utilità di eseguire di routine il test rapido (PCR) per la diagnosi di viremia da HHV6 in tutti i lattanti febbrili che giungono al Pronto Soccorso. Utilizzando questo test, gli Autori hanno potuto dimostrare che l'HHV6 era in causa in 32 su 181 (18%) bambini di età inferiore a due anni, portati in Pronto Soccorso per febbre (e già questo ci sembra molto interessante). Un terzo dei bambini con viremia da HHV6 (siamo negli USA) sono stati ricoverati, un terzo ha ricevuto terapia antibiotica empirica, metà ha fatto una radiografia, qualcuno ha eseguito la rachicentesi, tutti interventi che potevano essere risparmiati, avendo a disposizione il risultato del test rapido per la diagnosi di sesta malattia (Zerr P et al. *J Pediatr* 2006;149:48-55).

Vaccino anti-pneumococcico: chi ce l'ha e chi l'attende. Uno studio caso-controllo svolto negli Stati Uniti ha confermato sul campo quello che già si sapeva: il vaccino anti-pneumococcico coniugato (quello 7-valente che comunque sarà sostituito da quello 9-valente) è efficace nel prevenire la malattia invasiva da pneumococco (batteriemia) nei bambini di età compresa tra 3 e 59 mesi (Withney C et al. *Lancet* 2006; 368:1495-502). Lo studio aggiunge peraltro qualcosa a quello che già si sapeva: lo schema a 4 somministrazioni (un richiamo dopo i 2 anni) è quello più efficace, il vaccino è efficace anche verso ceppi antibiotico-resistenti e verso un ceppo non contenuto nel vaccino (sierotipo 6A, parente stretto peraltro del sierotipo 6B che fa parte del vaccino stesso). Il bell'editoriale (O'Brien K, Lebin O) che accompagna l'articolo riprende il punto di sempre, quello che non dovremmo dimenticare mai: l'efficacia del vaccino è indiscussa, ma il problema è di farlo arrivare e di renderlo realmente somministrabile.

Obesità: a rischio il bambino che guarisce dalla leucemia. L'obesità

non risparmia i bambini guariti da tumore e risulta presente (sovrappeso e obesità messi insieme) nel 31% di una casistica di 441 casi di un Centro di Oncoematologia pediatrica canadese. Il rischio (non particolarmente differente in verità da quello atteso per gli adolescenti senza tumore) è significativamente aumentato per chi ha avuto la leucemia linfoblastica e si è ammalato tra i 6 e gli 11 anni. Solo il 2,7% dei bambini guariti da tumore risultano sottopeso dopo la guarigione (Nathan P et al. *J Pediatr* 2006;149: 518-25). L'attenzione al problema dell'eccesso dietetico va posta quindi non solo in generale ma anche nei bambini che curiamo per malattie croniche e gravi come i tumori. Quelle malattie che spingerebbero a fare il contrario.

Farmaci per il reflusso gastroesofageo. Il reflusso gastroesofageo è estremamente comune nell'infanzia. Anzi è un evento fisiologico, a meno che non si tratti dei (rari) casi in cui è causa di malattia secondaria (esofagite, ab ingestis ecc.). Si tratta di un problema sicuramente sovradimensionato nella popolazione generale (e probabilmente invece ancora troppo trascurato nei bambini con danno neurologico, dove costituisce un problema "vero" nella gran parte dei casi). La metoclopramide (farmaco da sempre utilizzato per la terapia del reflusso gastroesofageo) viene prescritta ogni anno a più di 12 milioni di bambini americani. Nonostante questo largo uso, la letteratura a supporto dell'efficacia della metoclopramide nella malattia da reflusso del bambino è piuttosto scarsa. Anzi è inconsistente, come dimostra la revisione sistematica (Hibbs AM, *Pediatrics* 2006;118:746-52) recentemente pubblicata, che prende in considerazione 11 studi prospettici e 5 studi randomizzati sul problema. Non se ne può ricavare nulla: casistiche poco numerose, criteri di selezione non univoci, conclusioni contraddittorie e una certa enfasi sulla possibilità dei ben noti effetti collaterali (reazioni diatoniche, iritabilità, sonnolenza ecc.) caratteriz-

zano gli studi presi in considerazione. Tant'è che le conclusioni dello studio, dopo 40 anni di uso del farmaco nella pratica, invitano a eseguire studi controllati e rigorosi. Qualora sia effettivamente presente una malattia da reflusso gastroesofageo (e noi pensiamo, torniamo a dirlo, praticamente solo ai nostri bambini con paralisi cerebrale) un farmaco realmente efficace sembra essere il baclofene, un agonista selettivo dei recettori B dell'acido gamma-idrossi-butyrico. Questo farmaco inibisce il rilassamento transitorio dello sfintere esofageo inferiore e accelera lo svuotamento gastrico e, almeno nello studio che vi segnaliamo, riduce effettivamente la frequenza di reflusso nei bambini con malattia da reflusso gastroesofageo (Omari T, *J Pediatr* 2006;149: 468-74).

Paralisi cerebrale in neonati a termine. L'incidenza della paralisi cerebrale non si è modificata nel tempo e rimane compresa tra l'1 e il 3 per mille nati. L'eziologia rimane non spiegata; nella maggior parte dei casi e tradizionalmente questa condizione viene classificata in base al fenotipo del disturbo motorio (emiplegia, tetraplegia, distonia ecc.). Metà dei casi sopravvengono in neonati a termine. Uno studio californiano su 377 casi (1.1 per mille nati) di paralisi cerebrale in neonati a termine (36 settimane di gestazione) indica come questi casi siano egualmente eterogenei sul piano della lesione cerebrale (infarto cerebrale 22%, malformazione cerebrale 14%, anomalia della sostanza bianca periventricolare 12%) di quelli nati pretermine. I fattori di rischio correlati alla paralisi cerebrale infantile in neonati a termine sono risultati l'età materna oltre 35 anni, la razza nera e il ritardo di crescita intrauterino, quest'ultimo associato significativamente alla leucomalacia periventricolare. Chi nasce di notte, tra i neonati con paralisi cerebrale, ha più frequentemente un'atrofia cerebrale diffusa, indicatore di un danno ipossico acuto generalizzato (Wu Y et al. *Pediatrics* 2006;118:690-7). Ognuno tiri le sue conclusioni.