



**ALLATTAMENTO AL SENO A PALERMO:  
RISULTATI PRELIMINARI DI UNA INDAGINE  
EPIDEMIOLOGICA IN PEDIATRIA DI BASE**  
D. Ferrara, Pediatra di Famiglia, AUSL 6, Palermo

**BREAST-FEEDING IN PALERMO: PRELIMINARY RESULTS OF AN  
EPIDEMIOLOGICAL SURVEY AMONGST FAMILY PAEDIATRICIANS**

**Key words**

Breast-feeding, Epidemiology

**Summary**

A questionnaire sent to 248 family paediatricians in the Province of Palermo allowed us to identify 3 variables having a significant positive impact on breast-feeding duration: start of breast-feeding during the first 6 hours of life, previous breast-feeding experiences and natural childbirth (vs. caesarean section). Not only pregnant women should be made aware of the importance of breast-feeding, but also health care operators.

**Premesse** - Precedenti ricerche hanno dimostrato una consistente variabilità nella nostra penisola del tasso degli allattati al seno; questo giustifica studi epidemiologici "locali".

**Scopo della ricerca** - Valutare la prevalenza all'avvio e la durata dell'allattamento al seno; esaminare le cause di mancato avvio o di precoce interruzione dell'allattamento materno, per guidare le strategie mirate all'ottimizzazione di questa pratica.

**Materiale e metodi** - Un questionario è stato inviato a tutti i 248 Pediatri di famiglia (PdF) della Provincia di Palermo, con la richiesta di compilarlo assieme ai genitori dei neonati. In 19 hanno compilato il questionario, che riguardava: la parità; le precedenti esperienze di allattamento, il tipo del parto (eutocico o operatorio), il tempo intercorso tra la nascita e la prima offerta del seno al neonato, il tipo di allattamento (naturale, misto, artificiale) alla dimissione, il livello economico-culturale della famiglia.

Su 509 neonati presi in carico dai 19 PdF che hanno accettato di partecipare alla ricerca, 248, al momento della dimissione, ricevevano latte materno esclusivo (210) o integrato con aggiunta di latte di formula (38).

**Risultati** - I bambini allattati al seno presentano alcune caratteristiche statisticamente significative:

- **Rapporto tra avvio e durata dell'allattamento al seno:** chi quadrato = 78,342 ( $p < 0,001$  altamente significativo); venivano quindi avviati e allattati al seno per più tempo i neonati, la cui prima suzione era avvenuta entro le prime 6 ore.
- **Rapporto tra parità e allattamento al seno:** chi quadrato = 27,313 ( $p < 0,001$  altamente significativo); venivano avviati e allattati al seno per più tempo i neonati da madri multipare con precedenti esperienze di allattamento rispetto a quelli da madri primipare.
- **Rapporto tra cesarizzazione e allattamento al seno:** chi quadrato = 13,33 ( $p < 0,02$  significativo); l'avvio e la durata dell'allattamento al seno sono rispettivamente meno frequenti e meno protratti nei bambini nati da parto cesareo.

Le successive interruzioni precoci dell'allattamento al seno sono state attribuite dalle madri alle seguenti cause: ipo-agalattia 208 (83,9%); rientro al lavoro 32 (12,9%); stress 6 (2,4%); motivi estetici 2 (0,8%).

**Conclusioni** - Il principale, tra i fattori modificabili che condizionano l'allattamento al seno, è l'attaccamento precoce (il cesareo, ancorché in genere effettuato in eccesso, va considerato un'indicazione medica verosimilmente non contrattabile). L'interruzione dell'allattamento è in pratica sempre attribuita a ipogalattia; ma poiché questa è "naturalmente" secondaria a fattori culturali, sociali o emotivi, tale affermazione è in sostanza tautologica e non contributiva. Un'acculturazione anticipatoria delle gravide, e una rieducazione professionale del personale di assistenza al parto e al puerperio (medici compresi), sembrano dover essere le strategie opportune per migliorare gli indici di allattamento al seno.



**EFFETTO DELLA SINGOLA DOSE  
DI CORTICOSTEROIDI SULLA FEBBRE  
NELLA TONSILLITE DA ADENOVIRUS**  
F. Panizon - Dip. di Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo,  
Università di Trieste

**EFFECT OF A SINGLE ADMINISTRATION OF CORTICOSTEROIDS  
ON FEVER CAUSED BY ADENOVIRUS INDUCED TONSILLITIS**

**Key words**

Corticosteroids, Adenovirus, Pharyngotonsillitis

**Summary**

In 8 consecutive patients with the clinical appearance of Adenovirus infection, a single administration of prednisone or betametasone stops the fever, in no more than 12 hours, regardless of the previous duration of the disease.

**Premessa** - La tonsillite da Adenovirus è caratterizzata da un quadro clinico e di laboratorio unico e praticamente non confondibile: 1) iperemia-ipertrofia tonsillare, spesso con essudato grigio, trasparente; 2) visibile interessamento dei linfonodi del collo; 3) a volte congiuntivite; 4) alti valori di neutrofili ( $> 10.000/\text{mmc}$ ), di pia-

strine ( $> 350.000/\text{mmc}$ ), di VES ( $> 50/\text{mmc}$ ), di PCR ( $> 5 \text{ mg/dl}$ ). La negatività del tampone faringeo per Streptococco beta-emolitico di gruppo A (SBA) può essere considerata necessaria per confermare la diagnosi.

La sindrome di Marshall o PFAPA è caratterizzata dalla ricorrenza di episodi clinicamente non dissimili da quello appena descritto, se si eccettua la frequente (ma non obbligatoria) coesistenza di stomatite aftosa. Una caratteristica della s. di Marshall è data dall'efficacia dei corticosteroidi in monodose, che appare in grado di interrompere l'episodio febbrile. Lo stesso effetto si osserva però nelle tonsilliti ricorrenti. Inoltre osservazioni personali non pubblicate ci avevano fatto riconoscere un identico effetto anche nelle tonsilliti da Adenovirus non ricorrenti. Con questa ricerca retrospettiva ci siamo proposti di dimostrare la validità di questa pratica.

**Materiale e metodi** - Abbiamo riveduto epicriticamente tutti i casi di tonsillite ricoverati nella Clinica Pediatrica di Trieste in 5 anni, tra il 1995 e il 1999. I casi non sono numerosi (23 in tutto), poiché la Clinica svolge una funzione di terzo livello. Di queste tonsilliti, 8 rispondevano ai seguenti requisiti: 1) iperemia-ipertrofia tonsillare, con o senza essudato, con tumefazione dolorabile dei linfonodi del collo; 2) febbre elevata,  $> 39^\circ$ , a puntate ripetute nella giornata; 3)

negatività del tampone faringeo per SBA e/o mancata risposta a un trattamento con beta-lattamine; 4) alterazione degli esami di laboratorio con neutrofili > 10.000/mmc, piastrine > 350.000/mmc, VES > 50, PCR > 5 mg/dl; 5) somministrazione di betametassone 0,1-0,15 mg/kg o di prednisone 1-1,5 mg/kg.

**Risultati** - La durata della febbre, dall'inizio al momento della somministrazione del farmaco, è variata da 2 a 4 giorni (2 giorni in 1 caso, 3 giorni in 6 casi, 4 giorni in 1 caso). In tutti la somministrazione del farmaco è stata seguita da uno sfebbramento quasi immediato, entro un intervallo che in nessun caso ha superato le 12 ore (< 6 ore in 6 casi, < 12 ore in 2 casi).

**Discussione** - Si tratta di uno studio retrospettivo, non controllato, impostato secondo una metodologia non convenzionale, su una casistica limitata, con tutti i limiti che questo può comportare sul piano dell'accettabilità scientifica. Tuttavia l'osservazione non sembra sprovvista di consistenza né di interesse. Da una parte, la tipi-

cità del quadro clinico rende difficile l'errore diagnostico sulla eziologia; dall'altra, l'assoluta costanza e prontezza del risultato, indifferentemente dalla durata della febbre, sembrano difficilmente spiegabili con la mera coincidenza.

L'effetto dei corticosteroidi nella tonsillite da Adenovirus è in parte simile a quello ben noto sulla mononucleosi (trattamento che però viene, di regola, giustamente evitato per non interferire nel delicato meccanismo immunologico del controllo della malattia).

L'osservazione ha una rilevanza concettuale molto più che una rilevanza pratica; ci dice che la sindrome febbrile dell'infezione da Adenovirus trova la sua ragione d'essere piuttosto in un tipo particolare di risposta che non nelle caratteristiche aggressive del virus. Ci dice inoltre che lo stesso tipo di reazione si osserva nella tonsillite isolata da Adenovirus, come nella tonsillite ricorrente da (o con) Adenovirus, come nella PFAPA. Opinione dell'Autore è che queste due ultime condizioni possano venire omologate, anche se questo non basta ad affermare che l'Adenovirus ne sia l'unico agente causale (o concausale).



#### UN CASO DI FEBBRE PERIODICA... UN ANNO DOPO; OVVERO: PFAPA + ADENOVIRUS + MICI

F. Sellitto, R. Rabuano, A.M. Basilicata

UO di Pediatria e Neonatologia, Ospedale Fatebenefratelli Sacro Cuore di Gesù, Benevento

#### A CASE OF PERIODIC FEVER... ONE YEAR AFTER; OR: PFAPA + ADENOVIRUS + IBD (INFLAMMATORY BOWEL DISEASE)

##### Key words

*Adenovirus, Pharyngotonsillitis, PFAPA, Inflammatory bowel disease*

##### Summary

*Description of a case of periodic Adenovirus-induced pharyngotonsillitis with a clinical picture similar to that of PFAPA (Periodic Fever with Aphthous Pharyngitis and Adenopathy), recovered after tonsillectomy, but apparently superposed to IBD, previously suspected, then diagnosed.*

**Il caso** - CC, dall'età di 3 anni, presenta da quasi un anno episodi, con cadenza mensile, di febbre alta (39°-40°), della durata di 4-5 gg, senza risposta agli antibiotici, ma sensibile agli anti-febbrili. Gli episodi si accompagnano a tonsillite, a linfadenomegalia latero-cervicale, e spesso, ma non obbligatoriamente, alla presenza di afte nel cavo orale. Prima di essere ricoverato nel nostro reparto (all'età di 6,5 anni), aveva avuto altri ricoveri, sia per affrontare il problema delle febbri ricorrenti, sia per un ascesso perianale all'età di 2 anni, peraltro risoltosi, sia per allergia alle proteine del latte vaccino e alla soia, sia per un severo episodio di orticaria e shock da allergia alle cefalosporine. Durante i ricoveri per febbre gli indici della flogosi (neutrofili, piastrine, PCR, VES) erano francamente elevati, per normalizzarsi nei periodi intervallari; la ricerca dello Streptococco beta-emolitico A (SBA) è negativa.

Al momento del ricovero presenta temperatura febbrile elevata, tonsillite follicolare, linfadenopatia angolo-mandibolare, e 3-4 elementi aftosi sulla mucosa orale. Il tampone faringeo è stavolta positivo per SBA, ma questo non basta, a nostro avviso, per re-interpretare gli episodi precedenti. Trattamento con amoxicillina+ acido clavulanico e dimissione con indicazione alla tonsillectomia. La nostra diagnosi descrittiva è stata quella di PFAPA. Avevamo allo-

ra considerato, per la diagnosi differenziale, sia la malattia di Crohn (ma l'ecografia dell'ultima ansa ileale era normale) sia la sindrome da iper-IgD (ma sia il livello di IgA sia quello di IgD erano normali) sia la malattia di Behçet (ma non vi erano ulcere genitali né alterazioni oculari né linfonodi addominali) sia la neutropenia ciclica (ma l'esame emocromocitometrico era sempre caratterizzato da neutrofilia).

CC viene operato nell'agosto del 2000. Il tessuto tonsillare viene coltivato e la coltura risulta positiva per l'Adenovirus. La tonsillectomia conclude la serie degli episodi tonsillari.

Ma verso la fine di novembre ricompare una fistola perianale. Il bambino viene ricoverato in un altro Ospedale, dove viene fatta una colonscopia con un esame istologico, caratterizzato dalla presenza nel corion di una infiltrazione cronica, costituito da linfociti, plasmacellule e scarsa proliferazione di polinucleati eosinofili.

**Il problema** - Il quadro descritto non differisce per nulla da quello identificato dalla sigla PFAPA. La presenza di Adenovirus nel tessuto tonsillare fuori malattia corrisponde a quanto già descritto per la sindrome delle tonsilliti ricorrenti. La compresenza di un ascesso anale recidivante e di un reperto istologico di colite cronica, non sufficientemente caratteristico da consentire una diagnosi certa, costringe a riconsiderare l'ipotesi, o quanto meno a porsi il problema della correlazione tra PFAPA e MICI.

**Il contributo** - Il caso ha due particolarità. La prima è relativa alla positività per Adenovirus della coltura del tessuto tonsillare, al di fuori dell'acuzie. Questo reperto è stato descritto nel 1998 per una situazione in tutto simile alla PFAPA, la tonsillite ricorrente non streptococcica, tanto da far ritenere che la persistenza cronica dell'Adenovirus costituisca non tanto un marker quanto il fattore eziopatogenetico centrale della sindrome.

La seconda peculiarità è data dalla compresenza di una colite cronica, con una storia suggestiva di m. di Crohn e con una istologia di colite non specifica. L'evoluzione della MICI sembra indipendente da quella della PFAPA: l'ha preceduta (ascesso perianale), e, a differenza di quella, non si è risolta dopo tonsillectomia. L'interpretazione più semplice è che entrambe le condizioni esprimano una disreattività del tessuto linfatico, sia a livello tonsillare che a livello intestinale.

#### Sommario on line

##### Appunti di terapia (a cura di G. Bartolozzi)

• Il trattamento del neonato con desametasone altera lo sviluppo della corteccia cerebrale • Un programma di vaccinazione accelerato aiuta a proteggere il neonato dalla SIDS

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

• L'asma. Parte prima

##### Pediatria per l'ospedale

• Iperbilirubinemia neonatale

##### Avanzi (a cura di G. Bartolozzi)

• Gli enterovirus e i virus coxsackie come causa di paralisi

flaccida, polio-simile • Uso dei telefoni cellulari e tumori del cervello • Un gatto in casa riduce il rischio di asma • Permetrina+cotrimossazolo: nuova cura per i pidocchi? • Vaccinazione con BCG ed equilibrio Th1/Th2 • Infezioni da *Mycoplasma pneumoniae* e risposte Th2 • Colite ulcerosa e appendicectomia • Efficacia del vaccino contro la varicella • Il sottotipo "adw" del virus dell'epatite B aumenta di 20 volte la lamivudina-resistenza • I ceppi europei di pneumococco sono gli stessi di quelli presenti in USA? Ovvvero il vaccino USA va bene per l'Europa?