

CASI INDIMENTICABILI in Pediatria ambulatoriale

Quattro casi, molto diversi uno dall'altro, tutti istruttivi in differente maniera, tutti, più o meno, sfigati, specialmente l'ultimo che è morto prima ancora di essere visitato.

SEMBRAVA UN ADDOME ACUTO

F. Tel, E. Begliatti, S. Bosis, P. Canazza', V. Rossi',
M. Torricelli', N. Principi, S. Esposito

Istituto di Pediatria, Università degli Studi di Milano;
'UO Chirurgia Pediatrica, Fondazione IRCCS "Ospedale
Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena", Milano

Questa è la storia di una ragazza di 17 anni di origine peruviana, residente in Italia da 9 anni presso una comunità di accoglienza. In anamnesi familiare si segnala che la madre è deceduta per tubercolosi polmonare poco dopo il parto. Anamnesi patologica remota negativa per patologie di rilievo. La ragazza viene condotta in Pronto Soccorso (PS) per comparsa dal giorno stesso di iperpiressia (TA max 39 °C), dolore addominale e nausea. Posta diagnosi di faringite acuta, viene inviata a domicilio con terapia antibiotica per os con amoxicillina + acido clavulanico per 10 giorni. Per la persistenza dell'iperpiressia e il netto peggioramento della sintomatologia addominale, dopo 10 giorni torna nuovamente in PS, dove viene eseguita una valutazione chirurgica che evidenzia un quadro di addome acuto ed esami ematochimici che mostrano un incremento degli indici di flogosi (proteina C reattiva 20,9 mg/dl). La ragazza viene pertanto sottoposta a intervento chirurgico urgente di appendicectomia ma, in sede di intervento, all'apertura del peritoneo è stato riscontrato materiale siero-corpuscoletto in cavità e su tutta la superficie del peritoneo parietale, con evidenza di anse intestinali iperemiche, congeste, con granuli diffusi di tipo miliariforme. L'esame microscopico e l'esame istologico estemporaneo risultano compatibili con una flogosi granulomata di tipo tubercolare e, quindi, la paziente viene trasferita presso il reparto di pediatria per il proseguimento delle cure. Qui viene iniziata una terapia antitubercolare con rifampicina, isoniazide, etambutolo e pirazinamide, prima per via endovenosa, considerata l'impossibilità all'alimentazione spontanea, e successivamente per os. L'intradermoreazione di Mantoux risulta positiva a 48 e a 72 ore (infiltrato del diametro di 2x2 cm); la ricerca di *Mycobacterium tuberculosis* e micobatteri atipici mediante esame batterioscopico e *polymerase chain reaction* su tre aspirati gastrici, liquor, liquido peritoneale e omento risulta negativa; negativa è anche la sierologia per HIV. La TC total body eseguita dopo l'intervento mostra plurime nodulazioni disomogenee, in parte confluenti, ipodense per fatti necrotico-colliquativi, compatibili con quadro di adenite tubercolare; ispessimento delle pareti delle anse intestinali con aspetto conglobato, con modica quantità di liquido ascitico in regione parieto-colica, periepatica e perisplenica tra le anse intestinali; immagini nodulari a carico della glissoniana

e della capsula splenica attribuibili verosimilmente a ispessimenti delle sierose; a livello toracico, riscontro di addensamento flogistico-distelettatico a carico del lobo inferiore sinistro. La paziente presenta un progressivo miglioramento delle condizioni generali e dell'obiettività addominale; la proteina C reattiva su siero decresce progressivamente fino a negativizzarsi (< 0,4 mg/dl). Viene pertanto dimessa e viene seguita in regime ambulatoriale. Torna, però, dopo 2 settimane per comparsa di epistassi (durata circa un'ora) ed ecchimosi. Gli esami ematochimici mostrano piastrinopenia (Plt circa 50.000/mm³) e aumento del D-dimero: si pensa, quindi, a una reazione avversa ai farmaci e si decide di sospendere la pirazinamide. Le piastrine tornano nei valori di normalità in 48 ore (Plt circa 300.000/mm³), il D-dimero resta elevato, aumenta nuovamente la proteina C reattiva (6,9 mg/dl) e peggiora l'obiettività addominale. Perviene, però, l'esame colturale del liquido peritoneale e dell'omento che risulta positivo per *M. tuberculosis hominis* resistente a rifampicina, isoniazide e streptomina. In considerazione della multiresistenza farmacologica dell'isolato, si decide di sospendere isoniazide, di reintrodurre pirazinamide abbassando il dosaggio da 35 mg/kg/die a 20 mg/kg/die, di introdurre moxifloxacina e di proseguire con l'associazione rifampicina + etambutolo + pirazinamide + moxifloxacina. Ottima la risposta clinica, non più alterazione degli esami ematochimici e situazione in miglioramento dopo 5 mesi di follow-up.

Commenti - Un caso di tubercolosi peritoneale, da *Mycobacterium tuberculosis hominis* multiresistente, con piastrinopenia iatrogena, è effettivamente uno di quei casi che, anche solo per la rarità, per la difficoltà di diagnosi e per l'accumularsi delle sfortune (per fortuna però tutto è finito bene), non può non diventare indimenticabile.

Una TB peritoneale. Da dove è arrivata? Certamente dal Perù, dove la ragazza è nata ed è vissuta per 9 anni, anche perché quasi tutti i casi di TB del bambino riguardano pazienti che vengono dai Paesi poveri. Ma quando? La mamma è morta di TB polmonare, poco dopo il parto, 19 anni fa. È possibile che si tratti di un'infezione dalla mamma alla figlia? Difficile, perché il micobatterio isolato era multiresistente, fatto ancora molto raro 19 anni fa. Poi la localizzazione intestinale-linfomesenterica-peritoneale suggerirebbe un'infezione *ab ingestis* (un tempo dovuta a latte infetto da *M. bovis*, ma in questo caso, invece, come si è visto, da *M. tuberculosis*). Allora, forse, da una disseminazione di cui non c'è altra traccia, o da ingestione da un focolaio primario polmonare. Alle difficoltà cliniche e umane di questo caso si aggiungono queste difficoltà, forse sofisticate, e fuori di utilità, ma inevitabili.

UNA DISCITE IN TRE TEMPI

M. Copertino

Scuola di Specializzazione, Clinica Pediatrica
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

S. è una bambina di 7 anni, primogenita di tre figli, che ha goduto di ottima salute - 90° centile di peso e 75° di altezza - fino a quando ha iniziato ad accusare un dolore alla schiena.

La sua storia inizia a maggio con la comparsa improvvisa di un dolore riferito in maniera imprecisa alla schiena, prevalentemente notturno, di intensità tale da rendere impossibile alla bimba l'addormentamento. La somministrazione di paracetamolo non è stata mai risolutiva del quadro doloroso, per cui i genitori hanno ritenuto opportuno approfondire la natura di questa sintomatologia. In accordo con il pediatra, la piccola ha eseguito diversi accertamenti (esame emocromocitometrico, VES, PCR, transaminasi e un'elettroforesi proteica) con

esito negativo. La regressione spontanea del quadro ha tranquillizzato tutti e ha rimandato di qualche tempo il problema. Ad agosto, infatti, si è manifestato un episodio analogo al precedente, della durata di circa 3-4 giorni. In tale periodo sono stati eseguiti un esame urine e un'ecografia addominale (nel sospetto di una colica renale), una consulenza ortopedica e un Rx della colonna. Anche in questo caso né il laboratorio, né la diagnostica per immagini hanno orientato verso nulla di preciso. Il dolore nel frattempo è scomparso. A settembre, dopo circa un mese, il quadro si è ripresentato nuovamente ma con caratteristiche sintomatologiche peggiorate in maniera evidente: la bimba ha avuto notevole difficoltà a deambulare, con rigidità al tronco. Il dolore è durato più a lungo rispetto alle volte precedenti - una settimana circa - costringendo la bimba a rimanere a casa, sospendendo anche la frequenza scolastica. Nell'ottica di questa storia viene deciso un ricovero in Clinica Pediatrica, per una definizione diagnostica e un'impostazione terapeutica. S. appariva in buone condizioni generali, senza limitazioni nei movimenti ma con una rigidità della colonna - atteggiamento antalgico con rettilineizzazione delle curve fisiologiche - e una viva dolorabilità alla compressione delle apofisi spinose di D8, D9, D10. La ripetizione degli indici di flogosi dimostrava ancora negatività mentre l'Rx della colonna, rispetto al precedente, evidenziava assottigliamento degli spazi intervertebrali da D8 a D10. La RMN e la scintigrafia ossea fornivano dei reperti compatibili con un quadro di spondilodiscite.

L'eziologia ignota (difficile da definire perché la puntura del disco non viene quasi mai effettuata; l'emocoltura dà esiti spesso negativi) e la possibilità di casi di spondilodiscite che decorrono senza febbre né elevazione degli indici di flogosi imponevano di iniziare una terapia antibiotica che coprisse la maggior parte degli agenti di solito in causa in queste affezioni. La bimba è stata dimessa con la raccomandazione di continuare la flucloxacillina ev (nel sospetto di uno stafilococco) per 14 giorni e l'azitromicina per os finché la sierologia non avesse

escluso l'ipotesi di *Bartonella*. Al termine di tale periodo la terapia antibiotica sarebbe comunque continuata per ulteriori 2 settimane con amoxicillina-clavulanico. La Mantoux e la radiografia del torace negative permettevano di escludere un'etiologia tubercolare. Il pericolo maggiore in questi casi è rappresentato da un crollo vertebrale con esiti invalidanti e permanenti, per cui si è reso necessario il posizionamento di un corsetto che la bimba ha dovuto tenere per circa 3 mesi.

La spondilodiscite è una patologia infiammatoria che interessa i corpi vertebrali e i dischi intervertebrali. L'etiologia sembra essere secondo molte linee di pensiero di natura infettiva (stafilococco, TBC, *Kingella*, *Bartonella*) mentre per altre di origine post-traumatica. Viene definita come presenza di dolore alla schiena associato, radiologicamente, a una riduzione dello spazio intervertebrale con erosione delle vertebre adiacenti. Il quadro clinico è caratterizzato da reperti obiettivi assolutamente suggestivi - dolore severo, rigidità del rachide con rettilineizzazione della lordosi lombare, difficoltà alla deambulazione e alla flessione della colonna - e può essere accompagnato anche da febbre e segni di batteriemia. Come indicato sul *Nelson*, però, esistono anche dei casi di spondilodiscite nei quali il processo infiammatorio è molto meno grave, privo di segni e sintomi, senza alcuna evidenza di infezione sistemica o localizzata. La piccola S. ha presentato proprio questo tipo di decorso: la patologia è esordita in maniera subdola e ha avuto un'evidenza clinica tardiva. Neanche in fase conclamata (agosto) si è rilevato un innalzamento degli indici di flogosi - in particolare la VES. D'altro canto a nulla sono serviti gli esami radiologici effettuati durante i primi episodi di dolore perché la patologia ha di per sé una lenta evoluzione e fornisce questo tipo di conferme solo dopo alcune settimane. L'unico elemento che deve destare sospetto in questi casi è il "dolore alla schiena" che, a differenza di quello degli adulti che può essere di varia natura, ha quasi sempre una base organica e sottolinea la necessità di una valutazione scrupolosa (con scintigrafia o RMN) che permettano una diagnosi precoce in presenza di sospetto.

LA TOSSE CHE NON PASSA

V. Cappelli

Pediatra di famiglia, Ferrara

L. è una bella ragazzina di 11 anni, è sempre cresciuta bene, al 90° centile di peso e altezza. Non ha mai avuto grossi problemi di salute, è ben inserita nel gruppo dei coetanei, va bene a scuola, pratica regolarmente attività sportiva, ha un fratellino di 4 anni, anche lui in buona salute, ma con una inappetenza "costituzionale" che è il cruccio della mamma.

La signora è molto apprensiva, si preoccupa moltissimo per qualunque problema di salute che sfiori i suoi figli, e questo condiziona un poco il clima familiare.

All'inizio della scuola media, L. inizia a presentare una tosse secca e stizzosa, che non la lascia in pace, di giorno. La notte, superata la fase difficile dell'addormentamento, dorme tranquilla...

Memore di quanto riportato sui sacri testi e di un caso analogo capitato proprio all'inizio della mia attività di pediatra di famiglia, dopo essermi accertata che l'obiettività fosse assolutamente negativa, propendo per una tosse "reattiva" a un disagio di qualche natura, forse la scuola nuova, chissà...

Propongo alla famiglia e alla ragazzina una valutazione psicologica, ma questa viene rifiutata, da L. in primo luogo. Ma sape-

te com'è, la tosse è una brutta faccenda, specie quando non se ne vuole andare e poi nei mesi successivi (era inverno) qualche modesto reperto catarrale finisco anche per trovarlo... È comunque una tosse che non risponde ai vari tentativi terapeutici (?) messi via via in atto: macrolidi, antistaminici, mucolitici, sedativi più o meno blandi... Stremata, dopo qualche mese di queste ricorrenti richieste di aiuto per far sparire la tosse, mi arrendo e mando L. da un allergologo pediatrico... Vuoi vedere che è una tosse su base allergica e non me ne sono mai accorta? Naturalmente le prove cutanee per inalanti e alimenti sono negative... ma anche il medico allergologo non sa più che pesci pigliare e richiede un Rx torace che viene eseguito a fine maggio, dopo circa 7 mesi dall'inizio dei sintomi. Il papà si precipita sconvolto in ambulatorio con la ragazzina, subito dopo avere eseguito le radiografie e con il referto in mano e... un pizzino di carta a fianco! E anch'io resto di sale: il referto recita proprio così: "noduli calcifici bilaterali, accentuazione della trama lungo il prolungamento dell'ilo sinistro, ombra cardiaca nei limiti".

E nel "pizzino" che era scritto a mano dal collega radiologo, senza due parole di accompagnamento... "reazione di Mantoux".

Voi potete capire come posso essere rimasta, l'unica cosa che mi è venuta in mente è: TBC miliare!!! Ma non ci stava con nessuno dei dati in mio possesso, mica siamo nella Parigi

CASI INDIMENTICABILI in Pediatria ambulatoriale

di Violetta alias Traviata!!! Telefono al PS pediatrico, per chiedere se loro eseguono la Mantoux, e, col senno di poi, per sbolognare a loro la patata bollente... Peccato: loro non eseguono Mantoux, a Ferrara è solo il Servizio Materno-Infantile che le esegue. Invio sia L. che il fratellino, e dopo due lunghi giorni di attesa, colmi di angoscia mia e soprattutto dei famigliari, il responso è: NEGATIVA! A questo punto richiamo il pronto soccorso pediatrico, per ripetere un secondo Rx, che a sorpresa, risulta essere completamente negativo, vi lascio immaginare il sollievo generale.

Ma la tosse di L. continua e anche la pediatra del PS si incapponisce, la fa vedere al collega Orl, che non sia una tosse di sua competenza? Anche la laringoscopia è negativa, per fortuna. Ma i noduli calcifici ben evidenti sulla lastra? La collega del PS pediatrico ha una felice intuizione e chiede al babbo che aveva accompagnato la figlia a fare il primo Rx torace se avessero fatto togliere tutto alla ragazzina, prima di eseguire l'esame... Secondo voi quale è stata la risposta? Ovviamente le hanno lasciato la maglietta con gli strass metallici applicati,

perché lei si sarebbe vergognata... Il seguito della storia è che io mi sono sentita malissimo perché subito dopo l'Rx il papà e L. sono venuti in studio da me e L. indossava la maglietta di cui sopra. E io non ho saputo fare l+l....

Ma una delle caratteristiche che mi contraddistinguono è la fiducia a "priori" negli altri e un lieve senso di inferiorità, questo, non solo in ambito medico...

Non a caso ho aspettato 4 anni per presentare questo caso... Il seguito della storia è presto detto: L. si è convinta e ha accettato la consulenza psicologica, che ha portato qualche frutto, la tosse è quasi sparita, è presente solo in casa e in alcuni momenti; negli altri ambienti non la disturba più di tanto.

Ho voluto andare di persona a conoscere il radiologo e mi sono trovata di fronte un medico intorno agli 80 anni, che è rimasto un po' perplesso di fronte a tutto il pandemonio che aveva suscitato.... Gli ho caldamente raccomandato che da allora in poi facesse togliere tutti gli indumenti ai candidati Rx torace, chissà....

VENTISEI. UNA STORIA D'AFRICA

G. Tornese

Scuola di Specializzazione, Clinica Pediatrica
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

St. Luke Catholic Hospital, Wolisso (Etiopia) "Expired at 3 p.m. Gianluca". Speravo fino in fondo che non sarebbe accaduto e che sarei potuto tornare in Italia raccontando solo del bollettino di guerra della mattina, quando arrivi in reparto e le infermiere ti fanno il resoconto dei "caduti" della notte.

E invece no. Il "26", uno dei tanti bambini a cui non riesco a dare un nome, "quello del distress respiratorio trasferitoci dalla maternità", mi è morto tra le braccia. Gli altri colleghi erano negli ambulatori esterni, e io ero passato in reparto solo per prendere lo sfigmomanometro e andare nella *General Ward* per aiutare l'internista nel suo giro. Ho sentito qualcuno che piangeva a dirotto. Lì per lì stavo per proseguire; poi mi sono girato e mi hanno chiamato per nome. Era lui, quello malconco di stamattina. Gli infermieri stavano ventilando con l'ambu. Non sapevo che fare, non c'era molto altro da fare, né altri mezzi da utilizzare. Ho chiesto da quanto tempo stavano ventilando: 15 minuti. Ho cercato di prendere il polso: niente.

Nel frattempo avevano chiuso la porta dello stanzone, e i genitori erano lì in lacrime, e ogni tanto guardavano verso di me e verso le infermiere chiedendo aiuto, di riportare alla vita un figlio che aveva già abbandonato questo mondo. Niente da fare, niente da dire. Mentre due infermiere si apprestavano a coprire con il lenzuolo il piccolo 26, un'altra si è avvicinata e mi ha chiesto: "How are you?" "Not fine... at all...". Poi, mentre andavo via, mi ha richiamato: dovevo accertare la morte, la mia prima morte: "Expired at 3 p.m. Gianluca".

Con ancora lo sfigmomanometro in mano, me ne sono andato nella piccola cappella di legno dell'ospedale e lì ho pianto per un bel po'. Mi sono chiesto che senso ha essere medico. Già un bravo medico non avrebbe potuto fare molto, figuriamoci io... Ho aperto un breviario che era lì accanto a me e ho letto un pezzo del salmo 42: "Perché ti rattristi anima mia, perché su di me gemi? Spera in Dio: ancora potrò lodarlo". Un po' più profanamente mi è venuto anche in mente il verso di una canzone di Niccolò Fabi: "Costruire è sapere e potere rinunciare alla perfezione".

E così forse anche essere medici e anche bravi medici non significa poi essere onnipotenti, ma saper anche accettare i propri limiti e quelli dell'umanità.

Intanto il piccolo 26 è andato via. E noi siamo ancora qui.