

MeB – Pagine Elettroniche

Volume V

Dicembre 2002

numero 10

CONTRIBUTI ORIGINALI - CASI CONTRIBUTIVI

Un caso di doppio distretto renale in eta' pediatrica: trattamento non chirurgico e follow-up clinico con metodica rapida, sicura ed economica.

A. Corsini¹, P. Minelli¹, A. Sangiorgi², P. Buli²

¹ Azienda USL Bologna Nord – Ospedale di Bentivoglio – Unità Operativa di Pediatria; ² Azienda USL Nord – Ospedale di San Giovanni in Persiceto – Unità Operativa di Urologia

INTRODUZIONE

Le anomalie ureterali sono tra le più significative di tutte l'urologia pediatrica poiché influenzano direttamente la funzione renale. La duplicazione dell'uretere è una delle malformazioni congenite più comuni del tratto urinario. Gli ureteri possono giungere separatamente in vescica (duplicata vera) o riunirsi in un unico distretto a varia altezza (bifida). L'incidenza di duplicata ureterale varia ampiamente nelle diverse casistiche dipendendo in gran parte dalle fonti diagnostiche basate su dati autoptici e clinici. Unendo le casistiche autoptiche di Nation e di Campbell sulla popolazione adulta, l'incidenza presunta di duplicazione è dello 0,8% mentre non esistono differenze tra i sessi statisticamente significative. Esistono prove sul fatto che la duplicazione possa essere determinata geneticamente attraverso una trasmissione autosomica dominante con penetranza incompleta. Il tipo incompleto (Y) di duplicazione è causato dalla diramazione della gemma ureterale prima che essa raggiunga il blastema metanefridico. Nel 12% dei casi questa malformazione risulta associata ad ulteriori anomalie a carico del sistema urinario delle quali più della metà è ipsilaterale. Le anomalie includono ipoplasia ed aplasia renale nonché vari difetti ureterali fra i quali la stenosi primitiva della giunzione pielo-ureterale della pelvi inferiore. Nella maggior parte dei casi questa anomalia non è associata ad alcuna condizione clinica, tuttavia se la diagnosi viene fatta in età infantile essa è generalmente dovuta a infezioni urinarie oppure a episodi dolorosi in regione lombare, la cui genesi sembra riconducibile al cosiddetto fenomeno di "Yo-Yo": a livello della congiunzione dei due ureteri, un uretere in sistole può trovare l'altro in diastole, quindi il bolo urinario solo in parte scende verso la vescica ed in parte risale nell'altro emirene. In questi casi l'urteropielostomia o la pielopielostomia con sezione di un ramo ureterale, preferibilmente quello superiore fino alla giunzione ad Y, appare efficace nell'eliminare il rigurgito di urine.

CASO CLINICO

La bambina B.F. di anni 5 era giunta alla nostra osservazione per la presenza di febbre con brividi associata a dolore al fianco sinistro e manovra di Giordano positiva. La comparsa di febbre improvvisa era una connotazione frequente nella anamnesi della paziente senza che vi fosse mai stata correlazione con altri sintomi associati.

I primi accertamenti ematochimici mostravano GB 14,300/dl con 82% di neutrofili, PCR 3,6 mg/dl, VES 40 mm, presenza di nitriti e leucociti nelle urine e batterioscopia caratterizzata dalla presenza di tappeto di leucociti. Le due uroculture eseguite al momento del ricovero erano positive per *Proteus mirabilis*, la azotemia e la creatinina erano entro i limiti della norma così come gli altri parametri ematochimici.

L'ecografia dei reni e delle vie urinarie mostrava una idronefrosi di 1°-2° grado a carico del rene di sinistra con contenuto della pelvi disomogeneo, strutture ecogene che tendevano a depositarsi nella porzione più declive della pelvi e altre che apparivano in sospensione nella parte centrale: in vescica, in posizione laterale e basale a sn., una formazione che assumeva carattere di immagine occupante spazio, a margini relativamente netti del diametro di 3 x 2.

A seguito di tali accertamenti, a distanza dal fatto acuto, eseguivamo una cistografia minzionale ed una urografia: la cistografia non evidenziava la presenza di reflussi in particolare a sinistra, la urografia evidenziava a sn. un doppio distretto escretore, con collettore superiore in continuità con uretere nel complesso ben opacizzato fino alla vescica, con calibro complessivamente nei limiti e con collettore inferiore ove era apprezzabile dilatazione idronefrotica di grado medio elevato del bacinetto. L'urografia non evidenziava l'opacizzazione dell'uretere del collettore inferiore ma solo quelle del territorio del giunto che presentava caratteristiche displastiche. La scintigrafia renale con DMSA, eseguita a distanza del fatto acuto, non mostrava la presenza di scorie a carico del parenchima renale.

TRATTAMENTO

In accordo con gli urologi della U.O. di Urologia della nostra Azienda eseguivamo una cistoscopia seguita da pielografia retrograda sx con concomitante dilatazione iperbarica della giunzione pielo-ureterale con catetere a palloncino tipo URO-MAX del collettore inferiore e successivo posizionamento di stent ureterale double J 7 Fr nell'uretere di sn. Tale trattamento è stato mantenuto per complessivi 21 giorni sotto stretta profilassi antibiotica e con la esecuzione di controlli batterioscopici settimanali.

Alla rimozione dello stent posizionato nell'uretere seguivano controlli batterioscopici mensili che a distanza di 12 mesi

dall'intervento mostravano sempre urine limpide con assenza di leucociti e batteri.

L'ecografia di controllo evidenziava una completa risoluzione del quadro di idronefrosi in precedenza segnalato a carico del rene di sn.

CONCLUSIONI

Segnaliamo la tecnica adottata dai colleghi della U.O. di Urologia dell'Ospedale di San Giovanni in Persiceto che ha permesso di evitare il trattamento chirurgico della pz. e l'ottima compliance della bambina grazie alla scarsa invasività del trattamento stesso. Tale metodica in questa occasione si è mostrata risolutiva per il caso clinico. Indichiamo inoltre come la batterioscopia con microscopio ottico, da noi adottata di routine nelle diagnosi e durante il trattamento delle infezioni delle vie urinarie, sia il follow-up più adeguato perché rapido, economico e sicuro, in quanto privo di false risposte, rispetto all'esecuzione di urinocoltura ed esami delle urine tradizionali.

Bibliografia

- 1) Gusmano R: Reni cistici, in Gusmano R. et al. : Malattie renali del bambino, Wichting ed., Milano, 1991, pagg 63-79
- 2)Gusmano R., Perfumo F., Trivelli A., Sacco P.: Le malattie renali cistiche : aspetti clinici di un problema pediatrico, Riv. Ital. Pediatr. 21(suppl.5) :52-58, 1995
- 3)Report of the Meeting of Physicians and Scientists, University College and Middlesex School of Medicine, London : Autosomal dominant polycystic kidney disease, Lancet 339: 1146-1149, 1992