

La pagina gialla

a cura di Alessandro Ventura

Sindrome della varicella congenita: 1, 2...e anche 3.

La sindrome della varicella congenita è caratterizzata principalmente da danno neurologico, microftalmia, mancato sviluppo degli arti e manifestazioni cutanee, ma anche altri apparati possono essere interessati. Come recentemente riportato da una revisione della letteratura (Koren, et al. *Can Fam Physician* 2003;49:1445-46), il rischio sembrava riguardare solo il primo e secondo trimestre della gravidanza (0,7% e 2% dei casi rispettivamente). Ma, certamente, appariva strano che un virus capace di attaccare il feto e il neonato non fosse capace di virulenza nell'ultimo trimestre di gravidanza che, tra l'altro, è proprio il periodo in cui la madre rischia, se viene infettata, viremie più elevate e una malattia più grave proprio in ragione del crescere dell'immunodepressione "fisiologica" con l'avanzare della gravidanza. Un editoriale di *Lancet* (Loren G, 2005;366:1591-2) riporta che una revisione della letteratura ha potuto identificare 9 casi di sindrome della varicella congenita acquisita per infezione materna tra la 21ª e 28ª settimana. In otto dei nove casi era presente un severo danno neurologico, una percentuale egualmente elevata a quella conseguente all'infezione acquisita nel primo trimestre (Ton, et al. *Reprod Toxicol* 2005; online pubb June 22.DOI:10.1016). Attenti dunque a dare l'informazione giusta, se mai vi trovaste nell'opportunità di farlo. È inevitabile pensare che questa nuova informazione andrà ad aggiungersi all'elenco di buone ragioni ad uso dei sostenitori della vaccinazione di massa.

Le molte facce delle MICI. I ragazzi affetti da malattia di Crohn o da rettocolite ulcerosa presentano di regola sintomi gastrointestinali (dolore addominale, diarrea mucoematica ecc.) e/o segni generali di malattia (perdita di peso, anoressia, febbre ecc.). Ma è anche possibile che la malattia sia presenti "soltanto" con se-



Infiltrazione granulomatosa e cheilite in un ragazzo con malattia di Crohn (*Pediatrics* 2005;116:e439-e444, modificata).

gni mucocutanei, in particolare con lesioni del labbro e del cavo orale (infiltrazione granulomatosa del labbro e della mucosa gengivale, ulcere a stampo, afte con margini rilevati; vedi Figura) o perianali (ulcere, afte, fistole, ascessi) o esclusivamente cutanei (pioderma gangrenoso), e che queste lesioni precedano di mesi-anni i sintomi più classici. È il messaggio che ci viene dato da un lavoro uscito nella versione elettronica di *Pediatrics* (Galbraith S, et al. 2005; 116:e439-e444). Una storia che fa parte anche della nostra esperienza, specie per quanto riguarda le lesioni perianali.

Maniglie dell'amore... e rischio di infarto del miocardio.

Siamo sempre lì: a parlare di obesità e dei rischi correlati. Per quanto riguarda il rischio di infarto del miocardio sapevamo già di quanto "pesante" (è proprio il caso di dirlo) sia l'incremento di rischio dovuto al fatto di essere obesi. Ma non tutti gli obesi sono uguali: ci sono quelli "tutti grossi" e quelli con "obesità centrale", quelli cioè con una distribuzione del grasso prevalentemente addominale: col pancione e delle belle "maniglie dell'amore". E magari anche con povertà della massa muscolare glutea e delle cosce (fianchi stretti). Uno studio retrospettivo, che ci sembra di poter ritenere storico e irripetibile (per la rilevanza clinica ma anche per la numerosità dei soggetti studiati e per la rappresentatività epidemiologica - 27.000 tra casi - soggetti infartuati - e controlli, rappresentativi di 52 Paesi dei 5 con-

tinenti), documenta inequivocabilmente che l'infarto è solo debolmente correlato all'eccesso di peso in assoluto (valutato col BMI-Body Mass Index), mentre è fortemente associato all'aumento del rapporto tra circonferenza della vita e circonferenza ai fianchi: indice che appunto identifica e misura l'obesità "centrale" (Yusuf S, et al. *Lancet* 2005; 366:1640-9). In altre parole, quando si prendano in considerazione i due quintili superiori del rapporto vita/fianchi e del BMI, la correlazione tra obesità e infarto può essere così sintetizzata: il 25% degli infarti possono essere attribuiti alla presenza di obesità centrale e (solo...) il 7% all'eccesso di peso in assoluto. Le ragioni per le quali l'obesità centrale determina maggior rischio sono verosimilmente multiple. Certamente gioca un ruolo la differente composizione biochimica del grasso addominale e di quello delle regioni inferiori del corpo, soprattutto per quanto riguarda la produzione di mediatori attivi nel danno cardiovascolare come le adipokine. Perché parlarne in una rivista pediatrica? Beh, innanzitutto perché tutti...diventiamo adulti (e più di uno, come nel caso di chi scrive, dovrebbe stare un po' più attento...). Ma soprattutto perché siamo "stufi" di assistere a campagne di prevenzione ed educazione (con tanto di investimenti e tuonate dei mass media) che riguardano soprattutto l'adulto e poco il bambino. Mentre siamo ovviamente convinti e certi che dovrebbe succedere esattamente il contrario. E che anche noi pediatri dovremmo cominciare a darci da fare un po' di più.

Traiettorie. Ovvero: dello sviluppo della salute e delle malattie.

La malnutrizione intrauterina (il basso peso alla nascita) è correlata allo sviluppo della cosiddetta sindrome metabolica e in particolare a rischio significativamente aumentato di infarto del miocardio (Leon DA, et al. *BMJ* 1998;317: 241-5; Singhal A, et al. *Lancet* 2004;363:1642-5, tanto per citare

La pagina gialla

un paio di lavori importanti tra i tanti). Ma ciò che aggrava danno al danno è la malnutrizione postnatale, intesa come eccessivo guadagno di peso nell'infanzia e nell'adolescenza. Uno studio epidemiologico su una coorte di 8760 nati a Helsinki tra il 1934 e il 1944 dei cui componenti è stato registrato "tutto", comprese le curve di crescita, ha permesso di definire che il rischio di infarto del miocardio è significativamente aumentato nei nati di basso peso, soprattutto per quelli che sono ancora "magri" a 2 anni, ma che invece crescono di peso rapidamente tra i 2 e gli 11 anni (Barker D, et al. *N Engl J Med* 2005;353:1802-9). Oltre che all'infarto del miocardio l'eccesso ponderale acquisito in questo periodo risulta associato anche alla resistenza all'insulina (maggiori livelli di insulinemia a digiuno). È possibile che la scarsità della massa muscolare del nato di basso peso, e la persistenza di questi nel tempo fino all'adolescenza, favoriscano l'accumulo di grasso durante la rapida crescita di peso con successivo sviluppo della resistenza all'insulina e del rischio di infarto.

Eccesso di peso e uso di steroidi inalanti. La terapia steroidea per via orale è associata a un aumento dell'indice di massa corporea, a sua volta conseguenza delle alterazioni metaboliche e dell'aumento dell'assunzione calorica indotta dagli steroidi. Era lecito avere qualche dubbio che questo succedesse anche nel caso della terapia inalante. Uno studio su 198 bambini, di età compresa tra 1 e 12 anni, che facevano uso continuato di steroidi inalanti, ha dimostrato che dosi superiori a 400 mcg/die assunte per un anno producono un significativo aumento dell'indice di massa corporea, cosa che invece non accade per dosi quotidiane inferiori a 200 mcg/die. Nessun dato sulla popolazione che riceve dosaggi intermedi (Megi-Na J, et al. *J Pediatr* 2005; 147:549-51).

Vaccinazione anti-epatite B: immunità duratura. Dal 1991 è iniziata in Italia (con grande successo per copertura vaccinale) la vaccinazione anti-epatite B. Per 12 anni sono stati vaccinati anche tutti i dodicenni. Della persistenza dell'effetto protettivo del vaccino e della eventuale necessità della dose di richiamo in questa popolazione sapevamo comunque poco o pochissimo. Un bel lavoro italiano (su circa 1700 soggetti) documenta che titoli "protettivi" di anticorpi anti-HBs sono presenti a distanza di 10 anni nel 64% di coloro che erano stati vaccinati nei primi mesi e nell'89% di chi era stato vaccinato da adolescente. Peraltro, la somministrazione di una ulteriore dose di vaccino ai soggetti con titoli bassi o assenti di anticorpi anti-HBs ha procurato nella quasi totalità dei casi (97%) una risposta anamnesticca a testimonianza che anche chi non appariva protetto in verità lo era. Bene! Questa volta il messaggio degli Autori è quello di tener ferme le mani: una singola dose di vaccino anti-epatite B è protettiva a lunga distanza e possiamo risparmiare la dose di richiamo (Zanetti AR, et al. *Lancet* 2005;366: 1379-84).

Sindrome feto-alcolica. L'esposizione del feto all'alcol causa una sindrome dismorfica, accompagnata a difetto di crescita e ritardo mentale. La possibilità che la sindrome si accompagni anche ad alterazioni dell'occhio era già nota e un recente studio (Carter RC, et al. *J Pediatr* 2005;147:473-9) documenta come i bambini con sindrome feto-alcolica presentino a sei mesi un difetto di acuità visiva in misura direttamente proporzionale alla gravità dell'esposizione fetale all'alcol. Il difetto di acuità visiva risulta presente solo nei nati da madri di età superiore ai 30 anni. In effetti, l'età materna sembra una variabile pesante nel determinare la gravità delle manifestazioni cliniche della sindrome feto-alcolica e questo fatto, sottolineano gli Autori, ci deve indurre a prendere

le opportune iniziative preventive in tempo. Almeno nei casi di giovani donne a rischio, identificate proprio per la nascita di un bambino sindromico.

Allucinazioni posturali e anemia. Ma vi immaginate voi questa povera ragazzina? È sempre stanca, è anche cresciuta poco. È depressa, piange spesso e soprattutto, quando si mette in piedi, sente voci indistinte e anche qualcuno che le fa: "whooo ...whooo". E alla fine la portano dallo psichiatra perché in famiglia c'è un caso di psicosi. Ed è lo psichiatra a domandare se il suo pediatra le aveva mai fatto "gli esami del sangue". No. E allora è lui che fa l'emocromo e scopre che la ragazza ha 5.5 g% di emoglobina: le dà il ferro, l'anemia si risolve assieme ai disturbi "psichiatrici" e lui pubblica il caso sugli *Archives of Disease in Childhood* (Field AJ. 2005;90:1192-3). Ma noi avremmo voluto saperne di più anche sul perché era anemica e non ci accontentiamo del fatto che aveva mestruazioni abbondanti e che non mangiava carne.

Corticosteroidi e dolore addominale nella Schoenlein-Henoch. Il dolore addominale è presente nell'80% dei casi di porpora anafilattoide. Qualche testo di pediatria suggerisce che i corticosteroidi abbiano un effetto positivo sul sintomo, riducendo anche la durata dello stesso. Come ci dicono gli Autori della piccola metanalisi pubblicata sugli *Archives of Disease in Childhood* (Haroon M, et al. 2005;90:1196-98), non esistono studi controllati che ci possano dire se i corticosteroidi sono realmente utili nel dolore addominale della porpora anafilattoide, anche se qualche studio retrospettivo/aneddotico lascia intravedere una reale utilità. Col rischio, sottolineano peraltro gli Autori, di mascherare una invaginazione. Uno potrebbe obiettare che è proprio per prevenire l'invaginazione che il corticosteroide potrebbe (potrebbe, appunto, ma non lo sappiamo) essere utile.