

Contributi originali. I testi in extenso sono pubblicati on line



USTIONI IN ETÀ PEDIATRICA. COME, DOVE, QUANDO?
Frassetto A, Novelli B, Melandri M, Polverelli M, Landi G
UO di Dermatologia, Centro Grandi Ustionati
Ospedale "M. Bufalini", Cesena

Summary

We studied 62 children who were hospitalised at "Centro Grandi Ustionati" from 1995 to 1998. Pre-schoolers usually burn during the daytime (100%), when at home (97%) and with boiling liquids (90%), mainly water. Schoolers usually burn with flames (76%), mainly alcohol, and often when not at home (28%). For schoolers the main etiologic factors are the children's personal characteristics (liveliness to hyperactivity), whereas for pre-schoolers the main causes are family problems.

Scopo della ricerca

I bambini rappresentano una popolazione ad elevato rischio di ustioni, anche gravi, con elevato pericolo di vita e di danni non solo estetici. Uno studio epidemiologico sulle cause degli incidenti più gravi può orientare l'educazione sanitaria e individuare i fattori di rischio.

Materiale e metodi

Sono stati presi in considerazione 62 bambini, ricoverati in successione dal gennaio '95 al dicembre '98 al Centro Grandi Ustio-

nati dell'Ospedale Bufalini di Cesena. I criteri di ospedalizzazione includono: a) ustioni >10% (TBSA); b) necessità di intervento chirurgico.

I bambini sono stati suddivisi per età (0-6 e 6-14 anni). Sono state effettuate analisi descrittive sulle seguenti variabili: agente ustionante, luogo, tempo, estensione, gravità, e confrontati.

Risultati

Le ustioni sono causate da liquidi bollenti nel 61% dei casi e da fuoco nel 37%. Prevalgono i maschi (64,5%). Non c'è differenza stagionale né oraria, salvo per il fatto che il 100% delle ustioni si verifica di giorno. I bambini di età prescolare si ustionano con liquidi bollenti (97%), quasi sempre con acqua (90%), in cucina.

I bambini in età scolare si ustionano prevalentemente con il fuoco (76%), per lo più provocato dall'alcol, spesso fuori casa (28%). I fattori personali alla base dell'incidente sono, nell'età prescolare, legati alle caratteristiche stesse dello sviluppo (esplorazione, scarsa coordinazione, mancanza del concetto di causa-effetto) e nell'età scolare a caratteristiche temperamentali che vanno dalla vivacità alla iperattività.

Conclusioni

L'ambiente domestico, e in particolare la cucina, è il luogo più pericoloso in assoluto. C'è spazio per un intervento preventivo mirato ai bambini e ai nuclei familiari a rischio.



PRICK TEST.
UNO STUDIO EPIDEMIOLOGICO SU 1000 BAMBINI
Amato GM, Barcellona R, Travia A, Amato G, Carta M,
De Luca A, Giuffrè M, Piazza L, Termini D
Immunologia Clinica, Istituto di Pediatria, Università di Palermo

Summary

1,000 patients were invited for supposed allergic diseases and they were tested with a panel of 11 inhalant allergens and 12 food allergens. 502 patients turned out to be positive: at least one positive result was obtained for 60% of the asthmatic patients (and for 77% of the asthmatic patients with atopic dermatitis), but only for 45% of the children with nettle rush, for 37% of the children with isolated atopic dermatitis, and for 28% of the children with rhinitis. Amongst mono-sensitive children, the most common positive result related to dermatofagoid (75%). Sensitivity to animal tropho-allergens (eggs, milk, cod) disappeared after the first year of life, whereas there was an increase in sensitivity to pneumo-allergens (dermatofagoid, grasses, parietaria, olive tree) and vegetal tropho-allergens (maize, wheat, almond).

Scopo della ricerca

Uno studio sistematico con 23 allergeni testati mediante Prick test su un largo campione pediatrico selezionato (1000 bambini con patologia presunta allergica) offre un'occasione unica per una valutazione "panoramica" della distribuzione per età delle diverse sensibilizzazioni.

Materiale e metodi

1000 bambini con sintomatologia presunta allergica (asma, dermatite atopica, rinite, orticaria) sono stati testati con un panel di 11 allergeni inalanti (ambrosia, assenzio, betulla, erba canina, mix di graminacee, olivo, parietaria, dermatofagoide, cane, gatto, alternaria) e di 12 trofoallergeni (arachide, arancia, grano, mais, mandorla, noce, pomodoro, riso, soia, bianco d'uovo, latte vac-

no, merluzzo) con estratti commerciali della Bayrofarm Italiana e valutati secondo i criteri della SIAIC contro istamina.

Risultati

Dei bambini testati, 502 sono risultati positivi per almeno un allergene.

Tra i soggetti monosensibili la positività più comune è quella per il dermatofagoide (75%), mentre assai rare sono le monosensibilità per tutti gli altri allergeni. Almeno una positività è stata trovata nel 60% degli asmatici (e nel 77% degli asmatici con dermatite atopica), ma solo nel 45% dei bambini con orticaria, nel 37% dei bambini con dermatite atopica isolata, nel 28% dei bambini con rinite.

La positività verso i pneumoallergeni aumenta rapidamente nel tempo. Da 0 nel primo anno di vita (eccetto che per il dermatofagoide che ha il 10% di positività già a quest'età) al 50% per il dermatofagoide (a 10 anni), al 35% per la parietaria (> 14 anni) e al 20% per le graminacee (> 14 anni). La cutipositività per trofoallergeni vegetali aumenta lentamente (fino al 5% per il grano, al 15% per la mandorla e al 20% per l'arachide), e sembra diminuire dopo i 12 anni.

La cutipositività verso i trofoallergeni animali è alta nel primo anno di vita (25% per l'uovo, 10% per il latte, 7% per il merluzzo) e si azzerava o quasi nelle età successive.

Discussione

I dati raccolti sono in accordo con le indicazioni della letteratura. Interessante è il fenomeno della desensibilizzazione (tolleranza) verso gli allergeni alimentari "forti", a cui il neonato è già sensibile, e la più tardiva sensibilizzazione-desensibilizzazione verso gli allergeni vegetali "deboli", così come la progressiva sensibilizzazione senza desensibilizzazione verso i pneumoallergeni. Interessante, ma non sorprendente, la rara cutipositività nella dermatite atopica non associata ad asma e nell'orticaria.



DIVERTICOLO DI MECKEL NON COMPLICATO: UNA DIAGNOSI DIFFICILE

Monai M, Giannotta A
 UO di Chirurgia Pediatrica, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Caso clinico

L. C., maschio, nato a termine da parto eutocico, allattato al seno, allergico al latte e ai derivati del latte. Nessuna patologia di rilievo fino all'età di 2 anni, quando viene ricoverato in Clinica Pediatrica per una sintomatologia dolorosa addominale di tipo colico, prevalentemente localizzata all'epigastrio e al mesogastrio. È presente vomito, prima alimentare, poi salivare, non febbre, alvo chiuso da 2 giorni, peristalsi presente. Gli esami ematochimici eseguiti (emocromo, CRP, elettroliti) sono nella norma. Viene somministrato Plasil im e, dopo alcune ore dal ricovero, il piccolo sta molto meglio, inizia a bere; poi si rialimenta regolarmente. Viene dimesso dopo 24 ore di osservazione con diagnosi di gastrite.

Il secondo ricovero, questa volta nel reparto di Chirurgia Pediatrica, avviene nel settembre '99, all'età di 5 anni. Verso le 4 del mattino, il bambino si sveglia con dolore addominale, dapprima diffuso e quindi localizzato prevalentemente ai quadranti bassi dell'addome, accompagnato da un vomito alimentare, non febbre, alvo riferito regolare. Al momento del ricovero, le condizioni cliniche generali sono sofferenti, la cute è pallida, il piccolo lamenta dolore spontaneo al mesogastrio. La palpazione dell'addome suscita dolore in fossa iliaca destra con accenno a contrattura muscolare di difesa. I soliti esami ematochimici sono nella norma. Dopo poche ore dall'ingresso, il bambino si sente molto meglio, il dolore e la sensazione di nausea sono scomparsi, l'addome è trattabile, persiste lieve dolore al mesogastrio. Rialimentato, il dolore addominale scompare, e il bambino viene dimesso.

Ultimo episodio, 2 mesi dopo: il piccolo si sveglia di notte lamentando un dolore importante e ingravescente all'addome, accompagnato da vomito persistente di tipo biliare. Portato al Pronto Soccorso, viene ricoverato. Vengono eseguiti d'urgenza esami ematochimici (emocromo, elettroliti, CRP, es. urine) risultati nella norma, Rx addome a vuoto ed ecografia addominale. La radiografia dell'addome, eseguita in posizione ortostatica, dimostra anse del tenue notevolmente dilatate, con livelli idroaerei (vedi Rx). L'ecografia conferma l'ectasia delle anse del tenue che contengono liquido e presentano scarsa peristalsi; null'altro di significativo. Il piccolo viene trasferito in Chirurgia Pediatrica; all'ingresso, le condizioni cliniche generali sono compromesse, la cute è pallida con occhi alonati. L'addome è leggermente teso, con disegno delle anse sulla parete. Alla palpazione esiste discreta resistenza muscolare dei quadranti medio-inferiori; peristalsi aumentata nei quadranti superiori, con rumori di filtrazione, mentre è piuttosto torpida nei quadranti inferiori. Il piccolo viene sottoposto a laparotomia esplorativa per occlusione intestinale, con il sospetto di volvolo intestinale. Il reperto intra-operatorio dimostra un diverticolo di Meckel (DM) a larga base d'impianto, che si inserisce, con un prolungamento fibroso, a livello dell'ombelico, stenosando nel suo tragitto un'ansa ileale sottostante. Si procede alla resezione a cuneo del diverticolo e al ripristino della continuità intestinale mediante sutura trasversale. L'esame istologico del pezzo asportato conferma trattarsi di DM, con la presenza, al fondo dello stesso, di mucosa con aspetto del tipo della mucosa gastrica.

Il decorso post-operatorio è stato regolare, con ripresa della canalizzazione in terza giornata e dimissione in sesta.

Il problema

Il diverticolo di Meckel è la più comune anomalia congenita del piccolo intestino, manifestandosi con una frequenza del 4-6%. La storia clinica del DM dice che esso può essere asintomatico per tutta la vita, si può evidenziare casualmente nel corso di un intervento chirurgico addominale eseguito per altra patologia o può manifestarsi con una delle sue complicanze. È stato calcolato che il rischio di complicanze del DM è del 4.2%.

Le complicanze, in ordine di frequenza, sono: l'emorragia digestiva da mucosa gastrica eterotopica, l'occlusione intestinale (invaginazione o volvolo), la diverticolite, la fistola o il seno ombelicale. La diagnosi preoperatoria è spesso difficile anche se episodi antecedenti di crisi dolorose addominali, rettorragie pregresse o dolori periombelicali persistenti, possono indirizzare verso la diagnosi di DM. In caso di enterorragia acuta ed episodica, solitamente non accompagnata da dolore e segno della presenza di mucosa gastrica eterotopica all'interno del diverticolo, la scintigrafia con ^{99m}Tc pertecnetato è l'esame di scelta. La diagnosi differenziale preoperatoria va posta con la malrotazione, l'invaginazione o il volvolo intestinale.

Il contributo dimostra la difficoltà della diagnosi e ci fa riflettere sulla necessità di non sottovalutare mai la sintomatologia dolorosa addominale, soprattutto nel bambino piccolo che, non sapendosi esprimere in maniera adeguata, può allontanarci da una diagnosi che deve comunque essere tenuta presente.

In ogni caso la diagnosi di occlusione intestinale, da patologia organica, deve essere sospettata ogni qualvolta si manifesti improvvisamente dolore addominale, che sveglia il bambino di notte, soprattutto quando il tutto si accompagna a vomito biliare.

Pagine didattiche

Percorsi clinici

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

Dermatologia per immagini
 (a cura di F. Longo)

Appunti di terapia
 (a cura di G. Bartolozzi)

• **Uso di antibiotici negli animali, resistenza batterica e salute pubblica**
 • **Trattamento e prevenzione della tubercolosi multi-resistente** • **Ancora sull'orlistat, un farmaco che combatte l'obesità** • **Ancora sullo zanamivir**

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

• **La malattia di Kawasaki rivista da Kawasaki**

Il punto su...

(a cura di G. Bartolozzi)

• **Il vomito**

Avanzi (a cura di G. Bartolozzi)

• **Emorragia intracranica e modalità del parto** • **Un'epidemia di obesità nei bambini del Regno Unito** • **Qual è l'efficacia dei vaccini contro lo pneumococco?** • **Mortalità infantile e prodotto interno lordo**

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 1982 a oggi, e quindi può essere utilizzato per una consultazione diretta.