

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli **articoli inediti** vanno inviati via e-mail a:
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

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, un 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 7 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 6 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

AGGIORNAMENTO VASCULITI FACILI E DIFFICILI

1. La vasculite IgA (detta porpora di Schönlein-Henoch) può determinare un interessamento renale che si verifica dall'esordio dei sintomi:

- a)** Entro 2 mesi nel 90% dei casi; **b)** Entro 6 mesi nel 50% dei casi; **c)** Entro 12 mesi nel 70% dei casi.

2. Nella vasculite da IgA, anche in assenza di un interessamento renale nei primi mesi dall'esordio dei sintomi, i controlli dell'esame urine vanno eseguiti per almeno 2 anni Vero/Falso

3. Il trattamento della vasculite da IgA prevede:

- a)** Sempre l'uso degli steroidi al fine di prevenire le complicanze renali; **b)** L'uso degli steroidi in caso di importante interessamento intestinale e/o in caso di interessamento testicolare; **c)** Mai l'uso degli steroidi.

4. Nella vasculite da deficit di adenosina deaminasi (DADA2) quale delle seguenti affermazioni è errata?

- a)** Ha una trasmissione autosomica recessiva; **b)** L'età di esordio è tipicamente pediatrica; **c)** La cute è colpita in modo variabile con presenza di livedo reticularis, a volte noduli sottocutanei; **d)** Il trattamento con inibitori del TNF non è efficace.

5. La granulomatosi eosinofila con poliangioite (vasculite di Churg-Strauss) si caratterizza per quale dei seguenti sintomi/esami?

- a)** Asma bronchiale; **b)** Eosinofilia; **c)** Neuropatie; **d)** Alterazioni a livello dei seni paranasali; **e)** Tutte le precedenti; **f)** Tutte le precedenti tranne una.

6. Quale delle seguenti vasculiti si caratterizza peculiarmente per un possibile interessamento delle alte vie respiratorie (epistassi, condritte auricolare, sinusiti)?

- a)** La granulomatosi di Wegener; **b)** La poliangioite microscopica; **c)** La granulomatosi eosinofila con poliangioite.

7. La miocardite e l'ipereosinofilia sono tipi di quale delle seguenti vasculiti?

- a)** La granulomatosi di Wegener; **b)** La poliangioite microscopica; **c)** La granulomatosi eosinofila con poliangioite (vasculite di Churg-Strauss).

PERCORSI CLINICI VASCULITE CON EDEMA

8. L'edema acuto emorragico è una vasculite che riguarda più frequentemente i bambini di che fascia di età?

- a)** Dai 4 ai 24 mesi; **b)** Dai 2 ai 5 anni; **c)** dai 6 ai 10 anni; **d)** L'età adolescenziale.

9. L'edema acuto emorragico è una vasculite che nell'interessamento cutaneo riguarda

- a)** Sempre e in modo caratteristico il tronco; **b)** Gli arti inferiori (ma anche superiori), il viso e i padiglioni auricolari; **c)** Esclusivamente gli arti inferiori e superiori; **d)** Le mucose e diversi distretti cutanei.

10. L'edema acuto emorragico come caratteristica:

- a)** Tende quasi sempre a recidivare; **b)** Ha un'alta probabilità di interessamento renale; **c)** Non tende a recidivare e risparmia il rene.

ABC - PROVE COAGULATIVE NEL BAMBINO SANO

11. La causa di un aPTT allungato con PT normale in un bambino senza manifestazioni emorragiche può essere:

- a)** La presenza di LAC (lupus anticoagulante); **b)** La presenza di eparina; **c)** Il deficit di fattore XII; **d)** Tutti i precedenti.

12. Il deficit di vitamina K può determinare

- a)** Un allungamento dell'aPTT e del PT; **b)** Un allungamento dell'aPTT; **c)** Un allungamento del PT.

Risposte

AGGIORNAMENTO 1=a; 2= falso; 3=b; 4=d; 5=e; 6=a; 7=c; PERCORSI CLINICI 8=a; 9=b; 10=c; ABC 11=d; 12=c.