

## ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli articoli inediti vanno inviati via e-mail a:  
[redazione@medicoebambino.com](mailto:redazione@medicoebambino.com)

Gli Autori si assumono la responsabilità dei contenuti scientifici della pubblicazione e sono tenuti a dichiarare la presenza o meno di qualsiasi forma di **conflitto di interesse** compilando l'apposito modulo.

I contributi vengono sottoposti a un processo di revisione anonimo. Il parere dei Revisori viene comunicato all'Autore assieme alle conclusioni. Il giudizio espresso riguarda l'interesse per il lettore, la leggibilità, la correttezza e l'appropriatezza delle informazioni contenute.

### STRUTTURA DEGLI ARTICOLI

Gli articoli devono avere una dimensione massima di 20.000 battute (3000 parole circa), bibliografia (con al massimo 40 referenze), abstract e box di approfondimento esclusi. Per la rubrica iconografica: 6000 battute al massimo (900 parole circa). Per i casi clinici contributivi: 13.000 battute al massimo (2000 parole circa). Le **Lettere** vengono, nella maggioranza dei casi, accettate e pubblicate quanto prima. Le dimensioni non devono superare le 3000 battute (500 parole), con al massimo 5 referenze.

### TUTTI GLI ARTICOLI DEVONO ESSERE CORREDATI DI:

- 1. Titolo** in italiano e in inglese.
- 2. Nome** per esteso, **cognome** e **qualifica** di tutti gli Autori (professione, Istituto di appartenenza).
- 3. Riassunto/Abstract** in italiano e in inglese (al massimo 2000 battute, pari a 300 parole circa). Nelle ricerche e nelle revisioni, l'abstract va strutturato in: Razionale (o Background), Obiettivi, Materiali e Metodi, Risultati, Conclusioni. Per i casi clinici contributivi l'abstract deve avere 1000 battute al massimo (150 parole circa).
- 4. Parole chiave** (da 3 a 5) in italiano e inglese.
- 5. Indirizzo e-mail** per la corrispondenza.
- 6. Figure e Tabelle** se opportune. Per le figure è necessaria la didascalia. Per le tabelle il titolo. Per entrambe il riferimento nel testo e, se opportuno, la fonte. Tutte le figure vanno inviate separate dal testo in formato digitale ad alta risoluzione. Immagini di qualità non idonea possono venir omesse, previa comunicazione all'Autore. Se fosse necessario pubblicare immagini riconoscibili del paziente, l'Autore deve richiedere il **consenso informato** alla pubblicazione al paziente o alla famiglia compilando l'apposito modulo.
- 7. Bibliografia:** va redatta in ordine di citazione (non alfabetico), secondo numerazione araba (1,2, ...). Il numero d'ordine di citazione va indicato in apice nel testo, senza ipertesto e senza parentesi. Gli Autori vanno citati tutti quando non superano il numero di 6. In caso contrario citare i primi 3, seguiti dall'abbreviazione *et al.* A seguire, nell'ordine, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'anno, il volume, il fascicolo, la prima e l'ultima pagina del testo e l'eventuale DOI. Il font da utilizzare è Times, grandezza 12, interlinea 1,5.

**Gli articoli non rispondenti ai requisiti verranno restituiti agli Autori prima di essere valutati.**

Tutti gli articoli pubblicati sono citabili e sono validi a tutti gli effetti come pubblicazioni.

Redazione di Medico e Bambino  
Via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste  
Tel 040 3728911 - Fax 040 7606590  
[redazione@medicoebambino.com](mailto:redazione@medicoebambino.com)

## Quiz di autovalutazione

La lettura di una Rivista medica è apprendimento attivo o passivo? Può essere l'uno o l'altro. PQRST è una ricetta per una lettura attiva. P STA PER PREVIEW (prelettura veloce, uno sguardo d'insieme al testo). Q STA PER QUESTION (cosa so già? cosa vorrei sapere?). R STA PER READ (lettura attenta). S STA PER STATE (bilancio delle conoscenze DOPO la lettura). T STA PER TEST (controllo, quiz). Vi proponiamo di testarvi con questi quiz PRIMA E DOPO. Se rispondete a 6 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 5 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

### SPECIALE QUIZ FOCUS:

#### LE MALATTIE DEMIELINIZZANTI

**1. Dopo una prima manifestazione di una malattia demielinizante (documentata dalla RM cerebrale), chiamata ADS, una volta escluse le principali diagnosi differenziali, la porzione dei pazienti pediatrici che evolve in sclerosi multipla (SM) varia, a seconda degli studi:**

- a)** Dal 5% al 25%; **b)** Dal 15% al 45%; **c)** Dal 30% al 60%; **d)** Evolve nella quasi totalità di casi.

**2. La diagnosi di SM si avvale dei criteri di McDonald del 2017 che prevedono la valutazione della caratterizzazione spaziale e temporale delle manifestazioni cliniche e/o neuroradiologiche. Nella disseminazione temporale tra i criteri previsti quale dei seguenti è errato?**

- a)** > 2 attacchi clinicamente evidenti distanziati di almeno 6 mesi; **b)** Una nuova lesione in T2 e/o lesioni captanti gadolinio in una RM successiva effettuata in qualsiasi momento dopo quella in *baseline* da usare come riferimento; **c)** Presenza simultanea in qualsiasi momento di lesioni asintomatiche captanti o non captanti gadolinio; **d)** Presenza di bande oligoclonali specifiche nel liquor.

**3. Nella SM con esordio in età pediatrica la presenza delle bande oligoclonali nel liquor:**

- a)** È sempre presente (oltre 90% dei casi); **b)** È presente in una percentuale che varia dal 40% al 70% dei casi a seconda delle casistiche; **c)** È quasi sempre assente (meno del 20% dei casi).

**4. Nella caratterizzazione clinica ed evolutiva della SM con esordio in età pediatrica-adolescenziale, quale delle seguenti affermazioni è corretta?**

- a)** I casi pediatrici con SM hanno in genere un esordio di malattia lieve e con prognosi sempre favorevole; **b)** I casi pediatrici con SM hanno in genere un esordio di malattia più aggressivo e disabilitante rispetto all'adulto; **c)** L'evoluzione clinica della SM con esordio pediatrico risente poco dei trattamenti farmacologici disponibili.

**5. Il trattamento in acuto della SM prevede l'uso, in prima istanza di:**

- a)** Corticosteroidi per via orale alla dose di 1-2 mg/kg di prednisone; **b)** Boli di metilprednisolone (20-30 mg/kg/die) per 3-5 giorni; **c)** Corticosteroidi sempre associati alla plasmaferesi; **d)** Interferone beta.

**6. Quale dei seguenti farmaci può essere previsto dopo il trattamento dell'episodio come *disease-modifying treatment* della SM?**

- a)** Corticosteroidi; **b)** Rituximab; **c)** Interferone beta o glatiramer acetato; **d)** Fingolimod; **e)** Dimetilfumarato; **f)** Tutti i precedenti; **g)** Sia le classi di farmaci c) che d) che e).

**7. L'ADEM (encefalomielite acuta demielinizante):**

- a)** È più frequente nell'adulto rispetto al bambino; **b)** Ha un decorso più frequentemente monofasico; **c)** Ha un decorso caratterizzato da frequenti recidive; **d)** Sia la risposta a) che c) sono corrette.

**8. Quale delle seguenti affermazioni non è corretta in merito alla caratterizzazione clinica della neurite ottica?**

- a)** Ha spesso come primo esordio il dolore oculare; **b)** I sintomi visivi possono essere preceduti dalla cefalea; **c)** L'alterazione della percezione dei colori (discromatopsia) non è mai presente e indirizza invece verso una patologia retinica; **d)** Può essere monolaterale o bilaterale.

**9. Nella neurite ottica l'analisi del fundus oculi è sempre diagnostica, in quanto permette di evidenziare i segni di flogosi della papilla ottica che sono sempre presenti**  
Vero/Falso

**10. Nelle malattie demielinizzanti con positività degli anticorpi anti-MOG (MOGAD):**

- a)** Il quadro clinico non si associa mai a un interessamento midollare (mielite trasversa); **b)** Non è quasi mai presente l'interessamento del nervo ottico; **c)** Può essere associato a un quadro clinico e di immagine ADEM-like; **d)** Non tende mai a recidivare.

**11. Quale delle seguenti forme di neurite ottica (ON) può beneficiare del trattamento con eculizumab?**

- a)** La sclerosi multipla (SM-ON); **b)** La forma con positività degli anticorpi anti-MOG (MOG-ON); **c)** Le forme idiopatiche (sieronegative) (SION); **d)** Le forme associate ad anticorpi anti-acquaporina 4 (AQP4-ON).

FOCUS 1=b; 2=a; 3=b; 4=b; 5=b; 6=g; 7=b; 8=c; 9=Falso; 10=c; 11=d.

## Risposte