

Le comunicazioni orali presentate dai giovani dottori al meeting Parmapediatria 2023

Dolore in fossa iliaca destra: non sempre appendicite!

Luca Barchi¹, Ilaria Bassoli¹, Andrea Greco¹, Michele Fastiggi², Federico Bonvicini², Lorenzo Iughetti³, Alessandro De Fanti²

¹Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Modena e Reggio Emilia; ²SOC di Pediatria, Dipartimento Materno-Infantile, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia;

³Unità Operativa di Pediatria, Dipartimento Materno-Infantile, AOU Policlinico di Modena

La piomiosite è un’infezione batterica acuta dei muscoli scheletrici solitamente accompagnata dalla formazione di un ascesso [1]. Il principale patogeno associato è lo Stafilococco Aureus (70-90% dei casi) seguito dallo Streptococco Pyogenes (4-16%) [2]. Lo Streptococco Pneumoniae raramente è causa di infezione invasiva ai muscoli scheletrici [3]. Di seguito riportiamo il caso di un’adolescente di 12 anni con piomiosite associata a formazione ascessuale da Streptococco Pneumoniae.

Caso clinico

I.S. si presentava presso il nostro pronto soccorso per iperpiressia da circa 5 giorni associata alla comparsa di dolore a livello della fossa iliaca di destra. Non patologie di rilievo in

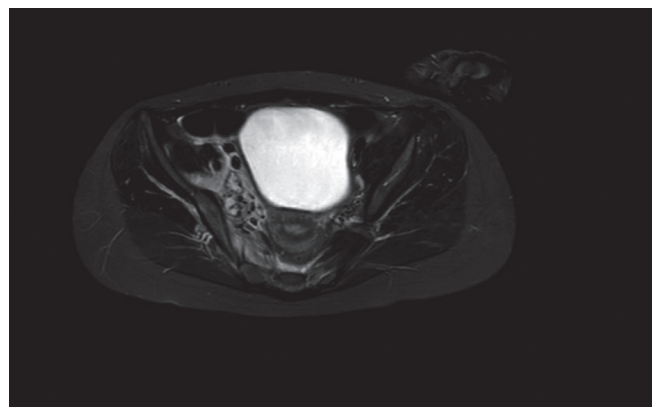


Figura 1.

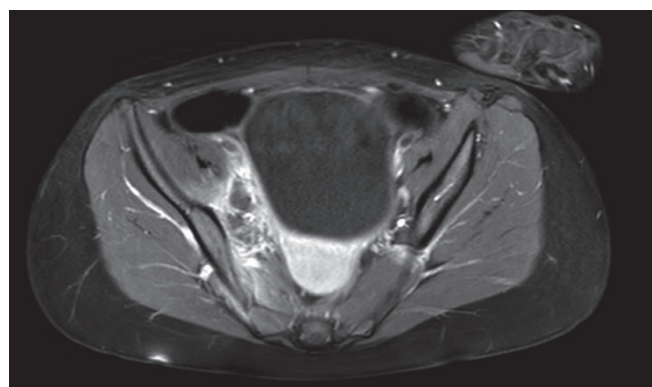


Figura 2.

anamnesi, non storia recente di traumi. All’esame obiettivo riscontravamo dolore alla palpazione superficiale e profonda in fossa iliaca di destra associato a una limitazione ai movimenti dell’anca di destra con dolore irradiato alla zona lombosacrale. Non altre obiettività rilevanti. Nel sospetto di appendicite acuta si eseguivano esami ematici urgenti con riscontro di leucocitosi (10770/mmc) neutrofila (9030/mmc) con associato netto aumento degli indici di flogosi (PCR 46,17 mg/dl; PCT 25,8 ng/ml); veniva inoltre inviato campione per emocoltura. Nel sospetto di quadro di appendicopatia veniva eseguita eco-

Tabella 1. Casi di piomiosite da Streptococco Pneumoniae in letteratura [4]

| Anni | Sesso | Patologie associate | Condizioni sottostanti | Coltura ascesso positiva | Emocoltura positiva | Muscoli interessati | Terapia antibiotica | Tipo di antibiotico | Durata terapia antibiotica | Drenaggio ascesso | Complicazioni |
|-----------|-------|---------------------|------------------------|--------------------------|---------------------|---|---------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------|---------------|
| 22 giorni | M | Nessuna | Nessuna | Sì | No | Ileopsoas | Sì | Ampicillina | 28 | Sì | Nessuna |
| 8 mesi | M | Meningite | Nessuna | Non conosciuta | Non conosciuta | Quadricepiti femorali | Sì | Penicillina + clindamicina | 56 | No | Nessuna |
| 2 | M | Otite media | Nessuna | Sì | No | Bicipite brachiale | Sì | Cefuroxime + clindamicina | 30 | Sì | Nessuna |
| 3 | M | Nessuna | Nessuna | Sì | No | Sottoscapolare | Sì | Cefazolina | | Sì | Nessuna |
| 4 | M | Polmonite | Deficit fattore C3 | Sì | No | Ileopsoas | Sì | Ampicillina | 21 | Sì | Nessuna |
| 12 | M | Nessuna | Nessuna | NO | Sì | Iliaco, piriforme, grande gluteo e medio gluteo | Sì | Clindamicina | 21 | No | Nessuna |
| 13 | F | Trauma | Non conosciuta | Sì | No | Ileopsoas | Sì | | | Sì | Nessuna |
| 13 | F | Trauma | Nessuna | NO | Sì | Iliaco, ileopsoas | Sì | Cefazolina | 21 | No | Nessuna |

grafia addome completo, risultata non suggestiva per quadri patologici. Vista la persistenza del dolore, si eseguiva TAC addome con riscontro di ispessimento del muscolo ileopsoas di destra associato a raccolta ipodensa. Visto il sospetto di piomiosite veniva impostata terapia antibiotica ad ampio spettro con ceftriaxone (100mg/kg/die) associata a vancomicina (60mg/kg/die) e si eseguiva RM a completamento del quadro con riscontro di piomiosite a livello dei muscoli ileopsoas, piriforme e otturatore interno e dei tessuti molli contigui, associato a plurime piccole raccolte a grappolo tra i piani muscolari di 6 × 3,5 cm [Figure 1-2]. A circa 48 ore dall'inizio della terapia antibiotica, l'emocoltura è risultata positiva per Streptococcus Pneumoniae multisensibile; veniva quindi sospesa la terapia antibiotica con vancomicina e proseguita con solo ceftriaxone. La terapia antibiotica endovena è stata proseguita per 3 settimane seguita da terapia antibiotica per via orale con amoxicillina per un totale di 7 settimane di terapia. Il follow-up successivo ha mostrato un progressivo miglioramento del quadro infiammatorio con associata riduzione delle raccolte ascessuali.

Discussione

La piomiosite causata da Pneumococco è una patologia molto insolita in età pediatrica, con rari casi descritti in letteratura [Tabella 1; 4]. I principali fattori di rischio associati sono storia di traumi recenti e quadri di immunodepressione, non presenti nel nostro caso [2]. La terapia prevede utilizzo di terapia antibiotica associata a un possibile drenaggio della raccolta. Vi è molta discussione in letteratura sulla durata della terapia antibiotica, solitamente proseguita per circa 4-8 settimane, anche se non vi è ancora uniformità [2-4].

Conclusioni

La piomiosite in età pediatrica da Streptococco Pneumoniae è una patologia molto rara. Essa può mimare sintomi di altre patologie quali appendicopatie, osteomielite o artrite settica; pertanto non è sempre semplice da identificare. Una precoce diagnosi e un'adeguata terapia antibiotica, associata a un eventuale drenaggio della raccolta, sono fondamentali per ridurre la morbilità e la mortalità.

Bibliografia

1. Christin L, Sarosi GA. Pyomyositis in North America: case reports and review. Clin Infect Dis 1992 Oct;15(4):668-677.
2. Crum NF. Bacterial pyomyositis in the United States. Am J Med 2004 Sep 15;117(6):420-428.
3. Steiner JL, Septimus EJ, Vartian CV. Infection of the psoas muscle secondary to Streptococcus pneumoniae infection. Clin Infect Dis 1992 Dec;15(6):1047-1048.
4. Wong SL, Anthony EY, Shetty AK. Pyomyositis due to Streptococcus pneumoniae. Am J Emerg Med 2009 Jun;27(5):633.e1-3.

luca.barchi94@gmail.com

Quando il glutine dà sui nervi: un esordio atipico di celiachia

Caterina Poli¹, Laura Andreozzi², Monia Gennari², Marcello Lanari²

¹Scuola di Specializzazione in Pediatria, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna; ²UO Pediatria d'Urgenza, Pronto Soccorso, Osservazione Breve Intensiva, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

La celiachia è una delle condizioni gastroenterologiche più note in età pediatrica, con una prevalenza in Europa di 3-13/1000 [1]. Sebbene le manifestazioni cliniche comuni consistano in diarrea cronica, anoressia, distensione e dolore addominale,

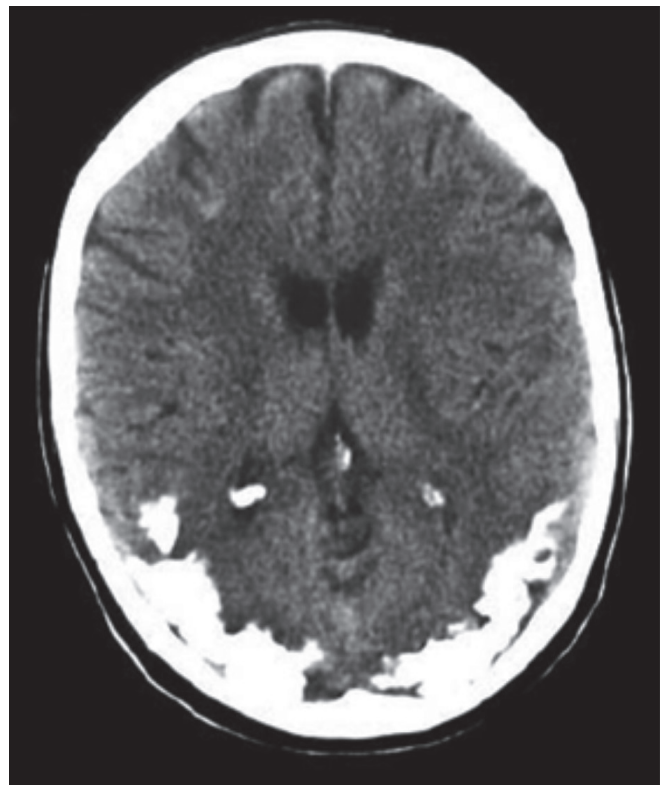


Figura 3. TC encefalo: pattern tipico di calcificazioni cerebrali nei pazienti con sindrome da celiachia, epilessia e calcificazioni cerebrali (CEC). Calcificazioni di forma serpigginosa a livello delle regioni parieto-occipitali, bilateralmente.

ritardo di crescita o perdita di peso, in alcuni pazienti questa patologia può presentarsi con sintomi atipici.

Caso clinico

Davide, 2 anni, viene portato in pronto soccorso pediatrico per un episodio critico in apiressia, caratterizzato da revulsione dei bulbi oculari, perdita di tono con caduta e clonie dei 4 arti. L'anamnesi patologica remota non rivela nulla di rilevante. All'esame obiettivo si presenta in buone condizioni generali, apiretico, parametri vitali ed esami ematici sostanzialmente nella norma. Nel corso della visita, Davide presenta due episodi di perdita di contatto, caratterizzati da non responsività e sguardo fisso della durata di circa 20-30 secondi. Viene quindi ricoverato per il proseguimento dell'iter diagnostico-terapeutico. Nella notte tra la seconda e la terza giornata di ricovero Davide si mostra particolarmente agitato e, la mattina seguente, presenta due episodi di tipo tonico-clonico ai 4 arti con associati movimenti oculari, masticatori e di suzione, risoltisi dopo somministrazione di diazepam endorettale. In fase post critica viene eseguito EEG, con riscontro di rallentamento nelle derivazioni posteriori di sinistra e anomalie tipo punta a livello parietale omolaterale. La RM encefalo esclude cause strutturali di epilessia. A un'anamnesi più approfondita emerge il dato di alvo con feci tendenzialmente poco formate dall'inizio dello svezzamento. Si esegue dunque il test di screening per la celiachia, che risulta positivo (IgA totali nella norma; IgA antitransglutaminasi > 128U/ml; positività per IgA anti-endomisio), con contestuale ricerca di virus su feci e coprocultura negative. Data la sospetta diagnosi di celiachia, Davide esegue TC encefalo, che non evidenzia la presenza di calcificazioni cerebrali. A partire dal terzo giorno di ricovero, non sono più occorsi episodi critici. La polisonnografia eseguita in benessere mostra minima attività parossistica focale visibile solo in sonno. I controlli gastroenterologici clinico-laboratoristici successivi hanno confermato la diagnosi di malattia celiaca,

per cui è stata iniziata dieta senza glutine con regolarizzazione dell'alvo e scomparsa degli episodi critici.

Discussione

Esistono manifestazioni neurologiche atipiche di malattia, caratterizzate da cefalea, crisi epilettiche, ritardo mentale, atassia, deficit di attenzione e iperattività [2-3]. È stata descritta un'associazione tra celiachia, epilessia e calcificazioni cerebrali Sturge-Weber-like, definito dall'acronimo CEC, associata al genotipo HLA-DQ2 e HLA-DQ8. Non è ancora noto se sia una condizione genetica o se il coinvolgimento neurologico sia una conseguenza di una celiachia non trattata. Risulta quindi importante, come è stato fatto nel caso di Davide, escludere la presenza di calcificazioni cerebrali con TC encefalo [Figura 3] in quei pazienti che presentino quadri di convulsioni associate a celiachia [4].

Conclusioni

Il caso di Davide mostra come, di fronte a un episodio critico in apiressia, sia opportuno tenere in considerazione una possibile celiachia con sintomi atipici. Un'anamnesi mirata agli aspetti nutrizionali e a eventuali sintomi gastroenterologici è la chiave per indirizzare il paziente agli approfondimenti necessari alla diagnosi.

Bibliografia

1. Gujral N, Freeman HJ, Thomson AB. Celiac disease: prevalence, diagnosis, pathogenesis and treatment. *World J Gastroenterol* 2012 Nov 14;18(42):6036-6059.
2. Sabino L, Marino S, Falsaperla R et al. Celiac disease and headache in children: a narrative state of the art. *Acta Biomed* 2020 Sep 7;91(3):e2020056.
3. Sel ÇG, Aksoy E, Aksoy A et al. Neurological manifestations of atypical celiac disease in childhood. *Acta Neurol Belg* 2017 Sep;117(3):719-727.
4. Gobbi G, Bouquet F, Greco L et al. Coeliac disease, epilepsy, and cerebral calcifications. The Italian Working Group on Coeliac Disease and Epilepsy. *Lancet* 1992 Aug 22;340(8817):439-443.

caterina.poli4@studio.unibo.it

Una sepsi MASSIVA?

Irene Ferri¹, Marta Penco², Simona Rinieri²,
Cristina Malaventura²

¹Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Ferrara;

²Sezione di Pediatria, Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Ferrara

Caso clinico

S., 3 mesi, nato da genitori consanguinei, accede al pronto soccorso pediatrico per febbre intermittente (TC max 38 °C) da 7 giorni, con flogosi delle alte vie aeree e ipoalimentazione non responsiva a terapia antibiotica. Clinicamente si presentava in buone condizioni generali, polipnoica con rantoli subcrepitanti alle basi; restante obiettività normale. Gli esami mostravano normale conta leucocitaria con lieve neutropenia (GB 11.760/mmc; N 1290), lieve anemia (Hb 10 g/dl), piastrinopenia (PTL 31.000/mmc), indici di flogosi negativi. Si ricoverava con diagnosi di bronchiolite, iniziava supporto respiratorio con HFNC e proseguiva antibioticoterapia (amoxicillina).

Nelle successive 24 ore si osservava impennata della TC (40,2 °C), scadimento delle condizioni generali, iporeattività, circolo iperdinamico (FC 200-220 bpm, PA 108/52 mmHg), e, a fronte di una FA normotesa, compariva rigidità nucale. Agli esami venivano evidenziati: un calo dei valori emocromocitometrici (GB 5100/mmc; N 1170 L2720; PTL 41.000/mmc;

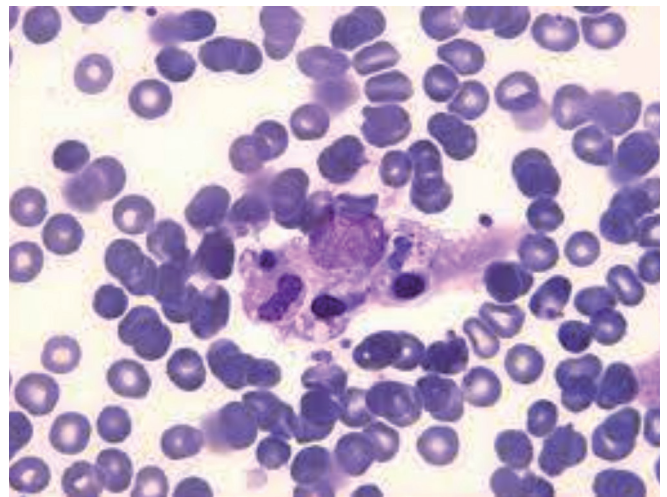


Figura 4.

Hb 8,5 g/dl), PCR negativa, PTC 2,6 ng/ml, PT e aPTT nei limiti, ipofibrinogenemia (102 mg/dl) e incremento degli XDP (16,88 mg/L). Iniziava terapia con ampicillina, gentamicina, cefotaxime e acyclovir. La RX del torace escludeva focolai in atto; l'ecografia addome evidenziava splenomegalia (diametro bipolare 8 cm). L'EEG escludeva segni di focalità. Previa trasfusione piastrinica, in regime di ricovero intensivo, eseguiva rachicentesi, risultata negativa. Negativi gli esami colturali su sangue, urine, feci, liquor. Veniva evidenziata positività su sangue di EBV-DNA.

Per peggioramento clinico con necessità di continue trasfusioni di globuli rossi e di concentrati piastrinici, nel sospetto di linfoistocitosi emofagocitica, si eseguiva dosaggio di ferritina e trigliceridi, con riscontro di livelli aumentati di entrambi i valori (ferritina 3868 mg/dl, trigliceridi 385 mg/dl). Venivano eseguiti striscio periferico e aspirato midollare, con esclusione di forma leucemica ed evidenza di fenomeni emofagocitici. In considerazione dei criteri soddisfatti per una possibile linfoistocitosi emofagocitica (febbre persistente, pancitopenia, splenomegalia, iperferritinemia, ipofibrinogenemia, ipertrigliceridemia) e considerate l'età e la consanguineità, veniva eseguita indagine genetica e si trasferiva S. presso il reparto di oncematologia pediatrica. L'analisi genetica evidenziava una mutazione del gene della perforina PFR1.

Discussione

La linfoistocitosi emofagocitica (HLH) è una rara condizione clinica causata da attivazione incontrollata dei macrofagi per mancata inibizione da parte dei linfociti TCD8+ e NK con conseguente iperproduzione di citochine. Ne esistono due forme, primaria e secondaria, con la stessa presentazione clinica e laboratoristica: febbre, splenomegalia, citopenia di almeno due serie, ipertrigliceridemia e/o ipofibrinogenemia, iperferritinemia, emofagocitosi midollare. La forma primaria è dovuta a disregolazione genetica con deficit di perforina e granzima granulare. La forma secondaria è reattiva a malattie infettive (EBV, CMV, etc), malattia reumatologiche o neoplastiche. L'EBV è la causa più frequente.

Conclusioni

In presenza di un quadro settico con citopenia, non responsivo alla terapia antibiotica, non dimenticare un possibile esordio di HLH. Una tempestiva diagnosi e l'avvio di un'adeguata terapia sono fondamentali in considerazione della rapida evoluzione del quadro clinico e della prognosi infausta.

irene.ferri@edu.unife.it

Le nostre schiene raccontano storie...

Roberto Grandinetti¹, Alberto Attilio Scarpa²,
 Maria Beatrice Ruozi³, Susanna Maria Roberta Esposito¹
¹Clinica Pediatrica, Ospedale dei Bambini "Pietro Barilla",
 Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma;
²Chirurgia Pediatrica, Ospedale dei Bambini "Pietro Barilla"
 Università di Parma; ³Pediatria Generale e d'Urgenza,
 Ospedale dei Bambini "Pietro Barilla", Università di Parma

Caso clinico

G., 16 anni, affetta da grave scoliosi idiopatica, giunge in Italia dalla Costa d'Avorio per eseguire correzione chirurgica di tale difetto. Dopo 9 giorni dall'intervento numerosi episodi emetici con addominalgia diffusa; non febbre, alcune evacuazioni diarroiche. All'arrivo in pronto soccorso: PV nella norma, paziente sofferente, pallida, diffusa dolenzia addominale, restante EO nei limiti. Agli esami ematici: GB 21.000/uL, N 91,4%, PCR 26,4 mg/dL; all'ecografia addominale distensione gastrica e intestinale a contenuto liquido. In seconda giornata, dopo iniziale miglioramento, ripresa dell'algia addominale con tre ulteriori episodi emetici. Nel sospetto di quadro occlusivo si eseguivano RX addome [Figura 5]: livelli idroaerei gastrici e in ipocondrio dx, in assenza di aria libera; TC addome [Figura 6]: marcata gastrectasia a contenuto fluido con dilatazione duodenale fino al Treitz. Si applicava sondino naso-gastrico con aspirazione di 400 ml di contenuto maleodorante; la successiva RX prime vie digerenti con m.d.c. confermava l'occlusione duodenale [Figura 7]. Alla laparotomia urgente, per evidenza di compressione ab estrinseco del duodeno da parte dell'arteria mesenterica superiore (AMS) [Figura 8], venivano eseguite resezione e anastomosi duodeno-digiunale. All'RX post-intervento con m.d.c. normale transito intestinale [Figura 9]. La causa del quadro occlusivo era data dalla sindrome del compasso aorto-mesenterico (SCAM) correlata alla recente artrodesi.

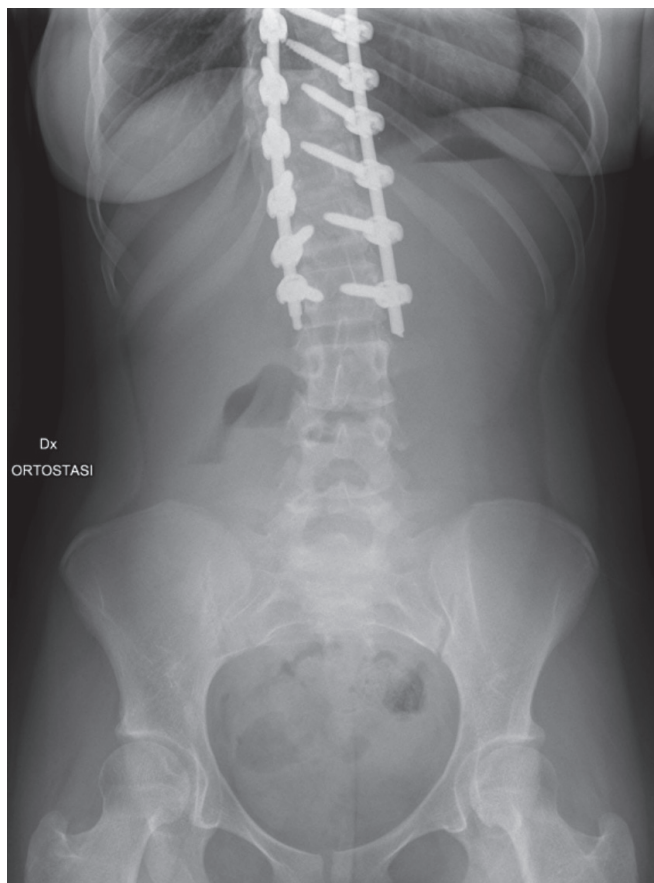


Figura 5. Esame radiografico diretto dell'addome pre-intervento



Figura 6. Tomografia assiale computerizzata dell'addome pre-intervento

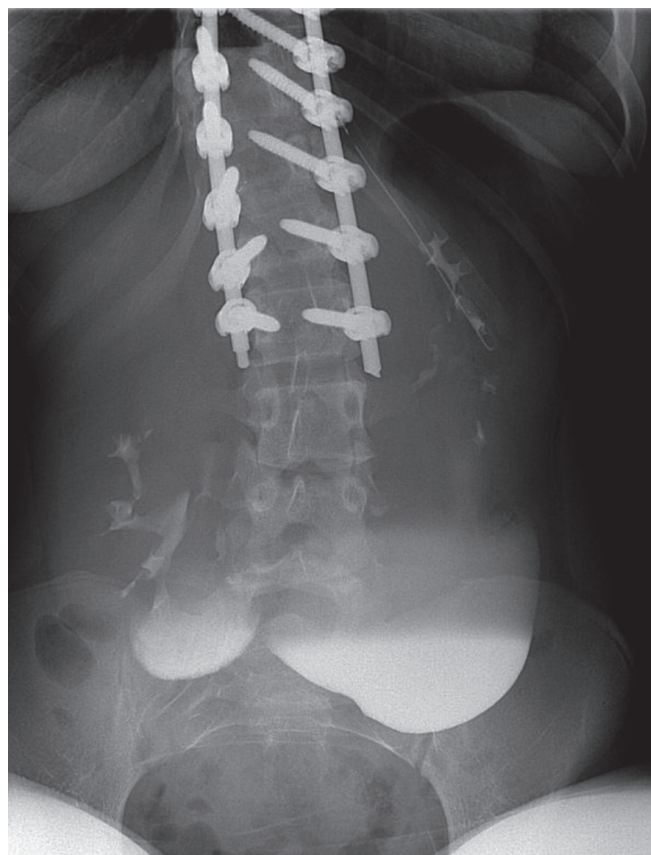


Figura 7. Radiografia diretta dell'addome con mezzo di contrasto idrosolubile pre-intervento

Discussione

La SCAM è una condizione rara determinata dalla compressione della terza porzione del duodeno tra aorta addominale e parte prossimale dell'AMS [1], quando l'angolo fra questi due vasi si riduce al di sotto dei 25° (normalmente intorno ai 45°).

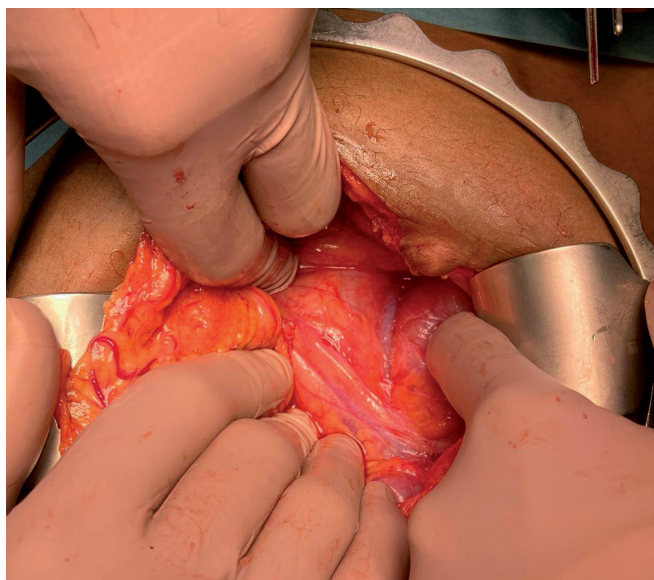


Figura 8. Immagine intraoperatoria dell'arteria mesenterica superiore che comprime il duodeno, durante la laparotomia urgente

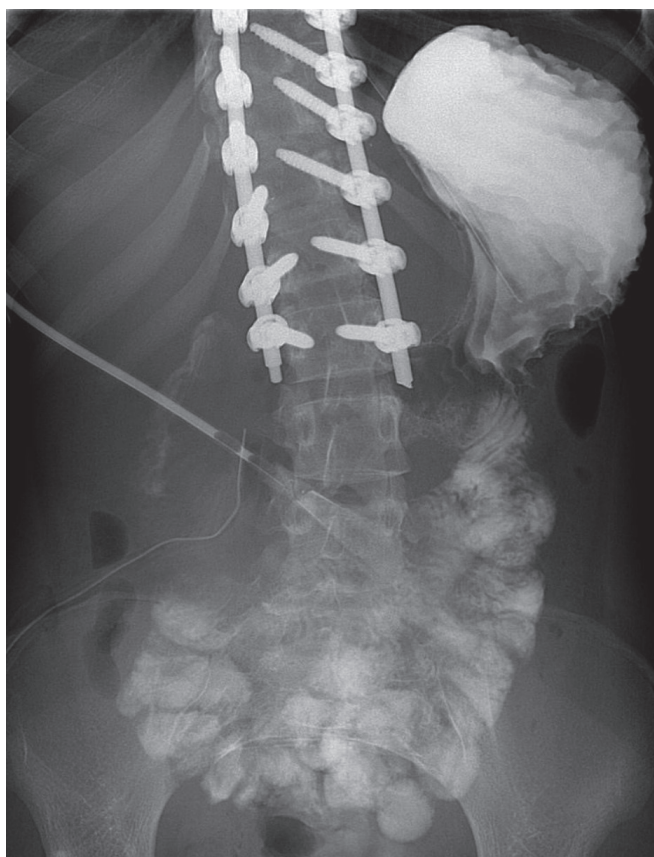


Figura 9. Radiografia diretta dell'addome con mezzo di contrasto idrosolubile post-intervento

Nel caso in esame la rettilineizzazione della colonna ha determinato un "effetto pinza" sul duodeno. Tra le cause principali: perdita di peso rapida e importante (anoressia nervosa); anomalie congenite dell'emergenza dell'AMS; eccessiva lordosi lombare; ptosi viscerale; trazione esercitata sull'AMS da un mesentere eccessivamente breve, ecc. La presentazione clinica tipica include: nausea, vomito, dolore e distensione addominale, ridotta intensità dei borborigmi [1]. Il sospetto clinico viene solitamente corroborato da esami di imaging (studi contrastografici con evidenza di blocco del transito intestinale a livello duodenale); lo studio angiografico è il gold standard nel definire con precisione l'angolo aorto-mesenterico [2]. Il trattamento è conservativo oppure chirurgico; le indicazioni

verso l'uno o l'altro approccio sono oggetto di discussione sia per i tempi sia per le modalità [2].

La SCAM è storicamente legata agli interventi chirurgici per scoliosi; analisi dettagliate della letteratura sono state condotte [3], ma solo di recente una review sistematica (52 casi in circa 50 anni) ha puntualizzato alcuni aspetti [4]: in particolare l'età media dei pazienti con SCAM post-intervento per scoliosi è $14,7 \pm 2,9$ anni e vi è una netta prevalenza femminile (80,8%). L'intervallo tra l'intervento e l'inizio della sintomatologia relativa alla SCAM è di 9,6-9,5 giorni. I sintomi più comuni sono vomito (92,3%), nausea (50%), dolore (48,1%) e distensione addominale (40,4%).

Ulteriori studi devono essere condotti soprattutto per definire il migliore approccio terapeutico.

Bibliografia

1. Oguz A, Uslukaya O, Ülger BV et al. Superior mesenteric artery (Wilkie's) syndrome: a rare cause of upper gastrointestinal system obstruction. *Acta Chir Belg* 2016 Apr;116(2):81-88.
2. Merrett ND, Wilson RB, Cosman P, Biankin AV. Superior mesenteric artery syndrome: diagnosis and treatment strategies. *J Gastrointest Surg* 2009 Feb;13(2):287-292.
3. Lam DJ, Lee JZ, Chua JH et al. Superior mesenteric artery syndrome following surgery for adolescent idiopathic scoliosis: a case series, review of the literature, and an algorithm for management. *J Pediatr Orthop B* 2014 Jul;23(4):312-318.
4. Fan Y, Cai M, Wang J, Xia L. Superior Mesenteric Artery Syndrome Following Scoliosis Surgery: A Systematic Review of Case Reports. *Ann Vasc Surg* 2021 Oct;76:514-535.

roberto.grandinetti@unipr.it

Dexmedetomidina intranasale nelle cure palliative pediatriche... a domicilio!

Sara Solidoro

Università degli Studi di Trieste, Scuola di Specializzazione in Pediatria

Caso clinico

Ginevra, 4 anni, è una bambina affetta da leucodistrofia metacromatica da deficit di saposina B (mutazione omozigote c.577-2 A>G del gene: PSAP), rara patologia genetica neurodegenerativa caratterizzata da una progressiva perdita di struttura e di funzione delle guaine che ricoprono i nervi e che porta ad una perdita delle autonomie e delle competenze acquisite. A giugno 2022, Ginevra viene ricoverata presso la clinica pediatrica del nostro Istituto per un progressivo deterioramento neurologico con comparsa di crisi distoniche, che aumentano di frequenza e d'intensità fino all'opistotono. All'ingresso in reparto, la bambina è alimentata per via enterale tramite gastrostomia percutanea per via endoscopica (PEG) per un quadro ingravescente di disfagia per i liquidi e dopo un vomito durante il pasto, si avvia terapia antibiotica nel sospetto di inalazione. In seguito, per un episodio di laringospasmo in corso di distonia parzialmente responsivo ad aerosol di adrenalina e beclometasone, la bambina viene trasferita in terapia intensiva, dove si avvia sedazione con dexmedetomidina per via endovenosa (ev) in infusione continua (i.c.) fino a 1 mcg/kg/h, in corso di ottimizzazione della terapia antidistonica. Per il controllo delle crisi si esegue terapia con gabapentin, lorazepam e clonidina cerotto e si apportano ulteriori modifiche terapeutiche, effettuando inoltre un infruttuoso tentativo di scalo della velocità di infusione della dexmedetomidina, con ricomparsa delle crisi. Al fine di valutare ed escludere qualsiasi causa curabile di dolore (reflusso gastroesofageo, lussazione dell'anca, fratture, stitichezza e calcoli biliari e renali) si eseguono diverse indagini, tra cui un RX transito che

evidenzia un episodio di reflusso gastroesofageo fino al terzo prossimale dell'esofago, con scarsa clearance esofagea. Per tale ragione, vista la compromissione generale della bambina, che rende troppo rischioso dal punto di vista anestesiológico la possibilità di un intervento di plastica antireflusso sec. Nissen, si decide per il posizionamento di un sondino nasodigiu-nale nel tentativo di riavviare una nutrizione enterale, mai ripresa per la permanenza dell'estremità del sondino in sede antrale. A questo punto, considerando la volontà espressa dai genitori di privilegiare una gestione domiciliare della bambina, la storia naturale della malattia senza possibilità di guarigione e la presenza di sintomi non responsivi a terapie standard, si decide di scalare progressivamente la dexmedetomidina in i.c. fino a sospensione e di trasferire Ginevra a domicilio in terapia con dexmedetomidina intranasale (3 mcg/kg/dose fino a 4/die) con eventuale dose rescue di 10 mcg in associazione a clonidina cerotto (7,5 mg), baclofene (10 mg × 2/die) e delorazepam (6 gtt × 4/die), attualmente in corso e con un buon controllo sulla sintomatologia.

Discussione

La dexmedetomidina è un farmaco agonista del recettore alfa-adrenergico centrale, ad azione ipnoinducente ed ansiolitica. A livello del sistema nervoso centrale, attraverso la stimolazione dei recettori alfa-2 adrenergici del locus coeruleus, induce un sonno paragonabile agli stadi 2-3 del sonno non REM.

La principale caratteristica del farmaco, che ne determina la sua unicità rispetto agli altri sedativi comunemente utilizzati, è di non deprimere il centro del respiro durante la sedazione. Inoltre, la somministrazione intranasale risulta molto sicura riducendo la possibilità di comparsa di effetti collaterali secondari, quali ipotensione e bradicardia [1]. In letteratura, il suo utilizzo è stato già ampiamente descritto nel setting di terapia intensiva o nell'ambito di sedazione procedurale e nel 2018 l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ne ha autorizzato l'uso come farmaco off label anche al di fuori della terapia intensiva, nell'ambito delle cure palliative pediatriche, per il controllo di sintomi stressanti da patologia e disturbi del sonno refrattari a terapie standard [2-3]. Pertanto, l'uso della dexmedetomidina a domicilio può rappresentare una buona opzione terapeutica nei bambini con disturbi del sonno o stati distonici intrattabili.

Bibliografia

1. Cozzi G, Morabito G, Caddeo G et al. Intanasal dexmedetomidine for procedural sedation. *Medico e Bambino* 2016;35:641-615.
2. De Zen L, Della Paolera S, Del Rizzo et al. Home Intranasal Dexmedetomidine for Refractory Dystonia in Pediatric Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2020 Jun;59(6):e3-e5.
3. De Zen L, Marchetti F, Barbi E, Benini F. Off-label drugs use in pediatric palliative care. *Ital J Pediatr* 2018 Nov 29;44(1):144.

ssolidoro250@gmail.com

blister

Credibilità, fiducia e vaccinazioni durante la pandemia Covid-19

Il rifiuto a vaccinarsi è un problema critico di salute pubblica. Le ragioni dell'esitazione a vaccinarsi sono state definite anni fa dal gruppo di lavoro dell'OMS in: mancanza di fiducia (nell'efficacia, nella sicurezza, nel sistema o nei responsabili politici); compiacimento (la percezione di un basso rischio di acquisire malattie prevenibili tramite il vaccino); convenienza (nella disponibilità, accessibilità e interesse verso i servizi di immunizzazione). Negli ultimi due anni, inoltre, la pandemia ha evidenziato ancor di più le perplessità dei genitori a vaccinare i propri figli verso il SARS-CoV-2. Quali sono i freni a vaccinare i bambini verso questo virus? Un trial svolto negli Stati Uniti ha dato una risposta sulla quale è necessario porre la nostra attenzione. Nel marzo 2020, quindi ben prima che si parlasse di vaccinazione contro il Covid-19 e del meccanismo d'azione e degli effetti collaterali dei vaccini a mRNA, è stato intervistato un campione di 809 adulti nell'ambito di uno studio longitudinale online sul benessere in occasione della pandemia Covid-19; altre interviste sono state raccolte fino al novembre 2021 con la rilevazione, in quest'ultima, dell'esito principale, ossia quante dosi di vaccino anti-Covid avevano ricevuto i partecipanti allo studio. Le variabili studiate erano la fiducia sulle fonti di informazione, l'accettazione delle norme sociali (per esempio l'utilizzo della mascherina), il rischio percepito di ammalarsi, la teoria del complotto ("la Cina ha di proposito diffuso il virus"), lo scetticismo sulla pandemia e l'ideologia politica.

Nei modelli aggiustati dei risultati, l'aumento dell'età era associato allo stato vaccinale positivo e l'essere di colore era associato allo stato vaccinale negativo, ma altre variabili demografiche non erano associate in modo significativo allo stato vaccinale. L'elevata fiducia nel CDC e nei notiziari (in occasione dell'intervista del marzo 2020) erano entrambe associate all'essere stati vaccinati, mentre l'elevata fiducia nella Casa Bianca (in altre parole alle dichiarazioni di Trump) era associata a uno stato di vaccinazione negativo (aOR = 0,24, IC 95% 0,11, 0,51). La convinzione che il virus fosse stato diffuso intenzionalmente dalla Cina è stata associata negativamente alla vaccinazione (aOR = 0,60, IC 95% 0,39, 0,93). Infine, sesso, reddito e norme sociali non erano significativamente associati allo stato vaccinale. Complessivamente i risultati sono coerenti con le ragioni dell'esitazione vaccinale definite dall'OMS, e alcuni dei più forti predittori della vaccinazione si sono rivelati essere le fonti credibili di informazione; inoltre, le persone che hanno poca fiducia nei dipartimenti sanitari statali, poca fiducia nei principali mezzi di informazione e alta fiducia nel leader politico alla Casa Bianca avevano minori probabilità di essere vaccinate più di un anno dopo. Insomma, le campagne vaccinali iniziano molto prima della disponibilità del vaccino.

- Latkin C, Dayton L, Miller J et al. Trusted information sources in the early months of the COVID-19 pandemic predict vaccination uptake over one year later. *Vaccine* 2023 Jan 9;41(2):573-580.