

Ittero tardivo e atresia delle vie biliari

In merito all'articolo pubblicato su *Medico e Bambino* (N.10/ 2002) "Il neonato dimesso precocemente", a pag 676 si legge: «N.B. L'altra causa di ittero tardivo, abbastanza rara ... ma grave e urgente ... è l'atresia delle vie biliari. Qui la bilirubinemia è diretta, e il criterio di allarme è molto semplice: lo scoloramento delle feci, giusto contrario di quanto avviene nell'ittero emolitico».

Credo che invece non sia così semplice, o almeno non stia in questi termini. Le feci ipocoliche o acoliche nell'atresia delle vie biliari non sono sempre presenti, poiché rappresentano un segno molto poco sensibile e specifico (pare <30%); pertanto, come segno non è per nulla affidabile. E molto più semplice, credo, essere indulgenti per gli itteri fino a due settimane (naturalmente con anamnesi ed esame obiettivo favorevoli) e attivarsi per quegli itteri che durano da oltre due settimane; per questi ultimi fare sempre tra le varie indagini di un protocollo di ittero persistente (oltre all'esame clinico, ipotesi diagnostiche ecc.) una bilirubinemia totale e frazionata.

Desidero un Vostro parere.

Antonio Criscuolo
Pediatra Ospedaliero, Patologia e Terapia
Intensiva Neonatale, OO.RR. S. Giovanni di
Dio e Ruggi D'Aragona, Salerno

Osservazione puntuale, di cui La ringraziamo. La colpa è nostra: il "Notabene" a cui si riferisce il dottor Criscuolo è un'aggiunta di Redazione che ci era sembrata doverosa per completezza, ma che, nella volontà o inevitabile brevità di un "Notabene" potrebbe essere mistificante (anche se poi il lettore attento non si lascia mistificare e il lettore disattento si dimentica di quel che ha letto).

In verità uno degli aspetti paradossali dell'ittero da atresia delle vie biliari è che l'acolia può essere incompleta o intermittente, e ancora più spesso non è rilevata dai genitori, e dunque dal medico. Giusto, quindi, che il vero segno di allarme, quello che richiama per primo l'attenzione, non è l'acolia, ma l'ittero, e giusto anche il fatto che la caratteristica principale dell'ittero in questione è di essere protratto, anzi a comparsa relativamente tardiva.

Vero è che (cito da G. Maggiore, Medico e Bambino 1999;18:157) «ogni ittero che si protrae oltre le due settimane di vita è un ittero patologico e necessita di una diagnosi appropriata». Diciamo che il pediatra non potrà limitarsi a dire che probabilmente è un ittero da latte materno e dimenticarsi di visitare il bambino (e guardare le feci,

no?). Continuo con la citazione di Maggiore: «la diagnosi di colestasi si basa su alcuni elementi clinici semplici. L'ittero si accompagna a feci parzialmente o totalmente decolorate (le feci del neonato sono normalmente di color giallo-oro), a urine colorate (abituamente le urine del neonato sono chiare e trasparenti) e al riscontro di una epatomegalia di grado variabile». Dunque le cose a cui deve guardare sono almeno tre, prima ancora di dosare la bilirubina frazionata.

F.P.

Tra il dire e il fare: I

Cari colleghi della Redazione,

avete più volte scritto, e anche nell'ultimo numero di "Novità in Pediatria pratica 2001-2002", che ormai i fermenti lattici sarebbero dimostratamente efficaci nella prevenzione della dermatite atopica del lattante, ma come bisognerebbe somministrarli, dosi e tempi?

Per fare un esempio, mi potrei aspettare dai fermenti lattici un miglioramento in un lattante che sia affetto da un eczema atopico di grado lieve, ben tollerabile, che non si è risolto con latte di soia e ha rifiutato l'idrolisato proteico (non erano manifestazioni tali da indurmi a insistere con l'idrolisato e poi, come ho letto da diversi allergologi, se l'eczema è lieve, tanto vale lasciarlo a dieta libera così si fa la sua "ITS").

Qualche tempo fa avete anche detto del benefico effetto di certi amidi contenuti nella maizena e nelle banane verdi sul riassorbimento di acqua a livello del colon, in modo da risolvere prima le diarree, ma come si prepara la maizena? E le banane verdi vanno consumate crude (credo siano un po' sgradevoli da crude) o cotte?

Scusate la banalità delle domande, ma serve anche questo.

Gaetano Musco, Pediatra di Famiglia
Gattinara (VC)

In verità sono andato a rivedere, per una risposta più puntuale alla lettera del dottor Musco, il fascicolo delle "Novità in Pediatria Pratica 2001-2002", e non ho trovato la citazione riferita, che tuttavia non intendo smentire nella sostanza. Certamente ne ho parlato, infatti, in diverse occasioni, e anche, un anno fa, sulle "Novità in Pediatria Pratica 2000-2001".

Cito testualmente quest'ultima fonte, visto che non è più freschissima, e visto anche che contiene già, almeno nel tono, una parte della risposta.

«Risultati interessanti, sia nella prevenzione che nella cura della dermatite atopica,

sono stati ottenuti utilizzando i probiotici. Gli studi in proposito derivano tutti da un solo gruppo di lavoro, e questo potrebbe limitarne l'attendibilità, ma hanno una loro coerenza e appaiono stimolanti e convincenti. L'effetto dei probiotici sarebbe ancora una volta quello di peptonizzare gli allergeni e presentarli in forma tollerogena al tessuto linfatico intestinale del GALT che modificherebbe la risposta immune locale liberando IL-10, molecola antiflogistica atta a promuovere la tolleranza. L'aggiunta alla dieta di Bifidobacter Bb12 o di Lactobacillus GG azzerava lo score della dermatite atopica resistente in bambini allattati al seno e dimezzava l'incidenza della dermatite atopica nei bambini ad alto rischio».

È difficile che l'autore di questa citazione (io) possa rispondere con cognizione di fatto su "uso e dosi", così come mi sembra difficile che il prof. Maggiore (non gliel'ho chiesto), autore di quell'altro articolo sul colon irritabile o diarrea cronica aspecifica (nel quale a sua volta citava non esperienze proprie ma di altri), possa rispondere su uso e dosi delle banane verdi e del maizena (il maizena, che è l'amido di mais, si può però acquistare al supermercato e in farmacia e, poiché è una farina come la crema di riso, un pediatra ne può senza grande paura di sbagliare indicare una concentrazione sensata).

Ma allora, forse, se non avevamo pronti "uso e dosi", se la notizia non era matura per il trasferimento alla realtà ambulatoriale, non dovevamo neanche pubblicare citazioni e articolo? Non potrebbe voler dire che si trattava di informazioni in qualche modo frivole?

Non è una domanda retorica né polemica: è una domanda che ha dietro di sé tante altre domande, che i responsabili di una rivista "di formazione e di aggiornamento" non possono non farsi.

Medico e Bambino a suo tempo (ma ancora oggi) si è presentato e vuole essere ancora non "la rivista del domani", ma "la rivista dell'avant'èri, cauta e critica nel filtrare il mercato dell'informazione: garante della qualità e della consistenza di quanto riporta. Ma qual è il limite che deve darsi, senza essere culturalmente arrogante in questo lavoro di filtrare e pesare? E fino a che limite può rischiare di impoverirsi, e di ripetersi all'infinito, di non stimolare il pensiero per limitarsi al fattuale, di annoiare per cercare l'essenzialità e la solidità, in un panorama in continuo movimento (forse, anzi certamente, almeno in parte, un movimento artificiale)? Qual è la distanza accettabile tra l'ipotesi di lavoro, la sperimentazione controllata e l'applicazione nella realtà quotidiana? È chiaro che non c'è una risposta già pronta, che la risposta va cercata ogni giorno, a ogni occasione, per ogni informazione, per ogni "articolo", e che

lo stare "nel giusto mezzo" (ma anche il "saper resistere") corrisponde esattamente il nostro dovere, anche se comporta uno sforzo molto maggiore di quanto possa apparire.

Sono stato troppo lungo? Anche qui, è difficile restare nel giusto mezzo. E può anche darsi che il dottor Musco concluda di non aver ricevuto una risposta.

F.P.

Tra il dire e il fare: II

Non crediamo che ogni pediatra informato nutra più dubbi sul fatto che la posizione supina nel sonno sia il più efficace (e il meno costoso) intervento di prevenzione primaria nei confronti della morte improvvisa del lattante (SIDS). Numerosi articoli anche in lingua italiana hanno diffuso questa informazione in modo capillare tra i medici. Le evidenze sull'efficacia di questo intervento sono così forti che anche alcune Regioni hanno finanziato un programma di ricerca finalizzata, denominato "Conoscere per Prevenire 6+1", di cui tutti abbiamo letto anche su *Medico e Bambino*: tra gli obiettivi c'è l'aumento del-

la frequenza dei bambini che dormono in culla in posizione supina.

Ma tra il dire, il conoscere, e il fare... c'è di mezzo il mare.

In Piemonte, da alcuni anni, viene distribuita ai genitori di tutti i neonati una "Agenda della Salute, dalla nascita all'adolescenza", edita dalla Regione. Una pagina è dedicata ai consigli di prevenzione primaria della SIDS: si spiega ai genitori che la posizione supina nel sonno e l'allattamento al seno sono fattori protettivi, mentre il fumo dei genitori e l'elevata temperatura degli ambienti domestici sono fattori di rischio. In un volume di 98 pagine però questi consigli sono riportati a pag. 94. Poche neonatologie spostano la pagina all'inizio del volume, dov'è più probabile che la puerpera li legga.

Ma la ridotta sensibilizzazione degli operatori si evince soprattutto dai risultati di un'indagine condotta presso i 36 punti nascita del Piemonte e della Valle d'Aosta sulla posizione supina nel sonno dei neonati. Sul totale dei 34.036 nati nell'anno 2000, il 49% dormiva supino (21 punti nascita), 45% supino o sul fianco (12 punti nascita), e 6% sul fianco (3 punti nascita). Le motivazioni di questi comportamenti era-

no la prevenzione della SIDS, in alcuni casi la prevenzione dell'aspirazione del rigurgito o le raccomandazioni "ufficiali" del Nido.

In realtà una morte improvvisa nei primi giorni di vita è evento rarissimo. Di gran lunga più importante è invece il messaggio che viene dato ai genitori: «Mi dicono e mi scrivono che mio figlio dovrebbe dormire sulla schiena, ma al Nido lo mettono a dormire sul fianco!». Il messaggio verbale, e non, ha molto più valore se la conoscenza parlata e scritta della lingua italiana è scarsa, come avviene per la maggior parte dei cittadini stranieri di recente immigrazione.

A questo proposito è stato recentemente riportato negli Stati Uniti che la posizione nel sonno al Nido (sommata a un intervento educativo sul personale infermieristico) presenta un'efficacia molto alta, facendo aumentare la frequenza della posizione supina del lattante a domicilio misurata a 2 settimane di via dal 42% al 75%.

I dati italiani sulla frequenza dei lattanti che dormono in culla in posizione supina sono molto scarsi. Nell'ASL 11 di Vercelli abbiamo intervistato nel gennaio-febbraio 2002 i genitori che accompagnavano i pro-

pri figli alle vaccinazioni obbligatorie. A 3 mesi di vita su 183 lattanti il 62,3% dormiva supino, il 30,6% sul fianco o supino, e il 7,1% in posizione prona.

Numerosi interventi "attivi" sono stati organizzati nel corso dell'anno. Il primo è stato l'informazione capillare del personale infermieristico dei Punti Nascita e delle Pediatrie. Si è poi deciso che a ogni dimissione neonatale, oltre a dare il messaggio di dormire sulla schiena, viene anche spiegato ai genitori questo consiglio.

Il secondo è stato l'informazione al personale che effettua le vaccinazioni: sono state organizzate due riunioni ed è stato distribuito materiale scritto.

La terza azione è stata l'organizzazione di una riunione con i pediatri di base e gli ospedalieri, invitando un relatore di fama (il dottor A. Donzelli) a parlare sull'argomento. In questa riunione si è stabilito che i pediatri, in occasione dei bilanci di salute, sistematicamente chiedano come dormiva il lattante e ribadiscano il consiglio di farlo dormire supino.

Per ultimo, in occasione della morte di un lattante di 3 mesi (che dormiva prono) per SIDS, vari giornalisti sono stati contattati e alcuni articoli sono stati pubblicati sui giornali locali, con il suggerimento di porre i lattanti a dormire in posizione supina.

L'efficacia di questi insistenti messaggi sarà monitorata nel tempo, avendo già programmato nella ASL 11 la stessa indagine in occasione delle vaccinazioni obbligatorie di gennaio-febbraio 2003.

Mario Cozzi, Andrea Guala, SOC Pediatria, PO SS. Pietro e Paolo, Borgosesia, ASL 11;
Guido Pastore, SOC Pediatria, PO S. Andrea, Vercelli, ASL 11;
Piero Bragazzi, SOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica, ASL 11;
Mauro Zaffaroni, Gianni Bona, Clinica Pediatrica dell'Università del Piemonte Orientale, Novara

Risposte fisiologiche a fisiologici bisogni

Caro prof. Panizon,

sono un vecchio pediatra; non esercito più da quattro anni, da quando ho compiuto i settanta. Ho seguito per 42 anni i bambini di Monza, con grande felicità professionale e umana, ma non me la sono sentita di continuare, perché, anche se leggo ancora avidamente *Medico e Bambino*, il mio subconscio mi ha impedito di alfabetizzarmi su Internet, e alla fine mi son sentito un po' fuori. Se non ho smesso prima è perché negli ultimi anni servivano sempre di meno le cure mediche e sempre di più la comprensione "psicologica" del bambino e dei suoi genitori.

Avrei voluto scrivervi da tempo per ringraziarvi di *Medico e Bambino*, dei Suoi editoriali e delle Sue risposte: oltre alla informazione che me ne veniva, mi ha sempre toccato lo spirito che li animava. Gli otomila abbonati, confortati, come lo sono stato io, dal suo invito a ragionare e ad amare, possono divenire agenti di conoscenza e di buon comportamento. Ma confesso che non Le scrivo solo per questo, ma piuttosto per un pensiero futile e un po' terra a terra che mi ronza nel cervello.

Mi sono improvvisamente accorto di quanto sia innaturale la posizione di defecazione che ha preso piede nel mondo occidentale con la diffusione del "water". In passato, ma ancora oggi per la maggior parte dell'umanità, la posizione "naturale" per la defecazione è quella accovacciata. La differenza tra le due posizioni è così rilevante da sembrarmi impossibile che sia senza effetto sulla funzione.

Avrei voluto fare un bell'esperimento in "doppio cieco", ma da solo, come il camminare sulle acque, non mi riesce ancora bene. Per di più, avendo io un alvo senza problemi, non ero il soggetto più adatto a dimostrare le differenze. Tuttavia (vedi l'ostinazione dei vecchi!) ho voluto provare un "controllo interno" e ho potuto constatare

(circa 500 volte in due anni) che il passaggio dalla posizione seduta a quella accovacciata produceva sempre uno svuotamento aggiuntivo. È evidente che la posizione accovacciata dispone il piano perineale nella maniera più favorevole. L'azione volontaria del torchio addominale diventa non necessaria. Sia il comando che l'esecuzione dell'atto riassumono il carattere semiautomatizzato che la natura aveva predisposto. Il water è troppo comodo, troppo elegante, troppo "igienico", troppo adatto a nascondere una cosa quasi vergognosa come le feci, per essere messo in discussione. Ma ricordare al pediatra che ha a che fare con un bambino in difficoltà evacuative per il passaggio dal pannolone al vasino e dal vasino al "water", che esiste un modo agevole e quasi involontario per scaricarsi rapidamente, può essere di una utilità almeno marginale, in questo tempo storico in cui sia le malattie "vere" sia la naturalità dei comportamenti si fanno sempre più lontani.

Giuseppe De Benedetti, Monza

Grazie delle parole gentili, e anche del pensiero sulla fisiologia della evacuazione, rivolto al pediatra del bambino volontariamente o involontariamente stitico. In effetti, tenendo conto della difficoltà di eliminare il water dalle case, si è soliti raccomandare, per i bambini che (sempre più tardi) vengono svezziati dal pannolone e che, per un desiderio di diventare adulti condiviso con i genitori, rifiutano il vasino (che è quasi un piccolo cesso alla turca), di predisporre due appoggi ben alti per i piedi ai lati del water. Potrebbero essere anche delle buone indicazioni per il "toilet training". Ma, francamente, non so quante volte queste raccomandazioni vengano effettivamente date, con quanta determinazione, né quanto queste raccomandazioni vengano ascoltate né quanto alti vengano predisposti gli appoggi artificiali in questione. Tra il dire e il fare...

F.P.

XIV CONGRESSO SOCIETÀ EUROPEA DI PEDIATRIA AMBULATORIALE (ESAP/SEPA)

Milano, 19-21 settembre 2003

- Qualità di vita del pediatra: come evitare il burn-out; Farmaci "Off label" in pediatria ambulatoriale; Information Technology
- Promozione della salute per bambini e adolescenti; Il counselling in pediatria ambulatoriale; Pediatri adolescenti e i media
- Lo sviluppo del linguaggio nell'infanzia; Schedula vaccinale europea; Lower respiratory tract infections; Otitis media
- Nuovi vaccini; Tendenze nell'organizzazione delle cure pediatriche in Europa
- Una carta europea per la pediatria ambulatoriale (Esap Ethics Committee)

Sede del congresso

Star Hotel Business Palace, Via Gaggia 3, 20139 Milan (Italy)

Organizzazione

Progetti di Congressi Studio, Piazzale S. Turr, 5 - Milano Tel +39023196951 Fax +390233604939 e-mail: info@congress-studio.it