

Mastoidite, otite e antibiotici. Una recente segnalazione, pubblicata soltanto sugli atti di un convegno internazionale sulle otiti (Fort Lauderdale, Florida, 1-5 giugno 1999), riporta di un aumento della prevalenza dei casi di mastoidite in Olanda, Norvegia e Danimarca nel periodo 1991-1998, e lo mette in relazione con l'abbandono dell'antibiotico nel trattamento dell'otite media. In questi Paesi, infatti, un'incidenza della mastoidite sarebbe salita al 3,5-4,2% per 100.000/anno, rimanendo invece attestata, nello stesso periodo, tra l'1,2 e il 2 per 100.000/anno in Inghilterra, Canada, Stati Uniti e Australia, Paesi dove l'otite continua a essere trattata con l'antibiotico. Uno studio retrospettivo svolto in Texas (Faryal A. *Pediatr Infect Dis J* 2001;20:376-80) contraddice questa evidenza, e mostra come la prevalenza di mastoidite sia comunque, lievemente ma significativamente, aumentata anche negli USA nel periodo 1983-1999 (durante il quale l'uso dell'antibiotico per l'otite è stato la regola) rispetto al periodo 1957-1979 (definito nello studio come "era pre-antibiotica"). Stando ai dati dello studio, l'aumento di prevalenza della mastoidite non può essere messo in relazione a un aumento delle resistenze antibiotiche al pneumococco (patogeno in causa nella quasi totalità dei casi). Più della metà dei casi infatti, così come riportato anche in altre esperienze (Dadal D. *Eur J Pediatr* 1990;149:560-4), sono esorditi d'emblée, non preceduti da segni di otite, e questa evenienza può dare ragione del perché l'attitudine a trattare tutte le otiti con l'antibiotico non abbia modificato in senso favorevole l'epidemiologia della mastoidite. Problema, quest'ultimo, che il pediatra deve temere (60-70% dei casi complicati da osteite o ascesso), che ha bisogno della TAC per una corretta definizione, che necessita di chirurgia in più di un terzo dei casi, e che può essere accompagnato da altre complicazioni (paralisi del facciale, sepsi, trombosi dei seni).

Diarrea acuta: sempre più virus. Circa il 30% delle diarreie infettive del bambino e dell'adulto rimangono senza etichetta eziologica: delle diarreie acute circa il 20% sono di origine batterica, il 50% sono da rotavirus, adenovirus, astrovirus o agenti di Norwalk. E delle rimanenti 30%, qual è la causa? Di sicuro una gran parte di questa fetta mancante è dovuta ai virus Norwalk-simili (virus a RNA appartenenti alla famiglia delle *Caliciviridae*), responsabili di episodi di diarrea in ogni parte del mondo (Stati Uniti, Canada, Regno Unito, Olanda, Finlandia e altri) (*MMWR* 2001;50,RR-9:1-17). Da un punto di vista pratico si deve sospettare questo agente infettivo quando ci si trovi di fronte a un'epidemia (ristorante, asilo nido, scuola materna, luoghi di vacanza o altre comunità) in cui la ricerca di altri agenti batterici, virali o protozoi, sia negativa, il vomito sia presente in oltre il 50% dei casi e il tempo medio d'incubazione vada da 24 a 48 ore.

La letalità per epilessia. Quando parliamo con i genitori di un bambino epilettico diciamo loro che di epilessia non si muore, ma questa nostra affermazione non si basa su studi accurati e sufficientemente numerosi. Per chiarire in modo definitivo questo punto è stata condotta un'indagine in Olanda su 472 soggetti di età inferiore ai 16 anni, seguiti per 5 anni, nei quali era stata posta diagnosi di epilessia (PMC Callenbach, et al. *Pediatrics* 2001;107:1259-63). Fra i 328 bambini a cui era stata diagnosticata epilessia non sintomatica non si è verificato nessun decesso, mentre tutti i decessi (9 morti) sono avvenuti fra i 142 bambini che soffrivano di epilessia secondaria ad alterazioni neurologiche stabilizzate o in evoluzione. Si è concluso che i bambini che soffrono di epilessia non sintomatica non hanno un aumento della letalità in confronto a quella della popolazione in generale; i bambini invece che hanno un'epilessia sintomatica hanno un maggior rischio di mor-

te, di 20 volte superiore quello della popolazione.

GB virus C: un "nemico" dell'HIV? Il decorso dell'infezione da HIV è estremamente variabile nei diversi ammalati; di recente è stato dimostrato che l'infezione con il GB virus C (GBV-C, chiamato anche virus dell'epatite G) in soggetti affetti da HIV ritarda la progressione dell'infezione da HIV. Il GBV-C è un membro della famiglia delle *Flaviviridae*; è il virus umano più strettamente correlato al virus C dell'epatite (HCV). L'infezione da GBV-C è relativamente frequente nei soggetti con HIV: negli Stati Uniti nel 39,8% (Xiang J, et al. *N Engl J Med* 2001;345:707-14) e in Germania nel 16,8% (Tillman HL, et al. *N Engl J Med* 2001;345:715-24). L'influenza dell'infezione da GBV-C sull'evoluzione dell'infezione da HIV è risultata statisticamente significativa ($p < 0.001$) in senso favorevole. È possibile che la presenza del GBV-C determini un'inibizione della moltiplicazione dell'HIV, ma l'infezione da GBV-C potrebbe anche essere un marcatore della presenza di altri fattori che conducono a una risposta favorevole all'infezione da HIV.

Teste grandi e teste piccole. Di recente è stato portato a termine uno studio per osservare se la presenza di macrocefalia nelle prime età della vita può essere associata successivamente alla comparsa di autismo (Bolton PF, et al. *Lancet* 2001;358:726-7). I risultati ottenuti dimostrano che la macrocefalia dell'infanzia si associa con un aumentato rischio di sviluppo di disordini artistici (odds ratio 5,44; $p = 0,03$). Questo reperto suggerisce che differenze neuro-biologiche durante il primo anno di vita possono predire le manifestazioni comportamentali dei disordini autistici. D'altro lato, su oltre 19.000 misurazioni della circonferenza cranica nei neonati, 106 soggetti avevano una misurazione al di sotto delle 2 DS; 65 di questi sono stati esaminati accuratamente (Vargas JE, et al. *J Pe-*

diatr 2001;139:210-4). Quattro (6,2%) avevano una malformazione maggiore e vennero considerati dismorfici. I rimanenti non avevano una maggiore frequenza di anomalie minori. È stata notata, ovviamente, una forte associazione con il peso alla nascita e l'età gestazionale; tolti questi numerosi neonati, risulta che la "vera" microcefalia congenita (cioè con un corpo di grandezza normale) è un evento eccezionale.

È il momento della MBL. È noto che la deficienza nel siero della lectina legante il mannosio (MBL) (una componente importante del sistema immune innato) è un fattore di suscettibilità alle infezioni (v. anche Pagina gialla di settembre). Oggi sappiamo che questo è particolarmente vero per i bambini con tumore. La MBL è stata ricercata in 100 bambini che erano in trattamento con chemioterapici per una neoplasia (Neth O, et al. *Lancet* 2001; 358:614-8). È risultato che i soggetti che hanno i più bassi livelli di MBL alla diagnosi (< 1000 mg/l) avevano un numero medio di giorni di neutropenia febbrile più elevato di quelli che avevano le concentrazioni più alte. La deficienza di MBL sembra quindi abbia una grande importanza sulla durata degli episodi neutropenici nei bambini con cancro. Tutto questo suggerisce che la somministrazione di MBL può rappresentare un modo nuovo per trattare le complicazioni infettive indotte dalla chemioterapia nei bambini. Il rilievo è stato confermato da altri ricercatori (Peterslund NA, et al. *Lancet* 2001;358:637-8).

Le convulsioni post-vaccinazione. La vaccinazione contro la pertosse con vaccino intero e la vaccinazione contro morbillo, parotite e rosolia (MPR) si accompagnano talvolta a convulsioni; per il vaccino pertosse intero il rischio relativo è stato stimato di 1,8 nel giorno successivo alla somministrazione, e per il vaccino MPR il rischio relativo è risultato di 2,1 dal 6° all'11° giorno dopo la vac-

cinazione. Lo studio del vaccino DTP intero ormai non ci riguarda più, perché l'Italia è passata al vaccino DTP acellulare ormai da qualche anno. In una ricerca su 137.457 bambini vaccinati con MPR è stato confermato l'aumentato rischio di convulsioni fra l'8° e il 12° giorno dalla vaccinazione, con un rischio relativo di 2,8; ma, e questo ha una grande importanza, non è stata notata alcuna associazione con convulsioni non febbrili: in senso assoluto è stato calcolato che dopo la vaccinazione MPR da 25 a 34 bambini/100.000 possono presentare convulsioni (Barlow WE, et al. *N Engl J Med* 2001;345:656-61). Nessuno di questi bambini è risultato a rischio di convulsioni successive o di alterazioni nello sviluppo neurologico. Il modesto aumento del rischio di convulsioni febbrili semplici fra i vaccinati, non deve far dimenticare gli infiniti benefici della vaccinazione con MPR.

Pseudomonas e sindrome del piede caldo. In 40 bambini che frequentavano una piscina con acqua bassa si è manifestata un'eruzione a carico della pianta dei piedi: si trattava di noduli eritematosi, molto dolorosi, che comparivano circa 40 ore dopo che erano stati in piscina, il cui fondo era costituito da un piano antiscivolo, granuloso (Fiorillo L, et al. *N Engl J Med* 2001;345:335-8). Dalle pustole che erano presenti in un bambino è stata isolata la *Pseudomonas aeruginosa*, che venne ritrovata anche nelle acque della piscina. Gran parte dei bambini venne curata con farmaci sintomatici e guarì nel giro di due settimane; solo alcuni hanno ricevuto cefalexina. Tre bambini sono tornati nella stessa piscina e hanno avuto, appena 24 ore dopo, una ricaduta.

La violenza lascia il segno. Soggetti di sesso femminile che abbiano subito un abuso fisico o sessuale nell'infanzia hanno un rischio aumentato di essere vittime di abuso anche nell'età

adulta (Cold J, et al. *Lancet* 2001;358: 450-4). Il rischio è maggiore per i soggetti che siano stati ripetutamente vittime di abuso nei primi anni di vita. Ma non è finita qui. Una ricerca eseguita a Boston in donne dai 36 ai 45 anni mette in evidenza un altro aspetto del problema (Wise LA, et al. *Lancet* 2001;358:881-7). Sono state studiate 236 donne con depressione maggiore e 496 controlli, utilizzando un questionario volto ad accertare se fossero state sottoposte a violenza nei primi anni di vita. Il 50% delle donne interrogate ha riportato di essere state sottoposte a violenza o di averne avuto paura durante la fanciullezza o l'adolescenza; confrontando le donne che non avevano subito abuso con quelle che lo avevano sofferto (sia fisico che sessuale) è risultato che il rischio di depressione è aumentato nelle seconde, con un rischio relativo di 2,5. La gravità dell'abuso si è mostrata in relazione lineare con la depressione. Il controllo stretto del pediatra sulle situazioni a rischio di abuso sia fisico che sessuale rappresenta una delle modalità più efficaci per combattere questa grave piaga sociale.

Allattamento al seno e asma. In una metanalisi (1966-1999 sul MEDLINE) sono stati esaminati 12 studi prospettici che hanno valutato l'associazione fra l'allattamento esclusivo per i primi 3 mesi di vita e l'asma (Gdalevich M, et al. *J Pediatr* 2001;139:261-6). L'allattamento al seno esclusivo nei primi mesi dopo la nascita si associa a una più bassa incidenza di asma durante l'infanzia: l'effetto fu superiore negli studi che riguardavano bambini appartenenti a famiglie con storia di atopia (odds ratio = 0,52). L'effetto, determinato dalle qualità immunomodulanti del latte umano, dall'aver evitato allergeni o dall'associazione di altri fattori, sottolinea il vantaggio dell'allattamento al seno esclusivo, specialmente se è presente una storia familiare di atopia.