

Numero 2

Queste pagine verdi rappresentano la finestra su M&B cartaceo delle pagine elettroniche, così come ci sarà una finestra cartacea sulle pagine elettroniche; noi pensiamo che contengano, in sintesi, un materiale abbastanza interessante anche per i lettori "sulla carta", e che quindi non sia uno spazio sottratto alla Rivista. Se i contributi da pubblicare in elettronica saranno più numerosi dell'atteso, le pagine verdi (in questo numero una sola facciata, dal prossimo numero 2 facciate) verranno aggiunte a parte.

Le pagine elettroniche contengono, per ora, cinque rubriche redazionali (casi clinici contributivi, dermatologia per immagini e ortopedia per il pediatra con discussione e presentazione di casistica istruttiva), un articolo di aggiornamento medico (messa a punto), un argomento politico (tribuna) e uno spazio per un colloquio rapido, domanda-risposta, tra i lettori e questa rivista-nella-rivista (posta elettronica).

Conterranno, inoltre, lavori originali di ricerca in pediatria ambulatoriale. Quest'ultima rubrica (ma anche quella dei casi clinici) è aperta ai contributi esterni, anzi, è fatta per offrire una sede pubblicatoria rapida, qualificata e (visto che Internet non ha confini) potenzialmente internazionale.

I lavori verranno valutati da un gruppo di referee, accettati o respinti in tempo reale (2 mesi tra l'arrivo e la pubblicazione), pubblicati in estenso sulle pagine elettroniche, secondo le indicazioni redazionali (che troverete "on line"), in lingua originale con abstract in inglese. Su queste pagine verdi verrà pubblicato invece l'abstract in italiano. Dieci estratti del lavoro in estenso verranno inviati agli Autori.

Su questo numero in linea



Rivista cartacea:

sommario del numero di ottobre, abstract e antologia.



Rivista elettronica:

□ **IL CASO** Atassia cerebellare acuta: chi era costei? (C. Malorgia)

□ **DERMATOLOGIA** Lichen striato

□ **ORTOPEDIA** Valgismo monolaterale del ginocchio

□ **RICERCA** L'infezione streptococcica, diagnosi e cura. Un'esperienza personale (L. Reggiani)

□ **IL PUNTO SU...** I pidocchi (G. Bartolozzi)

□ **TRIBUNA** Ammissione alla scuola senza certificato di vaccinazione? (F. Panizon)

□ **POSTA ELETTRONICA** Scriveteci, vi risponderemo a giro... di posta elettronica.

Casi clinici contributivi (abstract)

ATASSIA CEREBELLARE ACUTA: CHI ERA COSTEI?

Cristina Malorgia - Clinica Pediatrica dell'Università di Trieste, IRCCS "Burlo Garofolo"

Il caso

Bambino di 4 anni. Diarrea febbrile, durata 4 gg. Dopo sfebbramento, ripresa dei vomiti, sonnolenza. Domperidone; miglioramento, poi ripresa dei vomiti, sonnolenza profonda, atassia. Liquor: 5 cellule, proteine 85 mg%ml; RMN: piccoli focolai ipodensi a livello della sostanza bianca del nucleo semiovale. Compare paralisi del VII dx e del VI bilaterale. Dal 13° giorno, progressiva regressione dei sintomi.

Il problema

Che diagnosi porre? Cosa si sarebbe dovuto fare? La diagnosi differenziale si pone tra quella di atassia cerebellare acuta e quella di encefalite parainfettiva, poco più che due diagnosi descrittive.

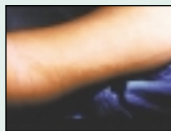
Dal punto di vista della clinica e della evoluzione la prima diagnosi è corretta. Ma i segni infiammatori, pur modesti, del liquor e le

immagini ipodense alla RMN fanno porre la diagnosi di encefalite, anzi di ADEM (Acute Demielinizing Encephalo Myelitis). Un trattamento con corticosteroidi avrebbe potuto essere effettuato.

Il contributo

La diagnosi di atassia cerebellare acuta si adatterebbe comunque anche a questo caso. A tale diagnosi corrisponde una sindrome (a eziopatogenesi multipla?), che esprime un particolare (generico?) co-interessamento cerebellare nel bambino, di fronte ad insulti encefalici diversi. Altri 2 casi, clinicamente molto simili, ma senza evidenza di lesione vengono presentati.

Il termine di atassia cerebellare acuta è da considerare desueto; una lesione demielinizante benigna, analogamente a quella della sindrome di Guillain-Barré, ne costituisce probabilmente il substrato più usuale.



Dermatologia per immagini (a cura di Filippo Longo)

LICHEN STRIATO

Una diagnosi problematica ma non difficile; una messa a punto sulle lesioni lineari e sulle linee di Blaschko che ne costituiscono la guida segreta.



Ortopedia per il pediatra (a cura di Giuseppe Maranzana)

VALGISMO MONOLATERALE DEL GINOCCHIO

Storie di un caso dovuto a tumore benigno. Il valgismo del ginocchio è sempre innocente e autolimitato, eccetto quando non è simmetrico.

Ricerca in pediatria ambulatoriale (abstract)

L'INFEZIONE STREPTOCOCCICA, DIAGNOSI E CURA. UN'ESPERIENZA PERSONALE

Lamberto Reggiani - Pediatria convenzionata Azienda USL, Imola

Scopo del lavoro

Valutare sulla base dell'esperienza di un singolo medico la sensibilità e la specificità della diagnosi clinica (intuitiva, senza criteri espliciti) e della diagnosi probabilistica (score di Breeze) della tonsillofaringite streptococcica; confrontare l'efficacia di diversi protocolli terapeutici.

Materiali e metodi

70 bambini osservati consecutivamente per tonsillofaringite, nel periodo Novembre '96 - Marzo '97, sono entrati nella ricerca. In tutti è stato effettuato il tampone faringeo con test rapido EVEN Strip STREP A della ditta Boehringer. Prima di conoscerne il risultato il medico annotava la sua decisione empirica (trattamento versus non trattamento) e raccoglieva gli elementi per il punteggio di Breeze. L'anno successivo, nel periodo Settembre '97 - Maggio '98, 60 bambini con tonsillofaringite e tampone positivo per SBA sono stati trattati, a caso, con uno dei seguenti schemi terapeutici: gruppo AM (20 b.): Amoxicillina 75 mg/kg/die in 2 dosi giornaliere x 10 gg; gruppo AZ (20 b.): Azitromicina 10 mg/kg/die x 3 gg; gruppo CF (20 b.): Cefibuten 9 mg/kg/die in singola somministrazione giornaliera x 8 gg. La valutazione sui tempi di sfebbramento, gli effetti indesiderati, la compliance del bambino, la sintomatologia clinica, erano affidati alla famiglia (questionario). A 1 e a 5 gg dopo la cessazione della terapia veniva effettuato un secondo tampone.

Risultati

Né la diagnosi empirica né la diagnosi guidata in base al punteggio di Breeze si sono rivelate sufficienti a porre o ad escludere con sufficiente approssimazione la diagnosi di infezione da SBA (Tabella I).

	Breeze	Clinica
Sensibilità	77,40%	70,96%
Specificità	38,40%	58,97%
Val. preditt. POS	50%	57,89%
Val. preditt. NEG	68,18%	71,87%

I pazienti con infezione streptococcica confermata dal tampone hanno, con una sola eccezione (quasi certamente si trattava di un portatore sano), risposto in modo simile ai tre schemi di cura; il numero dei casi con tampone positivo a fine terapia è stato maggiore nel gruppo AZ (Tabella II).

	Casi	Sfebr.	Ster.	Dist.
AM	30-1	19	18	4
AZ	20-1	19	15	4
CF	20-0	20	20	4

Conclusioni

L'economia (AM), forse la compliance (CF) e l'epidemiologia delle resistenze raccomandano l'uso delle beta-lattamine.