



LE NUOVE LINEE GUIDA PER L'OTITE MEDIA ACUTA. UNO STUDIO NELL'AMBULATORIO DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA

Marolla F, Porro E
Pediatri di famiglia, Roma

Summary

70 children aged <6 months, suffering from acute tympanitis, consecutively referred to our practice, were treated in accordance with the Dutch guidelines by limiting the prescription of antibiotics to the most serious cases, or to those characterised by persistent intolerable symptoms, since the very beginning or 24 hours after or 3-5 days after. 68/70 were followed up for several months (2 of them eluded the follow-up).

Families were very favourable to a program limiting the use of antibiotics.

24 children were administered antibiotics (6 on the first day, 3 on the second day and 15 after the third day). Between the two groups, there was no difference in terms of results or relapses.

Scopo del lavoro

Il trattamento tradizionale dell'otite media acuta (OMA) è basato sull'uso dell'antibiotico. La letteratura più recente indica tuttavia da una parte la scarsa utilità di questa terapia rispetto al semplice controllo clinico e al trattamento sintomatico e dall'altra l'emergenza di ceppi resistenti di pneumococco, negli stessi bambini, oltre che nella popolazione generale, chiaramente secondaria all'uso eccessivamente largo dell'antibiotico. Le linee guida compilate in base all'evidenza, dopo una larga sperimentazione collettiva di un gruppo di pediatri olandesi, suggeriscono di limitare l'uso dell'antibiotico a casi selezionati. Scopo del presente lavoro è quello di valutare l'applicabilità di tali linee guida alla pratica ambulatoriale.

Materiali e metodi

Sono entrati nello studio 70 bambini pervenuti consecutivamente al nostro ambulatorio nel periodo 15/10/98 al 15/4/99, per OMA. Tutti i pazienti sono stati ricontrollati clinicamente o contattati telefonicamente, nel corso dell'episodio e al termine del periodo di osservazione. Due soli casi sono sfuggiti al follow-up ed escono

dallo studio. I criteri di ammissione sono stati: età > 6 m, febbre, pianto, otalgia persistente; ovvero febbre e iperemia con estroflessione o opacizzazione della membrana timpanica totale o localizzata ad alcuni quadranti, o otorrea; assenza di altra patologia infettiva acuta (p.e. broncopolmonite); non terapia antibiotica negli ultimi 15 gg.

I criteri per la prescrizione antibiotica sono stati quelli clinici di acuzie, entità della flogosi locale, sopportabilità.

Ai genitori dei bambini a cui non veniva somministrato subito l'antibiotico, venivano espone e illustrate le linee guida utilizzate, spiegandone le motivazioni e le conseguenze, e raccomandando il controllo in ambulatorio o il contatto telefonico tempestivo.

Risultati

Non c'è stata difficoltà a fare accettare le linee guida astensionistiche ai genitori dei nostri bambini; anzi abbiamo registrato una generale soddisfazione e partecipazione.

I bambini trattati con antibiotico sono stati 24 (36,7%). Di questi, 6 sono stati trattati subito; altri 3 dopo 24 ore, e i restanti 15 dopo 3-5 giorni. Tutti questi bambini sono caratterizzati da un'età consistentemente più bassa della media e da una maggiore acuzie e difficile sopportabilità dei segni clinici locali e generali.

Al di fuori di questa differenza, nessun'altra è stata trovata tra il gruppo dei trattati con antibiotico e quello dei non trattati, né prima della malattia, né nel follow-up (nel primo mese: 2 ricadute nel gruppo dei trattati, 3 nel gruppo dei non trattati; nel follow-up totale 9,8 ricadute/100 mesi-bambino nel gruppo dei trattati, 6,4 nel gruppo dei non trattati).

Discussione

Il nostro comportamento è stato molto flessibile, certamente più di quanto sia richiesto a una sperimentazione clinica randomizzata; ma il nostro scopo era solo quello di dimostrare la sostanziale fattibilità di un programma mirato all'astensione terapeutica. Personalmente abbiamo ricavato soddisfazione professionale dalla decisione di modificare le nostre abitudini terapeutiche e di introdurre una valutazione clinica quali-quantitativa nell'iter decisionale.

Table, illustrazioni e bibliografia on line.



LA FEBBRE PERIODICA (PFAPA)

Rabuano E, Basilicata AM, Sellitto F
UO di Pediatria e Neonatologia
Ospedale Fatebenefratelli, Benevento

Summary

Description of a case of recurrent temperature (every month), with follicular tonsillitis, satellite adenopathy, aphthas, absence of response to antibiotics, increase in inflammation indicators in the presence of temperature, negative results from the A-Streptococcus research.

Il caso

Canio C. è un bambino di 6 anni, di peso e statura normali, che, dal terzo anno di vita, presenta, a cadenza mensile, episodi di febbre, con tonsillofaringite e adenopatia laterocervicale, quasi sempre associata ad ulcerazioni endo-orali, e frequenti ricoveri per questo motivo. Durante gli episodi, il tampone faringeo è negativo per SBA, gli indici di flogosi sempre elevati. Ha presentato reazioni avverse al latte vaccino nel primo anno di vita e alle cefalosporine

(urticaria, lipotimia) in seguito; inoltre, è stato afflitto, per alcuni anni, da un accesso perianale.

Arriva, ancora una volta, con febbre alta, tonsillite follicolare (tampone positivo per SBA), afte endorali, adenopatia angolo-mandibolare. Neutrofili, VES, PCR elevati. Non contributivi i dati riguardanti le immunoglobuline, le sottopopolazioni linfocitarie, gli EMA.

Il problema

Il caso si presenta come banale (tonsilliti ricorrenti) ma con qualche peculiarità sospetta (regolarità e alta frequenza delle recidive, accesso perianale, alti segni di flogosi, non risposta alla terapia antibiotica). Un'ecografia addominale per linfonodi e studio dell'ultima ansa ileale (sospetto Crohn) è negativa. La terapia con amoxicillina + acido clavulanico non modifica il quadro, che si risolve spontaneamente. Gli indici di flogosi si normalizzano.

Il contributo

Facciamo una diagnosi clinica di PFAPA (Periodic Fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis, Adenitis) e consigliamo la tonsillectomia, che interrompe la sequenza ciclica delle ricadute.



RACHITISMO CARENZIALE: ESISTE ANCORA

Davanzo R, Luchina P, Ceschel S
 UO di Neonatologia e TIN, UO di Ortopedia,
 UO di Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Summary

Description of deficiency-related rickets in a black child aged 15 months, breast-fed, weaned without milk addition because of previous eczema. The signs were as follows: scarce height increase, delayed gait, cough, persistent bronchitis. The deficiency was due to the race as well as to inappropriate diet restrictions.

Il caso

Carlos, figlio di genitori angolani (alla nascita 4430 g; 53 cm, Apgar 8 >12), viene inviato a 15 mesi di vita dal pediatra curante per un ritardo della deambulazione. A 9 mesi gattonava, ma successivamente non aveva fatto significativi progressi, non riuscendo mai a stare in piedi senza appoggio, né a camminare.

Dall'anamnesi si ricava una storia di nutrizione imperfetta, per il timore di un eczema, comparso al primo mese di vita, scomparso mettendo la madre a dieta senza uova né latte, ricomparso poi dopo una interruzione della dieta, con prick test positivi per uova e per latte. Lo svezzamento è iniziato a 5 mesi, con minestre vegetali e frutta, rara aggiunta di carne, e nessuna aggiunta di uova o di latte. Il solo latte che Carlos riceveva era quello materno, sempre più scarso. Dalla fine del primo anno di vita il bambino presenta tosse persistente.

Statura 72 cm (<3° centile), peso 10,5 kg (25°-50° centile). Il piccolo non tiene la stazione eretta; il dorso è curvo con cifosi lombare, le ginocchia sono vare, i polsi ingrossati. Sono presenti rilievi

condro-costali, a rosario. All'ascoltazione del torace rantoli a medie bolle. La socializzazione, il linguaggio, la comprensione sono buoni. Il tono muscolare è ridotto, i ROT sono normali.

La diagnosi di rachitismo non è difficile. La calcemia è di 8,2 mg%ml; la fosforemia 3,2 mg%ml, la fosfatasi alcalina 1594 U/l. Il quadro radiologico delle metafisi mostra un allargamento a coppa tipico; lo score di Thacher delle ossa lunghe è 10.

Il trattamento calcio- vitaminico (1,1 milioni di U di vit D e 1 g/die di calcio gluconato e lattobionato) permette di migliorare rapidamente il quadro clinico, il quadro radiologico e le alterazioni di laboratorio. Tre mesi dopo il bambino corre, non tossisce più e le alterazioni scheletriche appaiono in parte corrette.

Il contributo

1. Il bambino è giunto alla nostra osservazione per un ritardo di deambulazione. In realtà la bassa statura, oltre alle deformità già presenti, avrebbe potuto orientare prima la diagnosi.

2. La precocità e la severità del quadro permettevano di porre la diagnosi di rachitismo carenziale (il rachitismo vitamino-resistente è meno grave e più tardivo).

3. La storia testimonia come il rischio di rachitismo carenziale nei Paesi occidentali sia per lo più limitato ai bambini di pelle nera. In questi una supplementazione vitaminica e una attenzione particolare all'apporto di calcio sono doverose.

4. La restrizione del latte per ipersensibilità è una nota causa di carenza calcica.

5. Il caso è anche un probabile esempio di bronchite rachitica, condizionata forse dalle deformazioni della gabbia toracica.

Illustrazioni e bibliografia on line.



ESANTEMA POST-FEBBRILE DA MERCURIO (del termometro)

Quarantiello F, Sarracco G, Ferro M, Cusano F
 UO di di Pediatria e Neonatologia,
 UO di Dermatologia, Ospedale Fatebenefratelli, Benevento

Summary

Description of a case of diffused itching rash. A patch test, which was carried out because of its affinity with contact dermatitis, showed a sensitivity to mercury organic and inorganic compounds. The child had inadvertently broken a thermometer. Such a sensitisation could be due to antiseptic organic preparations (dressings) and preservatives (milk-based ones).

Il caso

Mario, 6 anni, viene trattato a domicilio con cefaclor 40 mg/kg, per una tonsillite lacunare. Guarisce in due giorni. Al quarto giorno, compare un eritema intensamente pruriginoso, che si aggrava nei 3 giorni successivi.

Al settimo giorno viene ricoverato. È presente un esantema a chiazze, con margini sfumati, al tronco, al collo, alle palpebre e al terzo inferiore dei piedi. In questa sede l'eruzione è particolarmente intensa, con congestione, edema ed essudazione sierosa alle dita e agli spazi interdigitali.

Il problema

Il quadro era difficilmente compatibile con un esantema infettivo o con una reazione a farmaci. Per la somiglianza delle lesioni con la dermatite da contatto, è stata praticata una serie standard di patch test, integrata con alcuni derivati del mercurio, con netta positività di questi ultimi. L'anamnesi ha rivelato in effetti che il bambino aveva rotto un termometro.

La dermatite da contatto è espressione di un meccanismo cellulomediato. Particelle solide (polveri, resine) o vapori possono dare un contatto aero-mediato (*airborne contact dermatitis*). Una reazione sistemica può verificarsi se l'allergene è introdotto per via generale (iniettiva, alimentare, inalatoria). Nel caso in questione è probabile che si siano verificati sia un contatto diretto (piedi) che un contatto per via inalatoria (il mercurio è il più volatile di tutti i metalli ed emette vapori a temperatura ambiente) che, forse, una manifestazione sistemica da inalazione.

Il contributo

Il fenomeno della sensibilizzazione al mercurio in età pediatrica non è raro. È probabilmente dovuto all'uso di antisettici in epoca neonatale (merbromina) o alla presenza di etilmercurio salicilato (thimerosal, thiomersal) nei vaccini.

Tablelle, illustrazioni e bibliografia on line.

Presentato alle XIV Giornate pediatriche sannite, Telesse, 16/1/2000

Sommario on line

Percorsi Clinici

Ortopedia per il pediatra (a cura di G. Maranzana)
Gonalgia nell'età adolescenziale

Dermatologia per immagini (a cura di F. Longo)

Appunti di terapia (a cura di G. Bartolozzi)

•Le nuove cure dell'influenza: zanamivir e oseltamivir •Verso un nuovo vaccino (universale) contro l'influenza

Pediatria per l'Ospedale (a cura di G. Bartolozzi)

•Nuove "immagini" per vecchie malattie

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

•Le risposte della fase acuta

Avanzi (a cura di G. Bartolozzi)

•La prevenzione della pertosse con eritromicina nel neonato è causa di stenosi ipertrofica •Perché l'eritromicina induce nel neonato la stenosi ipertrofica del piloro? •Un carico di latte vaccino alle madri nutrici evoca risposte immuni in lattanti allergici al latte di mucca •Effetto dell'aggiunta di acidi grassi polinsaturi a lunga catena nella dieta del lattante •Gli spasmi affettivi e la loro cura con ferro •La caseina è anche nel salmone in commercio •La procalcitonina come indicatore dell'infezione •La prognosi dell'infezione da virus dell'epatite C è legata all'HLA