

## Quiz di autovalutazione

La lettura di una Rivista medica è apprendimento attivo o passivo? Può essere l'uno o l'altro. PQRST è una ricetta per una lettura attiva. P STA PER PREVIEW (prelettura veloce, uno sguardo d'insieme al testo). Q STA PER QUESTION (cosa so già? cosa vorrei sapere?). R STA PER READ (lettura attenta). S STA PER STATE (bilancio delle conoscenze DOPO la lettura). T STA PER TEST (controllo, quiz). Vi proponiamo di testarvi con questi quiz PRIMA E DOPO. Se rispondete a 8 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 6 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

### AGGIORNAMENTO/PERCORSI CLINICI

LE SINDROMI AUTOINFIAMMATORIE:  
PFAPA, FEBBRI MONOGENICHE, FEBBRE  
PERIODICA INDIFFERENZIATA

**1. La prevalenza stimata della PFAPA non è ancora certa. Che numero di bambini riguarderebbe?**

a) 1 su 100; b) 1 su 1000; c) 1 su 2000.

**2. Quale delle seguenti affermazioni sulla PFAPA non è corretta?**

a) Di solito compare entro i 5 anni di età; b) Può avere un esordio anche dopo i 5 anni; c) Le afte orali sono sempre presenti; d) In alcuni casi la faringite si associa a sintomi lievi o mal riferiti dai bambini più piccoli.

**3. Gli indici di flogosi nella PFAPA:**

a) Sono aumentati in corso di episodio acuto e si normalizzano nel periodo intercritico; b) Sono di solito sempre aumentati sia in fase acuta che nel periodo intercritico; c) Sono molto variabili, caso per caso.

**4. Nella PFAPA la tonsillectomia porta a una risoluzione dei sintomi nel:**

a) 30-40% dei casi; b) 50-60%; c) 60-70%; d) 80-90%.

**5. La terapia cortisonica nella PFAPA in corso di febbre (mono-somministrazione) abbrevia la durata dell'episodio febbrile. Può determinare inoltre:**

a) Un allungamento nel tempo che intercorre tra le recidive; b) Un avvicinamento nella ricorrenza degli episodi; c) Non ha alcun effetto sui tempi di ricorrenza degli episodi.

**6. Nella febbre familiare mediterranea la durata della febbre è di solito di:**

a) 1-3 giorni; b) 3-5 giorni; c) 4-7 giorni; d) 1-3 settimane.

**7. L'età di esordio più tipica della sindrome da iperIgD (difetto di mevalonato-chinasi) è:**

a) Nel primo mese di vita; b) Nel primo anno, spesso prima dei 6 mesi; c) Dopo i primi due anni; d) Dopo i cinque anni.

**8. Uno dei sintomi caratteristici della TRAPS (red flag) è l'edema periorbitario**

Vero/Falso

**9. Di recente una nuova entità di febbre periodica è stata definita come "indifferenziata" (Undifferentiated Periodic Fever, UPF). Si porrebbe come clinica a metà strada tra le PFAPA e le febbri periodiche monogeniche. Che percentuale di febbri ricorrenti infiammatorie riguarderebbe?**

a) Meno del 5%; b) Il 10%; c) Il 20%; d) Oltre la metà.

**10. Nella UPF quale delle seguenti affermazioni è errata?**

a) La terapia steroidea è spesso efficace nell'interrompere l'episodio febbrile; b) La colchicina sarebbe efficace per prevenire gli episodi nella metà dei casi; c) La tonsillectomia è sempre efficace; d) Nei casi più gravi si può ricorrere all'anakinra.

**11. Tra i criteri per la diagnosi di malattia di Behçet in età pediatrica sono contemplati:**

a) L'afiosi orale ricorrente; b) Le ulcere genitali; c) Le manifestazioni vasculitiche (trombosi arteriosa/venosa); d) L'uveite; e) Tutte le precedenti; f) Tutte le precedenti tranne una.

**12. Sarebbe dimostrato in rari casi un continuum temporale tra:**

a) La PFAPA e la malattia di Behçet; b) La TRAPS e la malattia di Behçet; c) La UPF e la malattia di Behçet; d) Sia la risposta a) che c) sono corrette.

**13. Nella malattia di Behçet il farmaco maggiormente utilizzato come terapia di fondo (di prima istanza) per l'interessamento mucocutaneo (rilevante da un punto di vista clinico) è:**

a) Il cortisone; b) L'anakinra; c) La colchicina.

## ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli articoli inediti vanno inviati via e-mail a:  
[redazione@medicobambino.com](mailto:redazione@medicobambino.com)

Gli Autori si assumono la responsabilità dei contenuti scientifici della pubblicazione e sono tenuti a dichiarare la presenza o meno di qualsiasi forma di **conflitto di interesse** compilando l'apposito modulo.

I contributi vengono sottoposti a un processo di revisione anonimo. Il parere dei Revisori viene comunicato all'Autore assieme alle conclusioni. Il giudizio espresso riguarda l'interesse per il lettore, la leggibilità, la correttezza e l'appropriatezza delle informazioni contenute.

### STRUTTURA DEGLI ARTICOLI

Gli articoli devono avere una dimensione massima di 20.000 battute (3000 parole circa), bibliografia (con al massimo 40 referenze), abstract e box di approfondimento esclusi. Per la rubrica iconografica: 6000 battute al massimo (900 parole circa). Per i casi clinici contributivi: 13.000 battute al massimo (2000 parole circa). Le **Lettere** vengono, nella maggioranza dei casi, accettate e pubblicate quanto prima. Le dimensioni non devono superare le 3000 battute (500 parole), con al massimo 5 referenze.

### TUTTI GLI ARTICOLI DEVONO ESSERE CORREDATI DI:

- 1. Titolo** in italiano e in inglese.
- 2. Nome** per esteso, **cognome** e **qualifica** di tutti gli Autori (professione, Istituto di appartenenza).
- 3. Riassunto/Abstract** in italiano e in inglese (al massimo 2000 battute, pari a 300 parole circa). Nelle ricerche e nelle revisioni, l'abstract va strutturato in: Razionale (o Background), Obiettivi, Materiali e Metodi, Risultati, Conclusioni. Per i casi clinici contributivi l'abstract deve avere 1000 battute al massimo (150 parole circa).
- 4. Parole chiave** (da 3 a 5) in italiano e inglese.
- 5. Indirizzo e-mail** per la corrispondenza.
- 6. Figure e Tabelle** se opportune. Per le figure è necessaria la didascalia. Per le tabelle il titolo. Per entrambe il riferimento nel testo e, se opportuno, la fonte. Tutte le figure vanno inviate separate dal testo in formato digitale ad alta risoluzione. Immagini di qualità non idonea possono venir omesse, previa comunicazione all'Autore. Se fosse necessario pubblicare immagini riconoscibili del paziente, l'Autore deve richiedere il **consenso informato** alla pubblicazione al paziente o alla famiglia compilando l'apposito modulo.
- 7. Bibliografia:** va redatta in ordine di citazione (non alfabetico), secondo numerazione araba (1,2, ...). Il numero d'ordine di citazione va indicato in apice nel testo, senza ipertesto e senza parentesi. Gli Autori vanno citati tutti quando non superano il numero di 6. In caso contrario citare i primi 3, seguiti dall'abbreviazione *et al.* A seguire, nell'ordine, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'anno, il volume, il fascicolo, la prima e l'ultima pagina del testo e l'eventuale DOI. Il font da utilizzare è Times, grandezza 12, interlinea 1,5.

**Gli articoli non rispondenti ai requisiti verranno restituiti agli Autori prima di essere valutati.**

Tutti gli articoli pubblicati sono citabili e sono validi a tutti gli effetti come pubblicazioni.

**Redazione di Medico e Bambino**

Via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste  
Tel 040 3728911 - Fax 040 7606590  
[redazione@medicobambino.com](mailto:redazione@medicobambino.com)

Risposte

AGGIORNAMENTO/PERCORSI CLINICI 1=a; 2=c; 3=a; 4=d; 5=b; 6=a; 7=b; 8=Vero; 9=b; 10=c; 11=e; 12=d; 13=c.