

MICHELE PORRELLO

Divisione di Pediatria, Azienda Ospedaliera, Sciacca (AG)

C.V., un ragazzo di 10 anni, viene alla nostra osservazione a seguito della comparsa, da alcuni giorni, di dolore periombelicale.

Al momento del ricovero il bambino è apirettico, l'addome è trattabile, la peristalsi intestinale presente.

L'ombelico si presenta arrossato, edematoso e secernente materiale purulento (Figura 1).

Si apprezza, inoltre, una formazione dolente della grandezza di 3 cm in sede sotto-ombelicale.

Gli esami ematochimici evidenziavano: GB 10.800 (neu-

trofili 70%); VES 39; PCR 0,60. Esame urine: sangue +; leucociti: negativo. Una fistelografia ombelicale rileva la presenza di tragitto fistoloso a decorso verso il basso della lunghezza di 4 cm (Figura 2) mentre un'ecografia mostra un'area ovale iperdensa di 3 cm, sotto-ombelicale, aderente alla parete addominale anteriore.

Viene intrapresa terapia antibiotica con risoluzione della sintomatologia.

All'intervento per via laparoscopica si evidenzia un seno uracale che viene asportato.



Figura 1



Figura 2

## Le malformazioni dell'uraco

L'uraco rappresenta la parte intraembrionaria dell'allantoide che, nel feto, mette in comunicazione la vescica con il cordone ombelicale. Abitualmente l'uraco si oblitera totalmente dopo la nascita, formando il legamento ombelicale mediano, un cordone fibroso che si estende tra la sommità della vescica e l'ombelico. La anormale persistenza dell'uraco, totale o parziale, determina quattro tipi di malformazioni all'origine della patologia uracale: **1.** la fistola vescico-ombelicale, causata da una permeabilità conservata dell'uraco su tutto il suo tragitto; **2.** il seno ombelico-uracale, determinato da una permeabilità dell'uraco nel suo segmento superiore; **3.** il diverticolo vescico-uracale, costituito da una permeabilità dell'uraco nella sua parte mediana, allorché le due sue estremità sono obliterate; **4.** le cisti dell'uraco, la cui posizione lungo il decorso dell'uraco è molto variabile e che possono drenare ad intermittenza verso la vescica o verso l'ombelico<sup>1,2,3</sup>.

Le malformazioni uracali si possono associare ad altre anomalie del tratto urinario quali il reflusso vescico-ureterale e lesioni ostruttive ureterali<sup>4,5</sup>; esse inoltre possono

essere il punto di partenza di carcinomi uracali, in particolare dopo episodi di flogosi recidivanti<sup>6</sup>.

Il trattamento di tali malformazioni è di tipo chirurgico.

### Bibliografia

1. Blichert-Toft M, Koch F, Nielsen OV: Congenital patent urachus and acquired variants. *Acta Chir Scand* 137, 807-14, 1971.
2. Blichert-Toft M, Koch F, Nielsen OV: Anatomic variants of the urachus related to clinical appearance and surgical treatment of urachal lesions. *Surg Gynecol Obstet* 137, 51, 1973.
3. Duckett JW, Caldamone AA: Bladder and urachus. *Clin Pediatr Urol*, Philadelphia, W.B. Saunders Company, Vol 2, chap 18, 726-748, 1985.
4. Newman BM, Karp MP, Jewett TC, Cooney DR: Advances in the management of infected urachal cysts. *J Pediatr Surg* 21, 1051-1054, 1986.
5. Rich RH, Hardy BE, Filler RM: Surgery for anomalies of the urachus. *J Pediatr Surg* 18, 370-372, 1983.
6. Gill HS, Dhillon HK, Wodhouse CRJ: Adenocarcinoma of the urinary bladder. *Br J Urol* 64, 138-142, 1989.

Regione Basilicata - Assessorato Sicurezza Sociale  
Azienda Sanitaria Locale n. 4 di Matera  
Associazione Culturale Pediatri - sez. Puglia, Basilicata

## LA PEDIATRIA DI COMUNITÀ

Matera, 10 gennaio 1998

Aula della sede ASL n. 4, via Montescaglioso

### Programma

Saluto di benvenuto e introduzione dell'Assessore Regionale alla Sicurezza Sociale e del Direttore Generale dell'ASL n. 4

La pediatria di comunità, oggi - *Biasini* (Cesena)

Metodologia epidemiologica: un esempio, gli screening - *Baronci* (Lecco)

Vaccinare: chi, come, quando - *Farneti* (Cesena)

Fare meglio con meno: promuovere l'allattamento al seno - *Conti Nibali* (Messina)

L'adolescente nel territorio: tra sociale e sanitario - *Perri, Bruni* (Lamezia Terme)

Il lavoro in rete: la presa in carico dei bambini con problemi cronici - *Ciotti* (Cesena)

L'educazione sanitaria: valutare, per credere - *Alfieri* (Bergamo)

## ECOSISTEMI, EMIGRAZIONE E MALATTIE

THE ROLE OF COCKROACH ALLERGY AND EXPOSURE TO COCKROACH ALLERGEN IN CAUSING MORBIDITY AMONG INNER-CITY CHILDREN WITH ASTHMA

ROSENSTREICH DL, EGGLESTON P, KATTAN M ET AL  
*NEJM* 336, 1356, 1997

Stati Uniti, Massachusetts: 476 bambini con asma sono stati raccolti in 8 aree urbane, e sono stati studiati per cutipositività e sieropositività per allergeni ambientali: l'allergene maggiore per le blatte (cockroach vuol dire scarafaggio) Bla g1; per dermatofagoide, Der f1 e Der f2; per gatto, Fel d1. L'allergia alle blatte è risultata la più importante delle 3, non solo in termini quantitativi, ma anche in termini qualitativi. I pazienti con allergia allo scarafaggio hanno avuto una incidenza di ricoveri/anno pari a 0,37 (contro 0,11 per gli altri 2 allergeni) e 2,56 visite/anno (contro 1,43), più assenze da scuola, più notti in bianco e così via. La presenza di livelli significativi di allergeni nei relativi ambienti domestici è dell'85% per gli scarafaggi, del 62% per il gatto e del 49% per il dermatofagoide; queste differenze sono ancora maggiori per la stanza da letto, con un 50,2% di alti livelli dell'antigene scarafaggio, 12,6% dell'antigene gatto e 9,7% dell'antigene dermatofagoide.

### Commento

*Siamo forse alle soglie di una piccola rivoluzione culturale: il dermatofagoide non è più l'unico grande allergene ambientale, l'unico grande allergene responsabile di asma cronico; il gatto stava già insidiando questo ruolo di leadership dell'acaro, e adesso un outsider, lo scarafaggio balza il testa alla classifica. Potrebbe anche non essere vero; potrebbe essere solamente che l'allergene Bla g1 non sia un vero protagonista ma solo il marker di un basso livello economico, di una scadente igiene ambientale, fatto sta che la sola positività all'allergene e la sola presenza di alti livelli ambientali di Bla g1 non bastano a produrre un'elevata frequenza e gravità di asma; ma occorrono tutti e due: alta esposizione ambientale e siero e/o cutipositività.*

*Il problema ha un addentellato epidemiologico che in parte trascende il mero significato clinico, e che riguarda anche aspetti macroepidemiologici e differenze interetniche e culturali, di grande interesse, che possono avere a che fare, almeno in parte, col formidabile aumento dell'asma negli ultimi anni, e con la sua trasformazione da malattia acuta stagionale a malattia cronica perenne. Come si sa, una delle cause di questo aumento è stata, ipoteticamente, identificata col minor numero di parassiti ("switch" delle IgE dalla sensibilizzazione per macroparassiti, scomparsi, verso gli inalanti ambientali); un'altra, più recentemente, con il minor numero di malattie acute, e forse con l'eccesso di vaccinazioni ("switch" dall'attivazione TH1 all'attivazione TH2); un'altra ancora con l'inquinamento del macroambiente (prodotti di combustione degli idrocarburi, specie della nafta). Un'altra, quella che i dati di cui sopra sembrano essere spia, è rappresentata dalla vita "chiusa". La casa (e anche la scuola) rappresenta il luogo di vita dei bambini-ragazzi-adulti, mentre 50 anni fa la vita si svolgeva prevalentemente all'aria, nella strada, nei campi, sulle spiagge. La casa, a sua volta, è sempre più riscaldata, più chiusa (i serramenti "tengono"), più "nido". La prevalenza dell'asma nell'Africa nera è inferiore allo 0,5% (da noi arriva almeno al 10%, fino al 40% nella popolazione generale); nei neri d'America è alquanto superiore alla prevalenza nella razza bianca. Ecco dunque che l'immigrato aggiunge al carattere genetico negativo (probabilmente non selezionato negativamente dalla costituzione atopica, che è vantaggiosa nella difesa dagli acari) una situazione ambientale scadente per piccolezza, affollamento, sporcizia, presenza di blatte, umidità.*

*Carattere comune ai tre allergeni è il peso molecolare, tra 10.000 e 50.000; carattere comune al Bla g1 e al Der f1 è il fatto di essere una proteinasi, in sostanza un enzima digestivo alimentare; tutti i tre allergeni sono potenti, in grado di produrre un'attivazione TH2 e IgE.*

## PUERICULTURA E MORTE IMPROVVISA DEL LATTANTE: UNA VISIONE TRANSCULTURALE

PRATIQUES DE PUERICULTURE ET MORT SUBITE DU NOURISSON: UN ECLAIRAGE TRANSCULTUREL

MESSER J, STORK HE  
*Archives de Pédiatrie* 4, 3, 1997

Nulla di nuovo su questo fronte: negli anni '70 fino a tutti gli anni '90, dagli Stati Uniti, modello di modernità e spirito libero, si è diffusa nel mondo l'abitudine al sonno dei lattanti a pancia in giù (procubito); un'abitudine senza precedenti nella storia dell'uomo di ogni cultura, "inventata" sull'idea che i bambini dormano più tranquilli, che crescano più attenti all'ambiente (!) e più autonomi (perché si devono tirar su faticosamente per guardare il mondo), che non vengano soffocati dal reflusso gastro-esofageo; ma, metà degli anni '80, Sénécal e collaboratori si sono convinti e hanno progressivamente convinto il mondo che questa posizione è una posizione mortale; che l'80% dei bambini che muoiono, muoiono a pancia in giù, che con una campagna per rimetterli a pancia in su ("back to sleep") la SIDS si riduce di almeno il 50% (ma anche del 75%). Come per l'asma, anche la SIDS sembra colpire molto di più le popolazioni occidentali che quelle "povere"; come per l'asma, però, sono specialmente le popolazioni povere immigrate che forniscono le vittime sacrificali a questa che è la patologia mortale maggiore del primo anno di vita. Le culture deboli sono ulteriormente indebolite dalla immigrazione: assumono le abitudini degli "ospiti", non adatte alla loro cultura. Aggiungono dunque il procubito alla povertà, al fumo, all'alcol, al soprariscaldamento, al basso peso alla nascita, tutte condizioni che per loro conto facilitano la SIDS; così accade che, mentre nelle popolazioni non occidentali che fanno ancora una vita primitiva la mortalità per SIDS è ancora molto bassa, i neri d'America e gli aborigeni d'Australia (questi non emigrati, ma colonizzati da immigrati con cultura europea) sono i soggetti che muoiono di più di SIDS; e che la mortalità per SIDS in queste popolazioni è tanto più frequente quanto più antica è la mescolanza etnico-culturale.

In tutto questo si inserisce una nuova (vecchia) problematica: quella della condivisione del letto (bed-sharing) o della condivisione della stanza in cui i genitori e i figli dormono. Le popolazioni orientali, a differenza di quelle africane o orientali, hanno uno stile culturale "distale", per cui il bambino è poco toccato, poco tenuto in grembo, tenuto in una situazione ambientale "igienicamente" e affettivamente separata; mentre altre culture hanno uno stile "prossimale", con bambino tenuto sulla schiena di giorno e attaccato alla mamma di notte, al centro di una famiglia allargata che lo consola nel pianto e che se lo passa di mano in mano.

Il bambino che vive vicino alla mamma dorme diversamente; ha un sonno più leggero, con risvegli frequenti senza pianto, si attacca spesso al seno; così come la mamma, che tiene un sonno più vigile, in inconsapevole allarme; e questo è in qualche misura vero se il bambino dorme, anziché con la mamma, coi suoi fratelli o con altri familiari. Questa convivenza non solo lo protegge dalla morte improvvisa (che è abbassata dal "dormire insieme", anche se non necessariamente nello stesso letto, e a patto che qualcuno non fumi) ma costituisce una continua carezzevole stimolazione e rassicurazione positiva per la crescita della persona e della sua socializzazione.