



## STUDIO EPIDEMIOLOGICO SULLO SVILUPPO DI CARIE NEI BAMBINI DELLE SCUOLE MATERNE: UNA BASE PER L'ELABORAZIONE DI UN PROGETTO DI PREVENZIONE

<sup>1</sup>Viggiano D, <sup>2</sup>Fasano D, <sup>3</sup>Borgherese C, <sup>4</sup>Bianchi A, <sup>5</sup>Stroh-menger L. - <sup>1</sup>Pediatra di base, Cava de' Tirreni; <sup>2</sup>Odontoiatra,

UO materno-infantile, Area materno-infantile, Cava de' Tirreni; <sup>3</sup>Coordinatore Area Materno-Infantile, ASL 1 Salerno; <sup>4</sup>Direttore Sanitario, Cava de' Tirreni (SA); <sup>5</sup>Responsabile Centro di Collaborazione dell'OMS per l'Epidemiologia e la Prevenzione Orale, Milano

### Summary

Data relative to the oral health of children attending nursery schools in the district of Cava dei Tirreni, a small town in Campania, in the province of Salerno. For the three years under examination, the DMFT values turned out to be 1.7 (children suffering from caries 35%), 1.3 (children suffering from caries 28%) and 1.5 (children suffering from caries 32%). The incidence of caries increases as children grow up and it depends upon the economic and school levels of the family.

This study was aimed at devising a prevention campaign to be launched since childbirth. The program should rely on the health education of the whole population, starting from the mother at childbirth, as well as on the identification and the follow-up of children at risk (mothers with a high charge of *Streptococcus mutans*, socio-economic situation and poor oral hygiene of the family).

**Premesse** - La carie costituisce una delle patologie in più rapida regressione. Gli studi epidemiologici italiani riguardano prevalentemente le Regioni del Nord (22 lavori negli ultimi 15 anni, contro gli 8 effettuati complessivamente al Centro, al Sud e nelle Isole) e i bambini in età scolare (>6 anni).

I risultati, peraltro ottenuti in anni diversi, hanno mostrato una consistente variabilità nella penisola degli indici di salute orale, in particolare della percentuale di denti cariati, curati o mancanti, corrispondente agli indici dmft (per i denti decidui) e DMFT (per i denti permanenti). Il dmft è risultato singolarmente basso in Sicilia (0,4%), alto nel Veneto (3,5) e intermedio in altre Regioni (1,9 in Liguria; 2,2-2,6 in Lombardia; 2,3 in Emilia; 2,7 in Campania).

**Scopo della ricerca** - Acquisire una conoscenza solida della epidemiologia della carie in una realtà sanitaria dell'Italia meridionale e del ruolo di specifici fattori di rischio per impostare un programma di prevenzione efficace e per valutarne correttamente i risultati.

**Metodologia** - Lo screening ortodontico è stato effettuato nelle scuole materne da un operatore odontoiatra e da una puericultrice. Comprende:

- indagine anamnestica familiare e personale con apposita scheda di rilevamento;
- esame odontoiatrico e valutazione del DMFT;
- consiglio preventivo personalizzato, con invio al PdF;
- computerizzazione con data-base relazionale (ACCESS 97, Microsoft).

Nel corso di 3 anni (1997-98-99) sono stati studiati 2587 bambini in età 3-6 anni.

**Risultati** - L'incidenza della carie e il valore medio del DMFT

sono risultati pressoché costanti nei 3 anni di osservazione: la percentuale di bambini con carie è stata del 35% nel '97, del 28% nel '98, del 32% nel '99. I valori osservati del dmft sono stati, nei 3 anni, rispettivamente di 1,7>1,3<1,5.

Si tratta di valori medi: in realtà la prevalenza dei bambini con carie cresce in funzione dell'età: 23% a 3 anni, 27% a 4 anni, 34% a 5-6 anni.

Queste percentuali sono risultate consistentemente diverse in funzione del distretto di appartenenza (significativamente minori nei Circoli Didattici I e II, a più alto livello socio-culturale, con 25% e 22% bambini con carie; significativamente maggiori nei Circoli Didattici III e IV, con 36% e 33% di bambini con carie).

Coerentemente, si ritrova una relazione inversa tra livello di scolarità dei genitori e carie del bambino (dal 38% di carie per i figli di genitori con sola licenza elementare all'8% nei figli di laureati).

Analogamente si rileva una relazione diretta della percentuale della carie, in funzione del numero dei componenti della famiglia (dal 21% per i bambini appartenenti a famiglie con 3 componenti fino a 39% per i bambini appartenenti a famiglie con >5 componenti), e una relazione inversa con il numero dei vani dell'appartamento (dal 37% per gli appartamenti con <3 vani al 25% per gli appartamenti con 4 o più vani).

**Il progetto di prevenzione** - Sulla base di questi dati è partito, a Cava de' Tirreni, un progetto di prevenzione della carie.

### Obiettivi

- Diminuire l'incidenza della patologia cariosa a carico dei denti decidui nella popolazione generale.
- Diminuire specificamente tale incidenza nei bambini a rischio (madri portatrici di *Streptococcus mutans*; basso livello socio-economico).
- Diminuire l'incidenza della gengivite nella popolazione generale.

### Metodologia

- Educazione sanitaria, con incontri differenziati per bambini, insegnanti, genitori, e diffusione di materiale illustrativo.
- Intervento sui punti nascita, rivolto alle circa 600 gestanti o puerpere (questionario per identificazione del rischio socio-economico, e dell'igiene dentaria, determinazione della carica batterica di *Streptococcus mutans*; consigli di prevenzione per tutte e di cure specifiche per quelle con carica batterica elevata).
- Coinvolgimento dei PdF: Consensus Conference con esperti del settore, finalizzata ad aumentare le conoscenze di prevenzione e diagnosi della carie; follow-up delle situazioni di rischio.
- Osservatorio epidemiologico nell'unità materno-infantile, valutazione del dmft e del DMFT rispettivamente a 3 anni, 6 anni, 12 anni; valutazione dell'Indice di Igiene Orale; questionario.

**Conclusioni** - La popolazione della prima infanzia è il bersaglio naturale di ogni intervento rivolto a migliorare la salute orale.

È opportuno che i dati relativi siano raccolti in modo rappresentativo delle diverse specificità della popolazione in esame; dunque non da rilevazioni nazionali, ma dalla raccolta di dati specifici per zona, pertinenti agli obiettivi di prevenzione. L'analisi per microzone, per età, e per caratteristiche socio-economiche, è il presupposto per una campagna di prevenzione mirata sui soggetti a maggior rischio.



**VALUTAZIONE PRELIMINARE DI UN PROGRAMMA INTEGRATO DIETETICO-PSICOLOGICO FINALIZZATO AL CONTROLLO DELL'OBESITÀ IN ETÀ PEDIATRICA**

Panico D, Zola MA, \*Invernizzi Descalzi V  
 Ospedale di Sanremo, Divisione di Pediatria, ASLI Liguria  
 \*Psicologo presso l'Unità Operativa Consultoriale, ASLI Liguria

**Summary**

Experience carried out by a paediatric-psychological workgroup and aimed at gradually containing the weight of children with BMI>85° centile, so as to keep their weight under control during the age of development, instead of provoking an absolute loss of weight. The program was based on "soft" corrective actions to improve poor nutritional habits, as well as on physical activity and stronger motivation, rather than on radical dietary restrictions.

35 children aged between 4-22 years were recruited for this experience. 18 abandoned the treatment for various causes during the first weeks, whereas 17 followed the treatment and obtained a decrease in BMI (sometimes a significant one).

On the basis of this experience, this article suggests a protocol based on BMI, as well as on the presence/absence of additional risk factors. It contains information on both psychological aspects (self-esteem, intra-family dynamics) and dietary aspects (detailed and customised suggestions based on actual needs).

**Scopo della ricerca** - L'obesità costituisce uno dei problemi di maggiore peso epidemiologico (ed esistenziale) nell'età pediatrica. Sinora, i diversi programmi terapeutici sperimentati hanno dato solo risultati parziali e insoddisfacenti, con una percentuale di successo che non supera quasi mai il 30%. La maggior parte di questi programmi hanno come mira la perdita di peso in tempi medi o medio-brevi; il protocollo da noi seguito (e proposto) si pone questo fine solo per i pazienti con BMI molto alto (>95° centile) o con fattori di rischio aggiuntivi, accettando come end-point un moderato sovrappeso, e proponendosi invece, come risultato, per la maggior parte dei bambini, la conservazione del peso, in presenza di una crescita staturale adeguata.

**Materiali e metodi** - Sono stati seguiti 38 bambini, 18 maschi e 17 femmine, di età compresa tra 4 e 22 anni, con un BMI >85° centile.

Le decisioni (perdita oppure mantenimento del peso durante lo sviluppo staturale), con end-point comune = collocazione del BMI > 85° centile, vengono prese sulla base del BMI al momento

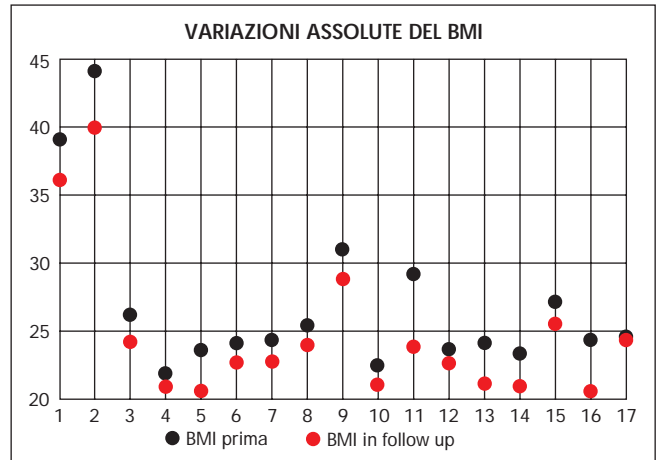


Figura 1. Per ciascuno dei 17 casi studiati è riportato il BMI di prima della cura e di dopo l'inizio del trattamento.

della presentazione e dei fattori di rischio aggiuntivo (familiarità per patologia cardiovascolare). Le indicazioni dietetiche e di vita vengono date sulla base delle conoscenze delle dinamiche intra-familiari e sono mirate piuttosto al guadagno di autostima e di abitudine di salute che alla mera perdita di peso, e sono caratterizzate dalla non rigidità.

**Risultati** - Dei bambini entrati in trattamento, 18 sono usciti per diversi motivi, prevalentemente per resistenze e tensioni intrafamiliari o per difetto di collaborazione, tutti entro le prime settimane. Dei restanti, tutti hanno ottenuto un miglioramento del BMI, alcuni anche molto consistente (Figura 1); l'accettazione delle limitazioni dietetiche, l'autostima, la frequentazione dell'ambulatorio sono molto soddisfacenti, per tutti i bambini e le famiglie seguite.

**Programma** - Viene proposto un protocollo particolareggiato di presa in carico pediatrico-psicologica dei bambini con BMI>85° centile, mirato a un ragionevole contenimento del BMI, che comprende un questionario, uno schema di informazione dietetica basata sulla piramide alimentare (Figura 2), una tabella di indicazioni dietetiche, consultabile on line.

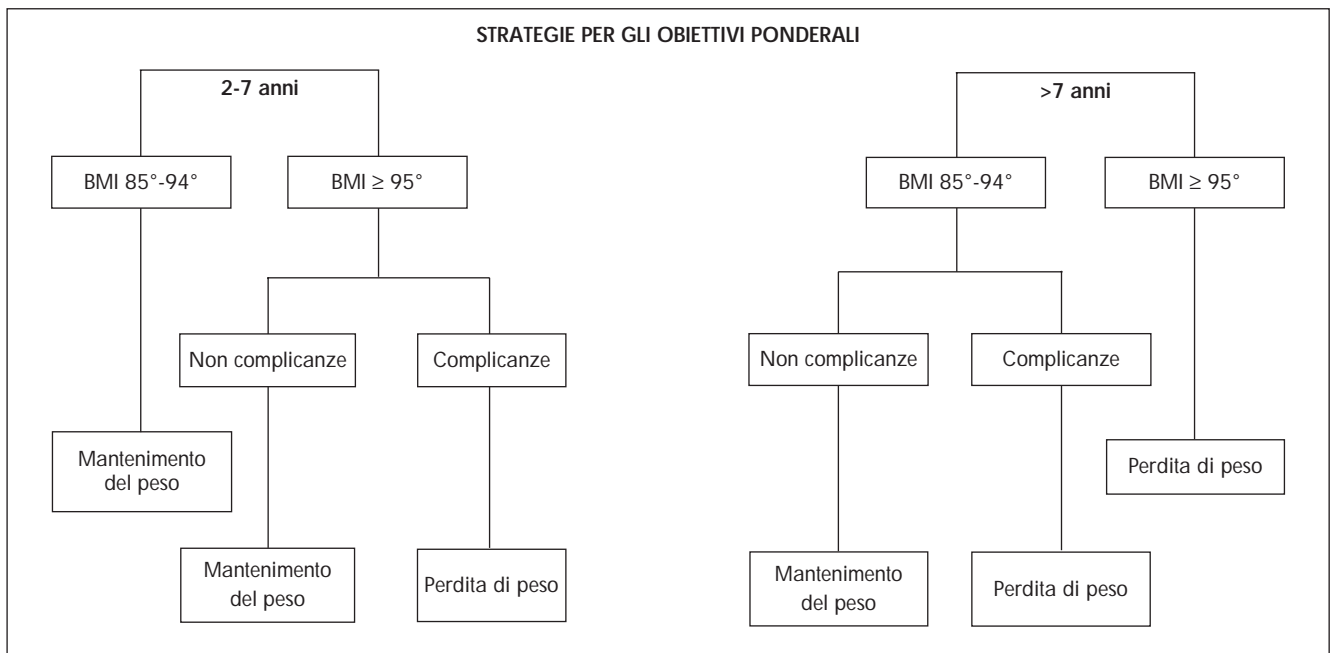


Figura 2.



### VALUTAZIONE QUANTITATIVA DELL'IDROCEFALO NEONATALE MEDIANTE TC VOLUMETRICA CON RICOSTRUZIONI TRIDIMENSIONALI

Zennaro F, Ammar R, Guastalla PP, Quercini M  
Servizio di Radiologia, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

#### Summary

*In low-weight new-borns with hydrocephalus, neither the pressure of liquor nor the size of intraventricular diameters provides reliable information to proceed to a precise calculation the amount of liquor to be removed in case of emergency without any danger for the patient. By using a CT GE proSpeed program together with a 3D software and by choosing proper threshold values to visualise liquor and encephalon, we obtained directly from the program the data relative to the volume of liquor and, hence, the amount of liquor to be removed. In our opinion, this sensitive and non-invasive technique is suitable to solve similar situations.*

**Premessa** - Viene frequentemente richiesta al radiologo una valutazione quantitativa dell'idrocefalo neonatale, allo scopo di programmare o meno una detensione d'emergenza. Sino a poco tempo fa la valutazione era necessariamente empirica, basata sull'applicazione di formule matematiche ai diametri ventricolari forniti dall'esame TC.

**Il caso** - Recentemente è giunto alla nostra osservazione un neonato di 700 grammi di peso, nato da una gravidanza di 24 settimane, con multiple lesioni emorragiche multiple, sia intraventricolari che encefaliche, visualizzate sia in ecografia che in TAC. Un rapido aggravamento della sintomatologia clinica, con riscontro TC di marcato aumento di ampiezza delle strutture ventricolari, ha richiesto una detensione d'emergenza.

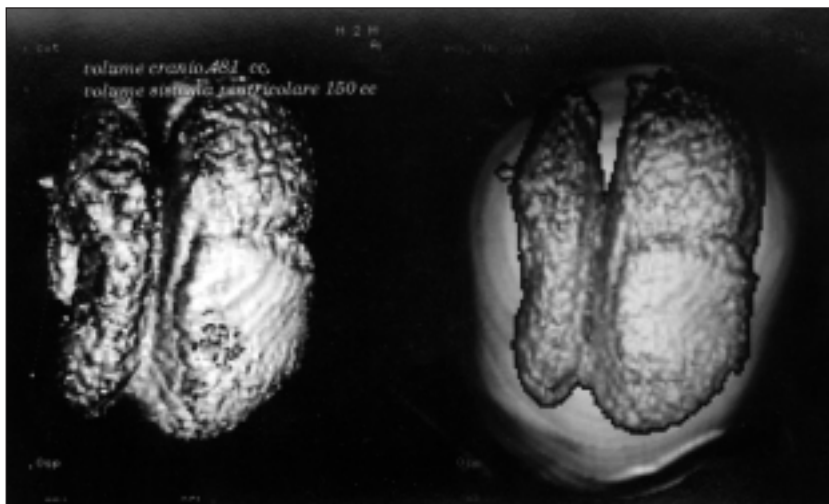
**Il problema** - Poiché in neonati di peso così basso la valutazione della pressione endocranica come unico parametro per decidere se la detensione d'emergenza è necessaria o meno, è es-

senziale fornire una valutazione molto precisa dell'entità della raccolta intracranica, per poter precisare la quantità di liquor da sottrarre.

**La soluzione** - Abbiamo utilizzato una TC GE proSpeed con software 3D; sono stati eseguiti strati di 3 mm di spessore con pitch 1,7 e retro-ricostruzioni di 2 mm.

Successivamente, abbiamo eseguito ricostruzioni tridimensionali scegliendo threshold adatti alla visualizzazione del liquor e dell'encefalo: automaticamente il programma ci ha fornito i dati volumetrici relativi alle dimensioni della raccolta e alla quantità del liquor da drenare. Le immagini riprodotte qui sotto danno un'idea visiva del risultato ottenibile con la scansione TC e della misurabilità diretta, in tre dimensioni, del contenuto ventricolare. Il neonatologo è stato molto soddisfatto dei dati che il sistema gli ha permesso di avere a disposizione e ha potuto programmare con precisione la quantità del liquido da drenare in modo da non produrre una pericolosa ipotensione endocranica secondaria.

Il bambino è stato successivamente operato con successo di drenaggio ventricolo-peritoneale.



### POLMONITE RICORRENTE (da Adenovirus?)

Panizon F - Clinica Pediatrica, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

#### Summary

*A case of pneumonia: clinical and radiological picture of a bacterial form of pneumonia, characterised by persistent temperature for 5-7 days, despite an antibiotic treatment (ceftriaxone+azithromycin) against Pneumococcus and Mycoplasma. The picture reappeared 3 times at intervals of some months. At the third relapse, the pharynx swab and an antibody movement showed an Adenovirus involvement (<8° co-involvement).*

**Il caso** - Beatrice, una bambina di 3 anni, viene ricoverata per febbre alta (39-40), associata a dolore al fianco destro, con reperto steatoacustico di ipofonesi, con respiro soffiante in base dx, dopo 2 gg di terapia con amoxicillina 50 mg/kg + acido clavulanico. Il quadro radiologico conferma la presenza di polmonite lobare inferiore dx con sottile falda di versamento. VES 80, CRP 11mg/dl, leucociti 18.000, N 13.500). Il quadro viene interpretato come una polmonite pneumococcica; la dose di amoxicillina viene aumentata a 100 mg/kg, e il giorno seguente, per il mancato sfebbramento, sostituita con ceftriaxone 100 mg/kg. Malgrado il miglioramento del quadro clinico, radiologico e umorale, la febbre persiste invariata per altri 5 gg (7 gg in tutto) e poi cade per crisi.

Il quadro si ripete, dopo 2 mesi, quasi con le stesse caratteristiche (salvo che per una minore estensione del focolaio polmonare

(sempre a destra) e per una discreta evidenza di interessamento faringotonsillare e linfonodale laterocervicale. Il trattamento con ceftriaxone, e più con ceftriaxone+azitromicina non modifica la curva termica, che rimane invariata, con puntate giornaliere tra 39° e 40° per un totale di 5 gg. Non si registra un movimento degli anticorpi anti-micoplasma. Il tampone faringeo è positivo per Adenovirus. Una valutazione immunologica (immunoglobuline, sottopopolazioni linfocitarie, complemento) non dimostra anomalie. Il quadro radiologico alla fine della malattia è perfettamente normale.

Al terzo episodio, molto simile, verificatosi altri due mesi dopo, un movimento anticorpale e un tampone faringeo positivo per Adenovirus denunciano una responsabilità (o corresponsabilità) eziologica di questo agente infettivo.

**Il contributo** - Questa storia un po' singolare può essere interpretata come una patologia ricorrente da Adenovirus, analogamente a quanto già descritto su queste pagine. L'interessamento polmonare può essere dovuto a una sovrapposizione pneumococcica (come sembrerebbe probabile nel primo caso), ma potrebbe essere attribuita anche esclusivamente all'Adenovirus, sebbene questo agente sia raramente responsabile di polmonite. Dal punto di vista pratico, in qualsiasi modo si voglia interpretarne l'eziologia, il caso ci fa ricordare che la persistenza di uno stato febbrile in trattamento antibiotico non dimostra necessariamente una situazione di resistenza batterica e sottolinea la necessità di tener conto, nella gestione delle polmoniti, più dello stato generale e della evoluzione del focolaio e non soltanto della febbre.



## LA MALATTIA MANO-VULVA (MASTURBAZIONE INFANTILE)

<sup>1</sup>Cutrone M, <sup>2</sup>Pettenà G, <sup>1</sup>Maschio F

<sup>1</sup>Pediatria di Famiglia, USSL 12 Venezia; <sup>2</sup>UO di Pediatria e Patologia Neonatale, Ospedale Umberto I, Venezia

### Summary

*Description of a persistent lesion (erythema + excoriation) to the inguinal fold on the left minor and major lips, apparently difficult to explain, and of a callosity at the tenar eminence of the right thumb. Both phenomena were actually due to regular masturbation and the skin lesion was just a pretext to deal with this problem in a medical context.*

**Il caso** - RR è una bambina di 7 anni. Arriva all'ambulatorio divisionale per una eruzione, presente da più giorni, localizzata alla plica inguinale di sinistra e interessante il grande labbro dello stesso lato. Si tratta di un eritema, con follicolite, accompagnato da escoriazioni del piccolo labbro. Lo stadio puberale è S1P1, anche se, a elevato ingrandimento, si evidenziano alcuni corti peli neri. Il quadro non sembra somigliare ad alcuna patologia classica; viene escluso l'effetto di fattori meccanici o irritanti, come un

body in acrilico per danza o ginnastica, ovvero l'uso di detergenti "aggressivi" (antisettici).

La madre però ricorda che in effetti la bambina, fin dai primi mesi di vita, strofina d'abitudine la zona cutanea in oggetto, "per consolarsi", dondolandosi in continuazione; ma, poiché lo fa "da sempre", non riteneva che la cosa potesse avere significato. A testimonianza, ci mostra una vistosissima callosità all'eminanza tenar e al tratto prossimale del pollice.

La piccola, accortasi della nostra attenzione, dà una immediata dimostrazione della posizione che assume per addormentarsi o per guardare la TV, a pancia in giù, con la mano sinistra sotto la testa, e la destra tra le cosce.

La madre, rassicurata sulla "normalità" dell'esperienza masturbatoria infantile, conclude dichiarandosi contenta per aver avuto l'occasione di affrontare questo "problema", che aveva discusso tante volte col marito, e che aveva poi accantonato.

**Il contributo** - La masturbazione infantile è imbarazzante per il medico e molto di più per i genitori. Il quadro cutaneo è stato l'atteso "cavallo di Troia", l'appiglio per arrivare a parlare, e possibilmente a risolvere il problema, vissuto con preoccupazione e sempre rimosso. La spiegazione reciproca è stata liberatoria.

### Comunicazioni ai lettori

*Le vostre lettere, in genere richieste di consulenze su casi specifici, ci arrivano regolarmente, e quasi sempre riusciamo a rispondere, come promesso, a giro di posta; qualche altra volta è necessario qualche giorno in più per sentire l'opinione dei consulenti. Sono molto gradite.*

*Anche i contributi originali arrivano generosamente e costituiscono, ci sembra, una parte abbastanza letta e rappresentativa, anche per questa pagina verde della Rivista cartacea. Questi contributi sono particolarmente graditi e attesi. Abbiamo raddoppiato lo spazio loro dedicato, per mantenere la nostra promessa di pubblicazione entro 2 mesi dalla accettazione, cosa che sinora ci è stata un po' difficile. Grazie. Durante la pausa estiva lavoreremo per rendere più agevole, speriamo l'accesso alle rubriche, all'indice di Medico e Bambino, alla ricerca per argomenti e per sviluppare una migliore interattività.*

### ERRATA CORRIGE

Nella pagine elettroniche del numero di marzo 2000, nell'articolo "Trattamento della vitiligine con fototerapia" non sono stati riportati gli Autori della ricerca, che sono: Antonia G. Galluccio, Luigi M. Pilla - Dermatologia, Centro di Fototerapia e PUVA, Ospedale Fatebenefratelli, Benevento. I nomi degli Autori sono comparsi comunque nel lavoro per esteso, on line. Ce ne scusiamo.

### Sommario on line

#### Percorsi clinici

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

- Cisti aneurismatica

**Chirurgia per il pediatra (a cura di A. Messineo)**

- Trauma testicolare-torsione del testicolo: una diagnosi non semplice

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

- Porpora Trobocitopenica Immune (PTI) in età pediatrica

**Appunti di terapia (a cura di G. Bartolozzi)**

- Uso della camera iperbarica •Il vaccino contro la malattia di Lyme e altre misure preventive •Ancora sugli oxazolidoni

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

- Le anemie acquisite

**Avanzi (a cura di G. Bartolozzi)**

- Enterocolite necrotizzante e allattamento; •L'eruzione dei denti decidui è causa di febbre o di malattie? Se ne discute ancora!
- Anemia ferropriva e conseguenze permanenti sullo sviluppo cognitivo e motorio •I corticosteroidi nella bronchiolite: dopo tante discussioni siamo punto e a capo •Guaribilità della leucemia linfoblastica acuta positiva per il cromosoma Philadelphia •Il futuro psicosociale dei sopravvissuti alla leucemia linfoblastica acuta e al tumore di Wilms •La vitiligine è sicuramente una malattia su base autoimmune •Lo spessore della parete intestinale misurata all'ecografia nel morbo di Crohn.