

Casi indimenticabili. È aperta la raccolta dei casi da portare in discussione a Vicenza (Casi indimenticabili in Pediatria ambulatoriale, 6 febbraio 2004). Ogni lettore di *Medico e Bambino* è fortemente invitato a segnalarci il suo caso (una facciata sintetica; spedire a: ventura@burlo.trieste.it). Non perdetevi l'occasione!

Dove e perché muoiono 10 milioni di bambini ogni anno. Questo è il titolo del primo di una serie di cinque articoli usciti tra giugno e luglio sul *Lancet*, e che riguardano la sopravvivenza dei bambini nel mondo (Black RE, et al. *Lancet* 2003; 361:2226-34). Sì, è proprio così. Più di 10 milioni di bambini muoiono ogni anno nel mondo per cause prevenibili, soprattutto nei Paesi poveri. Sei Paesi bastano per segnare il 50% delle morti sotto i 5 anni, e 42 per il 90%. Le cause sono differenti tra un Paese e l'altro, e questo sottolinea come ci si debba occupare dell'epidemiologia locale piuttosto che di quella continentale. La malnutrizione è la causa sottostante più importante delle morti da causa prevenibile, in cui giocano la parte del leone la diarrea, la malaria, la polmonite e le cause neonatali. Conclude Sarah Venis nel breve editoriale di presentazione della serie (pag. 2172): «Noi speriamo che questa serie porterà a un dibattito su come sostenere la salute dei bambini senza creare nuove strutture burocratiche e senza provocare lotte politiche intestine.» (e-mail: debate@lancet.com)

Vaccinazione antipneumococcica nel bambino con otiti ricorrenti: pollice verso. L'Accademia Americana di Pediatria ha raccomandato l'immunizzazione con il vaccino coniugato eptavalente contro lo pneumococco per i bambini con otite media ricorrente o grave e nei bambini che hanno un tubino timpanostomico per otite media ricorrente. Questa raccomandazione si basa su due noti studi che dimostrano come il vaccino, somministrato in 4 dosi a lattanti sani, riduca di circa il 9% il numero di bam-

ni con otiti medie ricorrenti entro il secondo anno di vita, e di circa il 23% il numero di bambini con ricorrenza molto elevata (superiore a 5 episodi in sei mesi) (Black S, et al. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:187-95; Eskola J, et al. *N Engl J Med* 2001;344:403-9). Fino a oggi, peraltro, nessuno studio era stato eseguito per verificare l'efficacia del vaccino antipneumococcico nel ridurre il numero delle otiti in bambini più grandicelli che già hanno avuto episodi di otite acuta. Uno studio controllato che ha coinvolto 383 bambini di età compresa tra 1 e 7 anni e recentemente pubblicato su *Lancet* ci dice ora che una strategia vaccinale basata sull'iniziale somministrazione di due dosi di vaccino antipneumococcico coniugato eptavalente, seguita dalla somministrazione del vaccino 23-valente, non è efficace nel ridurre le ricorrenze di otite in bambini di 1-7 anni che già avevano avuto 2 o più episodi di otite media acuta (Veenhoven R, et al. *Lancet* 2003;361:2189-95). Il commento (Peltola H. *Lancet* 2002; 361:2170-1) è stringente: «Gli Stati Uniti hanno consigliato la vaccinazione universale nel 2000, ma tre anni più tardi il mondo non ha seguito la loro guida: questa reticenza deriva dall'alto costo e dalle riserve sul suo effetto nelle malattie delle mucose, come l'otite media acuta. Studi eseguiti in Finlandia, Stati Uniti, Israele e Germania confermano che l'effetto del vaccino eptavalente nel prevenire l'OMA è scarso (circa il 7%).»

È la volta buona? Non serve l'adrenalina aerosol nella bronchiolite. Uno studio australiano (randomizzato, controllato contro placebo), eseguito su 194 bambini con diagnosi di bronchiolite ed età inferiore a un anno, dimostra che la somministrazione di adrenalina per aerosol (tre dosi da 4 ml somministrate a distanza di 4 ore dopo l'accogliamento) non accorcia la durata del ricovero né mette i bambini anticipatamente in condizioni di essere dimessi. Anzi, in quelli che necessitano di ossigenoterapia e di reidra-

tazione parenterale la somministrazione di adrenalina sarebbe correlata a una più lenta guarigione. Gli Autori non hanno registrato alcun cambiamento della frequenza respiratoria e dello sforzo respiratorio dopo ogni singola somministrazione, mentre la frequenza cardiaca è sempre risultata accelerata. Forse non sarà neanche vero che l'adrenalina non serve proprio a niente nella bronchiolite. Certo è che, quando per un farmaco ci sono evidenze di efficacia così contraddittorie in letteratura (con quelle contrarie prevalenti), se c'è un effetto positivo, questo è probabilmente irrilevante. E allora è meglio non complicare le cose e fare solo l'essenziale. Che nei casi gravi di bronchiolite è solo acqua e ossigeno.

Fluticasone topico due volte alla settimana. La terapia della dermatite atopica è quanto di meno standardizzato esista in medicina. C'è di mezzo il credo (e la cultura) del medico (sempre la dieta, mai la dieta, tanti farmaci, pochi farmaci fino... all'omeopatia) e l'atteggiamento dei genitori (cortisofobia e ancora passione o no per l'"alternativo"). Certamente, anche quando ci si trovi tra medici e persone semplici (quelli cioè che agiscono e accettano l'intervento con gli steroidi topici), rimane spesso l'incertezza del cosa fare: trattare a lungo con applicazioni quotidiane di steroidi blandi o usare lo steroide topico solo dopo una franca ricaduta e mantenere la terapia con emollienti o altro ancora. Da molti anni l'atteggiamento di chi scrive è quello di suggerire (almeno nei casi di gravità medio-severa) una terapia intermittente "a scadenza precisa", per esempio applicando la crema steroidea due giorni consecutivi alla settimana comunque nelle aree che tendono a recidivare. Questa prassi ci ha dato di regola grande soddisfazione. E ancora più soddisfazione proviamo oggi nel leggere un bel l'articolo pubblicato sul *British Medical Journal* (Berth-Jones J. 2003;326:1367), in cui viene dimo-

strata l'efficacia dell'applicazione bisettimanale di crema al fluticasone propionato («sulle parti che tendono a recidivare») nel prevenire le ricadute di dermatite atopica dopo ottenuta la remissione con un appropriato uso quotidiano di creme steroidee. Certo, per convincere i genitori all'uso "preventivo" del "cortisone", dovrete spendere molte parole ma soprattutto dare delle regole che riguardano il controllo del consumo (per esempio un tubetto in un mese).

La prognosi a lunga distanza della sindrome di Guillain-Barré.

Sono stati studiati 47 bambini con sindrome di Guillain-Barré, dei quali 30 trattati con immunoglobuline in vena. Indipendentemente dal trattamento, il 23% dei bambini aveva una persistente ipotonia/stancabilità in almeno un gruppo muscolare, a distanza di almeno due anni dalla malattia: la prognosi è collegata alla giovane età ($p=0,03$) e alla rapida progressione della stanchezza ($p=0,03$) (Vajsar J, et al. *J Pediatr* 2003;142:305-9).

EGF (Epidermal Growth Factor) nella terapia topica della proctosigmoidite ulcerosa.

Ci deve essere più di un razionale per cui gli animali si leccano le ferite. E uno di questi è probabilmente il fatto che nella saliva è presente in alta concentrazione l'Epidermal Growth Factor (EGF), un fattore biologico che promuove la riparazione delle ferite cutanee e mucose. Questo fattore, la cui esistenza è nota dai primi anni Sessanta, è stato recentemente sperimentato nella terapia della proctosigmoidite ulcerosa e si è mostrato significativamente più efficace del placebo (Sinha A, et al. *N Engl J Med* 2003;349:350-8). È probabile che questa molecola agisca anche come antinfiammatorio e attivando a cascata altri fattori di crescita. È senz'altro una segnalazione interessante, ma che va verificata anche in termini di sicurezza (l'EGF potrebbe stimolare la proliferazione neoplastica). È comunque una vera novità (anche concettuale).

Kawasaki e addome acuto. Un bellissimo studio dei nostri amici padovani e fiorentini (Zulian F, et al. *J Pediatr* 2003;142:731-5) pone l'accento sui casi di malattia di Kawasaki che esordiscono con sintomi addominali severi. È questa una possibilità nota (in particolare per quanto riguarda la presentazione con l'idrope della colecisti e la colangite con ittero), ma i dieci casi descritti sono particolarmente interessanti per la loro gravità e per il fatto che hanno posto reali problemi di diagnosi differenziale con situazioni chirurgiche. L'età media di questi bambini (che rappresentano il 4,6% dei casi di malattia di Kawasaki osservati dagli Autori) è un po' più alta del consueto per la malattia (4,2 anni) e la loro prognosi, nonostante l'adeguato trattamento con gammaglobuline, non è stata buona (50% di aneurismi coronarici). I sintomi più comuni sono stati il dolore e la distensione addominale, il vomito, l'ittero e l'epatomegalia. Cinque casi hanno subito la laparotomia, uno è stato appendicectomizzato, uno è stato sottoposto a endoscopia per ematemesi, tre a drenaggio biliare. Segni incompleti di Kawasaki (febbre, esantema) erano presenti in 9 su 10. Negli ultimi anni abbiamo anche noi avuto modo di osservare tre bambini con Kawasaki a presentazione addominale (due colangiti, un'"appendicite") e, senz'altro, la storia di febbre ed esantema ci ha aiutato nella diagnosi. È quanto sottolineano anche gli Autori del lavoro.

Cortisone nella Kawasaki (con alcune reficenze).

La terapia corticosteroidica nella malattia di Kawasaki è stata in passato demonizzata (sembrava che favorisse un maggior rischio di complicazioni coronariche) ed è stata di recente riabilitata, almeno per i casi gravi dove le gammaglobuline endovenose falliscono. Una recente prova clinica controllata, con l'assegnazione a caso dei pazienti al gruppo trattato (21 casi) o al gruppo controllo (18 casi), è stata eseguita, confrontando i risultati in pazienti che ricevevano immunoglobuline

EV da sole con quelli ottenuti in pazienti trattati con immunoglobuline + corticosteroidi (Sundel RP, et al. *J Pediatr* 2003;142:611-6). È risultato evidente che con l'associazione immunoglobuline/corticosteroidi la febbre scompare più presto, si ha un ritorno al normale più veloce dei parametri dell'infiammazione e si accorcia il tempo di ospedalizzazione. Su queste basi gli Autori auspicano un allargamento dell'esperienza con una ricerca multicentrica, in doppio cieco, con placebo. Il commentatore (Shulman ST. *J Pediatr* 2003;142:601-3) è invece molto scettico: propone, in mancanza di ulteriori prove, che il trattamento con corticosteroidi non venga iniziato in prima battuta del trattamento, ma solo in quei casi nei quali il trattamento con immunoglobuline (magari ripetuto anche per 2-3 volte) abbia fallito; e aggiunge che il trattamento con immunoglobuline ha quasi sempre una risposta positiva.

Magnesio (aerosol) assieme al salbutamolo nell'asma acuto.

Il possibile effetto terapeutico del magnesio per via endovenosa nell'asma acuto è documentato da molti anni, ma il farmaco non è mai entrato nell'uso comune. Il meccanismo con cui il magnesio produce il rilassamento della muscolatura liscia non è noto ma è verosimilmente legato a una azione calcio-antagonista. Questa azione si esplica sulla muscolatura bronchiale anche per via topica. Un recente studio (Hughes R, et al. *Lancet* 2003; 2114-7) dimostra come l'aggiunta di magnesio al salbutamolo per via inalatoria migliori significativamente l'effetto broncodilatante del salbutamolo somministrato da solo. L'entusiasmo dell'editorialista (pag. 2095) sembra blando: ci rammenta come l'approccio standard all'asma acuto sia basato sull'uso del salbutamolo per via inalatoria, sui corticosteroidi sistemici e sull'ossigeno. I risultati riportati dagli Autori con il magnesio aerosol rimangono per ora solo un buono stimolo a studiare ancora il problema.