

Abstracts selezionati per la presentazione orale al XXVII Congresso Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri

Quando la clinica è fondamentale

Alessandro Rossi*, Maria Renata Proverbio**, Andrea Smarrazzo*, Paolo Siani**

*Scuola di specializzazione in pediatria – Università degli studi di Napoli “Federico II”; **Dipartimento di pediatria sistematica e specialistica – AORN Santobono – Pausilipon – Napoli

Introduzione

Il botulismo è una rara patologia neuroparalitica causata dalle tossine (BoNT) prodotte da *C. botulinum* e alcuni ceppi di *C. butyricum* e *C. baratii*. Le BoNT bloccano il rilascio di acetilcolina dalla giunzione neuromuscolare, causando progressiva paralisi muscolare fino all'insufficienza respiratoria. Si distinguono quattro forme di botulismo: alimentare, infantile, da ferita e “altri”. Il botulismo alimentare è la forma più frequente; risulta dall'ingestione di cibi contenenti tossina preformata. Descriviamo il caso di un paziente affetto da botulismo alimentare precocemente diagnosticato e trattato.

Caso clinico

S.M. è un bambino di 11 anni, giunto alla nostra attenzione per ptosi palpebrale, miatriasi, difficoltà nella deglutizione, disfonìa, ritenzione urinaria e stipsi. Mostrava sensorio integro e apiressia. Indagini liquorali, screening tossicologico e TC encefalo risultavano negativi. Immediatamente sorgerà il sospetto clinico di botulismo, confermato dall'elettromiografia (ridotta ampiezza dell'onda M con ridotta risposta iniziale alla stimolazione ripetitiva e successivo incremento). Dopo solo 5 ore dall'ingresso venivano avviate infusione di siero antibotulinico equino e ventilazione meccanica. Tre giorni dopo l'ingresso gli esami ematici e le colture fecali confermarono la presenza di BoNT tipo B. L'indagine anamnestica evidenziava il consumo nella giornata precedente di pasticcio di carne di preparazione domestica, risultato anch'esso positivo per BoNT tipo B. Dopo circa 50 giorni il paziente veniva dimesso senza alcuna sequela neurologica.

Conclusioni

Sebbene raro, il botulismo alimentare è

ancora possibile nei Paesi industrializzati ed è gravato da un alto tasso di mortalità. Poiché i test di laboratorio richiedono diversi giorni per la conferma diagnostica il sospetto clinico resta fondamentale per una diagnosi precoce e un tempestivo trattamento. Il botulismo deve essere considerato in tutti i pazienti con paralisi flaccida discendente e simmetrica, sensorio integro e apiressia. La terapia prevede la somministrazione di siero antibotulinico ed assistenza respiratoria.

Nel caso riportato l'immediata diagnosi clinica ha garantito al paziente una guarigione senza alcun reliquato neurologico.

✉ ale.ro0789@gmail.com

Fattori che influenzano l'esito della tubercolosi nei bambini in Italia: uno studio ecologico

Julia Cerullo, Andrea Lo Vecchio, Maria Cristina Fedele, Sara Viscovo, Maria Immacolata Spagnuolo, Eugenia Bruzzese, Alfredo Guarino

Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Napoli “Federico II”
AORN Santobono-Pausilipon, Napoli

Introduzione

La tubercolosi è una patologia riemergente in Europa, con una maggioranza di casi riscontrata negli individui nati al di fuori del territorio nazionale: questa discrepanza è molto più evidente nei bambini.

Obiettivi

L'obiettivo del nostro studio è quello di investigare i fattori epidemiologici e socioeconomici dei bambini affetti da tubercolosi, seguiti presso un Centro di terzo livello in Italia, analizzando quanto possano incidere sull'outcome e il management della patologia.

Materiali e metodi

Sono state comparate, in un'analisi retrospettiva, le caratteristiche di 71 bambini, 42 italiani e 29 stranieri, di età

compresa tra 0 e 17 anni, seguiti per tubercolosi tra il 2009 e il 2014. Dallo studio sul campione è emerso che i bambini con genitori stranieri hanno più frequentemente una malattia complicata (17,2% vs 2,4%; $p=0,038$), sviluppano più spesso farmacoresistenze (20,7% vs 2,4%; $p=0,0016$), e mostrano un tempo di degenza ospedaliera più lungo ($12\pm 13,1$ vs $5,1\pm 6,5$ giorni; $p=0,012$), con un numero più ampio di controlli medici persi ($15,7\pm 16$ vs $8,6\pm 9,6$; $p<0,042$). Abbiamo inoltre dimostrato che la farmacoresistenza è un fattore di rischio indipendente per un decorso complicato della malattia tubercolare (OR: 69,98; IC 95%: 3,15-1554,66; $p=0,007$), con una incidenza più alta nei bambini provenienti dall'Est Europa (OR: 10,1; IC 95%: 1,541-66,27; $p=0,016$).

Conclusioni

Concludendo, possiamo affermare che i bambini provenienti da famiglie di immigrati presentano un rischio maggiore di decorso complicato della tubercolosi, dovuto sia a una percentuale più alta di sviluppo di farmacoresistenze, sia alla presenza di problemi legati al management della patologia.

È pertanto necessario creare dei protocolli che garantiscano alle famiglie colpite dalla patologia, oltre al monitoraggio della stessa, un facile accesso ai servizi sanitari.

✉ jojujean@libero.it

Sindrome Renale dello Schiaccianoci in età pediatrica e sue varianti: presentazione di due casi clinici

Andrea Esposito*, Marina Russo*, Valentina Fattorusso*, Annalisa Alessandrella*, Gabriele Malgieri**, Francesca Nuzzi**, Carmine Pecoraro*,**

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Napoli “Federico II”

** AORN Santobono-Pausilipon, Napoli

Introduzione

La Sindrome Renale dello Schiaccianoci

è dovuta alla compressione della vena renale sinistra tra aorta e arteria mesenterica superiore (variante anteriore) o tra aorta e colonna vertebrale (variante posteriore). Può manifestarsi con macroematuria, dolore lombare sinistro, varicocele, proteinuria o essere completamente asintomatica.

Casi clinici

La prima paziente è una bambina di 4 anni con episodi ricorrenti di macroematuria associata a dolore al fianco sinistro. L'esame del sedimento mostrava una macroematuria di tipo non glomerulare. Le indagini praticate escludevano la presenza di infezione urinaria, discrasie emorragiche, ipercalcemia. L'ecografia addominale

non rilevava calcoli. L'angio-RM addominale mostrava una vena renale sinistra retroaortica, intrappolata tra l'aorta e la colonna vertebrale.

Il secondo paziente è un ragazzino di 11 anni con storia di 4 episodi di macroematuria di tipo non glomerulare, preceduta da dolore al fianco sinistro. Le indagini praticate escludevano la presenza di infezione urinaria, patologie emorragiche, ipercalcemia. L'angio-TC dell'addome mostrava una vena renale sinistra di calibro aumentato nel tratto prossimale e ridotto a livello della porzione interposta tra aorta addominale e arteria mesenterica superiore. L'angolo della pinza aortomesenterica superiore presentava un'ampiezza

inferiore ai valori di riferimento ($14,3^\circ$ in sagittale e $15,7^\circ$ in coronale).

Conclusioni

La Sindrome dello Schiaccianoci rappresenta una causa di macroematuria di chiara origine non glomerulare, che deve essere sempre presa in considerazione dopo esclusione di cause più frequenti, soprattutto nei casi in cui la macroematuria risulta essere associata a dolore al fianco sinistro. In tali pazienti risulta indicato lo studio del distretto vascolare renale, fondamentale per confermare o escludere il sospetto diagnostico.

✉ andreaespo89@live.it

ERRATA CORRIGE

L'articolo "Denatalità in Italia: da dove veniamo e dove stiamo andando?" pubblicato sul precedente numero della rivista (2016;23:65-69) contiene a pagina 66 una didascalia non corretta a commento della figura 3. Ripubblichiamo la figura con la didascalia corretta e ci scusiamo con i lettori.

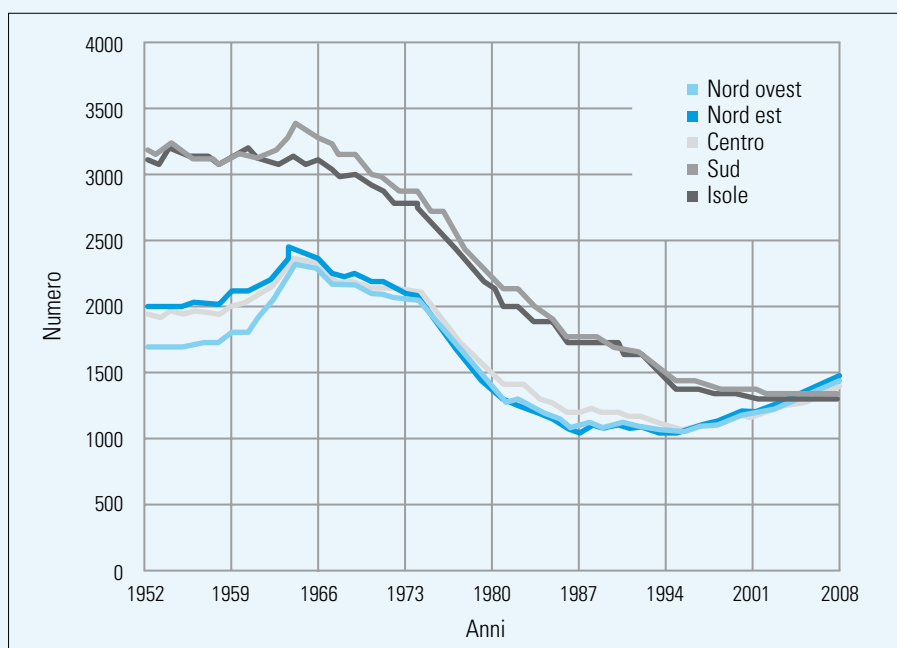


Figura 3. Tasso di fecondità totale in Italia dal 1952 al 2008 per ripartizione geografica (x 1000 donne in età feconda).