

Comunicazioni orali presentate dagli specializzandi al 30° Congresso Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri



**Un bambino vittima di abuso,
una donna spettatrice silenziosa
e il gravoso compito del pediatra**

Silvia Ciancia*, Anna Rita Di Biase**,
Lorenzo Iughetti**

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

**Unità di Pediatria, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Materno-Infantili e dell'Adulto, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

XY, 4 mesi, veniva condotto presso il nostro PS per edema dei piedi e alvo diarroico. La stessa mattina era stato visitato presso un ospedale periferico e dimesso con diagnosi di "coliche addominali". La madre riferiva di essersi rivolta al curante 5 giorni prima per la comparsa di alvo scomposto, che la sintomatologia risultava peggiorata e che in quella stessa giornata il bambino aveva presentato accessi di pianto inconsolabile. In anamnesi: un rico-

vero per sepsi late-onset e uno successivo per riscontro, da parte del curante, di petecchie congiuntivali ed ematomi a livello delle ginocchia e dell'avambraccio destro. Lo studio della coagulazione, la conta piastrinica, gli esami sierologici per escludere una eventuale causa infettiva erano risultati nella norma, e il quadro si era autorisolto. All'EO XY presentava pianto consolabile, edema duro e dolente dei piedi (dx>sx), alcune ecchimosi al piede destro. ECG, esame urine, esami ematici (emocromo, esami biochimici, coagulazione) nella norma. Il bambino veniva quindi ricoverato. Il giorno seguente si notava un edema localizzato alla radice della coscia destra, alla palpazione erano apprezzabili alcune crepitazioni, e il bambino manteneva l'arto in atteggiamento di extrarotazione. Si richiedevano quindi ecografia per lo studio dei tessuti molli e Rx dell'arto inferiore destro. Il referto riportava: frattura scomposta, angolata, del III diafisario prossimale del femore dx; frattura composta del III dia-

fisario medio del perone; frattura spiroide del III diafisario medio della tibia (Figura 1). Il padre negava traumatismi, la madre ripeteva di averlo perso di vista per qualche momento in occasione del battesimo (una settimana prima) mentre il bambino veniva preso in braccio dai parenti. Come da protocollo, nel sospetto di abuso, si eseguiva Rx total body (fratture a carico di III, IV e V costa bilateralmente, con discreto callo osseo riparativo; verosimili esiti di frattura clavicola dx; esiti frattura diafisaria di tibia e metafisaria di perone e tibia dell'arto sinistro). L'esame del fundus oculi non mostrava alterazioni. L'ecografia cerebrale evidenziava soffusioni emorragiche pericerebrali bilaterali. L'RMN encefalo mostrava la presenza di sanguinamenti avvenuti in tempi diversi e localizzati sia in sede frontale che in sede retrocerebellare. Nonostante fosse ormai chiara la natura del caso che stavamo affrontando e tempestiva segnalazione fosse stata fatta alle autorità competenti, si procedeva allo studio dell'assetto fosfo-calcico e alle indagini genetiche per ricercare mutazioni causali di osteogenesi imperfetta. Tali indagini, come ipotizzato, sono risultate negative. Il bambino è stato assegnato a due genitori affidatari.

✉ silvia.ciancia.18@gmail.com

**Esordio di MERS con sintomi visivi:
due casi clinici**

Margherita Guarnieri*, Francesca Lucca*, Vanessa Cecchin*, Sarah Dal Ben*, Silvia Perlini**, Claudia Banzato***, Paolo Biban**, Giorgio Piacentini***

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Verona

**UOC Pediatria a Indirizzo Critico e Pronto Soccorso Pediatrico, Ospedale della Donna e del Bambino, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

***Clinica Pediatrica, Ospedale della Donna e del Bambino, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Presentiamo di seguito i casi di M, maschio di 12 anni, e S, femmina di 7 anni,

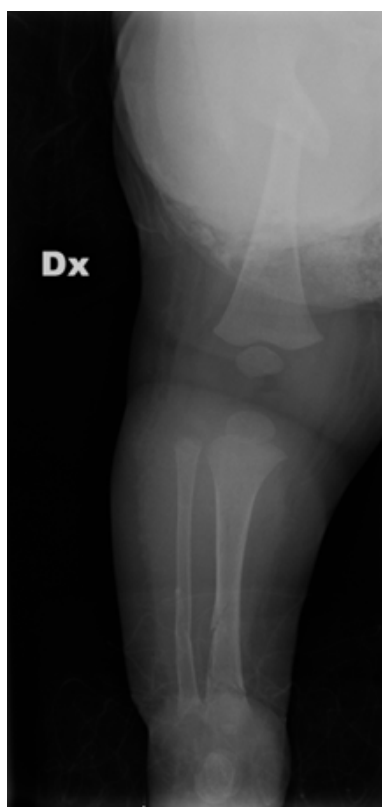
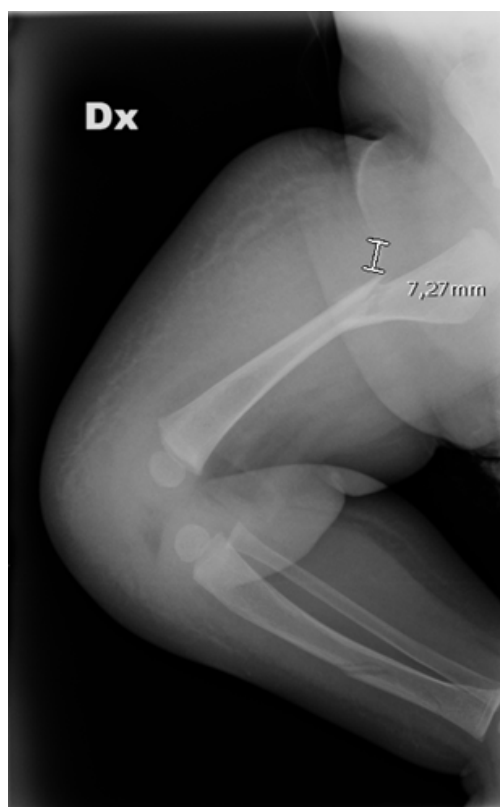


Figura 1. Immagini Rx dell'arto inferiore destro.

precedentemente in buona salute, ricoverati presso la Pediatria di Verona a gennaio 2018 per MERS (Mild Encephalopathy with Reversible Splenic Lesion).

M viene ricoverato per comparsa da quattro giorni di dispercezioni visive con crisi di pianto/agitazione associate a febbre, cefalea e faringodinia. All'obiettività riscontro di flogosi delle alte vie respiratorie. Sierologie virali negative. Visita oculistica negativa. All'EEG eccesso di attività theta e irregolarità del ritmo posteriore.

S viene ricoverata per riferito calo del visus, dispercezioni visive e crisi di agitazione associati a cefalea, febbre e faringodinia. All'obiettività obnubilamento della coscienza e mutacismo. TC encefalo e visita oculistica negative. All'EEG quadro di sofferenza cerebrale diffusa, maggiore a destra. Ricerche di virus e batteri su liquore e sangue negative, aspirato nasofaringeo positivo per virus influenzale B.

La RMN encefalo ha evidenziato in entrambi i casi alterazione dello splenio del corpo calloso con iperintensità T2, restrizione del segnale in diffusione, assente enhancement post-contrastografico.

Dopo alcuni giorni si è assistito a normalizzazione dell'EEG, mentre la sintomatologia è regredita gradualmente entro il primo mese dall'esordio dei sintomi. La RMN encefalo a 3 mesi è risultata negativa in entrambi i pazienti.

MERS è una condizione clinico-radiologica rara, descritta prevalentemente in età pediatrica, caratterizzata da encefalopatia con lesione reversibile dello splenio del corpo calloso, scatenata da trigger infettivi e più raramente di tipo farmacologico e infiammatorio (farmaci antiepilettici, vaccinazioni, M. di Kawasaki). I patogeni più descritti sono virus influenzali, Morbillo, Adenovirus, Rotavirus, più raramente gli agenti batterici; nel 41% dei casi il patogeno rimane sconosciuto. La patogenesi resta tuttora sconosciuta. All'esordio sono presenti sintomi neurologici, prevalentemente delirio (54%), alterazioni della coscienza (35%), convulsioni (33%), alterazioni EEG (50%). Le allucinazioni sono descritte nel 7% dei pazienti. La RMN encefalo evidenzia tipicamente ridotta diffusione, iperintensità T2, assente enhancement post-contrastografico allo splenio del corpo calloso (tipo 1), o coinvolgente anche la sostanza bianca del parenchima adiacente (tipo 2). È descritta autorisoluzione clinica e radiologica, ed è indicata solo terapia di supporto.

Nei nostri due casi è interessante l'esordio con sintomi visivi (allucinazioni, dispercezioni) e stato di agitazione, in corso di flogosi respiratoria febbrile.

Concludendo, in caso di alterazioni neurologiche in corso di febbre, in assenza di segni e sintomi focali, qualora un chiaro quadro di encefalite non sia evidente alla RMN, lo studio approfondito della regione del corpo calloso può consentire la diagnosi di questa condizione rara.

✉ guarnierimargherita@gmail.com

Sindrome di Goldbloom: cosa non aspettarsi da uno streptococco

Lucia Martini*, Luca Pecoraro*, Elisa Tadiotto*, Maria Clemente*, Daniela Degani**, Giorgio Piacentini***

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Verona

**Pediatria, Ospedale della Donna e del Bambino, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

***Clinica Pediatrica, Ospedale della Donna e del Bambino, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

V, bambina di 7 anni, con anamnesi positiva per episodio di faringite nelle due settimane precedenti l'esordio dei sintomi, giunge alla nostra osservazione per febbre intermittente (TC max 38 °C), associata ad artralgia alle caviglie di intensità tale da disturbare il sonno notturno. Si riscontrano agli accertamenti di primo livello: tampone faringeo positivo per SBEGA, TAS 1010 UI/ml, Ab antiDNasi 1210 U/ml, PCR 150 mg/l, VES 85 mmh, emocromo nella norma, ANA 1:80. Sierologie virali, ecografia addome e Rx arti inferiori nella norma. La terapia antibiotica (ceftriaxone) e antidolorifica ottiene miglioramento clinico e calo degli indici di flogosi. Dimessa con terapia con ibuprofene 10 mg/kg e benzatilpenicilina im ogni 21 giorni nel sospetto di artrite post-streptococcica. Data la persistenza a domicilio di episodi di dolore a livello di caviglia, ginocchia e gomiti (ogni tre giorni circa) con risveglio notturno e febbre, si programmano ulteriori accertamenti di secondo livello: aspirato midollare, striscio periferico, tipizzazione linfocitaria, tampone faringeo, SOF, Rx torace, Ab anticardiolipina e visita oculistica nella norma. Eseguita RMN con mdc si evidenzia un interessamento infiammatorio, bilaterale a carico di diafisi femorali, tibie, peroni, scafoide. Si riscontrano inoltre anemia ipocromica microcitica, rialzo degli indici di flogosi e protidogramma patologico (calo dell'albmina, innalzamento di α_1 , α_2 , β_1 , β_2 , γ). Il quadro clinico presentato dalla bambina è compatibile con la sindrome di Goldbloom (SG), una forma clinica con decorso

autolimitante, caratterizzata da periostite diffusa, anemia, febbre, calo ponderale, ipoalbuminemia e ipergammaglobulinemia. L'eziologia è sconosciuta: nei casi conosciuti la SG è preceduta da virus delle alte vie respiratorie, otite, scarlattina o faringotonsillite da SBEGA, come nel caso di V. La bambina, oltre ad anamnesi positiva per episodio infettivo recente, presenta periostite diffusa, disprotidemia, febbre e anemia, tutte caratteristiche compatibili con la sindrome di Goldbloom. Non completamente in linea con tale patologia è il tipo di anemia: nei casi citati in letteratura l'anemia è solitamente normocitica normocromica, in questo caso microcitica ipocromica.

La SG è un'entità clinica rara, probabilmente sottodiagnosticata, da considerare in caso di dolore osseo diffuso e prolungato, una volta escluse le principali cause di dolore osteoarticolare che rientrano in diagnosi differenziale: malattie linfoproliferative, tumori ossei, osteomielite o artriti reattive, patologie reumatologiche, malattia di Caffey, intossicazione cronica da vitamina A, pachidermoperiostosi. Il trattamento è sintomatico e la prognosi buona: scomparsa delle anomalie radiologiche e di laboratorio rispettivamente dopo 4 e 10 mesi.

✉ lucia.martini.2@gmail.com

Un accesso tra capo e collo

Francesco Baldo*, Egidio Barbi**

*Università degli Studi di Trieste, Scuola di Specializzazione in Pediatria

**IRCCS Burlo Garofolo di Trieste

Marco è un bambino di 5 anni che giunge in Pronto Soccorso per la comparsa di febbre alta e dolore al collo. Il suo arrivo è anticipato dalla telefonata del suo pediatra, molto preoccupato, che ha appena visitato il bimbo e l'ha visto molto sofferente: l'associazione di questi due sintomi, febbre e dolore al collo, gli ha inevitabilmente evocato lo spettro di una meningite all'esordio. Quando lo vediamo di persona il bimbo è febbrile (T 40 °C) e visibilmente sofferente ma anche perfettamente lucido e orientato, ed entra in ambulatorio sulle sue gambe. Lamenta un dolore al collo diffuso, aspecifico, che ne limita parzialmente i movimenti su tutti i piani dello spazio. Non c'è quindi un vero e proprio rigor, così come sono negativi i segni meningei. Anche il circolo è valido, con un tempo di refill minore di due secondi e una pressione nella norma per l'età. La cute è indenne. All'esame obiettivo l'unica cosa che

notiamo è una lieve iperemia faringea, in assenza di asimmetria o ipertrofia tonsillare, associata a una lieve linfadenopatia laterocervicale. La mamma aggiunge che, in effetti, da due giorni il figlio lamenta un po' di mal di gola, associato a febbre, che prima della mattina non aveva mai raggiunto i 38 gradi. Già alla visita quindi l'allarme meningite sembra essere rientrato: il sensorio integro, i segni meningei negativi, la tempistica non esplosiva (semai lentamente ingravescente) della febbre e dei sintomi sono tutti fattori contro questa condizione. Richiediamo un emocromo che mostra una leucocitosi neutrofila accompagnata da un rialzo della PCR e della PCT, ed eseguiamo un tampone per *Streptococcus pyogenes*, che risulta negativo. In virtù della clinica e degli esami, indicativi di una verosimile infezione batterica e dopo aver inviato un'emocoltura, decidiamo di avviare una terapia antibiotica con ceftriaxone. Associamo una terapia antidolorifica con paracetamolo a orario fisso e manteniamo il bimbo in osservazione. Già a poche ore di distanza le condizioni di Marco sembrano migliorare molto: la temperatura si abbassa, il collo sembra quasi libero e il bimbo è più sereno e gioca tranquillo sul letto. Ma è solo un'impressione fugace perché nelle 12 ore successive il bambino presenta altri 4 picchi febbrili con $T > 39^{\circ}\text{C}$ e assume un atteggiamento viziato del capo, che appare flesso e ruotato verso destra. In sostanza, quello che fino a poche ore prima era un dolore aspecifico al collo ora è diventato un torcicollo vero e proprio. Questa evoluzione clinica cambia le carte in tavola e ci aiuta a fare chiarezza sull'ipotesi diagnostica. Infatti il binomio febbre e torcicollo in un bambino di età prescolare, a maggior ragione se supportato da una storia recente di infezione delle alte vie respiratorie, deve sempre far pensare in prima battuta a un ascesso retrofaringeo. Decidiamo pertanto di modificare la terapia, sostituendo il ceftriaxone con la clindamicina, farmaco di riferimento per questa condizione. L'effetto è subito tangibile: dall'avvio del nuovo antibiotico il bimbo rimane stabilmente afebrile e il dolore al collo si riduce fino a svanire nell'arco di un paio di giorni. Marco continua la sua terapia antibiotica endovenosa che, una volta negativizzati gli indici di flogosi, verrà sostituita dalla terapia orale con amoxicillina-clavulanato, per un totale di 14 giorni complessivi. A ricovero ormai ultimato però, in apparente benessere, il bimbo lamenta per la prima volta dolore alla palpazione del rachide cervicale all'altezza di C6-C7. Questo induce il sospetto clinico di una spondilodiscite cervicale, un'altra potenziale (seppur mol-

to rara) causa di torcicollo febbrile. Questa condizione necessita, oltre alla terapia antibiotica, anche di un congiunto approccio ortopedico, data la necessità di portare un tutore ortopedico di tipo Minerva per circa un mese. Viene pertanto programmata una risonanza magnetica, che esclude un coinvolgimento osseo e allo stesso tempo mostra solo una minima linfadenomegalia cervicale, confermando ancora di più la risoluzione del quadro. Marco ha quindi continuato la terapia antibiotica per os come accordato e all'appuntamento di controllo 7 giorni dopo si presenta in ottime condizioni generali, completamente guarito.

Commento

L'ascesso retrofaringeo (ARF) è una patologia acuta potenzialmente pericolosa, tipica del bambino sotto i 5 anni di età. Se non diagnosticata per tempo, si associa a complicanze settiche gravissime, legate alla diffusione del processo infettivo in senso caudale (mediastinite) o craniale (coinvolgimento infettivo e trombotico dei grandi vasi del collo). Storicamente l'ARF veniva considerato come una patologia rara, a bassa incidenza. I dati epidemiologici raccolti negli ultimi 20 anni invece affermano tutto il contrario, tanto che ormai si parla dell'ARF come dell'epiglottite del nuovo millennio [1,2]. La probabilità di vederne uno nella vita è quindi aumentata esponenzialmente e il trucco del mestiere per non farsi scappare la diagnosi è pensarci sempre davanti al binomio febbre e torcicollo. Insomma, un torcicollo febbrile è un ascesso retrofaringeo fino a prova contraria. Un aiuto nella diagnosi è dato dalla presenza in anamnesi di un episodio recente di flogosi delle alte vie respiratorie e dal riscontro clinico, per quanto molto aspecifico, di una linfadenopatia laterocervicale palpabile consensuale [3]. Esiste un falso mito per il quale la scialorrea e la dispnea, ossia i segni di ostruzione faringea e respiratoria, sarebbero caratteristici di ARF. La letteratura invece ci dice il contrario, cioè che si tratta di segni rari (presenti in meno del 5% dei casi) e presenti solo nel lattante, per evidenti ragioni anatomiche, o nel bambino più grande in caso di diagnosi tardiva [4]. Non bisogna quindi aspettarsi di vederli ma soprattutto non bisogna aspettare per vederli: la terapia antibiotica dovrà essere avviata ben prima della loro comparsa. Un'altra cosa da sapere è che raramente l'esame del cavo orale ci sarà d'aiuto. A differenza dell'ascesso parafaringeo, che produce una deviazione mediale ben visibile delle tonsille, l'ascesso retrofaringeo causa solo di rado un bulging della parete faringea posteriore, che risulterà peraltro

difficile da osservare per l'interposizione di altre strutture anatomiche (ugola, base della lingua). Per quanto riguarda le indagini diagnostiche, il gold standard è rappresentato dalla risonanza magnetica, di valido aiuto in caso di dubbio clinico. Va però precisato che la sensibilità e la specificità dell'esame non sono ottimali e che queste tendono a diminuire ulteriormente lontano dalla fase di acuzie. Non è quindi fondamentale avere un imaging positivo per fare diagnosi della patologia.

Per quanto riguarda la diagnosi differenziale, l'altra condizione molto grave che causa febbre e dolore al collo è ovviamente la meningite, come peraltro ipotizzato all'esordio del caso clinico sopra descritto. In presenza di un coinvolgimento meningeo però sarà rilevabile obiettivamente, oltre al dolore al collo, anche la presenza di segni meningei e del rigor nuchalis, che è ben diverso dall'aspecifico dolore o dal torcicollo che caratterizza l'ARF. Saranno poi presenti anche alterazioni dello stato di coscienza ed eventualmente un coinvolgimento cutaneo, con la presenza di petecchie diffuse. Ma soprattutto l'andamento clinico sarà ben diverso: la meningite è un quadro esplosivo, con un'evoluzione rapidissima nell'arco di poche ore. L'ascesso invece, per definizione, necessita di tempo per formarsi e la clinica di norma è lentamente ingravescente. Per quanto riguarda la spondilodiscite cervicale, il quadro clinico caratteristico è ancora più sfumato. Si tratta di solito di bambini piccoli (lattanti in sostanza) che presentano un torcicollo con febbre di lunga durata o addirittura senza febbre, tanto che a volte il quadro ricorda più una neoplasia cerebrale all'esordio che un ARF.

Altre entità più lievi in diagnosi differenziale sono la banale linfadenite laterocervicale, consensuale spesso a un'infiammazione del cavo orale, e la sindrome di Grisel, una sublussazione dell'articolazione atlanto-occipitale che si manifesta con un torcicollo in seguito a un evento infettivo. Infine non va mai dimenticato che anche la malattia Kawasaki può dare un quadro di pseudo-ascesso retrofaringeo, che sarà scarsamente responsivo alla terapia antibiotica [5].

Per quanto riguarda il trattamento, la terapia dell'ascesso retrofaringeo è antibiotica, per via endovenosa. I farmaci di riferimento sono la clindamicina o l'ampicillina-sulbactam, vista la loro eccellente diffusibilità nei tessuti molli. Una volta negativizzati gli indici di flogosi sarà opportuno passare alla terapia per os, di norma con amoxicillina-clavulanato, per un totale di due settimane complessive. Il drenaggio chirurgico dell'ascesso retrofaringeo è ormai una ra-

rità e viene riservato solo ai pochi casi che non rispondono entro 36-48 ore alla terapia antibiotica o ai pochissimi casi che si presentano con un quadro ostruttivo importante, fatto di dispnea severa e scialorrea. Un tempo esisteva un cut-off chirurgico, pari a 2 cm, oltre il quale si procedeva di routine con il drenaggio chirurgico. Oggi sappiamo che più del 90% degli ARF un tempo destinati alla sala operatoria rispondono bene e senza complicanze alla sola terapia antibiotica [6].

1. Woods CR, et al. Retropharyngeal and parapharyngeal abscesses among children and adolescents in the United States: epidemiology and management trends, 2003-2012. *J Pediatric Infect Dis Soc* 2016;5:259-68.
2. Lee SS, et al. Retropharyngeal abscess: epiglottitis of the new millennium. *J Pediatr* 2001;138:435-7.
3. Grisaru-Soen G, et al. Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children – Epidemiology, clinical features and treatment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2010;74:1016-20.
4. Favret A, et al. Retropharyngeal Abscess. *Medico e Bambino* 2013;32:159-66.
5. Puhakka L, et al. Retropharyngeal involvement in Kawasaki disease: a report of four patients with retropharyngeal edema verified by magnetic resonance imaging. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2014;78:1774-8.
6. Khudan A, et al. The effectiveness of conservative management for retropharyngeal abscesses greater than 2 cm. *Ann Med Surg (Lond)* 2016;11:62-5.

✉ francescobaldo11@yahoo.it

Un caso di torcicollo persistente

Francesca Lucca*, Virginia Murri*, Daniela Degani**, Maria Neri*, Simone Cesaro***, Attilio Luigi Boner**

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Verona

**Pediatria, Ospedale della Donna e del Bambino, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

***Ematologia Pediatrica, Ospedale della Donna e del Bambino, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

S, bambina di 6 anni, anamnesi fisiologica e patologica negative. Giunge in Pronto Soccorso Pediatrico per persistenza di torcicollo da circa 2 mesi, scarsamente responsivo alla somministrazione di terapia antidolorifica e antinfiammatoria per os, con importante limitazione alla motilità attiva e passiva, in assenza di traumi pregressi. Eseguiti esami ematochimici risultati nella norma, eccetto che per rialzo delle transaminasi (ALT 149 U/l), indici di flogosi negativi. Alla luce della sintomatologia si ricovera e si eseguono: Rx rachide cervicale negativa eccetto che per una "lieve rettilineizzazione della fisiologica lordosi" e RMN con riscontro di "rimaneggiamento osseo a carico del dente dell'epistrofeo con estensione al massiccio articolare e in sede paravertebrale e intracanalare fino a C4 sostituiti da tessuto solido infiltrativo", confermato alla TAC. Viene eseguita scin-

tigrafia ossea per stadiazione che esclude altre localizzazioni scheletriche. Dopo valutazione ORL, si esegue per via transorale endoscopica la biopsia della lesione con diagnosi istologica di istiocitosi a cellule di Langerhans (proteina S100, CD 207+ e CD1a+) a localizzazione singola, inquadrabile come granuloma eosinofilo. A completamento diagnostico eseguiti Quantiferon e sierologie per *Bartonella*, *Brucella*, risultati negativi. Dosaggio di LDH, ferritina, enolasi neuron-specifica, alfa-fetoproteina, gonadotropina corionica e catecolamine urinarie: negativi. Lieve rialzo della fosfatasi alcalina ossea (45 µg/l; vn<16).

Presa in carico dall'Oncoematologia Pediatrica, dopo posizionamento di CVC viene avviato trattamento chemioterapico: dose di attacco con prednisone 40 mg/m² per 4 settimane associato a Vinblastina 6 mg/m² per 6 settimane (come da protocollo LCH IV). L'istiocitosi a cellule di Langerhans è un gruppo di disordini, caratterizzati da anomala proliferazione di macrofagi o cellule simil-istiocitiche con un ampio spettro di presentazione clinica, inclusa la lesione solitaria a carico dell'osso, nota come granuloma eosinofilo. La localizzazione a livello delle vertebre cervicali è rara (2%). Nel bambino con torcicollo, che si protrae nel tempo e che non recede con terapia antinfiammatoria, andrebbe sempre esclusa una causa organica sottostante.

✉ ilfasciodellaluce@gmail.com



La Sindrome di Munchausen by Proxy compie 40 anni

Questo Blister è un invito a leggere la prima parte di un lavoro in due puntate (e a tenere d'occhio l'uscita della parte II) (Arch Dis Child 2019;104:110-4) che celebra i 40 anni della prima descrizione della Sindrome di Munchausen by Proxy (SMP), fatta dal britannico Sir Roy Meadow (Lancet 1977;2:343-5). Da allora, la denominazione che identifica questa condizione è cambiata molte volte, assumendo sfumature e accezioni diverse: fabricated or induced illness by carers, pediatric condition falsification, medical child abuse, caregiver-fabricated illness in a child, fino alla più recente factitious disorder imposed on another con la quale il DSM-5 focalizza l'attenzione sulla patologia dell'adulto che agisce il fatto. L'epidemiologia del fenomeno non è del tutto nota (0.4-2/100.000) e certamente sottostimata, considerando che in letteratura le segnalazioni vanno riducendosi (la condizione è stata ormai ampiamente descritta), concentrandosi sui casi più eclatanti, spesso a sfondo giudiziario. Tra questi, è sufficiente ricordare i casi di avvelenamento volontario (insulina, warfarin, mercurio, sale, ipecacuana), inserimento di corpi estranei nell'uretra o attraverso la fontanella, l'applicazione locale di acido cloridrico. La responsabile è quasi sempre la madre, molto più raramente il padre o i nonni, per lo più utilizzati dalla madre come supporto in un rapporto collusivo che spesso coinvolge anche il pediatra. Le motivazioni per le quali l'adulto agisce sono di due tipi: 1) il bambino è utilizzato per ottenere un vantaggio psicologico, economico o sociale, e questo implica un certo grado di volontarietà-inganno nell'agire; 2) l'adulto è realmente e abnormemente preoccupato per la salute del bambino e, pur senza mettere in atto un vero e proprio inganno, finisce con il danneggiarlo.

E poi c'è il ruolo del pediatra il cui comportamento collusivo porta alla ripetizione indefinita di accertamenti, alla prescrizione di altrettanti trattamenti e alla certificazione di presunti stati di malattia. Accade questo per il timore di lasciarsi sfuggire qualcosa di importante o di perdere la fiducia e la collaborazione dei genitori e, in ogni caso, il sospetto di una SMP è spesso impegnativo da sostanziare e da sostenere anche nei confronti dei servizi di tutela dell'infanzia. L'articolo si chiude con un invito ai medici a non accettare "l'offerta" di malattia che viene da chi accompagna il bambino e ad alzare il livello di guardia in tutte quelle situazioni che compongono il variegato spettro della SMP.

Enrico Valletta