

Professione medica 2011. A ogni specialista la sua denuncia.

Secondo un colossale studio appena pubblicato sul *New England (N Engl J Med 2011;365:629-36)*, ogni anno, negli ultimi 20 anni, il 7,4% dei medici americani ha avuto una denuncia per *malpractice* e l'1,6% ha dovuto risarcire in qualche modo il paziente. La probabilità di essere denunciati dal paziente varia da specialista a specialista: ogni anno vengono denunciati il 19,1% dei neurochirurghi, il 18,9% dei cardiocirurghi, il 15,3% dei chirurghi generali, il 5,2% dei medici di famiglia, il 3,1% dei pediatri e il 2,6% degli psichiatri. Nonostante i pediatri siano denunciati meno frequentemente, l'indennità media che riceve il paziente quando vince la causa contro un pediatra è tra le più alte (520.000 dollari). Nel complesso lo studio permette di stimare che prima di raggiungere l'età di 65 anni vengono denunciati dal paziente il 75% dei medici appartenenti a specialità "a basso rischio" (pediatria, psichiatria) e il 99% dei medici delle specialità ad alto rischio (chirurgia). Anche se la denuncia si tramuta in sentenza di condanna "solo" in un quarto dei casi i numeri impressionano non poco e ci domandiamo come fanno a fare il loro mestiere in scienza e coscienza i nostri colleghi americani. Ma state tranquilli! Con i proclami istigatorici contro la malasania italiana che ci sfrecciano a fianco lo capiremo presto.

Epatiti (B e C) nei tossicodipendenti.

Una revisione sistematica di 1125 studi ha fatto il punto sulla prevalenza dell'epatite C e dell'epatite B nei tossicodipendenti in 77 Paesi (Nelson PK, et al. *Lancet 2011;378:571-83*). Lo studio permette di stimare che la prevalenza dell'epatite C tra i tossicodipendenti sia mediamente superiore al 60%, con picchi superiori all'80% in 12 Paesi tra cui l'Italia (!). Più bassa invece la prevalenza dell'epatite B, che tra i tossicodipendenti si assesta tra il 5% e il 10% con picchi che superano comunque il 21% in 21 Paesi (tra cui gli USA e l'India). In termini assoluti lo studio permette di stimare l'esistenza nel mondo di circa dieci milioni di soggetti con epatite C e di 1,2 milioni di soggetti con epatite B correlata all'uso di

droghe. La maggior parte dei casi vivono negli USA, nei Paesi asiatici e nell'Europa dell'Est, ma in termini relativi la prevalenza dell'epatite virale tra i tossicodipendenti in Italia è tra le più elevate del mondo. A prescindere dall'età. Gli Autori sottolineano la necessità di rompere il pregiudizio e la discriminazione verso i tossicodipendenti e di fare in modo che anche questa categoria di pazienti abbia tempestivo accesso alla diagnosi e alla cura dell'epatite virale. Nell'editoriale che accompagna l'articolo (Amon JJ, pagg. 543-4) viene peraltro anche rimarcato come non si ci possa esimere dall'affrontare il problema all'origine, agendo in particolare sulle cause che portano alla tossicodipendenza. Che in termini assoluti, nel mondo, nasce principalmente dalla perdita dei diritti elementari, dall'oppressione, dalla detenzione arbitraria, dal lavoro forzato, dalla tortura, da ogni forma di abuso personale e sociale (Eliot R, et al. *Treatment or torture? Applying international human rights standard to drug detention centers*. <http://www.stoptortureinhealthcare.org/news-and-resources/detention-treatment/treatment-or-torture-applying-international-human-rights-standard>).

Parole magiche. Una metanalisi di 17 metanalisi e revisioni sistematiche riguardanti le terapie complementari e alternative in pediatria (comprensive tra le altre omeopatia, agopuntura, chiropratica, fitoterapia, ipnoterapia e massaggio yoga) conclude che non esiste alcuna evidenza di efficacia di queste pratiche se non quella (ma con molte riserve, riguardante la metodologia degli studi analizzati) per l'agopuntura nella nausea e nel vomito post-chirurgico (mi verrebbe da dire che "non l'ho mai visto" e quindi non so di che cosa si tratti) e per l'ipnoterapia nella prevenzione del dolore procedurale. Gli Autori sottolineano anche come la qualità metodologica di tutti gli studi che riguardano le terapie complementari e alternative sia piuttosto scadente e come in nessuno di questi studi vengano riportati gli effetti collaterali della terapia (Hunt K, et al. *Arch Dis Child 2011;96:769-77*). Nella presentazione dell'articolo, l'editorialista (Platt MW,

pagg. 701) rimarca come alcune parole continuino ad avere un potere magico ("se un intruglio di sostanze chimiche dall'effetto ignoto viene definito *erba* chiunque lo vede favorevolmente") e come sia in qualche modo sbalorditivo che, nell'epoca in cui al medico è richiesto il massimo rigore nel documentare la reale efficacia e sicurezza di ogni farmaco che prescrive (presente in commercio e passato al vaglio della sperimentazione), questo rigore non venga nemmeno lontanamente richiesto per la prescrizione di sostanze e terapie i cui effetti sono sostanzialmente ignoti e comunque mai sperimentati con lo stesso rigore richiesto per le odiate "medicine". È proprio così. E c'è anche il paradosso che né i media, né tantomeno gli utenti, avanzano mai denunce e reclami per malasania per effetti collaterali (anche gravi) quando in causa ci sono le terapie alternative o complementari: né quando abbiano causato danno diretto per la loro "tossicità", né quando abbiano causato danno indiretto per l'abbandono delle cure mediche.

Herpes genitale: non sempre è abuso.

L'infezione erpetica genitale in un bambino prepubere deve giustamente far nascere il sospetto dell'abuso. Peraltro, uno studio che ha compreso tutti i ventitre casi di herpes genitale diagnosticati nei bambini inglesi e irlandesi tra il 2007 e il 2009 (Reading R, et al. *Arch Dis Child 2011;96:752-7*) documenta come il problema sia molto raro (0,1 casi per 100.000/anno) e come nella maggior parte dei casi si tratti di un'infezione da herpes simplex tipo 1 (14/16 dei casi in cui l'infezione è stata confermata dalla coltura virale) (dato che di fatto esclude a priori il contagio genitale e che viene a confermare precedenti segnalazioni della letteratura: Reading R, et al. *Arch Dis Child 2007;92:608-13*). In sei casi (25%) sono stati attivati i servizi sociali e in tre di questi sono stati raccolti altri elementi suggestivi dell'abuso. Come dire: se vi trovate davanti a un bambino con herpes genitale il sospetto di abuso è giustificato, ma la probabilità è bassa, molto bassa, e bisogna muoversi con molta cautela, prima di tutto eseguendo un esame colturale.

Empiema pleurico. L'empima pleurico è una complicanza grave della polmonite batterica che comporta la necessità di un trattamento invasivo (drenaggio) e di un ricovero di regola prolungato. Si tratta di una patologia che interessa maggiormente il pediatra ospedaliero, ma merita l'attenzione di tutti i pediatri. La sua incidenza, infatti, verosimilmente come effetto della selezione e della diffusione di ceppi batterici invasivi dopo la diffusione della vaccinazione anti-pneumococcica epativalente, appare in significativo aumento in tutti i Paesi industrializzati (Desrumaux A, et al. *Arch Pediatr* 2007;14:1298-303; Roxburgh CS, et al. *Scott Med J* 2007;52:25-7; Munoz-Almagro C, et al. *Clin Infect Dis* 2008;46:174-82; Finley C, et al. *Can Respir J* 2008;15:85-9). Negli ultimi anni è stata molto discussa l'utilità della terapia fibrinolitica (iniezione intrapleurica di urochinasi o streptochinasi o di attivatore del plasminogeno tissutale t-PA) per facilitare il drenaggio del versamento purulento, accelerare la guarigione e ridurre la necessità di chirurgia (fibrinolisi toroscopia/decorticazione pleurica). Le evidenze della letteratura sono rimaste peraltro contraddittorie a questo proposito. Anzi una recente metanalisi ne nega l'utilità (Tokuda Y, et al. *Chest* 2006;129:783-90). Uno studio randomizzato controllato su una casistica di 193 soggetti adulti con empiema pleurico dimostra ora come l'aggiunta di DNAsi (*Pulmozyme*) (un farmaco capace di ridurre la viscosità del versamento data dall'accumulo di DNA dei leucociti e frequentemente utilizzato per questo nei soggetti fibrocistici) al fibrinolitico (t-PA) (due volte al dì per tre giorni) migliori significativamente il versamento pleurico (che risulta radiologicamente dimezzato rispetto al placebo) e la durata del ricovero (ridotta mediamente da 24 a 11 giorni). È ragionevole pensare, commentano gli Autori, che i due agenti agiscano in maniera sinergica, la DNAsi rendendo più fluida la raccolta, il fibrinolitico rompendo le briglie e facilitando la fuoriuscita del liquido dal drenaggio. Sta di fatto che l'efficacia terapeutica rispetto al placebo è stata verificata solo utilizzando l'associazione tra i due farmaci e non quando è stato utilizzato soltanto uno dei due (Rahman NM, et al. *N*

Engl J Med 2011;365:518-26). Chi opera in ospedale dovrebbe prendere atto operativamente di questo splendido studio.

Aggredire il diabete sul nascere.

Quella di utilizzare gli immunosoppressori (cortisone, ciclosporina, immunoglobuline endovena ad alte dosi) al momento della diagnosi al fine di bloccare la risposta autoimmune che ha dato origine al diabete insulino-dipendente non è un'idea nuova e certamente fino a ora i risultati erano stati assolutamente deludenti. Peraltro, uno studio su più di cinquecento soggetti diabetici diagnosticati da meno di tre mesi ha ora dimostrato che la somministrazione di un anticorpo monoclonale anti-CD3 (linfociti T) (*teplizumab*), in due cicli di 14 giorni distanziati di sei mesi, consente la remissione della malattia (e ovviamente l'astensione dall'insulina) nel 5% dei casi (cosa che invece non accade per nessun caso trattato col placebo). Certo bisogna trattarne 20 per avere un successo. Certo bisogna capire meglio per chi e perché il trattamento è efficace. Di certo non si può sperare che il successo sia definitivo. Ma è difficile non essere d'accordo con gli Autori: i risultati giustificano che vengano condotti ulteriori studi sull'argomento (Sherry N, et al. *Lancet* 2011;378:487-97).

Conferme a breve distanza di tempo: oligonucleotidi nella malattia di Duchenne.

Uno studio su 19 soggetti con distrofia muscolare di Duchenne, di età compresa tra 5 e 15 anni, conferma la parziale utilità della somministrazione di alcuni specifici oligonucleotidi nel ripristinare la trascrizione del gene mutato e l'espressione della distrofina a livello delle fibre muscolari (Cirak S, et al. *Lancet* 2011;378:595-605). L'effetto è risultato essere dose-dipendente e molto variabile da soggetto a soggetto. In sette dei diciannove pazienti si è ottenuta un'espressione della distrofina mediamente superiore al 15% del soggetto normale e in un soggetto le fibre distrofico-positive sono risultate, dopo il trattamento, pari al 55% del totale. Oltre all'aumento dell'espressione della distrofina, sono stati anche registrati una diminuzione della flogosi muscolare e un aumento di tutte le pro-

teine del complesso della distrofina (alfa-sarcoglicano, ossido nitrico sintefasi neuronale). Non sono stati registrati effetti collaterali sfavorevoli. Ne avevamo già parlato recentemente proprio sulla Pagina Gialla, citando uno studio pubblicato sul *N Engl J Med* (Goermans NM, et al. 2011;364:1513-22) che riporta risultati sostanzialmente analoghi, completati anche dall'evidenza di una implicazione favorevole del trattamento sul piano clinico (aumento della distanza percorsa in 6 minuti). È una conferma importante (suffragata anche dai positivi risultati clinici già riportati con la stessa terapia nell'animale da esperimento trattato a lungo termine: Wu B, et al. *Mol Ther* 2010;19:576-83) e che, come commentano gli Autori, impone l'attivazione di studi clinici randomizzati per comprendere la reale efficacia di questa "semplice" terapia molecolare nel ritardare l'evoluzione della malattia, specie se praticata a lungo termine e in età precoce.

Un bambino che pisciava latte.

È una storia che ha fatto impazzire i pediatri dell'ospedale di Pittsburgh e che sicuramente, se avessero saputo della possibilità, avrebbero portato ai casi indimenticabili di Vicenza. È la storia di un bambino di 5 anni che ha cominciato a fare la pipì bianca come il latte. Non c'era infezione, né chiluria, né alcuna alterazione all'ecografia delle vie urinarie. Il bambino stava benissimo. Se qualche goccia di urina rimaneva sui vestiti, lasciava una macchia crostosa. Lasciate sedimentare, le urine tornavano chiare, con un deposito di un materiale denso, costituito in larga misura da fosfato di calcio (Corner K. *J Pediatr* 2011;159:351). Abbiamo imparato che eccezionalmente l'iperocalciuria produce urine latte (albinuria). E abbiamo avuto conferma che se il bambino sta bene l'iperocalciuria va trattata semplicemente riducendo il sodio (e non il calcio!) nella dieta, senza fare altro. Si impara sempre dai casi indimenticabili. È per questo che non vediamo l'ora di incontrarci a Vicenza (Casi indimenticabili in pediatria ambulatoriale. Vicenza, 3 febbraio 2012) e che aspettiamo il vostro racconto. Una paginetta a mano libera, con la morale della favola (ventura@burlo.trieste.it).