

ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE E FITNESS: UN LAVORO DI SQUADRA

M.C. Maggio¹, G. Messina², A. Palma², J. Brusa², A. Iovane², L. Cimino¹, G. Corsello¹

¹Dipartimento Universitario Pro.Sa.M.I. "G. D'Alessandro", Università degli Studi di Palermo

²Dipartimento di Scienze Psicologiche, Pedagogiche e Educazionali, Università degli studi di Palermo

I pazienti affetti da Artrite Idiopatica Giovanile (AIG) presentano capacità funzionali articolari e muscolari, tolleranza all'esercizio aerobico e anaerobico ridotti con una limitazione della fitness rispetto ai loro coetanei. In periodi di remissione, l'attività motoria è una strategia di follow-up sicura, con risvolti terapeutici positivi, in grado di migliorare non solo la fitness, ma anche l'escursione articolare, la forza muscolare, la qualità di vita. E' stato recentemente dimostrato che lo svolgimento regolare di attività motoria riduce il dolore e l'uso di FANS. L'obiettivo dello studio è stato di valutare i deficit di equilibrio e di postura e la fitness di bambini e adolescenti affetti da AIG, utilizzando test specifici. Abbiamo inserito 30 pazienti con AIG (13 M; 17 F; età: 8-18 anni); tra questi pazienti, 7 sono stati valutati longitudinalmente negli anni 2016-2018, valutando i test in fasi diverse dell'artrite. Il test di posturografia è stato somministrato utilizzando il "FreeMed posturography system" (la piattaforma abaropodometrica FreeMed ed il software FreeStep v.1.0.3). E' stata utilizzata una batteria specifica per valutare la fitness dei pazienti (Abalakov test, backsaver sit and reach, the toe touch test, sit-up test, hand grip test). La patologia era in fase acuta in 7 pazienti (2 M; 5 F), dei quali 1 con AIG Sistemica; 5 con AIG poliarticolare; 1 con AIG psoriasica). La valutazione posturale ha evidenziato una distribuzione patologica del carico fra piede destro e sinistro in 15 pazienti (4 con AIG sistemica; 9 con AIG poliarticolare; 2 con AIG oligoarticolare). La distribuzione del carico fra avampiede e retropiede è risultata patologica in tutti i pazienti, con un maggior iper carico nei pazienti con AIG poliarticolare. Il test "hand grip" era <3° Centile in 8 pazienti; in 11 pazienti presentava comunque valori <20° Centile. I pazienti che svolgevano attività fisica regolare avevano test di valutazione della fitness nella norma; la fitness non era correlata né con il tipo di AIG né con la terapia effettuata. I pazienti valutati in follow up hanno presentato un andamento bimodale: 5 pazienti (2 M con AIG sistemica e 3 F con AIG poliarticolare) hanno normalizzato i parametri della distribuzione del carico fra piede sinistro e destro e la fitness; 2 pazienti (1 M con AIG sistemica e 1 con AIG poliarticolare) hanno mantenuto un'asimmetria destro/sinistro e una fitness ridotta. La persistenza dell'asimmetria del carico fra piede destro/sinistro e fra avampiede e retropiede era più frequente fra i pazienti con AIG poliarticolare. Inoltre, la persistenza dell'asimmetria del carico non sembra correlata alla forma dell'artrite (anche se i numeri sono ridotti per trarre conclusioni definitive e questo studio deve esser considerato come preliminare). I dati ottenuti sottolineano l'importanza di svolgere attività motoria regolare dopo la risoluzione della fase acuta dell'artrite, al fine di prevenire asimmetrie posturali.

STROKE PEDIATRICO E MYCOPLASMA: CASUALITÀ O CAUSALITÀ?

L. Vivalda¹, C. Chelleri¹, A. Manfredi¹, C. Debbia¹, I. Negro¹, S. Renna¹

¹U.O.C. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza pediatrica, IRCCS G. Gaslini, Genova

Un bambino di 2 anni giungeva presso il nostro Pronto Soccorso per afasia, ipostenia dell'emilato destro e deviazione della rima orale verso destra.

Segnalato il giorno precedente trauma cranico occipitale con dinamica "a basso rischio", senza sintomatologia successiva.

La valutazione neurologica evidenziava deficit centrale del VII paio nervi cranici a destra e ipomobilità dello stesso emilato. Alla TC encefalo reperti compatibili con lesione ischemica in fase acuta nel territorio dell'arteria cerebrale media sinistra (rami lenticolari).

Ricoverato in medicina d'urgenza, avviata terapia eparinica in infusione continua e neuroprotezione con levetiracetam. Effettuata RMN encefalo con angioRM che confermava la lesione ischemica in fase acuta in sede nucleo-basale sinistra e periventricolare frontale sinistra. Non complicanze emorragiche ai successivi controlli neuroradiologici. La terapia eparinica veniva sostituita con acido acetil-salicilico dopo esclusione di cause cardioemboliche e dissecative. Osservato progressivo miglioramento clinico fino a sostanziale normalizzazione del quadro neurologico. Gli accertamenti effettuati permettevano di escludere cause cardioemboliche, metaboliche, malformative, dissecazione, vasculopatie dei vasi extracranici ed intracranici, stati trombotici congeniti ed alterazioni degli anticoagulanti fisiologici. Evidenziata positività per Mycoplasma pneumoniae sierologica (IgM positive) e colturale (positività su tampone faringeo con Polymerase Chain Reaction); veniva pertanto avviata terapia antibiotica con ciprofloxacina (allergia ai macrolidi). L'infezione da Mycoplasma è nota come possibile causa di stroke ischemico; il dato anamnestico di correlazione temporale fra trauma cranico minore e comparsa della sintomatologia neurologica non permetteva di escludere completamente il trauma come possibile trigger o cofattore.

Il programma terapeutico e di follow-up rispettava le linee guida internazionali.

Lo stroke pediatrico è un evento cerebrovascolare che si verifica tra 30 giorni e 18 anni di età. E' una condizione rara, anche se verosimilmente sottodiagnosticata (2-4/100.000/anno negli USA); la forma ischemica è più comune di quella emorragica. Una malattia infettiva precede una percentuale significativa di casi di ictus ischemico acuto pediatrico: secondo i dati dell'International Pediatric Stroke Study, almeno il 24% era correlato ad infezione. L'agente infettivo più comune è il VZV, altri agenti causali identificati come potenziali fattori di rischio comprendono Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Streptococcus pneumoniae, Parvovirus B19, Borrelia burgdorferi, HIV, Influenza A, virus della parotite. La diagnosi di stroke come complicanza di evento infettivo, tra cui un'infezione da Mycoplasma pneumoniae, deve essere considerata in età pediatrica, contestualmente all'esclusione delle eziologie sopra menzionate.

La terapia si basa in acuto sull'utilizzo di eparina non frazionata o a basso peso molecolare; previa esclusione di condizioni cardioemboliche o dissecative, viene proseguita con antiaggreganti.