

Comunicazioni orali al XXVI Congresso Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri

Nefrite focale acuta: pensaci per non sbagliare

Fabrizio Pugliese¹, Luca Casadio¹,
Michela Cappella¹, Martina Mainetti¹,
Anna Maria Magistà¹, Tosca
Suprani², Pamela Pasquinelli²

1. UOC di Pediatria e Neonatologia,
Ospedale di Ravenna; 2. UOC di Pediatria
e Neonatologia, Ospedale di Cesena

Obiettivo

Descrizione di tre casi clinici con puntualizzazione su approccio diagnostico e terapia.

Casi clinici

Alice, 5 anni, malessere e iperpiressia associati a brivido, pallore e mazzatura cutanea. Riscontro di piuria sterile con aumento della flogosi ematica. Rx torace e urinocoltura negativi. Dubbia ipercogenicità del rene destro. Incompleta risposta a ciprofloxacina orale. La scintigrafia renale con DMSA documenta ipocaptazione acuta al polo inferiore destro. La RM all'addome conferma presenza di flogosi distrettuale. Raggiunge sfebbramento con terapia antibiotica ev con cefotaxime e gentamicina per 15 giorni; poi amoxi-clavulanato orale per 7 giorni. *Elisa*, 8 anni, iperpiressia (temperatura corporea max 40°C) con brivido scuotente e lombalgia sinistra. Indici di flogosi aumentati. Lieve microematuria con urinocoltura negativa. Ecografia renale nella norma. Alla RM renale evidenza di focolai pielonefritici a sinistra. Ceftriaxone e gentamicina ev per 15 giorni producono risoluzione completa del quadro. Prosegue con ciprofloxacina orale per 7 giorni.

Anna, 14 anni, febbre elevata con brivido e franco dolore al fianco e ipocondrio destro con flogosi ematica elevata. Urinocoltura negativa. L'ecografia all'addome risulta normale. Non beneficio terapeutico con amoxi-clavulanato e amikacina ev per 2 settimane, seguiti da ciprofloxacina orale per 7 giorni, ottengono completa guarigione.

Discussione

La nefrite focale acuta (NFA) è una rara forma di nefrite interstiziale batterica, passaggio intermedio verso l'ascesso.

È riconosciuta l'infezione da parte dei germi comuni delle IVU per via ascendente ma anche ematogena. Può non esserci sintomatologia clinica specifica né batteriuria e l'ecografia renale può fallire. La RM può essere considerata il *gold standard* per la diagnosi, con assenza di radiazioni rispetto alla scintigrafia e alla TAC.

L'antibiotico orale fallisce. Il trattamento efficace è con cefalosporina e aminoglicoside ev per 2-3 settimane seguito da antibiotico orale per una settimana.

Conclusioni

In corso di iperpiressia, stato generale compromesso e scarsa/assente sintomatologia addomino-lombare pensiamo alla nefrite focale acuta.

Corrispondenza

fabrizio.pugliese@yahoo.it

Ipoglicemia da iperinsulinismo: descrizione di tre casi

Vanna Graziani, Martino Marsciani,
Michela Cappella, Luca
Casadio, Federico Marchetti

UOC di Pediatria e Neonatologia, Ospedale
di Ravenna, AUSL della Romagna

Obiettivo

Descrivere modalità di presentazione clinica, approccio diagnostico e gestione terapeutica dei casi con documentata ipoglicemia sintomatica da possibile iperinsulinismo.

Materiali e metodi

Presentazione di tre casi di sesso femminile (età 3-11 mesi) giunti alla nostra attenzione per convulsioni in apiressia, con

documentata ipoglicemia.

Risultati

Tutte presentavano ipoglicemia severa senza chetonuria, elevato fabbisogno glucidico parenterale, recidiva di ipoglicemia alla sospensione dell'infusione, livelli insulinici elevati rispetto alla glicemia. Risultavano nella norma EGA, elettroliti, lattacidemia, TSH, ormoni controregolatori, assetto lipidico, acetilcarnitine, aminoacidi plasmatici e urinari, EEG.

Valentina presentava perinatalità e accrescimento regolari. Il riscontro concomitante di ipertransaminasemia e iperammoniemia ha orientato verso iperinsulinismo da deficit di GLUD1, confermato geneticamente.

Elisa aveva anamnesi positiva per IUGR e stenosi aortica con valvola bicuspidale, operata alla nascita, senza rilevanti dismorfismi. Escluse altre cause di iperinsulinismo, il cariotipo ha dimostrato mosaicismi per sindrome di Turner, di cui in letteratura sono riportati altri due casi associati a ipoglicemia iperinsulinemica a eziopatogenesi sconosciuta.

Sofia non presentava elementi anamnestici rilevanti, alterazioni laboratoristiche associate all'ipoglicemia. È stato ipotizzato iperinsulinismo congenito da causa genetica (in attesa di conferma definitiva). Tutti i casi hanno risposto alla terapia con diazossido, associata a prescrizioni dietetiche (pasti frequenti con supplementazione di maltodestrine).

Discussione

Quando un lattante presenta episodi convulsivi in apiressia bisogna pensare alle forme secondarie, controllando glicemia ed elettroliti. L'ipoglicemia va rapidamente trattata con glucosio o con glucagone in emergenza. Davanti a un'ipoglicemia non chetotica, bisogna sospettare un iperinsulinismo o un difetto della beta-ossidazione degli acidi grassi. Le cause di iperinsulinismo sono sostanzialmente genetiche, sindromiche o iperplastiche. I geni noti sono 8. Eventuali malfor-

mazioni congenite o dismorfismi vanno considerati nel sospetto di sindromi o mosaicismi. L'iter diagnostico include la valutazione della risposta al diazossido, che può indirizzare le indagini genetiche. Nei casi non responsivi, o nel sospetto di forme iperplastiche, la PET-DOPA può essere indicata.

Corrispondenza

vanna.graziani@gmail.com

La sincope in età pediatrica: risultati preliminari dalla prima *Sincope Unit* pediatrica in Italia

Silvia Placidi¹, Corrado Di Mambro¹, Daniela Righi¹, Rosalinda Palmieri¹, Mario Salvatore Russo¹, Roberta Vallone², Fabrizio Gimigliano¹, Fabrizio Drago¹

1. UOC di Aritmologia Pediatrica e Sincope Unit, Palidoro, Fiumicino (Roma);
2. UO di Psicologia Clinica, Ospedale Pediatrico Bambin Gesù (Roma)

Obiettivo

La sincope è una condizione frequente in età pediatrica: il 15% dei bambini

sperimenta almeno un episodio prima della fine dell'adolescenza. La diagnosi è spesso complessa, deve essere finalizzata all'esclusione di patologie importanti e richiede un approccio multidisciplinare. La *Sincope Unit* è un'unità funzionale che, partendo da risorse già disponibili, riunisce e coordina le competenze di diversi specialisti allo scopo di: 1) ottimizzare la gestione clinica; 2) ridurre la spesa. Nel 2013 il GIMSI (Gruppo Multidisciplinare per lo Studio della Sincope) ha rilasciato la prima certificazione ufficiale di *Sincope Unit* Pediatrica alla UOC di Aritmologia Pediatrica dell'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù. Scopo del nostro studio è stato analizzare i dati dei pazienti afferenti alla nostra *Sincope Unit* per: a) fornire dati epidemiologici e clinici sulla sincope in età pediatrica; b) valutare l'efficacia del modello della *Sincope Unit*.

Metodi

Dall'1/10/2011 al 31/03/2014 abbiamo valutato 1011 pazienti (50% maschi, età media 13 anni, età media alla prima sincope 10 anni) seguendo un protocollo diagnostico-terapeutico che prevedeva una valutazione clinica e diagnostica a vari livelli di complessità. Per l'inserimento del paziente in un percorso tera-

peutico specifico abbiamo individuato tre sottogruppi principali: sospetta sincope cardiaca, neuromediata o pseudo-sincope.

Risultati

Il 58% dei pazienti aveva sincope ricorrente e il 25% dei casi l'anamnesi familiare era positiva per sincope o morte improvvisa. La sincope neuromediata è stata la più frequente (71%), la sincope aritmica riguardava il 3,7% dei casi, la pseudosincope è stata riscontrata nel 3,8% e nel 21,5% l'eziologia è rimasta indeterminata. Il 54% dei pazienti ha riferito un completo controllo dei sintomi al follow-up.

Conclusioni

Quella presentata è la prima serie di pazienti pediatrici studiati nell'ambito di una *Sincope Unit* Pediatrica. Questo modello organizzativo si è dimostrato efficace, sia in termini di gestione clinica e accuratezza del percorso diagnostico-terapeutico del paziente, sia in termini di gestione delle risorse economiche.

Corrispondenza

silvia.placidi@opbg.net

Newsletter pediatrica 2014;11(4):64-85

La sorveglianza della letteratura per il pediatra

Indice argomenti	
Letteratura primaria	
L'introduzione di glutine tra 4 e 6 mesi non modifica l'incidenza di malattia celiaca in bambini ad alto rischio	pag. 64
Il periodo d'introduzione del glutine non modifica il rischio di sviluppare la malattia celiaca	pag. 66
Fattibilità ed efficacia di una campagna a basso costo sulla prescrizione di antibiotici in Emilia-Romagna	pag. 68
Guardare più televisione fa dormire meno i bambini?	pag. 72
Coliche infantili e Lactobacillus Reuteri: non c'è efficacia. Un RCT australiano	pag. 75
Ritardare il taglio del cordone ombelicale non influenza lo stato marziale né lo sviluppo neurocomportamentale dei bambini a 12 mesi	pag. 78
Cochrane Database of Systematic Review (CDSR) (settembre 2014 - novembre 2014)	pag. 80

È disponibile il quarto numero della Newsletter Pediatrica all'indirizzo: www.acp.it/wp-content/uploads/Newsletter_pediatria_20141141.pdf.

Indice delle schede

- L'introduzione di glutine tra 4 e 6 mesi non modifica l'incidenza di sviluppare malattia celiaca in bambini ad alto rischio;
- Il periodo d'introduzione del glutine non modifica il rischio di sviluppare la malattia celiaca;
- Fattibilità ed efficacia di una campagna a basso costo sulla prescrizione di antibiotici in Emilia Romagna;
- Guardare più televisione fa dormire meno i bambini?
- Coliche infantili e Lactobacillus Reuteri: non c'è efficacia. Un RCT australiano
- Ritardare il taglio del cordone ombelicale non influenza lo stato marziale né lo sviluppo neurocomportamentale dei bambini a 12 mesi;
- Cochrane Database of Systematic Review (CDSR) (settembre 2014 - novembre 2014).