

“I bambini hanno diritto di crescere in buona salute e di contribuire loro stessi alla salute e allo sviluppo del Paese in cui sono nati”. Può sembrare solo una dichiarazione retorica, una frase facile da dire in una cerimonia d'apertura di un evento “maestoso” e forse anche un po' mondano, come è stato il “Secondo Congresso Mondiale di Gastroenterologia, Epatologia e Nutrizione Pediatrica” (Parigi, 5-7 luglio 2004). Ma questa frase con la quale Peter Sullivan, un pediatra gastroenterologo inglese, ha concluso il suo intervento, ha sintetizzato in maniera appassionata e convinta i contenuti dei discorsi di apertura dei Presidenti delle Società confederate (quella europea, quella asiatica-pan-pacifica, quella latino-americana e quella nordamericana) e ha sicuramente dato una emozione solidale ai 3000 presenti, provenienti da 99 diversi Paesi. Il congresso ha avuto degli alti e bassi scientifici; è stato circondato da troppi convegni satelliti (non se ne può più dei probiotici...) che hanno dato la sensazione concreta dello spreco e di quanto impropriamente siano indirizzate le risorse (anche nel campo della ricerca). Ma non si può negare che sia stato, alla fine, anche un congresso molto ricco di novità e di stimoli. Per quanto le problematiche dettate dai Paesi ricchi abbiano largamente prevalso, non si può negare che il congresso sia stato anche un'occasione reale di confronto tra realtà estremamente diverse e che le priorità dettate dalla situazione socio-economica dei Paesi più poveri siano emerse con forza (di grande valore scientifico, umano e politico gli interventi dell'indiano Buttha sulla malnutrizione, sul problema del difetto di zinco, sulla necessità che la cosiddetta “agenda” sulla diarrea e malnutrizione nei Paesi in via di sviluppo assuma carattere operativo e non descrittivo e comprenda in primis un piano per la ricerca scientifica, anche di base, adattato ai problemi dei vari Paesi). E alla fine, pur tra tante contraddizioni, lasciatemi pensare che non può essere indifferente sul piano scientifico (ma anche politico e sociale) che i Presidenti delle cinque Società che rappresentano la gastroenterologia pediatrica nel mondo abbiano dichiarato e sottoscritto formalmente la consapevolezza “...che non vi può essere progresso nella gastroenterologia pediatrica...senza l'impegno co-

mune a garantire prima di tutto la pace e la tolleranza...e le risorse ambientali, economiche e civili che da sole permettano di superare la piaga della malnutrizione presente in quattro quinti del mondo...”.

Manifestazioni gastrointestinali dell'infezione postnatale da citomegalovirus. L'infezione postnatale da citomegalovirus (CMV) rappresenta raramente un problema clinico importante al di fuori dei casi con severa immunodepressione (AIDS, trapiantati ecc.). Peraltro, uno studio eseguito presso una Unità di terapia intensiva neonatale di Londra (Cheong JL, et al. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004; 89:F367-F369) dimostra come l'infezione da CMV acquisita in epoca postnatale (viruria positiva in occasione della comparsa di sintomi dopo un primo esame negativo) possa sottendere, nel neonato pretermine, situazioni clinicamente gravi come lo stato settico con emocolture negative, l'insufficienza epatica, emocitopenie e, in particolare, manifestazioni gastrointestinali come l'enteropatia proteinodisperdente, la diarrea con grave disidratazione, il reflusso gastroesofageo con esofagite e quadri del tutto simili alla NEC, senza peraltro evidenza di pneumatosi della parete intestinale e della vena porta. L'incidenza del problema, valutata in 5 anni, varia dallo 0.1% nei “35 settimane” al 3% in neonati con età gestazionale tra 23 e 27 settimane. Che l'infezione postnatale da CMV possa essere così grave nel neonato non deve meravigliare più di tanto, vista il sostanziale stato di immunodeficienza che caratterizza il neonato, soprattutto pretermine. Esiste sufficiente evidenza (lo avevamo già segnalato sulle pagine gialle) che l'infezione avvenga attraverso il latte materno (andrebbe esaminato per CMV prima di somministrarlo a un pretermine?) e che l'operazione di congelamento/sgelamento riduce sostanzialmente il potere infettante. Molti dubbi sulla terapia antivirale per questi casi (*Ganciclovir, Foscarnet*), ma non vi è dubbio che, trattandosi di casi potenzialmente mortali (15% nello studio riportato), la terapia va somministrata in attesa di studi controllati che ne documentino l'opportunità e il grado di efficacia.

Ambiente e salute del bambino. Gli effetti sulla salute dei bambini europei

(secondo la definizione OMS, l'area comprende anche tutti i Paesi dell'ex Unione Sovietica) dell'esposizione ad alcuni tra i maggiori fattori ambientali sono stati quantificati da un gruppo italiano dell'IRCCS “Burlo Garofolo” di Trieste e dell'Università di Udine (Valent et al. *Lancet* 2004;363:2032-39). Nel 2001, tra l'1,8% e il 6,4% dei decessi in bambini di età inferiore a 5 anni sono da attribuirsi all'inquinamento dell'aria atmosferica, 4,6% all'inquinamento indoor, 5,3% alla mancanza di acqua e servizi igienici, mentre gli effetti dell'inquinamento da piombo sono responsabili di un notevole aumento di casi con ritardo mentale lieve. Sono comunque gli incidenti, che tra 0 e 19 anni causano il 22,6% di tutte le morti, a produrre il danno maggiore. Le differenze tra Europa occidentale e orientale sono notevoli: infatti gli incidenti a Est causano da tre a quattro volte più decessi che a Ovest, e il problema dell'inquinamento dell'aria e della mancanza di acqua causa circa 600 decessi a Ovest e oltre 20.000 a Est. Su questi dati, e sulle evidenze che gran parte di questi decessi sono evitabili con politiche e specifiche misure di prevenzione, si è basato il piano d'azione per l'ambiente e la salute del bambino che l'OMS, insieme ai 52 Paesi dell'area europea, ha approvato nel giugno scorso a Budapest.

Traumi cranici “minori”. A chi fare la TAC? La risposta a questa domanda non c'è ancora, ma la metanalisi di Dunning J e collaboratori (*Arch Dis Child* 2004;89:653-59), pur con i limiti di una analisi che assembla casistiche selezionate in modo diverso, ci viene in aiuto. Da questo studio (che definisce il trauma cranico “minore” come quello in cui il *Glasgow Coma Score - GCS* rimane tra 13 e 15) risulta che gli elementi clinici predittivi di una emorragia intracranica documentata con la TAC sono i segni neurologici focali (RR=9.43), i segni clinici di frattura del cranio (RR=6.13), il GCS < 15 (RR=5.51), la storia di perdita di coscienza (RR= 2.23). Il vomito e la cefalea non sembrano avere alcun valore predittivo, ma gli studi analizzati non permettono il distinguo tra il vomito isolato e ripetuto e non considerano il significato di diversi gradi di intensità della cefalea. La radiografia del cranio ha sensibilità (59%) e specificità (88%) diagnostiche inaccettabilmente basse per essere considerata in qualche

modo utile a definire l'utilità della TAC. Nel Regno Unito e negli USA circa il 30% dei bambini con trauma cranico minore vengono sottoposti alla TAC e solo nell'1-3% di questi l'esame documenta una emorragia intracranica. È probabile che in molte parti d'Italia i dati non siano diversi e che quindi vi siano nei fatti uno spreco di risorse e un costo biologico da radiazione inaccettabile (una TAC del cranio dà una dose di raggi di circa 300-600 volte quella di una radiografia del torace). Ma ancora una volta lo studio di metanalisi mostra i suoi limiti e ci lascia dubbiosi sul cosa fare. Come gran parte delle metanalisi (anche di quelle riportate sulla mitica *Cochrane Library*) anche questa conclude che: "sono necessari ulteriori studi controllati per capire meglio che cosa dobbiamo fare". E forse siamo anche d'accordo, ma intanto potrebbe essere l'occasione per riaprire un dibattito che sembrava ormai sepolto anche sulla posta di *Medico e Bambino*.

Gel di morfina nella analgesia "topica": l'uovo di Colombo? Gli oppioidi applicati localmente si sono dimostrati efficaci nell'indurre analgesia senza effetti collaterali (in particolare senza dare dipendenza) in adulti con malattie infiammatorie dolorose. Si presume che la morfina agisca localmente attraverso l'interazione con i recettori situati sulle terminazioni nervose sensitive, che vengono iperespresse durante le reazioni infiammatorie. Un recente studio (Watterson G, et al. *Arch Dis Child* 2004;89:679-681) riporta dell'efficacia di un gel di morfina (10 mg del preparato di morfina per iniezione in 15 g di *Intrasite gel* - una preparazione Idrogel) nell'alleviare significativamente il dolore cutaneo in due bambini con epidermolisi bollosa, una condizione in cui il dolore rappresenta uno dei problemi maggiori. A fronte della franca efficacia della terapia (l'effetto analgesico dura fino a 24 ore) non si sono registrati effetti collaterali né dipendenza. Gli Autori non possono che concludere che questo tipo di terapia va pensato nel caso di situazioni dolorose (ustioni, ferite chirurgiche, altre lesioni cutanee ecc.) e che ora sono necessari studi controllati su larghe casistiche. Continua quindi la (giusta e doverosa) esplosione di interesse sulla prevenzione e sulla terapia del

dolore in Pediatria. E sul problema del dolore in Pediatria vi ricordiamo ancora il Corso teorico-pratico che si svolgerà a Trieste il 10 e 11 settembre (informazioni dettagliate sul sito www.medicoebambino.com).

Ancora sulla terapia del dolore: anti-convulsivanti come analgesici nella Guillain-Barré. La sindrome di Guillain-Barré si accompagna a dolore in circa la metà dei casi; in questi il dolore ha prevalente origine neuropatica e viene affrontato usualmente con oppioidi. Esistono peraltro buone evidenze della efficacia di alcuni antiepilettici (gabapentin, carbamazepina) nel dolore neuropatico (Backonja MM, *Neurology* 2002;59(5 Suppl 2) S14-17). L'"Archimedes" (la rubrica dedicata alle evidenze in Pediatria) degli *Arch Dis Child* (McDouall SF, Tasker RC, 2004;89:686-7) riporta (sintetizzando risultati di due studi su adulti - Pandey CK, *Anesth Analg* 2002;95: 1719-23; Tripathi M, *Crit Care Med* 200;28:655-8) che gabapentin e carbamazepina sono efficaci almeno quanto gli oppioidi nel trattamento del dolore neuropatico nella Guillain-Barré. Questi farmaci andrebbero quindi scelti in ragione anche dei minori effetti collaterali, specie sulla sedazione.

Streptococco e cervello: ovvero l'ampio spettro clinico delle PANDAS. L'infezione da streptococco beta-emolitico di gruppo A può essere seguita da reazioni autoimmuni verso il sistema nervoso (*Paediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections*: PANDAS). La forma di PANDAS nota da più lungo tempo è nei fatti la corea di Sydenham, ma di questo gruppo fanno parte altre discinesie come la distonia, l'atetosi, i tics, i tremori, l'opsocloni, il miocloni e le stereotipie. In uno studio che ha raccolto quaranta casi di PANDAS (Dale RC, et al. *Arch Dis Child* 2004;89:604-10) (diagnosi basata sulla dimostrazione colturale e sierologica della recente infezione da SBA e della comparsa in relazione a questa dei disturbi neurologici e/o delle loro ricadute) viene data evidenza dell'elevata frequenza di sintomi di accompagnamento di tipo psichiatrico (65%); prevalgono i disturbi di tipo "emozionale", seguiti da quelli di tipo ossessivo-compulsivo (27%), ansioso (25%), de-

pressivo (17%). In molti casi si aggiungono un disturbo "acuto" della condotta e una sindrome di tipo ipercinetico. Il problema è piuttosto serio se si considera che il 70% dei casi continua a presentare il problema a distanza di più di due anni. Probabilmente la predisposizione genetica gioca un ruolo determinante. Infatti, frequentemente, i familiari presentano disturbi analoghi. Attenzione! Non è che adesso vi mettete a diagnosticare le PANDAS una dietro l'altra. Certamente però pensateci (con la stessa cautela con cui pensate al reumatismo articolare acuto) e tenete presente che la terapia con gammaglobuline per via endovenosa può essere indicata ed efficace nei casi più gravi. La terapia con penicillina è indicata come nel RAA, ma l'efficacia della profilassi non è chiaramente dimostrata.

Il trattamento della malattia infiammatoria cronica nel bambino: tre spunti "italici" dal Congresso mondiale di Gastroenterologia pediatrica. La dieta polimerica si conferma estremamente efficace e particolarmente indicata, specie nei bambini con malattia di Crohn a localizzazione ileale. Il gruppo romano (Baschetto C, et al. *JPGN* 2004; suppl 1:S106-7), con grande soddisfazione di tutti noi, ci dà brillante conferma di come la dieta polimerica sia almeno altrettanto efficace dei corticosteroidi nell'indurre la remissione clinica. La terapia nutrizionale è peraltro assolutamente più efficace dei corticosteroidi nell'indurre la remissione istologica. Stando sullo stesso tema, il gruppo fiorentino (Lionetti P. 2004, S106) dà dimostrazione che la remissione clinica, ottenuta con la dieta polimerica, si associa a una profonda modificazione della flora intestinale, suggerendo quindi che l'efficacia di questa terapia sia mediata dalla capacità di interrompere una reazione immunologica cronica attivata da microrganismi residenti nell'intestino. Infine, da Trieste arriva la conferma su larga casistica (23 casi) che la talidomide è estremamente efficace nell'indurre la remissione (e nel mantenerla a lungo termine, anche utilizzando dosi molto molto basse) della malattia infiammatoria cronica in bambini resistenti ad altri immunosoppressori (Martelossi S, *JPGN* 2004;S 282-83).