

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XIII

Gennaio 2010

numero 1

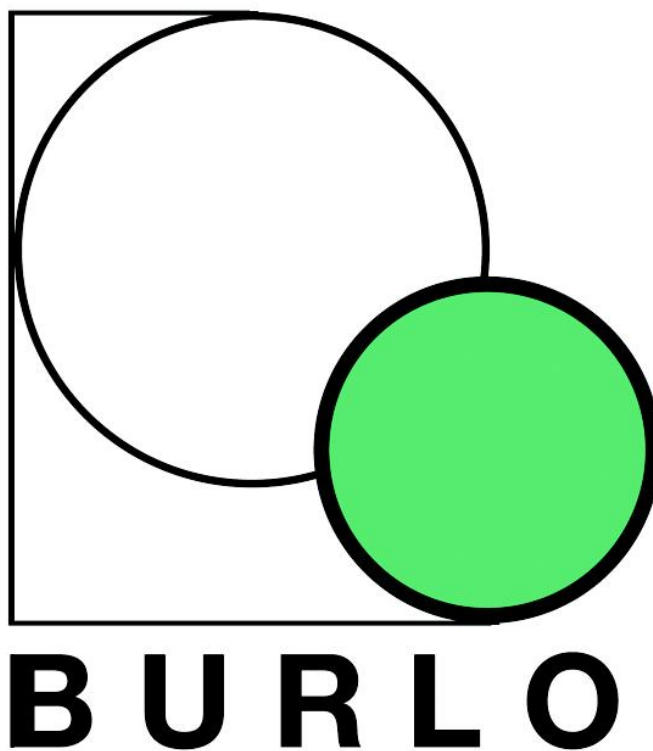
NEWSLETTER PEDIATRICA

**Newsletter pediatrica - La sorveglianza
della letteratura per il pediatra**

Epidemiologia - Direzione Scientifica IRCSS “Burlo
Garofolo”; Centro per la Salute del Bambino (CSB)

Associazione Culturale Pediatri (ACP); Servizio di

Tratto da:



Centro per la salute del bambino

Fattori di rischio associati con lo sviluppo di eczema a un anno di vita. Il pesce introdotto prima dei 9 mesi è protettivo

EARLY INTRODUCTION OF FISH DECREASES THE RISK OF ECZEMA IN INFANTS

Alm B, Aberg N, Erdes L, et al.

*Arch Dis Child*2009;94:11-5.

Obiettivo di questo studio di coorte era quello di studiare la **prevalenza di eczema** nei bambini della Svezia occidentale, descrivere tempi e modalità di introduzione dei cibi e stabilire i fattori di rischio associati con lo sviluppo di eczema a un anno di vita. Per raggiungere questi obiettivi è stata reclutata una coorte di nati nel 2003 nella Svezia occidentale. Su un totale di 16.682 nati, 8176 famiglie (50%) sono state casualmente selezionate a partecipare allo studio. A queste famiglie, quando il bambino aveva 6 mesi e 1 anno di età, è stato spedito un questionario per raccogliere informazioni su: condizioni familiari e ambientali, storia perinatale, fumo, allattamento materno, introduzione dei cibi solidi, malattie sviluppate nel primo anno di vita, presenza di eczema e diagnosi di allergia alimentare, presenza in casa di animali con pelo. La restituzione dei due questionari con i dati valutabili è avvenuta per 4921 bambini (60,2% della popolazione selezionata). All'età di un anno il 20,9% di questi bambini presentava o aveva presentato eczema, con un'età media all'esordio di 4 mesi. Rispetto alla presenza di questa condizione, all'analisi multivariata risultavano essere fattori di rischio la familiarità per eczema, particolarmente nei fratelli (OR 1,87; IC 95% 1,50-2,33) o nella madre (OR 1,54; IC 95% 1,30-1,84) e l'allergia alle proteine del latte vaccino (OR 3,64; IC 95% 2,35-5,64). Risultavano invece essere fattori protettivi l'introduzione del pesce prima dei 9 mesi di età vs introduzione successiva (OR 0,76; IC 95% 0,62-0,94) e l'aver in casa un uccellino vs non averlo (OR 0,35; IC 95% 0,17- 0,75). Gli Autori concludono che nella popolazione che ha partecipato allo studio un bambino su cinque presentava eczema nel primo anno di vita. La familiarità per eczema aumentava il rischio, mentre la precoce introduzione del pesce e la presenza in casa di un uccellino lo riduceva. Va evidenziato che

l'effetto protettivo dell'assunzione di pesce, già descritto in altri studi, non sembra influenzato dal tipo di pesce consumato e quindi dall'effetto degli acidi omega 3. Allattamento al seno, presenza in casa di un animale con pelo e epoca di introduzione di latte e uovo non sembrano invece influenzare il rischio.

COMMENTO

I risultati dello studio, pur a rischio di bias di selezione, vista la modalità di reclutamento (questionario postale) e la percentuale di risposta (60%), sono una ulteriore conferma delle evidenze emerse negli ultimi anni da importanti studi di popolazione: ritardare l'introduzione di alcuni alimenti (pesce, ma anche uovo o arachidi in realtà diverse da quella italiana) non è efficace nel ridurre i casi di eczema. La pratica clinica dovrà necessariamente adeguarsi, rispetto a un recente passato che ha sempre (erroneamente) sostenuto il contrario.

Per un approfondimento sul tema alimentazione del bambino/sviluppo di sintomi atopici rimandiamo a quanto scritto nella newsletter 22 (pag. 92-95) e al relativo Digest pubblicato su *Medico e Bambino* (3/2008, pag. 190-92).

Artriti a confronto: reumatismo articolare acuto vs artrite reattiva post streptococcica; artrite di Lyme vs altre artriti monoarticolari

DIFFERENTIATION OF POST-STREPTOCOCCAL REACTIVE ARTHRITIS FROM ACUTE RHEUMATIC FEVER

Barash J, Mashiach E, Navon Elkan P, et al.

*J Pediatr*2008;153:696-9.

ACUTE PEDIATRIC MONOARTICULAR ARTHRITIS: DISTINGUISHING LYME ARTHRITIS FROM OTHER ETIOLOGIES

Thomson A, Mannix R, Bachur R

Pediatrics 2009 Mar;123(3):959-65.

	ARF	PSRA	P
Febbre °C (SD)	38.3 (0.4)	38.3 (0.5)	NS
Con febbre >38	66%	16%	.0004
N° articolazioni attive (SD)	2.5 (1.2)	1.8 (1.3)	.0004
Artrite migrante	79%	33%	.004
Artrite simmetrica	40%	22%	.05
Cardite	60%	0	<.0001
VES (SD)	92.2 (31.1)	57.1 (40.9)	<.0001
PCR mg/L (SD)	106.7 (83.5)	22.6 (44.1)	<.0001
ASOTIU (SD)	1011 (1573)	889 (733)	NS
Cultura da tampone positiva	77%	76%	NS
Giorni tra faringite e artrite (SD)	15 (9.2)	14.6 (10.1)	NS
Risp. al trattamento, giorni (SD)	2.2 (1.7)	6.9 (5.9)	<.0001
Ricaduta	7%	21%	0.013

Uno studio retrospettivo su cartelle realizzato in Israele e pubblicato su *J Pediatr* ha confrontato, dal punto di vista clinico e laboratoristico, il reumatismo articolare acuto (RAA) e l'artrite reattiva post streptococcica (ARPS), con l'obiettivo di definire se si tratta di 2 entità cliniche distinte o varianti della stessa malattia. Sono stati identificati, in pazienti con meno di 16 anni, 68 diagnosi di RAA (criteri di Jones) e 159 di ARPS (criteri di Deighton). Come si può vedere nella tabella, molte sono le differenze identificate tra le due condizioni. Il RAA ha una presentazione più acuta, con febbre più alta, maggiore risposta della fase acuta, maggior numero di articolazioni interessate e interessamento cardiaco. La risposta al trattamento è più rapida e il corso dell'artrite più breve. All'analisi multivariata vengono identificate 4 variabili che differivano significativamente tra RAA e ARPS e utilizzabili come fattori discriminanti: VES, PCR, durata dei sintomi articolari dopo avvio di terapia salicilica, ricaduta dei sintomi articolari dopo sospensione del trattamento. Gli autori concludono che RAA e ARPS sono due entità distinte. La diagnosi differenziale tra le due condizioni è importata anche in termini di trattamento: secondo l'*American Heart Association* e l'AAP la profilassi antibiotica per le ARPS dovrebbe essere somministrata per un anno e poi sospesa in assenza di cardite.

Uno studio retrospettivo su cartelle pubblicato su *Pediatrics* si è posto l'obiettivo di identificare i predittori clinici dell'artrite di Lyme tra pazienti minori di 18 anni con artrite monoarticolare acuta. Sono stati identificati 179 soggetti, tutti sottoposti ad artrocentesi, di cui 46 (26%) con artrite settica, 55 (31%) con artrite di Lyme, e 78 (43%) con artrite non settica non-Lyme. I pazienti con malattia di Lyme, rispetto a quelli con artrite settica, avevano maggiore probabilità di avere storia di puntura di zecca (16 vs 2%), di interessamento del ginocchio (85 vs 22%), di calore all'articolazione (60 vs 33%) e meno probabilità di avere storia di febbre (45 vs 83%). VES e PCR sierici e conta dei bianchi e percentuale di neutrofili nel liquido articolare erano anche significativamente più bassi. Rispetto alle artriti non settiche non-Lyme, erano predittivi di Lyme l'interessamento del ginocchio (85 vs 45%) e la storia di puntura di zecca (16 vs 3%). Non sono state messe in evidenza differenze significative tra le 3 condizioni rispetto a età di presentazione, sesso, durata dei sintomi, presentazione durante la stagione Lyme, traumi e malattie recenti, dolore articolare, arrossamento e limitazione funzionale. All'analisi multivariata di confronto tra Lyme e artrite settica, l'interessamento del ginocchio è risultato essere un predittore positivo di Lyme, mentre la storia di febbre e l'elevata PCR sono risultati predittori negativi. Gli autori concludono che l'artrite di Lyme condivide molte caratteristiche sia con l'artrite settica che con quella non settica non-Lyme. Nelle aree endemiche le indagini per Lyme dovrebbero essere sempre realizzate in presenza di artrite monoarticolare acuta. Lo studio conferma inoltre che in presenza di artrite monoarticolare di ginocchio la diagnosi di Lyme va considerata.

Collaborano alla Newsletter un gruppo di pediatri di famiglia, ospedalieri di primo livello, in formazione e con interesse in sanità pubblica ed epidemiologia clinica:

Redazione: T. Burmaz, M. Lorenzon, A. Macaluso, F. Mar-

chetti, M. G. Pizzul, L. Ronfani, D. Rosenwirth, R. Servello, M. Spaccini.

Milano: E. Casiraghi, R. Cazzaniga, C. Costato, L. Crespi, G. Del Bono, M.G. Dell'Oro, C. Fossati, T. Fuga, G. Lietti, G. Meregalli, M. Migliavacca, A. Pirola, P. Rogari, M. Santamaria, B. Scicchitano, M. Spinelli, M.T. Tartero, F. Zanetto

Vicenza: F. Andreotti, E. Benetti, F. Fusco, R. Gallo, V. Murgia, A. Pasinato, A. Penzo, B. Ruffato, D. Sambugaro, W. Spanevello, G. Ziglio.

Verona: M. Agostini, F. Antoniazzi, M. Baldissera, M. Bolognani, P. Brutti, C. Chiamenti, M. Cipolli, M. Fornaro, M. Gaffuri, M. Gangemi, M. S. Lonardi, M. Maselli, M. Nardi, M. Previdi, F. Raimo, P. Santuz, M. Tommasi, F. Valletta, S. Zanini.

Asolo: L. Alfonsi, B. Bologna, P. Gaiotti, C. Montini, D. Mugno, G. Toffol, M. Zanellato, M. L. Zoccolo, P. Bonin e L. Todesco (ACP Jacopo Da Ponte Bassano).

Vai all'editoriale:

Gangemi M, Ronfani L, Zanetto F. Il punto sulla Newsletter pediatrica. La sorveglianza della letteratura per il pediatra. *Medico e Bambino* 2010.

per informazioni www.csbonlus.org (sezione "Risorse")

I singoli lavori tratti dalla Newsletter pediatrica nel nuovo formato di presentazione saranno disponibili dal prossimo numero di Medico e Bambino.