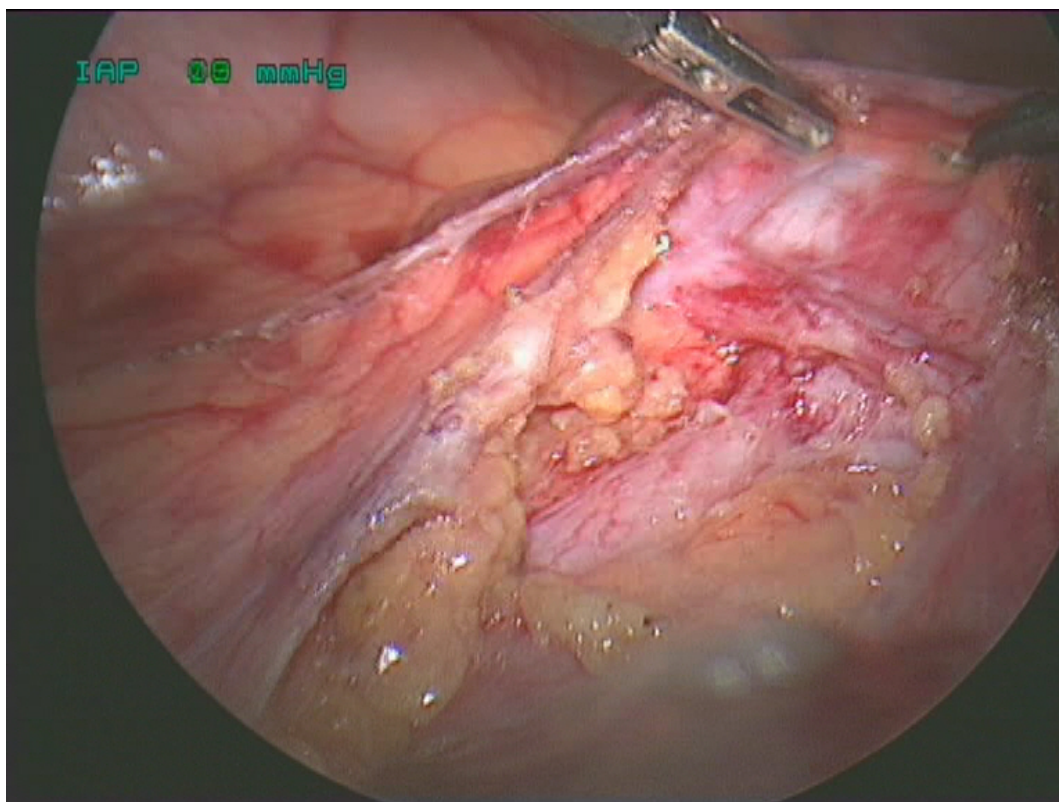


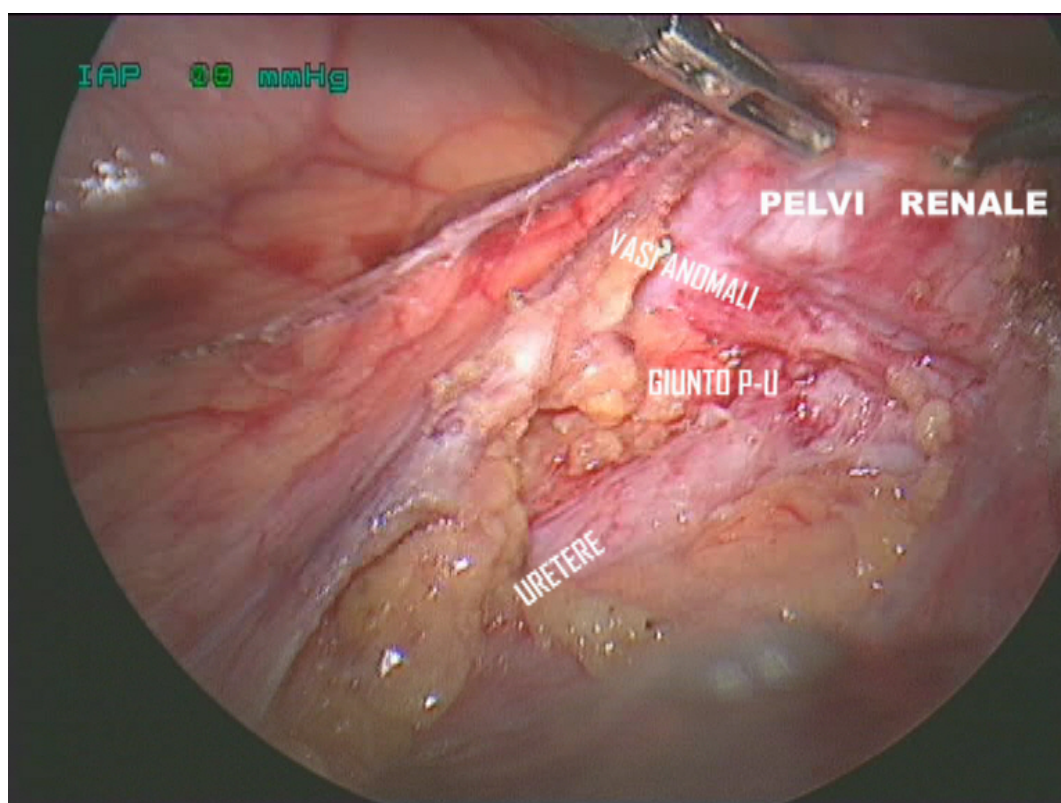
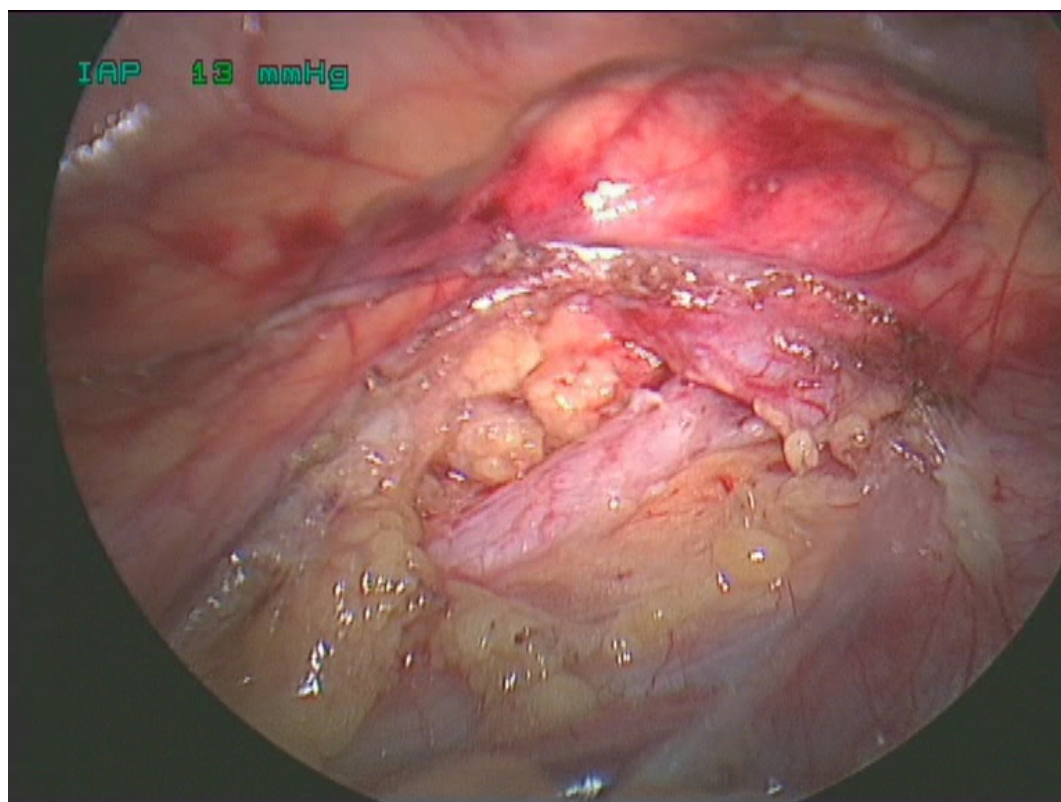
MeB – Pagine Elettroniche

Volume XIV

Maggio 2011

numero 5

CASI INDIMENTICABILI**Fare o non fare?**¹*Pediatra di famiglia, Distretto di Roncoferraro (Mantova)*²*UO Chirurgia Pediatrica, Vicenza*Alessandra Pelizzoni¹, Fabio Chiarenza²





Caso clinico Nicola, maschio nato a termine con parto spontaneo distocico per malposizione fetale. Apgar nella norma. Peso alla nascita 3,590 kg, lunghezza 52 cm. All'anamnesi prenatale segnalata pielectasia destra di 11 mm all'ecografia ostetrica della 22 settimana. Buona crescita staturponderale, allattamento materno esclusivo. Viene effettuata ecografia renale a un mese di vita e stilato il seguente referto: reni nella norma, dilatazione 15 mm dei calici e della pelvi renale dx, a sin nella norma. Il chirurgo infantile dell'ospedale di provenienza consiglia di non eseguire profilassi antibiotica, né fornisce indicazioni a ulteriori indagini. Istruisco la famiglia sulla raccolta urine con sacchettino sterile nell'eventuale comparsa di febbre senza altri sintomi e fornisco indicazioni sui segnali d'allarme delle infezioni urinarie. Il bambino cresce regolarmente e non presenta infezioni urinarie. Nel dubbio di sindrome del giunto pielo-ureterale, consiglio di effettuare controlli ecografici ogni 4 mesi almeno sino all'anno d'età. Il reperto ecografico permane pressoché stabile con una calico-pielectasia dx oscillante tra 12 e 15 mm di diametro antero-posteriore. L'ultima ecografia eseguita a 1 anno d'età "ci tranquillizza". Infatti, il diametro A-P della pielectasia dx è di 0,7 mm, il bambino cresce bene ed è sempre asintomatico. In occasione del bilancio dei 18 mesi, controllo in ambulatorio uno stick urine perché la mamma mi riferisce che il bimbo è un po' inappetente... la crescita è comunque sempre al 50° pct. Lo stick risulta negativo, ricontrollo i referti ecografici e suggerisco, per mero scrupolo, un esame ecografico per valutare lo stato della dilatazione pelica. Con grande sorpresa mia e dei genitori, all'ecografia scopriamo che la pielectasia dx presenta invece un diametro trasversale di circa 2 cm. A questo punto ragionando sull'andamento oscillante della pielectasia dx e sulle suggestive immagini ecografiche di sindrome del giunto pielo-ureterale, per confortare i geni-

tori e stabilire una diagnosi e un corretto follow-up, decido di richiedere nuovamente la collaborazione dell'urologo pediatrico in altra sede. Il bambino viene pertanto visitato e sottoposto a un ulteriore controllo ecografico che conferma la calico-pielectasia dx di circa 2,2 cm. Viene altresì eseguito un ecodoppler dei vasi renali, sempre nel dubbio di sindrome del giunto da vaso anomalo; e dal referto tale malformazione viene confermata. Ma l'amara sorpresa infine perviene con l'esito della scintigrafia renale con MAG 3 e diuretico, che conferma il giunto pielo-ureterale di dx modestamente ostruttivo ed evidenzia tuttavia anche una ridotta funzionalità del rene dx al 19%. Il bambino viene a questo punto sottoposto a un intervento chirurgico, in laparoscopia, di sospensione dei vasi renali e liberazione degli stessi e la laparoscopia conferma la sindrome del giunto pielo-ureterale da vasi anomali con dilatazione dei calici e della pelvi dx. Vaso Polare + Pelvi Vaso Polare Vaso Polare (didascalia) Considerazioni I dati della letteratura in merito al follow-up delle dilatazioni peliche prenatali non sono spesso concordi. Il pensiero scientifico prevalente è che i danni renali maggiori siano quelli prenatali geneticamente determinati e che per tale motivo sia utile limitare l'invasività terapeutica e diagnostico-strumentale nel riscontro di pielectasie in bambini senza infezioni urinarie. Sicuramente Nicola è nato con una calico-pielectasia su un rene displasico, ma nessuno ha mai illustrato questa possibilità ai genitori e il problema è stato, pertanto, minimizzato al punto da non consigliare alcun follow-up. In accordo con i dati della letteratura sull'inutilità della profilassi nella maggior parte delle uropatie malformative e sul limitare l'esecuzione di esami diagnostici invasivi, mi sono chiesta, insieme ai genitori, se nel nostro bambino non sarebbe stato opportuno eseguire almeno una scintigrafia renale a 6 mesi di vita per valutare l'effettiva funzionalità del rene dx e di con-

sequenza, se un intervento chirurgico anticipato avrebbe salvaguardato la funzione renale residua. Orbene devo proprio confessare che nonostante la definizione del nostro caso mi è rimasto questo dubbio amletico: “Fare o non fare?... questo è il problema”. **Bibliografia di riferimento** Hothi DK, Wade AS, Gilbert R, Winyard PJ. Mild Fetal Renal Pelvis Dilatation - Much Ado About Nothing? Clin J Am Soc Nephrol 2009;4:168-77. Yang Y, Hou Y, Niu ZB, Wang CL. Long-term follow-up and management of prenatally detected, isolated hydronephrosis. J Pediatr Surg 2010;45:1701-6. Masson P, De Luca G, Tapia N, et al. Postnatal investigation and outcome of isolated fetal renal pelvis dilatation. Arch Pediatr 2009;16:1103-10. Savanelli A, Russo S, Vallone G, Esposito G, Peratoner L. Urologia malformativa: diagnosi prenatale e follow-up postnatale. Medico e Bambino 1997;16:233-9. Li-defelt KJ, Herthelius M, Soeria-Atmadja S. Antenatal renal pelvis dilatation: 2-year follow-up with DMSA scintigraphy. Pediatr Nephrol 2009;24:533-6.