

Queste pagine rappresentano la finestra su "Medico e Bambino" cartaceo dei contributi originali delle pagine elettroniche. I testi in estenso sono pubblicati on line.

IL SANGUINAMENTO RETTALE NEL LATTANTE Quando fare poco giova molto

M. Bramuzzo¹, M. Mainetti², M. Azzalli², G. Tornese¹, E. Rossetto¹, M. Pocecco³

¹Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste

²Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Ferrara

³Direttore dell'UO di Pediatria, Ospedale Bufalini, Cesena

Indirizzo per corrispondenza: bramuzzo@tiscalinet.it

RECTAL BLEEDING IN NEWBORNS AND INFANTS WHEN DOING LITTLE DOES HELP

Key words Rectal bleeding, Proctocolitis, Cow's milk allergy

Summary Rectal bleeding in newborns and infants is an alarming symptom that raises parental anxiety and usually leads to rapid medical attention. In children who are apparently well, rectal bleeding can be explained by an allergic proctocolitis triggered by cow's milk proteins transferred to the baby via breast milk or assumed via artificial formulas. We studied retrospectively all infants with rectal bleeding that referred to our hospital and recall them after 2-11 years to assess whether colonoscopy is always necessary to make diagnosis, whether children develop a major gastrointestinal disease some years after and whether the exclusion of the allergen from the diet is an effective treatment.

Introduzione - Il sanguinamento rettale è un problema relativamente comune nel lattante dei primi mesi di vita, che preoccupa molto i genitori e talvolta anche il medico e che è stato variamente etichettato con i sinonimi "colite allergica", "proctite benigna", "proctite eosinofila" o "proctocolite indotta dal latte materno". La diagnosi differenziale va posta con quadri ben più eclatanti e più gravi. Il gioco è il più delle volte semplice: il bambino con proctite allergica, a differenza degli altri casi, è sempre in buone condizioni generali.

I quesiti che però tale condizione può porre sono: 1) se sia veramente indispensabile eseguire esami invasivi di conferma quali una colonscopia; 2) se la proctite allergica sia effettivamente benigna e non sottenda una malattia evolutiva; 3) se si debba o meno intervenire con una dieta di eliminazione.

Per tentare di rispondere a queste domande abbiamo valutato retrospettivamente tutti i casi che si erano presentati con questo sintomo durante il primo anno di vita negli ultimi 10 anni presso l'UO di Pediatria dell'Ospedale Bufalini di Cesena e ne abbiamo seguito l'evoluzione mediante un richiamo a distanza.

Materiali e metodi - Abbiamo arruolato 31 pazienti. Sono stati valutati: familiarità per atopia, tipo di allattamento, età di esordio dei sintomi, caratteristiche della sintomatologia, parametri auxologici, i seguenti esami di laboratorio: emocromo, PCR, VES, eosinofili fecali, prick test, RAST, IgE totali e coprocultura. Abbiamo poi contattato telefonicamente le famiglie per avere informazioni relative ai provvedimenti terapeutici adottati dopo la dimissione, all'epoca di eventuale re-introduzione delle proteine del latte vaccino (LV), alla tempistica di scomparsa della sintomatologia o eventuale persistenza/ricomparsa della stessa.

Risultati - L'età media di comparsa dei sintomi è stata di 2,5 mesi (range 1 giorno-8 mesi); 9/25 pazienti (36%) presentavano una familiarità di 1° grado per atopia; 14 pazienti (45%) erano in allattamento misto o artificiale e 17 (54,8%) erano allattati al seno (AS). In tutti i pazienti le condizioni generali erano buone e l'accrescimento regolare. 27/31 pazienti presentavano feci formate con muco e striature di sangue, 4/31 (13%) presentavano diarrea ematica. Due presentavano una modesta anemia. In 22/31 soggetti era presente un ipereosinofilia periferica (≥ 300 eosinofili/mm³), in 13/31 era presente una piastrinosi ($> 450.000/mm^3$). In 19/24 erano presenti eosinofili fecali, in 3/24 coproleucociti.

Gli indici di flogosi sono stati valutati in 26 pazienti riscontrando 3 lievi positività di scarso significato clinico. L'assetto coagulativo e il dosaggio delle IgE totali sono risultati negativi in tutti i pazienti studiati: 13/13 e 8/8 rispettivamente.

I prick test con proteine del LV sono risultati negativi in 26/26 e i RAST in 8/8 dei pazienti studiati.

Follow-up - 22/31 pazienti sono stati ricontattati o rivisti dopo un periodo compreso fra 2 e 11 anni: tutti erano guariti. La sintomatologia si era risolta in un tempo compreso tra pochi giorni e poche settimane in tutti i pazienti tranne uno in cui la sintomatologia è persistita per qualche mese.

Tra i pazienti allattati artificialmente 6/8 sono guariti in dieta con idrolisati mentre 2 sono guariti spontaneamente. Tra i pazienti in AS, 10/14 sono guariti con l'esclusione del LV dalla dieta materna mentre 4 sono guariti spontaneamente.

In tre pazienti, tutti in AS, alla reintroduzione del LV si è osservata una ricaduta.

Discussione - Nei nostri casi alcune informazioni anamnestiche e semplici esami di laboratorio erano in grado di suggerire fortemente nella maggior parte dei casi la natura "allergica" del fenomeno orientando correttamente la diagnosi. In 22/31 vi era una **ipereosinofilia periferica** e in 19/24 erano presenti **eosinofili fecali**.

Questi due semplici esami erano già in grado di identificare la maggior parte dei pazienti: 27/31 (87%). Se consideriamo la **piastrinosi** (42%) e la **familiarità per malattie allergiche** (36%), la quasi totalità dei pazienti potevano essere identificati a priori. Prick e RAST per proteine del LV invece non sono risultati contributivi alla diagnosi.

In nessun caso abbiamo avuto bisogno di eseguire una colonscopia all'esordio e inoltre 20/22 pazienti sono guariti prontamente nel giro di pochi giorni, nessuno è ricaduto spontaneamente e in 2/22 casi in cui il sanguinamento è persistito per un tempo più lungo questo era di scarso significato clinico.

Il nostro studio, in quanto retrospettivo, **non ci permette di affermare nella maggior parte dei casi uno stretto rapporto fra proctite e intolleranza alle proteine del latte**. 4/14 pazienti in AS infatti sono guariti senza alcun intervento dietetico. In 3 soli casi vi è stata una chiara dimostrazione dell'intolleranza per la ripresa dei sintomi al *challenge*. Tra i bambini in allattamento artificiale o misto 6/8 hanno seguito una dieta con idrolisati di caseina, e tutti sono immediatamente guariti. Non possiamo tuttavia essere certi della stretta necessità della dieta in questi casi perché 2/8 pazienti in allattamento artificiale sono guariti pur non seguendo alcuna dieta.

Altri Autori hanno messo in dubbio la robustezza dell'associazione sanguinamento rettale-colite allergica del lattante, riportando tassi di intolleranza certa variabili fra il 18% e il 64%. Si può suggerire di assumere un atteggiamento conservativo senza un cambiamento dietetico; tuttavia, se la clinica è suggestiva, la proposta empirica di una dieta senza proteine del LV ci appare una soluzione più innocente e accettabile della richiesta

di procedure diagnostiche invasive che vanno invece riservate a quadri persistenti o ingravescenti. Sugerire alla madre di eliminare le proteine del LV dalla propria dieta deve comunque accompagnarsi al sostegno e all'incentivo dell'AS. Le paure infondate verso allergie multiple e le spinte verso diete indiscriminate devono essere contrastate ricordando la natura benigna della proctocolite.

CRYING INFANT?... NON SOLO COLICHE!

R. Cinelli¹, F. Lotito², G. Pipola¹, L. De Cataldis¹, G. Alifano¹, B. Coppola³, G. Mazzarella¹

¹UOC Pediatria e Neonatologia, OO.RR. Penisola Sorrentina, PO Vico Equense, Asl Napoli 3 Sud; ²Clinica Ortopedica Pediatrica, AOUP Università Federico II, Napoli; ³UOC Patologia Clinica, OO.RR. Penisola Sorrentina, PO Vico Equense, Asl Napoli 3 Sud

Indirizzo per corrispondenza: gfmazzarella@libero.it

CRYING INFANT?... NOT ONLY COLIC!

Key words Septic arthritis, Infant, Crying, Colic

Summary A newborn younger than 30 days old shows a clinical picture very similar to that of colic: crying episodes, good general conditions, exclusive breastfeeding, normal weight growth, no temperature. Despite normal laboratory values, a septic arthritis of the hip does clearly come out in a few days. A timely antibiotic therapy is administered and prolonged for 4 weeks to reduce the risk of crippling consequences. Careful consideration about uncommon disease should not be avoided, even when the diagnosis seems to be clear.

Caso clinico - Elisa (nome di fantasia) ha 25 giorni di vita. Da alcuni giorni manifesta un pianto poco consolabile in alcune ore della giornata. Si alimenta esclusivamente al seno, cresce bene. "Me lo avevano detto che poteva avere le coliche..." - dice la mamma al pediatra, il quale, convinto anche lui della diagnosi, date le apparenti ottime condizioni della piccola, conferma il sospetto e prescrive i soliti rimedi.

Ma dopo altri 3-4 giorni per la persistenza della sintomatologia la piccola viene rivisitata dal pediatra, il quale apprezza - alla sola ispezione - una postura "strana": la bambina manteneva la coscia sinistra iper-flessa sul bacino e leggermente abdotta, e ogni tentativo di estendere - seppure dolcemente - l'arto provocava un sensibile aumento del pianto. Il pediatra curante, dunque, invia immediatamente la piccola presso il nostro PS.

Al ricovero, appare evidente anche una tumefazione rosea ma non calda, che interessa la parte prossimale dello stesso arto (vedi Figura). La piccola non sembra avere un aspetto particolarmente sofferente: non presenta febbre, i parametri vitali sono nella norma, si alimenta bene e non ha perso peso. Viene eseguita una radiografia del bacino, che evidenzia uno "slargamento dello spazio articolare coxo-femorale a sinistra, associato a una fine disomogeneità strutturale dell'epifisi prossimale del femore omolateralmente", quadro radiologico tipicamente associato a osteoartrite settica. All'ecografia delle anche emerge la presenza di "versamento articolare a sinistra che distende la capsula, a ecostruttura disomogeneamente ipoecogena; la muscolatura periarticolare appare lievemente ipoecogena rispetto

all'arto controlaterale; è inoltre presente ipervascolarità al color-doppler".

Il laboratorio mostra una parziale normalità degli indici infiammatori, associata a un certo grado di anemia e a una lieve neutrofilia, ma in assenza di leucocitosi: GB 11.000/mm³ (L 35%, N 51%, M 10%), Hb 9,8 g/dl, Procalcitonina 0,06 ng/ml, Proteina C Reattiva, 5,6 mg/l, VES 58. Emocoltura negativa.

Nell'ipotesi di una osteoartrite settica, viene programmata una atrocetesi e iniziata terapia antibiotica ev (teicoplanina, ampicillina-sulbactam, netilmicina) fino all'esito della coltura del liquido articolare (sterile); successivamente la terapia è proseguita con teicoplanina e netilmicina per un totale di 4 settimane.

L'ipotesi diagnostica viene confermata dalla natura dell'essudato dell'articolazione: WBC 59.000/ml, neutrofilii 88%.

Durante la 2^a giornata di ricovero compariva febbre, ma dopo 3-4 giorni di terapia la bambina mostrava un miglioramento della sintomatologia: riduzione degli episodi di pianto e dell'irritabilità, possibilità di mobilizzarle delicatamente l'anca senza evocare pianto.

Dopo 2 settimane di trattamento antibiotico la sintomatologia era completamente scomparsa, inclusa la tumefazione cutanea.

Discussione - Questo caso fa seriamente riflettere su una situazione che non raramente impensierisce il pediatra: la presenza di una sintomatologia frequente e di scarso impatto sulla salute del bambino, ovvero quella associata alle "coliche". Abituamente, il benessere generale del bambino, un incremento ponderale costante, l'assenza di febbre e la mancanza di sintomi inusuali ed evidenti tranquillizzano il pediatra. Sta di fatto che il piccolo lattante apiretico il quale, in assenza di segni clinici evidenti, mostri irritabilità ed episodi ripetuti di pianto, è un evento non infrequente: su 100 di tali pazienti condotti al PS, dopo controllo clinico e approfondimento diagnostico ematochimico e strumentale, almeno 5 possono presentare una patologia importante.

Nel nostro caso la tempestività dell'inizio della terapia, ancor prima della certezza di laboratorio della diagnosi, è stata di fondamentale importanza per ridurre il più possibile le probabilità di esiti invalidanti (coinvolgimento dei nuclei di accrescimento, accorciamento dell'arto).



Le pagine elettroniche (pagine verdi) riportano la sintesi di alcuni dei contributi che compaiono per esteso sul sito web della rivista (www.medicobambino.com). Il sommario delle pagine elettroniche è riportato a pag. 73. I fattori di rischio per la SIDS sono ben noti, alcuni di questi (posizione prona in primis) con evidenze molto forti a tal punto che la loro applicazione sul campo ha ridotto drasticamente l'incidenza di questo drammatico evento. Per altri fattori di rischio si discute ancora molto in merito alla possibile associazione. Uno di questi è relativo al sonno condiviso. Se ne parla nella rubrica **Il punto su**. Una ragazza con intensa cefalea e vomito si presenta in Pronto Soccorso. La sua diagnosi ragionevole di sinusite nasconde una complicanza temibile. Se ne parla in **Pediatria per immagini**. Un'altra complicanza di un quadro di otite media acuta è riportato nel primo **Caso indimenticabile**, ma non si tratta di una "semplice" otomastoidite. Il secondo caso indimenticabile riguarda un bambino di 4 anni con una diagnosi di tiroidite di Graves-Basedow, di cui si parla su questo numero nella rubrica "Pediatria flash".