

QUESTO MESE IN LINEA

Le Pagine elettroniche di *Medico e Bambino* sono un nuovo ramo della Rivista, per allargare lo spazio di lettura (contiene una parte della rivista cartacea) per facilitare l'interazione (c'è una bacheca per la discussione) e specialmente per allargare lo spazio agli articoli originali di ricerca sul campo (ricerca in pediatria ambulatoriale, casi clinici).

- SOMMARIO Giugno
- PAGINA GIALLA Giugno
- PAGINA BIANCA Giugno
- L'ARTICOLO DEL MESE Diagnosi clinica di RVU
- @ CASI CLINICI CONTRIBUTIVI ▶
- @ RICERCA IN PEDIATRIA AMBULATORIALE ▶
- @ TRIBUNA PEDIATRICA (SIDS)
- @ CONVERSAZIONE IN FAMIGLIA

<http://www.medicobambino.com>

Medico e Bambino si apre, con qualche timidezza, e qualche perplessità, all'elettronica. Abbiamo scelto, con alcune varianti, il modello di Pediatric's. Pubblicheremo nelle pagine elettroniche anche una parte "calda" della Rivista cartacea: l'articolo del mese, scelto perché "nuovo", di ricerca o di proposta; la pagina gialla e la pagina bianca; infine il sommario del numero "in press".

Ma il cuore della rivista elettronica dovrebbe essere costituito da contributi originali, in tema di pediatria ambulatoriale. Questi lavori saranno sottoposti "in tempo reale" ad un gruppo qualificato di "referee", avranno dunque i crismi dei lavori accademici, per i quali ci sforzeremo di guadagnare (e dipenderà, come sempre, dalla qualità dei contributi) il miglior impact factor possibile e saranno pubblicati in estenso (compilati secondo regole redazionali che troverete in elettronica); l'abstract relativo verrà stampato su questa(e) pagina(e) verde(i), come nel modello qui accluso.

Un altro spazio delle pagine elettroniche sarà dedicato ai casi clinici "utili" (un caso, un'idea, una proposta), contributi che subiranno lo stesso trattamento editoriale. Infine, nelle pagine elettroniche, troverete più bacheche di discussione: discussione libera, discussione sui contributi originali, discussione sui casi clinici, e discussione sull'argomento del mese, per il quale vi proponiamo ancora la SIDS.

Vi chiediamo di aiutarci a partire. Crediamo che lo spazio illimitato che Internet ci concede possa essere occupato da idee, informazioni, esperienze che a loro volta troveranno spazio per crescere. Vi chiediamo contributi originali, vi chiediamo casi clinici, vi chiediamo suggerimenti.

Casi clinici contributivi

UNA TUBERCOLOSI ANTIBIOTICORESISTENTE TRATTATA CON GAMMA-INTERFERONE

Christine Salvatore, Clinica Pediatrica dell'Università di Trieste, IRCCS "Burlo Garofolo"

1. Il caso

Bambina di 6 mesi. Peso attuale 4500 g. Peso alla nascita 1520 g a 31 settimane di età gestazionale.

La madre, HIV negativa, è ammalata di tubercolosi cavitaria dal 1982. Inizialmente il micobatterio tubercolare (MTB) risultava farmaco-sensibile; successivamente è divenuto multi-farmaco-resistente (alla isoniazide, rifampicina, etambutolo, pirazinamide, streptomycin, oloxamicina). La piccola è stata separata dalla madre subito dopo la nascita, trattata con isoniazide x 2 mesi e poi vaccinata con BCG, al terzo mese. Poi ha convissuto di nuovo con la madre che era stata trovata ripetutamente non bacillifera.

A 5 mesi malattia respiratoria, con distress e ipo-saturazione, diagnosticata come bronchiolite. Tre settimane dopo nuovo episodio simile.

Ricovero. Desaturazione (88%); quadro di adenopatia ilare bilaterale (confirma TAC) e di miare polmonare. Mantoux: infiltrato di 11 mm. Ricerca del BK nel liquido di lavaggio gastrico negativa.

L'escreto della madre risulta positivo per MTB multiresistente. Radiologia: immagine cavitaria in corrispondenza del lobo superiore sinistro.

2. I problemi e le soluzioni

a) È veramente tubercolosi? Ci è sembrato che, malgrado il reperto dubbio della Mantoux e il mancato riscontro, non ci potessero essere dubbi seri sul fatto che si trattasse di una infezione da MTB (1,2).

b) Come trattare? Si è deciso di seguire i protocolli più recenti per la terapia di un MTB multi-farmaco-resistente: rifabutin, etionamide, morfazinamide, amikacina, azitromicina e corticosteroidi. La necessità di utilizzare antibiotici di seconda scelta, alcuni dei quali dotati di cross-resistenza e la cui efficacia nel caso specifico non era provata, ci ha suggerito di usare il gamma-interferone come farmaco d'appoggio.

Lo INF-gamma è risultato efficace in numerose malattie con granulomatosi, dalla CGD alla leishmaniosi, alla lebbra, alla malattia disseminata da MNTB nella leishmaniosi viscerale.

c) E la madre? La nostra scelta è stata quella di affrontare radicalmente il problema eliminando la caverna infetta mediante lobectomia.

3. I risultati

Di fatto, le cose sono andate bene. Il decorso è stato a lungo problematico, caratterizzato prevalentemente da una profonda inappetenza della bambina e dalla povertà della curva di crescita ponderale, che ha richiesto per alcune settimane la messa in atto di una nutrizione enterale.

Il quadro polmonare è però andato progressivamente migliorando e dopo 6 mesi di cura era normalizzato.

Bibliografia

Nelle pagine elettroniche

Ricerca in pediatria ambulatoriale

LA TONSILLITE RICORRENTE DA ADENOVIRUS: Osservazioni preliminari

Alfredo Mendoza e Franco Panizon, Clinica Pediatrica dell'Università di Trieste, IRCCS "Burlo Garofolo"

Scopo della ricerca

La tonsillite ricorrente, anche nella letteratura più recente, è intesa sempre come tonsillite streptococcica.

In realtà, noi riteniamo che si tratti di una costruzione ideologica, forse corrispondente a una realtà storica ma certamente non in grado di spiegare il presente. Di regola, ormai, né il riscontro di streptococchi in faringe durante la fase acuta (di regola negativo), né gli effetti della profilassi penicillinica (di regola inefficace) si adattano a questa costruzione. Viceversa, il quadro clinico tipico di questa condizione è identico a quello descritto per l'Adenovirus. Abbiamo cercato di ricostruire, sulla base di una ricerca retrospettiva, le caratteristiche clinico-eziologiche della tonsillite ricorrente come si presenta oggi.

Materiale e metodi

Abbiamo incluso nella casistica tutte le tonsilliti ricorrenti osservate negli ultimi 5 anni (febbre superiore a 39 x >3 gg, obiettività esclusivamente tonsillare molto manifesta, con risentimento ghiandolare, numero di ricadute >5/anno), osservate negli ultimi 5 anni in Clinica (casi 1-5) e in ambulatorio (casi 6-10); inoltre 3 casi (11-13) sottoposti a tonsillectomia per queste indicazioni e nei quali è stata effettuata, su materiale operatorio, la ricerca dell'Adenovirus in coltura.

Risultati

I dati principali anamnestici e di laboratorio concernenti questi casi sono esposti in Tabella. Si tratta di una casistica consistentemente omogenea per età, manifestazioni cliniche, esami di laboratorio e verosimilmente per eziologia. In 6 su 7 casi in cui è stato ricercato era presente

l'Adenovirus mentre la mancata risposta ai beta-lattamici e/o la negatività del tampone faringeo escludevano l'eziologia streptococcica.

La tonsillectomia ha chiuso, nei nostri casi, la serie delle recidive.

Conclusioni

Le tonsilliti ricorrenti costituiscono una sindrome caratteristica, sostanzialmente rara. I dati raccolti, e le loro caratteristiche cliniche suggeriscono che si tratti di una infezione persistente da Adenovirus, legata ad una mancata clearance virale.

Una ricerca prospettica multicentrica è necessaria per confermare queste conclusioni preliminari.

Età	Adenovirus	SBA	VES	PCR	Neuro	gg di febbre
4a	POS	NEG	109	N.E.	21.000	15
3a	NEG	NEG	N.E.	N.E.	N.E.	5
5a	POS	NEG	52	14,2% ml	12.000	3
2a	N.E.	NEG	48	2,6% ml	11.000	3
2a	POS	N.E. (ant)	65	17,9	8000	5
3a	N.E.	NEG	N.E.	N.E.	N.E.	3-7
4a	N.E.	NEG	103	6,6% ml	N.E.	4-7
2a	N.E.	NEG	N.E.	8,3	10.000	?
5a	N.E.	N.E.	88	6,5	9000	?
3a	NEG	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	5-8
5a	N.E.	NEG	N.E.	N.E.	N.E.	3-7
4a	POS	NEG	N.E.	N.E.	N.E.	5-7
6a	POS	NEG	102	9,9% ml	12.000	4-8
5a	POS	NEG	N.E.	N.E.	N.E.	?