

## A proposito di Palivizumab e pretermine

Sul n. 8/99 di *Medico e Bambino* ho letto con interesse l'articolo di De Seta e Orso<sup>1</sup> "Palivizumab: un anticorpo monoclonale umanizzato contro il VRS", e ho apprezzato in particolare la prudenza con cui gli Autori propongono il ricorso all'immunoprofilassi contro il rischio di infezione da virus respiratorio sinciziale, limitandone le indicazioni ad alcune delle categorie a rischio, ritenendo troppo ampie le raccomandazioni dell'American Academy of Pediatrics. Queste ultime sono presentate in una tabella intitolata "Gruppi di bambini a rischio da sottoporre a profilassi con Palivizumab secondo l'Accademia Americana di Pediatria (1998)".

Il punto critico è proprio a proposito delle raccomandazioni dell'AAP, che anche da altri<sup>2</sup> vengono presentate con una dizione (traduzione) che a mio parere non è conforme alla formulazione originale. Il messaggio che si ricava dalla lettura delle "Raccomandazioni" così come presentate in italiano appare sostanzialmente diverso da quello che si recepisce dalle stesse nella lingua originale.

Non mi sembra infatti che la AAP (Pediatrics 1998;102:1211-16) raccomandi categoricamente di somministrare il Palivizumab nel pretermine con malattia polmonare cronica (di età inferiore a due anni in trattamento medico fino a 6 mesi prima), ma piuttosto che in questo raggruppamento «Palivizumab (...) prophylaxis should be considered». La AAP afferma poi al Punto 2 che anche i prematuri esenti da malattia polmonare cronica ma di età gestazionale <32 settimane possono trarre beneficio dal Palivizumab, e non che in questa categoria la profilassi si debba fare.

A conferma, a mio giudizio, che la AAP non ha individuato dei gruppi a rischio per i quali raccomanda di fare il Palivizumab, ma piuttosto delle categorie nei cui confronti va presa in (attenta) considerazione la opportunità di farlo, sempre al Punto 2 delle raccomandazioni afferma che «practitioners may wish to use RSV rehospitalisation data from their own region to assist in the decision-making process».

Concludo sottolineando che non è mio intendimento entrare nel merito di cosa sia giusto/opportuno/raccomandabile fare: questo è un altro argomento (molto attraente!). Esprimo solo la mia forte perplessità sulla interpretazione che vedo dare alle raccomandazioni della AAP, e su questo mi piacerebbe conoscere il parere di *Medico e Bambino* (ed eventualmente anche di altri, ad esempio degli stessi Autori dell'articolo citato).

Stefano Chiappe, Cagliari

## Bibliografia

1. De Seta L, Orso G. Palivizumab : un anticorpo monoclonale umanizzato contro il VRS. *Medico e Bambino* 1999;18:491.
2. Giovannini M, et al. Le infezioni da VRS in età pediatrica. *Stato dell'arte. Neonatologica* 1999; 13:89,2.
3. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases and Committee on Fetus and Newborn. Prevention of respiratory syncytial virus infection: indications for the use of Palivizumab and update on the use of RSV- IGIV. *Pediatrics* 1998;102:1211-16.

*Nel ringraziarla per l'attenzione prestata al nostro articolo, concordiamo con Lei sul fatto che le raccomandazioni dell'AAP sull'utilizzo del Palivizumab non siano categoriche. E non poteva essere altrimenti, in quanto il Palivizumab era stato approvato dalla FDA americana solo qualche mese prima sulla base di un unico, anche se vasto trial clinico, l'"Impact-RSV study". L'esigenza di sintetizzare al massimo in una tabella quelle che in coda alla pubblicazione su Pediatrics (102, 1211-16, 1998) vengono per l'appunto indicate come "recommendations" non ci ha consentito di riportarne la traduzione letterale. Questa, d'altronde, non ci è sembrata utile, in quanto le raccomandazioni dell'AAP sono nella sostanza molto precise (non a caso nel titolo si parla di Indicazioni per l'uso del Palivizumab... - Indications for the use of Palivizumab...), nonostante l'uso di alcuni condizionali. Per l'autorevolezza dell'organismo che le ha espresse hanno costituito per noi un punto di partenza per individuare, nella nostra realtà, quei gruppi di bambini che, sulla base di un rapporto costo-benefici favorevole, sarebbe consigliabile sottoporre a immunoprofilassi con Palivizumab.*

Luciano de Seta e Giuseppe Orso

*L'opinione degli Autori è stata formulata qui sopra. Quella di Medico e Bambino, che è solo un'opinione, perché un'opinione ci viene richiesta, è la seguente.*

*La critica discreta del prof. Chiappe è perfettamente giustificata e la dizione "prophylaxis should be considered" non può effettivamente essere tradotta da un troppo sbrigativo «da sottoporre a profilassi». In termini più generali crediamo di dover comunque sottolineare che Medico e Bambino ha un atteggiamento forse fin troppo conservativo nei riguardi di tutti gli interventi di prevenzione.*

*Nello specifico la nostra posizione nei riguardi del Palivizumab (di cui ci era comunque sembrato doveroso pubblicare la scheda per un'informazione) NON è un farmaco applicabile a "categorie" ma soltanto a singoli bambini o, il che è lo stesso, a gruppi molto ristretti (il che, temiamo, ren-*

*derà quanto meno difficile reggere il mercato).*

F.P.

## Ancora su Medicus Medicorum

Egr. prof. Panizon,

in relazione alla segnalazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Udine per l'articolo da Lei pubblicato sulla rivista *Medico e Bambino*, Lei, a richiesta di quest'Ordine, invio una nota di chiarimenti sull'articolo stesso.

Questa nota fu considerata dal Consiglio di quest'Ordine atta a chiarire i punti che il Consiglio Direttivo dell'Ordine di Udine riteneva "non benevoli" nei riguardi dell'istituzione ordinistica.

Il Consiglio, anche su sollecitazione dell'Ordine di Udine, che ha rinnovato la richiesta di chiarimenti, La invita a pubblicare la Sua nota sul giornale *Medico e Bambino*.

Cordiali saluti

dott. Giuseppe Parlato  
Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trieste

*Ecco quindi che, qui di seguito, pubblichiamo la lettera di chiarimenti in questione.*

Caro Presidente,

*ho riletto il mio scritto comparso sul numero di giugno di Medico e Bambino del 1999, dal titolo "Medicus Medicorum". Anche se non posso negare che abbia un contenuto (e anche un intento) critico, e riconoscere che è stato forse un po' velleitario, devo però anche aggiungere che né il contenuto né l'intento mi sembrano troppo lontani dalle notazioni ancora più critiche fatte, molto più autorevolmente dal presidente della FNOM, dottor Pagni. L'intento, che forse consisteva soltanto nella dichiarazione di un malessere personale (ma condiviso), corrisponde al bisogno, che avverto, di un miglioramento etico-qualitativo professionale della nostra categoria, e alla percezione di inadeguatezza degli Ordini a promuovere le energie migliori.*

*Si tratta, così almeno a me sembra, di osservazioni in qualche misura banali, e solo parzialmente negative. Evidentemente, poiché sono io stesso un medico, e poiché sono stato più volte (recidivo!) consigliere dell'Ordine, sono anche osservazioni autocritiche.*

*Da queste osservazioni - d'altronde - traspire il vecchio concetto del solito bicchiere mezzo vuoto (che è dunque anche mezzo*

pieno). Da una parte dico che il medico di oggi non è peggiore di quello di ieri, e dall'altra affermo che, comunque non siamo tanto bene quanto la gente (giustamente) aspetta da noi. E mi pare che non sia una affermazione avventata: penso infatti che la gente si debba aspettare che chi si prende cura della sua salute sia saggio, sapiente, comprensivo, ragionevolmente disinteressato, leale. Sappiamo che non sempre è così (e forse sappiamo anche che non potrebbe mai essere così; ma che comunque si dovrebbe tendere in quella direzione); lo sappiamo per prove certe (ad esempio i certificati di malattia, magari quelli fatti ai piloti; ad esempio l'eccesso dei ricoveri e l'eccesso degli esami strumentali; ad esempio la confusione tra pubblico e privato; ad esempio i bassi indici di risposta ai test di valutazione; ad esempio la bassa qualità della preparazione dei candidati all'esame di Stato, che l'Università di Medicina da una parte e l'Ordine dall'altra dovrebbero - anche se allo stato delle cose oggettivamente non possono - meglio garantire).

Credo infine che corrisponda al vero vero la mia affermazione contenuta nella lettera che, non per colpa, ma per sostanziale impotenza, gli Ordini «non promuovano abbastanza tutto ciò che c'è di buono (e ce n'è)».

Quanto ai motivi di questa impotenza, quelli che ho indicato non mi sono sembrati particolarmente infamanti: ho detto infatti che «il far quadrato in difesa della categoria, posizione in qualche misura inevitabile, finisce per costituire un ostacolo a propositi come guida morale»; e ho aggiunto, (forse la battuta non era felicissima, ma ancora una volta non può essere considerata infamante) che gli eletti sono spesso caratterizzati da ideali del tipo «conservazione, difesa della categoria, conformismo retro». Confesso che non ho i dati statistici e le misure valutative per difendere questa mia affermazione. Ma ho vissuto in molte città, ho fatto parte, come ho detto, di più di un Consiglio, e ho quindi un'esperienza diretta; né, mi pare, di aver detto qualcosa che non stia né in cielo né in terra; poiché in cinquant'anni di professione ho finito per considerare che questi ideali un po' conservatori e un po' borghesi (aggettivi nei quali, di nuovo, non mi sembra ci sia niente di così negativo), non sono tanto estranei alla classe medica nel suo insieme, e non può sorprendere il ritrovarli nei suoi rappresentanti.

C'è infine la battuta secondo la quale «can no magna de can». Le parole possono essere sentite come offensive per la categoria per la crudezza del vernacolo: ma si tratta soltanto di un antico proverbio veneto (citato più volte da Basaglia, illustre medico, anche lui, come Maccacaro, non sempre in accordo con l'Ordine), secondo il quale una

categoria difficilmente è severa verso i suoi membri. Fenomeno universale.

Vorrei aggiungere, per un bisogno personale di chiarimento, che quel mio scritto non è stato dettato né da malanimo né da antipatia né da disistima per nessuno dei Consiglieri che io conosco. Tu sai bene che nutro nei tuoi riguardi simpatia e stima personali e professionali; e lo stesso posso dire per tutti i colleghi del Consiglio Direttivo che ho conosciuto e che conosco.

In conclusione: non rimangio quello che ho scritto; ti prego, però, di leggerlo con lo stesso spirito non ostile, ma solo critico (e in parte autocritico) che me lo ha dettato. Di considerarlo, se ti sembra che io abbia ecceduto nella forma e nella sostanza, come un errore di valutazione, comunque fatto e scritto convinto e in buona fede, e dovuto molto più alla affezione verso il mio mestiere e verso la mia categoria (all'interno della quale non si può essere tutti eguali) che non da un malanimo che mi è sempre stato estraneo.

Ti prego anche di accettare, e di fare accettare le mie scuse, se ho ferito personalmente qualcuno, cosa che era lontana dalle mie intenzioni.

F.P.

Tiziano Basso, U.O. di Pediatria  
Tolmezzo (UD)

## Sull'alitosi

Nel fascicolo di gennaio 2000 di *Medico e Bambino* (rubrica "Domande & Risposte") c'è una richiesta di delucidazione sull'eziologia dell'alitosi (A) e la descrizione di un tentativo terapeutico con procinetico. La risposta di *Medico e Bambino* esprime perplessità su questo tipo di approccio terapeutico, che io nemmeno conoscevo, e propone una spiegazione dell'A che io mi permetto di non condividere. Si parla, infatti, di «ristagno di muco-pus nel retrofaringe, secondario a sinusite o semplicemente a cattiva respirazione» quale causa più comune di alitosi, e si propone una terapia consequenziale ("lavaggio nasale" e, se non passa, "antibiotico").

A quanto ne so, è la flora batterica del cavo orale e del faringe che di per sé produce composti solfurei volatili (in fin dei conti come nel colon...) dalla degradazione dei microdetriti alimentari e delle cellule in sfaldamento della mucosa orale. In particolare è la flora batterica del terzo posteriore della lingua e quella inserita nelle cripte tonsillari la principale causa della produzione solfurea (vedi differenza di efficacia fra collutorio e gargarismo nei riguardi dell'A). La sinusite (e tutto quello che è attinente a questo termine nel bambino piccolo) è certamente collegabile all'A, ma esattamente come tante altre situazioni dove l'alitosi è un sintomo classico (e

di solito più appariscente che nella sinusite) di accentuati processi di catabolismo da parte di agenti patogeni reponsabili di tonsillite, stomatite, carie dentarie multiple, ecc.

La produzione di saliva è fisiologicamente ridotta al minimo durante la notte, per cui è logico che un bambino (ma come tutti...) presenti A al risveglio, non solo in situazione di xerostomia legata alla respirazione orale. Basta un banale "lavaggio" con la colazione, e l'A scompare o si riduce fortemente! Questo solitamente non succede se ci sono le condizioni patologiche descritte.

Per tutto ciò, e sempre a mio modesto parere, la risposta di *Medico e Bambino* è "didatticamente" fuorviante. Se tutti i bambini con A dovessero essere trattati con gocce nasali o con antibiotico (perché tanto l'A non passerà), medicalizzeremmo una parte notevole dei bambini senza alcuna ragione: con che animo poi saremo in grado di recepire le (sacrosante) esortazioni all'uso cauto dei farmaci e degli antibiotici in particolare?

Con molti complimenti e ringraziando per la pazienza.

Al dottor Basso dò volentieri un poco di ragione; non però fino al punto di condividere l'idea che tutti i pediatri siano scioccherelli e "medicalizzino" i bambini che hanno la carie con le gocce nel naso anziché "medicalizzarli" con il trapano.

Credo, come ogni moderatore un po' ipocrita, che il giusto stia nel mezzo. L'unica cosa certa che l'alitosi non viene, come pensano i genitori, dallo stomaco (a meno che uno non abbia preso l'olio di fegato di merluzzo, e che quindi debba venire da più in alto). Dalla bocca, certo (ma specialmente dalle bocche piene di ponti dei poveri anziani), dalle tonsille criptiche, e finalmente dalle sinusiti, di cui l'alitosi è un segno specifico. Più genericamente dall'oro-rinofaringe, dove ci sono cavità, anfratti, umidità e temperature tropicali, deliziose per gli anaerobi.

F.P.

## Propaganda occulta

Gentili Colleghi,

vorrei comunicarVi la sensazione sgradevole che ho provato dopo aver letto il Supplemento a *Medico e Bambino* dedicato ai vaccini, che ho ricevuto oggi, insieme al fascicolo di febbraio della Rivista. Il taglio e i contenuti sono quelli di una pubblicazione "scientifica", e l'argomento viene

trattato con dovizia di particolari, per offrire "un'ampia panoramica sulle attuali strategie d'intervento vaccinale in campo pediatrico".

Peccato che manchino morbillo, parotite e rosolia, malattie che, evidentemente, non interessavano, visto che i relativi vaccini non sono prodotti dalla SKB.

In compenso, in fondo al fascicolo, c'è la citazione di altre due malattie più "interessanti": varicella (fra quanto il Varivax in Italia?) ed epatite A. Che alla rivista vengano allegate, come è sempre successo, delle brochure pubblicitarie mi sembra normale, però la pubblicità in questa forma (semi-occulta) mi lascia alquanto perplesso: sarebbe stato molto più elegante (e alla fin fine, anche più utile, sia per il lettore che per la SKB) esplicitare il messaggio promozionale, indicando i nomi commerciali, scheda, costo, e pubblicando la scheda tecnica completa, riportando eccipienti e conservanti (infatti non c'è alcun accenno al Thimerosal, e a se e quando anche i bimbi italiani avranno l'Engerix in versione statunitense, privo di questa sostanza tossica).

Con immutata stima

Maurizio Prota  
(ricevuta per e-mail)

*PS: Su Quattroruote di questo mese c'è un fascicolo analogo, credo che il termine tecnico sia Pubblicità Redazionale, dedicato a una nuova station wagon sportiva, solo che il marchio Alfa Romeo è sempre bene in vista: non volevano certo correre il rischio che qualcuno prescrivere, pardon acquisti, un prodotto della concorrenza.*

*Mi dispiace della sensazione sgradevole.*

*Mi limito a ripetere quanto ho più volte ripetuto: la proprietà non si occupa dei nostri contenuti, sicché noi abbiamo piena libertà di scrittura; la redazione non si occupa della pubblicità.*

*Il fascicolo (non mal fatto, a mio avviso) è un fascicolo informativo, pubblicato dalla SKB, con tanto di marchio, staccato dalla rivista anche se cellofanato con quella. Non vedo proprio dove si possa trarre l'impressione di "pubblicità occulta". Pubblicità occulta proprio non ne facciamo; e francamente mi viene il sangue alla testa, letteralmente, nel trovarmi costretto a rispondere.*

*Con immutata stima, dico io. Ma come potrebbe essere immutata?*

F.P.

### Acido folico e confezioni farmaceutiche

La nostra società, la Pharma Line, particolarmente impegnata nel campo pediatrico, riceve in abbonamento la vostra Rivista, che si segnala nel panorama dell'editoria medica specialistica per il rigore etico e scientifico della trattazione e per la sensibilità verso i temi della prevenzione.

Personalmente, pur non essendo un medico, trovo la lettura di *Medico e Bambino* un importante momento di aggiornamento e, mi si passi il termine, di ispirazione per il nostro lavoro. Ho seguito con attenzione interessata la serie di articoli sulle integrazioni vitaminiche e minerali, con specifico riferimento alla prevenzione con acido folico e vitamine B delle malformazioni congenite e della iperomocistinemia

e della patologia cardiovascolare e tumorale.

L'ultimo è l'"Elogio dei ricostituenti", pubblicato sul numero 10 del dicembre 1999 a firma di Antonella Brunelli. In questo articolo si afferma che nessuna industria si è finora preoccupata di fornire un prodotto che contenga una dose ottimale di folati a un costo accessibile.

Vorrei invece segnalarvi che la nostra società produce da anni un integratore dietetico contenente 400 mg di acido folico associato a vitamina B1, B2, B6, B12 in dosaggi pari a 100% dei LARN. Questo prodotto è stato specificamente formulato per l'uso nel primo trimestre di gravidanza, e viene presentato alla classe pediatrica purtroppo in modo non capillare poiché la nostra rete di informatori scientifici è in fase di strutturazione.

Il nome commerciale del prodotto è B-Vital Totale ed è presentata in confezione da 20 compresse effervescenti al gusto di arancia e in confezione contagocce per l'uso neonatologico e pediatrico per un costo giornaliero di 1000 lire.

Ringraziando per l'attenzione che vorrete prestarmi, rinnovo l'apprezzamento per la vostra Rivista.

Pietro Pezzini

Amministratore Delegato Pharma Line srl  
Barbasso di Roncoferraro (Mn)

*Non è propaganda occulta, ma opportuna informazione! Così ho ritenuto di leggerla, e di trasmettervela.*

*Omnia munda mundis.*

F.P.

AZIENDA OSPEDALIERA BIANCHI - MELACRINO - MORELLI - REGGIO CALABRIA - UNITÀ OPERATIVA DI PEDIATRIA  
ACP DELLO STRETTO - Reggio Calabria FIMP - REGGIO CALABRIA

## WORKSHOP IN EPATOLOGIA PEDIATRICA

Sabato, 28 Ottobre 2000 - Aula Magna, Accademia delle Belle Arti, Reggio Calabria

9.30 Moderatore: G. Guidace (RC)

Le attuali indicazioni alla chirurgia epato-biliare nell'era del trapianto epatico pediatrico - D. Alberti (Bergamo)

10.00 Tavola Rotonda

Moderatori: A. Tedeschi (RC), G. Magazzù (ME)

Il trapianto di fegato in Italia: fabbisogni, indicazioni, criteri per l'inserimento in lista di trapianto, procedure, risultati e sorveglianza clinica  
G. Maggiore (Pisa), P. Gridelli (Bergamo), P. Vajro (Napoli), L. Zancan (Padova)

11.00 Discussione

12.00 Lettura Magistrale: Risultati a distanza del trapianto epatico, situazione attuale e prospettive future - E. Sokal (Bruxelles)

14.30 Moderatori: Rubino (LT), Riccipetitone (CS)

NUOVE RISORSE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE:

- Novità nella diagnostica per immagini - Grazioli (Brescia)
- La radiologia interventistica nell'epatologia pediatrica Agazzi (Bergamo)

• La biopsia epatica e il ruolo dell'anatomo-patologo  
Sonzogni (Bergamo)

16.00 Moderatori: M. Candusso (CS), C. Romano (RC)

FACCIAMO IL PUNTO SU ... ATTRAVERSO I CASI CLINICI:

- Colestasi neonatali - P. Vajro (Napoli)
- Terapia e prevenzione delle epatiti croniche da HBV e HCV  
G. Maggiore (Pisa)

• L'ipertransaminasemia nella valutazione del pediatra di base e dello specialista - L. Zancan (Padova)

17.30 - Conclusioni

Comitato scientifico

dr. Claudio Romano (Unità Operativa di Pediatria, OO.RR. Reggio Calabria), dr. Daniele Alberti (Chirurgia Pediatrica, OO.RR. Bergamo)

Segreteria Organizzativa

Prisma Congressi, Reggio Calabria

Tel. 0965812482- 29019

info@prismacongressi.it - www.prismacongressi.it