

Contributi originali



Casi clinici contributivi (abstract)

UN CASO DI POLMONITE TIPICA DA MYCOPLASMA

L. Gnemmi, M. Pocecco
U.O. di Pediatria, Ospedale "M. Bufalini", Cesena

Il caso

E.T., una ragazza di 16 anni, viene ricoverata dopo 4 gg di febbre, esordita con brivido e dolore al fianco sinistro, con un reperto ascoltorio di ottusità e soffio al terzo inferiore della base polmonare sinistra, opacamento lobo inferiore sx con piccolo versamento; CRP 17 mg%ml, GB 6600, N 73%, PLT 90.000, ALT 243, GPT 178, emocoltura negativa.

Il problema

Il problema, come sempre in un'infezione, è quello di scegliere l'antibiotico adatto. Il quadro clinico è senz'altro quello di una polmonite lombare, quasi per definizione pneumococcica; l'indicazione forte è per un beta-lattamico.

Terapia con ceftriaxone, senza risposta; aggiunta di vancomicina, poi di teicoplanina senza risposta.

La soluzione

In sesta giornata movimento del titolo per *Mycoplasma* (1/320), aggiunta di un macrolide. Pronto sfebbramento.

Commento

La piastrinopenia e il movimento delle ALT sono indicativi di una eziologia da *Mycoplasma*. Il *Mycoplasma* può dare un quadro di polmonite lombare e può associarsi a pneumococco. Crediamo di poter difendere sia la scelta iniziale sia la successiva aggiunta (non sostituzione del macrolide al beta-lattamico). Consideriamo questo un caso, forse non "contributivo" ma certamente istruttivo (almeno per noi).

Bibliografia

On line.



Ricerca (abstract)

EFFETTI DELL'AMBIENTE FAMILIARE SULLO SVILUPPO DEL BAMBINO. VALIDITÀ DEL METODO AIRE IN UN CONTROLLO A DISTANZA

E. Buccisano, F. Di Tullio, M.R. Ghera, M. Vaccaro, M. Orzalesi - ACP Lazio

Scopo del lavoro

L'AIRE è un metodo di valutazione dell'ambiente familiare elaborato da Capotorti (1988) su modello della HOME (1984); con un procedimento combinato di intervista e osservazione esplora quattro settori specifici (sottoscale): **A**) comunicazione genitori-bambini; **I**) incoraggiamento all'autonomia; **R**) rispetto del bambino, introduzione di regole; **E**) clima emozionale.

Nel 1991 sono stati valutati i risultati a breve distanza tra il punteggio AIRE e lo sviluppo del bambino. A distanza di altri 7 anni abbiamo voluto rivalutare la stabilità dei risultati.

Materiali e metodi

Abbiamo preparato un questionario (on line) rivolto ai genitori, lo abbiamo inviato per posta a 49 famiglie e ne sono stati rispediti 41

(83,7%). Il 41,5% dei genitori che hanno risposto sono intervenuti successivamente a un colloquio.

Risultati

Scuola: il rendimento scolastico ha dimostrato una correlazione significativa ($p < 0,02$) per la sottoscala A.

Tempo libero: correlazione significativa ($p < 0,02$) tra gioco e sottoscala I. **Letture:** correlazione significativa con le sottoscale I ($p < 0,05$) e A ($p < 0,01$).

Autonomia: correlazione significativa con AIRE totale ($p < 0,01$).

Non vi è alcun rapporto significativo con lo stato sociale.

Conclusioni

Esiste una correlazione positiva tra AIRE e comportamento del bambino più evidente per la sottoscala A che è rivolta specificamente alla relazione genitori-bambino, non significativamente influenzata dallo stato sociale. Il problema interessa evidentemente i genitori, come si deduce dalla loro buona partecipazione, e ci si augura che possa interessare i pediatri che devono sviluppare in questo campo competenze specifiche.

Bibliografia

On line.



Ricerca (abstract)

SINDROME DI WAARDENBURG E SINDROME DEL PRIMO ARCO. UNO STUDIO GENEALOGICO

M. Lagrasta, Pediatra di libera scelta, ASL Bari I

Scopo del lavoro

Rispondere ai seguenti quesiti: **a**) l'eterocromia dell'iride rappresenta una forma monosintomatica della sindrome di Waardenburg? **b**) un sordomutismo e un labbro leporino possono avere lo stesso substrato genetico? **c**) tali anomalie sono dovute a un errore monogenico?

Materiali e metodi

Sono stati studiati 9 alberi genealogici che dimostrano, su 7 famiglie, in due o tre diverse generazioni sordomutismo e labbro leporino (o palatoschisi, o agenesia del palato, o sindrome di Pierre-Robin) e, su altre due, palatoschisi ed eterocromia dell'iride con o senza ciuffo bianco (sindrome di Waardenburg).

Tutte queste manifestazioni si possono raggruppare sotto il termine unico di sindrome del primo arco (McKenzie), la cui espressività può

essere molto diversa (Havel). Si tratta di anomalie di sviluppo di strutture facciali da considerare come manifestazioni diverse di un unico errore di sviluppo (disostosi mandibolo-facciale o sindrome di Teacher-Collins, sindrome di Pierre-Robin, deformità dell'orecchio esterno e medio, sordomutismo, labbro leporino e palatoschisi, ipertelorismo e infine sordità congenita con ipertelorismo, ciuffo bianco e discromia dell'iride o sindrome di Waardenburg). Un difetto genetico (gene Hox) è responsabile della malformazione o assenza dell'arteria della staffa, e la conseguente mancata vascolarizzazione è responsabile di una delle manifestazioni della sindrome del primo arco. La variabile espressività e penetranza dipendono dalla rapidità di sviluppo del cefalo collaterale.

Conclusioni

Questo tipo di osservazioni conferma l'assunto che le malformazioni suddette non siano dovute a errori accidentali dell'embriogenesi ma a un unico difetto geneticamente controllato.

Bibliografia

On line.

NORME REDAZIONALI

Le pagine elettroniche di M&B ospitano **@ Contributi originali** (2-4 a numero), suddivisi in due sezioni (rispettivamente: "Casi clinici contributivi" e "Ricerca"). I lavori pubblicati in questa sezione sono sottoposti a verifica da parte di un gruppo di referee e, se accettati, pubblicati per estenso on line e in abstract su questa pagina verde ENTRO 60 GG DALL'INVIO. Il lavoro originale deve essere inviato in dischetto o meglio in e-mail, non deve superare le 9000 battute (circa 3 cartelle di PC), può contenere inoltre illustrazioni e una bibliografia secondo i criteri generali della rivista (citazione in ordine di comparsa nell'articolo, i primi 3 AA, titolo, collocazione per volume, pagina, anno). L'abstract sarà elaborato in redazione. La sua traduzione in lingua inglese accompagnerà la pubblicazione in estenso "on line". Gli articoli sono archiviati, citabili, validi a tutti gli effetti come pubblicazioni. L'indice di lettura è ragionevolmente alto (circa 300 "visitatori" al giorno). I contributori riceveranno 5 estratti della pubblicazione in estenso.

@Pagine didattiche

Il materiale è elaborato in redazione. Sono ordinate in rubriche differenziate strutturate, mirate alla formazione/informazione del pediatra di Ospedale e di territorio.

@ Pagine interattive

Il materiale è elaborato sia in sede redazionale che dai lettori. È costituito da uno o più brevi editoriali che rappresentano una specie di invito alla discussione (tribunetta), in genere preparati in redazione ma aperti a contributi spontanei; da una serie di "protocolli in pediatria ambulatoriale, proposti dalla Rivista, che però nelle intenzioni dovrebbero modificarsi in itinere per la contribuzione critica e migliorativa da parte dei lettori.

Sulla posta elettronica attendiamo interventi critici sui contributi originali, e su qualunque altro materiale pubblicato sulle pagine elettroniche; richieste di consulenza, interventi spontanei di qualunque tipo.

@ Da M&B cartaceo (vedi)

@ Archivio-Ricerca

Contiene tutto il materiale pubblicato sinora, gli ultimi 5 anni di Novità in Pediatria Pratica, gli ultimi 2 anni di pagine gialle e di pagine bianche, recuperabili per una ricerca "full-text".

Pagine didattiche

Percorsi clinici

Perché si sbaglia (a cura di F. Panizon)

Una invaginazione intestinale fuori età

Ortopedia per il pediatra (a cura di G. Maranzana)

• **Una scoliosi che non si poteva fare a meno di operare**

Dermatologia per immagini (a cura di F. Longo)

• **Pitiriasi varioliforme acuta (già in linea da marzo)**

Appunti di terapia (a cura di G. Bartolozzi)

• **Le benzodiazepine in gravidanza danneggiano il feto?**

• **Il FAMCYCLOVIR nella cura dell'Herpes genitalis**

• **La Leishmaniosi**

• **Amfotericina B versus Amfotericina B liposomiale (Ambisome) nel trattamento empirico della febbre persistente nei soggetti immunodepressi con neutropenia**

Pediatria per l'Ospedale (a cura di G. Bartolozzi)

• **Traumi cranici in età pediatrica (P.A. Donati e C. Cagnoni, neurochirurghi)**

Il punto su... (a cura di G. Bartolozzi)

• **Il taglio cesareo sul totale dei parti (G. Bartolozzi, pediatra; F. Branconi, ostetrico ginecologo; F. Rubaltelli, neonatologo)**

Avanzi (a cura di G. Bartolozzi)

• **In aumento il carcinoma del fegato in USA** • **Polluzione e sintomi respiratori nel bambino** • **I corticosteroidi nella nefropatia da IgA** • **Effetti collaterali della adenoidectomia** • **Qual è il miglior intervallo di tempo tra una gravidanza e l'altra?** • **Epidemia di epatite A dovuta all'ingestione di fragole congelate** • **Effetti della vaccinazione sequenziale IPV/OPV in USA** • **Resistenze dello stafilococco alla vancomicina**

Pagine interattive

Tribuna pediatrica • **Il Kosovo e noi**

Protocolli di pediatria ambulatoriale (a cura di Stefano Martelossi)

• **La tosse e la bronchite. Proposto da F. Panizon**

Posta elettronica Scriveteci, vi risponderemo a giro... di posta elettronica all'indirizzo giusto: pagine.elettroniche@medicobambino.com

Dalla Rivista cartacea

Della Rivista cartacea vanno "on line" il sommario, la pagina gialla, la pagina bianca e le Novità in Pediatria. Questo materiale viene a far parte dell'archivio, assieme all'indice generale di Medico e Bambino dal 1972 ad oggi, e quindi può essere utilizzato per una consultazione diretta (vedi sotto).

Archivio - Ricerca

Sarà possibile fare una ricerca full text su tutti i contenuti del materiale sinora pubblicato nel sito; inoltre si potrà accedere a "Novità in Pediatria" di M&B cartaceo, alle pagine bianche e alle pagine gialle che, insieme alle pagine didattiche di M&B elettronico, forniscono una piccola medline di immediata consultazione.