

FIMPAGGIORNA2001 CASERTA

PREMESSA

LA ORAMAI CONSOLIDATA TRADIZIONE DI FIMPAGGIORNA, RAPPRESENTA UNA PREZIOSA OCCASIONE NON SOLO DI AGGIORNAMENTO MA ANCHE D'INCONTRO E DI SCAMBIO DI EPERIENZE PER I PEDITRI, NON SOLO DI FAMILGIA, DELLA PROVINCIA DI CASERTA.

GLI ARGOMENTI DI APPROFONDIMENTO DELLE VARIE SPECIALITA' SONO CURATI DAI PEDIATRI DI FAMIGLIA E DAGLI SPECIALISTI UNIVERSITARI ED OSPEDALIERI.

LE RELAZIONI CHE SEGUONO SONO UN PRIMO "ESPERIMENTO" DI FORNIRE UNO STRUMENTO DI RAPIDA CONSULTAZIONE DEGLI ARGOMENTI TRATTATI E DI REPERIRE INFORMAZIONI SU DETERMINATI PROBLEMI (DALL'ITER DIAGNOSTICO AGLI INDIRIZZI ED ALLE MODALITÀ DI ACCESSO ALLE STRUTTURE).

PERTANTO GLI AUTORI SI SONO ATTENUTI ALLA TRATTAZIONE DI QUELLI CHE SOPRATTUTTO IN FASE DI DISCUSSIONE, SONO APPARSI ARGOMENTI DI MAGGIORE INTERESSE E D ATTUALITA'.

VANNO CONSIDERATE UN PRIMO "ESPERIMENTO", CHE CI AUGURIAMO SIN DAL PROSSIMO ANNO POTRA' RIGUARDARE TUTTI GLI AROMENTI TRATTATI A FIMPAGGIORNA.



DI CASERTA

ARGOMENTI DI DERMATOLOGIA PEDIATRICA

L'ACNE

P. BASILE

Pediatra di Famiglia – Regione Campania ASL CEI

QUIZ DI AUTOVALUTAZIONE

- 1) Quali sono i fattori condizionanti l'acne ?
 - a) l'ipersecrezione sebacea e la cheratinizzazione del dotto follicolare
 - b) la colonizzazione da parte del Propionibacterium Acnes e fenomeni infiammatori
 - c) solo a
 - d) solo b
 - e) tutte le precedenti

- 2) Quali sono lesioni infiammatorie tipiche dell'acne? (risposta multipla)
 - a) comedoni
 - b) microcisti
 - c) papule
 - d) noduli

- 3) Da quali alimenti puo' essere scatenata l'acne ?
 - a) dai grassi
 - b) dagli zuccheri
 - c) da nessuno dei precedenti
 - d) da tutti i precedenti

ARGOMENTI

- DEFINIZIONE DI ACNE
- MECCANISMO ETIOPATOGENETICO
- LESIONI FONDAMENTALI
- FORME CLINICHE
- FORME EZIOLOGICHE PARTICOLARI
- COMPLICAZIONI

L'acne interessa il 90% degli adolescenti, anche soltanto in via transitoria: solo il 10% di essi necessita di parere medico. Anche se l'acne è una patologia che difficilmente crea seri problemi clinici, per le persone giovani che ne sono affette è un problema serio, di tipo socio-psicologico che condiziona tutti gli aspetti della vita ed in particolare quella di relazione e professionale.

L'acne è un'affezione autolimitante, caratterizzata da lesioni follicolari correlate alla seborrea ed alla formazione di comedoni. Le lesioni insorgono nell'adolescenza, con un picco d'incidenza tra i 14 e i 17 anni nelle donne e tra i 16 ed i 19 nei maschi.

La causa dell'acne volgare non è pienamente conosciuta. Si riconosce un ruolo a fattori genetici, ma non sono stati determinati specifici patterns di trasmissione. Per quanto riguarda i meccanismi etiopatogenetici, si riconoscono 4 principali fattori condizionanti lo sviluppo dell'acne: a) ipersecrezione sebacea: la "pubertà sebacea" di solito precede la pubertà genitale. Specialmente nelle ragazzine la cute può divenire grassa e piena di brufoli molto prima del menarca, fin dall'età di 8-9 anni, e ciò può costituire un elemento predittivo della gravità della malattia. L'acne si manifesta più tardi nei maschietti verso i 12-13 anni; b) ipercheratinizzazione del dotto: cheratinizzazione anomala con compattamento di cellule cheratinizzate all'interno del lume; c) colonizzazione da parte del Propionibacterium acnes; d) fenomeno infiammatorio: proteasi batteriche, ialuronidasi, fattori chemiotattici ed enzimi idrolitici rilasciati dai neutrofili, giocano un ruolo significativo nello scatenamento della reazione infiammatoria.

Fattori ambientali, climatici ed igienico-sociali possono assumere un'importanza: tra questi la dieta non sembra avere alcun ruolo patogenetico. Si hanno scarse prove a sostegno dell'ipotesi che l'assunzione di alcuni cibi possa scatenare o accentuare un'acne. Quando un paziente osserva che un determinato cibo (vedi zuccheri) esacerba l'acne, si può ammetterne l'eliminazione. Tuttavia non bisogna imporre restrizioni ingiustificate agli adolescenti.

Anche il clima svolge un ruolo importante: nelle zone di clima temperato, l'acne si tende a peggiorare nei periodi freddi. Il caldo ed i raggi solari hanno in genere un effetto favorevole. Un clima ad alta temperatura ed alto tasso di umidità è spesso causa d'insorgenza o di peggioramento dell'acne. Si hanno incidenze diverse a seconda delle razze: giapponesi ed orientali sono meno colpiti rispetto alle popolazioni occidentali.

La malattia tende a risolversi spontaneamente, ma la terapia è fondamentale nella vita di relazione dei soggetti colpiti ed è l'unica strada per evitare esiti cicatriziali. La storia naturale dell'acne si conclude prima dei 20 anni nei maschi e può persistere fino a 20 - 25 anni nelle femmine.

Le lesioni elementari caratteristiche sono:

a) lesioni non infiammatorie

-seborrea

-comedoni aperti o punti neri : aggregati compatti di materiale cheratinico lamellare contenente lipidi e batteri, con orifizio pilosebaceo aperto, che permette la visualizzazione del tappo;

- microcisti o comedoni chiusi o punti bianchi: sacco follicolare ripieno di materiale cheratinico fittamente stipato, lipidi e batteri;

b) lesioni infiammatorie

-papule, pustole, noduli: si sviluppano dai comedoni, in cui si ha la rottura dell'epitelio follicolare e la fuoriuscita del contenuto del follicolo nel derma adiacente ove si sviluppa una reazione infiammatoria neutrofila.

FORME CLINICHE

- A) ACNE COMEDONICA O MICROCISTICA: associazione di seborrea con numerosi comedoni e microcisti (naso, guance, fronte ed eventualmente spalle)
- B) ACNE PAPULO-PUSTOLOSA: è la presentazione più comune dell'acne
- C) ACNE NODULARE O CONGLOBATA : è la più frequente delle cosiddette "acni gravi". Sono presenti tutte le lesioni fondamentali; l'estensione al tronco è costante e l'evoluzione è cicatriziale;
- D) ACNE FULMINANS (o acne nodulare acuta, febbrile, ulcerativa). Predilige il sesso maschile. I noduli infiammatori e suppurativi sono numerosissimi e da essi può sgorgare del pus emorragico. C'è una compromissione sistemica, con febbre a 39-40°C, artromialgie, iperleucocitosi, insorgenza di eritema nodoso. E' stata associata all'uso di isotretinoina.
- E) ACNE INVERSA (o tetraed acneica o sindrome da occlusione follicolare). Presenta familiarità, con trasmissione dominante, è più frequente nei maschi . Si associano un'acne nodulare, suppurazione a livello delle zone irsute dotate di ghiandole apocrine (ascelle, genitali, area gluteo-perineale), cisti del solco intergluteo, lesioni follicolari suppurative del cuoio capelluto ad evoluzione cicatriziale.

FORME EZIOLOGICHE PARTICOLARI

- ACNE NEONATALE: forma transitoria, legata alla persistenza degli androgeni di origine materna.
- ACNE INFANTILE: si presenta oltre i due anni, ma prima della pubertà sebacea , deve indurre alla ricerca di una patologia endocrina, rara (per es. un'iperplasia surrenalica congenita con produzione di androgeni endogeni)
- ACNI DA FARMACI: sono dovute a farmaci che perpetuano l'acne o inducono la comparsa di lesioni acneiche in individui predisposti a seborrea: a) androgeni nella donna, b) contraccettivi orali, c) corticosteroidi topici o generali ed ACTH (compresi cortisonici somministrati per via inalatoria) d) antitubercolari , d) antiepilettici.
- ACNI ESOGENE: sono dovute all'effetto esercitato a livello cutaneo, da oli minerali altamente comedogenici (garagisti, meccanici, fresatori) o intossicazioni o esposizioni follicolari ad idrocarburi specialmente clorurati (acne clorica o cloracne).
- ACNI DA COSMETICI
- ACNE ESCORIATA DELLE RAGAZZE: è un'acne perpetuata dal trattamento e dallo schiacciamento forzato dei comedoni.
- ACNE ASSOCIATA ALL'INFEZIONE DA HIV: di solito è grave o si aggrava con la progressione dell'infezione virale.

COMPLICAZIONI

Le complicazioni sono imputabili per lo più al trattamento. Le complicanze dirette sono rare e caratterizzano le forme gravi. Le complicazioni locali più frequenti sono: a) cicatrici b) edema indurato del volto c) reumatismo cronico, un osteite a patogenesi oscura (in qualche caso è stato isolato dalle lesioni osteoarticolari il Propionibacterium).

ARGOMENTI DI DERMATOLOGIA PEDIATRICA

Elementi di dermatologia neonatale

R. Martinelli

Pediatra di Famiglia, Regione Campania ASL Ce1

QUIZ DI AUTOVALUTAZIONE

1. Che epoca di comparsa hanno eritema tossico neonatale e melanosi pustolosa ?

a) entrambe alla nascita b) alla nascita la prima e a 2-3 giorni la seconda c) a 2-3 giorni la prima e alla nascita la seconda

2. Qual è la lesione dermatologica neonatale che si accompagna alla sindrome cromosomica di delezione del braccio corto del cromosoma 4 ?

a) aplasia cutis congenita b) mastocitosi c) nevo sebaceo di Jadassohn

3. Che modalità di trasmissione ha l'incontinentia pigmenti ?

a) autosomica dominante b) X-linked c) autosomica recessiva

ARGOMENTI

- Cutis marmorata
- Eritema tossico neonatale
- Melanosi pustolosa neonatale
- Acne neonatale
- Granuloma ombelicale
- Psoriasi neonatale
- Collodion baby e bambino arlecchino
- Aplasia cutis congenita
- Mastocitosi
- Incontinentia pigmenti
- Salmon patches
- Nevo sebaceo di Jadassohn

La cute del neonato presenta delle peculiarità sia da un punto di vista costituzionale sia per la labilità dei sistemi di controllo della proliferazione cellulare.

Fra le lesioni transitorie abbiamo la **cutis marmorata**, basata su fenomeni di costrizione e dilatazione vasale, che dà un aspetto marmorato alla pelle; dura fino alle 3-4 settimane e se persiste oltre tale epoca può suggerire un quadro di trisomia 21, Cornelia de Lange o ipotiroidismo; l'**eritema tossico** dato da lesioni papulari eritematose (da decine a centinaia) che compare in seconda-terza giornata e che dura una settimana circa; la **melanosi pustolosa neonatale**, che si presenta già alla nascita con lesioni vescicopustolose che vengono sostituite nel giro di 48 ore da macule pigmentate, che durano invece anche 3 mesi; l'**acne neonatale**, che si presenta con papule eritematose e pustole, è causata da androgeni materni e si risolve in genere da sola; il **granuloma ombelicale**, dovuto ad un'esuberanza del tessuto di granulazione della cicatrice ombelicale, che scompare con tocature con la matita al nitrato d'argento.

A volte una diagnosi differenziale non è semplice, come in questo caso in cui l'esame istologico ci indirizza verso una **psoriasi** anziché una dermatite da pannolino.

Tra le forme desquamative è senz'altro da segnalare quella del "**collodion baby**", possibile preludio dell'eritrodermia ittiosiforme congenita o dell'ittiosi lamellare, caratterizzata da una membrana che avvolge il neonato a "cellophane" e che può essere trattata localmente con vaselina. Variante drammatica è il quadro di "**bambino arlecchino**" con possibili eclabion ed ectropion, che si risolve in genere nell'exitus.

L'**aplasia cutis congenita** è data dalla mancanza di tessuto cutaneo con sostituzione con crosta o sottile membrana; può avere diversa estensione o profondità, arrivando fino all'osso sottostante, guarisce di solito in 2-6 mesi; si trasmette con meccanismo autosomico dominante e può associarsi a sindromi più complesse anche su alterazione cromosomica, quali la trisomia 13 o la sindrome 4p-. E' in genere localizzata al vertice del cuoio capelluto.

Una forma cutanea che subito si può presentare con aspetto vescicolare è la **mastocitosi**, che può interessare anche altri organi (tratto gastrointestinale, rene, polmone, midollo osseo, tessuto nervoso). La lesione può essere unica o multipla e vari stimoli (l'acqua calda, il grattamento, farmaci) possono portare a liberazione di istamina e quindi l'aspetto ponfoide; in rapporto al coinvolgimento di altri organi si possono avere anche la diarrea cronica, l'ulcerazione gastrica, emorragie ed ipotensione. Antistaminici (disodiocromoglicato), cortisonici e fotochemioterapia (PUVA) sono alla base della terapia.

Patologia molto interessante è l'**incontinenza pigmenti**, malattia X-linked, che colpisce nella quasi totalità dei casi le femmine, essendo letale nel maschio.

Essa è una neurodermatosi ed ha un aspetto inizialmente infiammatorio, con vescicole per lasciar spazio poi ad un quadro verrucoso ipercheratosico e quindi, dopo 2-6 mesi, a chiazze progressivamente pigmentate; quando il bimbo poi cresce, lesioni atrofiche pigmentate e poi cicatrici sottili sono il ricordo della patologia.

Fra le lesioni nevi vascolari le più frequenti sono i "**salmon patches**", localizzate in genere al volto; di color rosa salmone tendono ad avere un aspetto più acceso col pianto e scompaiono in genere nel primo anno di vita.

Infine, il **nevo sebaceo di Jadassohn**, lesione unica o a "ciottolato", alopecica e giallastra, che colpisce in genere il capo; è consigliabile asportarlo, per la possibile trasformazione in età adulta.

BIBLIOGRAFIA

-B.A.Cohen: Dermatologia pediatrica. Utet ed. 1995

-Zitelli-Davis: Atlante a colori di semiotica fisica in pediatria. Martinucci ed., 1987

-Dermatologia pediatrica: una specialità all'avanguardia. Intervista al prof. E.Bonifazi. Riv. "Il Pediatra". Maggio 2000

-Nelson: Trattato di Pediatria XIV Edizione 1993

ARGOMENTI DI BRONCOPNEUMOLOGIA ED ALLERGOLOGIA

F. ESPOSITO, A. NACLERIO, A. RETTOLATO, E.M. LAURITO (AZIENDA DI RILIEVO NAZIONALE AD ALTA SPECIALIZZAZIONE PEDIATRICA, CENTRO REGIONALE PER LE EMERGENZE SANTOBONO- PAUSILLIPON. NAPOLI)

F. BARBATO (PDF REGIONE CAMPANIA, ASL CE 1)

LA GESTIONE DEL BAMBINO ASMATICO

QUIZ DI AUTOVALUTAZIONE

- 1- SI DEFINISCE ASMA UNA RIDUZIONE DEL VEMS RISPETTO L'ATTESO DEL.
A: 30%. B: 40%. C: 20%. D: 10%
- 2- Per l'asma acuto è indicato l'uso di:
B: Cortisone I.M. B: Beta2 topico. C: Disodiocromoglicato D: Cortisone topico
- 3- Quali tra i seguenti è la più efficace misura di prevenzione per l'allergia agli acari
A: Materasso in lattice. B: Copricuscino e coprimaterasso. C: Spray antiacaro

ARGOMENTI

DEFINIZIONE

ITER DIAGNOSTICO

PREVENZIONE (PRIMERIA E SECONDARIA)

FOLLOW UP E AUTOMONITORAGGIO

DALLA DISCUSSIONE: USO DI BETA2 E CHETOTIFENE, GLI ANTILEUCOTRIENICI

RIFERIMENTI DELLA STRUTTURA SPECIALISTICA

L'asma è una malattia che interessa oltre il 10 % dei bambini ed è in progressione costante. Se curato male, può alterare la qualità della vita del piccolo paziente e dei suoi genitori.

In questi ultimi anni, sono stati realizzati numerosi progressi nella comprensione della fisiopatologia della malattia. Lo stesso trattamento è stato codificato grazie alla messa a punto di linee guida terapeutiche nazionali e internazionali, aggiornate regolarmente.

Tuttavia questi progressi non hanno avuto tutti i risultati attesi in termini di morbosità e di mortalità e l'asma è considerato ancora oggi una malattia mal curata.

Da qui la necessità di una corretta gestione della malattia che, basandosi su elementi di certezza diagnostica e di adeguatezza terapeutica, preveda interventi di tipo preventivo, momenti periodici di controllo ed appropriati programmi educativi. La diagnosi di asma si basa su test di funzionalità respiratoria (spirometria) che evidenziano un VEMS inf. a 80% del teorico, sui prick tests per aeroallergeni e trofoallergeni che hanno valenza diagnostica a tutte le età, e su indagini supplementari quali il test di provocazione bronchiale aspecifica con metacolina, Rx torace, ed esami che evidenziano sinusite o poliposi nasale o reflusso gastroesofageo.

Valore diagnostico assumono anche i Rast da utilizzare quando il paziente non può interrompere la terapia antistaminica o quando dermatiti o eczema impediscono una corretta lettura dei prick tests. Prevenire la comparsa di una malattia è chiaramente preferibile al trattare una malattia già insorta, soprattutto se questa, come l'asma, è una malattia sociale ad insorgenza infantile; pertanto, è necessario che il pediatra conosca bene le strategie di prevenzione per la modifica naturale della malattia.

La prevenzione primaria dell'asma prevede misure di intervento sugli ambienti interni, sul fumo di tabacco, sugli ambienti esterni, sul basso peso alla nascita, sulle infezioni respiratorie e sull'alimentazione.

Le misure preventive per inquinanti interni ed esterni si attuano evitando i prodotti di combustione della legna, l'uso domestico degli spray, l'esposizione a composti volatili, a polveri o altri irritanti o vernici.

La prevenzione secondaria si basa, invece, su interventi sia di tipo farmacologico che di identificazione e controllo dei fattori scatenanti (acari, scarafaggi, animali domestici, muffe, pollini).

Le norme di profilassi ambientale per gli acari prevedono prima di tutto l'uso di fodere impermeabili agli acari per il materasso e il cuscino. Bisogna inoltre pulire l'abitazione con aspirapolvere (filtro hepa), eliminare tutto ciò che accumula polvere quali tappeti, moquette, pupazzi di peluche e lavare frequentemente biancheria da letto e le coperture di divani.

Le regole per i pazienti pollinosici consistono nell'evitare di uscire nelle ore mattutine soprattutto nei giorni di sole, ventosi e con tempo secco. Bisogna inoltre evitare in primavera e in estate i prati e le zone alberate.

Il management deve preoccuparsi anche di controllare i fattori che contribuiscono alla gravità dell'asma mediante elementi di prevenzione terziaria e immunoterapia.

Ogni programma terapeutico deve coinvolgere non solo il paziente ma anche la sua famiglia, le istituzioni, l'intera opinione pubblica attraverso anche la creazione di associazioni di malati.

Un preciso management della malattia deve prevedere valutazioni periodiche e monitoraggio continuo, controllo dei fattori che contribuiscono alla gravità dell'asma ed in ultimo contribuire all'educazione del paziente onde permettere una corretta autogestione, incoraggiare la sua compliance nel trattamento dell'asma.

Le visite di follow-up e l'automonitoraggio sono essenziali in quanto:

- i sintomi e la gravità dell'asma possono migliorare o peggiorare nel tempo, il che comporta un adeguamento della terapia.
- l'esposizione del paziente ai fattori scatenanti rende l'asma variabile.

E' necessario rivedere e ribadire periodicamente le informazioni e le tecniche stabilite con la prima visita, dal momento che la memoria e la capacità di autogestione declinano nel tempo

In ogni visita periodica di controllo deve essere effettuato un esame obiettivo, la raccolta di dati anamnestici recenti, la valutazione della funzionalità respiratoria, il controllo della tecnica di utilizzo dell'aerosol pre-dosato ed il controllo della tecnica di monitoraggio del picco di flusso (qualora il paziente ne faccia uso); tutto ciò permetterà una valutazione conclusiva. La frequenza delle visite dipende dalla gravità dell'asma e dalla capacità del paziente e della famiglia di controllare la malattia. In generale è necessario fissare la prima visita di follow-up entro un mese dalla diagnosi e le altre ogni 6 mesi.

Dalla Discussione

Allo stato bisogna confermare l'indicazione degli antileucotrieni come terapia preventiva della'asma moderato resistente agli steroidi inalatori. Soprattutto è da evitare la tentazione di "aggiungere" comunque l'antileucotrieno alla terapia farmacologia antiasmatica per potenziare l'effetto di cortisonici o beta2. La dimostrazione sperimentale dell'effetto sull'ICAM1 del chetotifene sembrano confermare l'efficacia peraltro già dimostrata clinicamente, sull'iperreattività bronchiale aspecifica.

Il dosaggio del Salbutamolo per l'attacco acuto è di 0,15 mg/kg (massimo 5 mg/kg dose), somministrato per aerosol a intervalli di 20 minuti.

ARN ASP

SANTOBONO- PAUSILLIPON (Napoli)

Pneumo-Allergologia-Fisiopatologia Respiratoria

Centro asma

081-5788816- 5783488 CUP (visite allergologiche)

081-2205842 Centro asma (management asma)

081-2205840 Day-hospital (prenotazioni)

0812205570 Allergologia Pausilipon

Responsabile : Dott. Fulvio Esposito

Dott. Ezio M. Laurito

Dott.ssa Anna Naclerio

Dott. Antonio Retolatto

Dott. Luciano Morieri (Pausilipon)