

MeB – Pagine Elettroniche

Volume IV

Marzo 2001

numero 3

CONTRIBUTI ORIGINALI - RICERCA

I pediatri di famiglia e il sospetto di infezione delle vie urinarie

Giancarlo Besoli, Mario Devetta, Bruna Ferroli, Lorena Loschi, Stefania Sansotta, Angela Tarchino, Daniele Venier

Family paediatricians and suspected urinary tract infection

Keywords: Pyelonephritis, Cystitis, Family Paediatrics

Summary A survey proposed, over the phone, to 40 family paediatricians in the Friuli-Venezia Giulia Region gave the following results. In case of well-founded suspicion of cystitis, only urinalysis is taken into account and only 30% of paediatricians resort to urine culture. In case of suspected pyelonephritis (high temperature without organ symptoms), reactive strip urinalysis ("stix") and/or microscopic and bacterioscopic examinations are made. In case of positive result (temperature + nitrites + leukocytes), diagnosis is considered certain or at least very probable. 36% of paediatricians treat this disease and follow up the patient (including radiological examinations and ultrasonography) without hospitalisation after proceeding to urine culture; the others refer children to hospitals. Urine is usually collected from a bag. 42% of paediatricians who refer children to hospitals state that they handle diagnosis and treatment together with their hospital colleagues. Many other paediatricians, however, state that patients are almost "kidnapped" by their hospital colleagues.

PREMESSE

L'infezione urinaria, con la broncopolmonite, è una delle poche infezioni suppurative severe che siano rimaste alla pediatria territoriale. Nel corso di più di vent'anni la comprensione e la gestione ottimale del problema sono state oggetto di controversie e anche di malintesi; comunque è stato difficile sia arrivare a linee guida condivise, sia, e soprattutto, a tradurre le pur parziali condivisioni, in una pratica diffusa. In tutto questo c'è una responsabilità sia dei centri di riferimento, sia degli organi di informazione, sia delle società scientifiche, sia anche della pediatria di famiglia.

La Pediatria del Friuli-Venezia Giulia ha raggiunto, nell'ultimo trentennio, una sua relativa omogeneità culturale, dovuta ad una costante attività di auto-apprendimento e di ricerca condivisa nell'ambito della Sezione locale della Società Italiana di Pediatria; questa omogeneità riguarda in maniera forse particolare l'infezione urinaria, sulla cui gestione è stata elaborato un protocollo collaborativo ancora all'inizio degli anni '70. Tuttavia, tra il dire e il fare c'è sovente il mare; dunque anche qui, come dovunque, uno studio dei comportamenti reali, una specie di Audit pubblico, è necessario per fare il punto della situazione.

Una prima ricerca, su un piccolo numero di pediatri, e su quesiti relativamente più semplici è già stata svolta in una ASL del Friuli-Venezia Giulia e pubblicato su queste pagine. Abbiamo voluto estendere la ricerca alla totalità dei pediatri della Regione, approfondendo i termini dell'indagine

SCOPO DELLA RICERCA

Individuare discrepanze tra i comportamenti reali e i comportamenti raccomandati in tema di infezione urinaria, per comprenderne i motivi e operare le opportune correzioni.

MATERIALE E METODI

La ricerca è stata svolta mediante intervista telefonica. Quaranta Pediatri di Famiglia (PdF), la quasi totalità dei PdF della Regione Friuli-Venezia Giulia hanno risposto ad un questionario previamente preparato e concordato nel corso della attività societaria e pubblicamente discusso. Il questionario riguarda il comportamento individuale del PdF di fronte al sospetto di infezione delle vie urinarie e il livello di collaborazione tra i PdF e le strutture di ricovero e cura.

RISULTATI

Sospetto di cistite.

In caso di sintomatologia suggestiva per Infezione delle Basse Vie Urinarie (tab. 1), bruciore alla minzione, pollachiuria, assenza di febbre, più della metà dei pediatri intervistati esegue un esame con striscia reattiva (stix) sulle urine ed inizia un trattamento in caso di positività; quasi un terzo dei pediatri invia le urine per l'esecuzione di un'urinocoltura. Il 37% dei colleghi varia il proprio comportamento in relazione al sesso del bambino.

Sospetto di pielonefrite.

Quando il sospetto orienta invece verso una diagnosi di Infezione delle Alte Vie Urinarie (età < 2a, febbre alta, agitazione, dolore, sintomatologia d'organo sfumata o assente) l'82.5% dei pediatri intervistati esegue un esame delle urine con stix (tab.2); un pediatra su 5 (27%) utilizza il microscopio per un esame delle urine a fresco, dato che indica un trend verso la ricerca di un miglioramento e qualificazione nella propria attività

La modalità di raccolta delle urine è generalmente da sacchetto per la praticità del metodo: in ambulatorio pochissimi hanno a disposizione un collaboratore di studio per poter effettuare la raccolta delle urine al volo; l'istruzione dei genitori alla metodica è generalmente difficoltosa, soprattutto nel caso di bambine di pochi mesi; il sacchetto può essere applicato al bambino che rimane in ambulatorio mentre il PdF continua a svolgere la consueta attività di visita. La raccolta mediante sacchetto, pur criticabile in assoluto, consente

però al PdF una diagnosi sufficientemente approssimata, in prima battuta, per decidere se procedere o meno ad una diagnosi più rigorosa o ad un avvio del bambino alle strutture di ricovero per un approfondimento

Circa la metà dei pediatri considera criterio sufficiente ed avvalorante il sospetto di pielonefrite la leucocituria significativa associata a febbre. La positività del test dei nitriti è considerata (a ragione) poco sensibile ancorché specifica, vuoi perché alcuni germi, come il *Proteus*, non fermentano l'urea (quindi non danno positività per i nitriti), vuoi perché le minzioni ravvicinate (che rappresentano la regola nell'infezione urinaria e nel bambino piccolo) ostacolano tale fermentazione e quindi lasciano negativo questo test dei nitriti in almeno la metà dei casi di dimostrata infezione

In caso di positività dello stix urine (tab.3) il 36% dei pediatri inizia direttamente, da subito, il trattamento, dopo aver inviato le urine al laboratorio per una urinocultura ed avendo programmato gli opportuni accertamenti radio-ecografici e di laboratorio (VES, PCR) (Tab 4).

Tra coloro che inviano il bambino in ospedale, il 38% lo invia solo se il bambino ha un'età inferiore ai 2 anni. Questi pediatri effettuano anche il follow-up del bambino, coi relativi accertamenti.

I PdF che, invece, non gestiscono personalmente il caso e inviano per la migliore definizione del caso, per il completamento delle indagini e per le prime cure all'ospedale di riferimento, lo fanno per accelerare i tempi d'indagine, per semplificarne l'iter, dunque per la comodità dei pazienti e la migliore efficacia dell'intervento.

Il 42% dei pediatri che inviano in ospedale il bambino con sospetto di IVU alta dichiara di gestire assieme ai colleghi di reparto l'iter diagnostico e terapeutico del caso (tab.5).

Oltre la metà degli intervistati, invece, lamenta il "sequestro" del paziente da parte dei colleghi ospedalieri. Dall'indagine emerge che questo si verifica solo in alcune realtà locali e varia con il variare dell'area geografica nella quale il pediatra si trova a svolgere la propria attività. Alcuni pediatri sottolineano che la collaborazione con i colleghi ospedalieri è mantenuta se l'invio avviene attraverso "un canale preferenziale", dipenderebbe cioè dal collega ospedaliero contattato (ex-collega, amico, ecc.) o dal collega che in quel particolare momento è presente nel reparto di riferimento.

Quando il paziente giunge spontaneamente alla struttura di secondo livello (orario notturno, giornata festiva, ecc.) la percentuale dei pediatri che non viene a conoscenza del caso è del 75%.

Le famiglie entrano direttamente nell'iter diagnostico, terapeutico e di follow-up nella struttura di secondo livello, non informano in genere il proprio pediatra. Sarebbe doverosa una strategia efficace di comunicazione tra ospedale e territorio (ad esempio: lettera di dimissione inviata direttamente al pediatra del bambino) per favorire la collaborazione, il dialogo e l'interazione tra PdF e colleghi di reparto.

Nei casi di IVU per i quali si decide l'avvio di profilassi antibatterica nel follow-up (tab.6), oltre la metà dei pediatri intervistati instaura dialogo e collaborazione con i colleghi ospe-

dalieri, discutendo di concerto decisioni sui tempi, modi e tipo di farmaco; ma ben il 45% si ritiene confinato al ruolo di solo prescrittore.

CONCLUSIONE

Dall'indagine svolta emerge una discreta diversità di comportamento di fronte al sospetto di IVU tra i Pediatri di Famiglia, e altresì una certa diversità nella gestione dell'iter diagnostico-terapeutico e del follow up delle IVU nei diversi reparti di Pediatria della regione.

Desiderabile sarebbe una rivalutazione dei protocolli elaborati una trentina d'anni fa (sostanzialmente ancora validi, ma certo migliorabili) per ottenere una maggiore uniformità di comportamento. Dobbiamo però anche dire che in queste (in parte inevitabili) differenziazioni, si coglie anche un modo di vedere comune, improntato alla praticità, alla rapidità di decisione e alla semplificazione procedurale, indipendentemente dal fatto che questo avvenga in un rapporto stretto PdF-Ospedale o in una situazione di parziale delega. D'altro canto, almeno a nostro avviso, nessuno dei comportamenti riferiti dai PdF è da considerare criticabile, salvo forse la raccolta delle urine preferibilmente da sacchetto che, ancorché accompagnata da misure anti-contaminazione, quali il cambio frequente del contenitore, non dà abbastanza garanzie in merito alla affidabilità degli accertamenti batteriologici. Si tratta d'altronde di una pratica molto diffusa, preferita (anche fuori d'Italia) prima di tutto dalle famiglie. Poiché, comunque, il problema della sensibilità deve prevalere su quello della specificità (per una malattia in cui l'intervallo tra tempo d'esordio e tempo di inizio del trattamento sembra essere il punto cruciale per limitare il rischio di nefropatia evolutiva), e poiché la maggioranza dei PdF, in accordo con l'impostazione culturale dominante in Regione, dichiara di basarsi, per il la prima conferma del sospetto diagnostico, piuttosto sulla associazione di una clinica compatibile e di una leucocituria significativa che non sulla urinocultura (peraltro effettuata da tutti), crediamo che questo punto, pur migliorabile, non sia sufficiente per dare un giudizio negativo sul modello di comportamento prevalente.

D'altronde, il 54% dei pediatri ritiene, correttamente, necessaria e sufficiente per la diagnosi la positività del test dei nitriti associata a leucocituria, il 27% esegue, piuttosto di questo esame, o in aggiunta allo stix, un esame microscopico delle urine a fresco (che evidenzia, quando c'è, la batteriuria significativa); inoltre il 100% dei pediatri, prima di iniziare la terapia (che "parte" indipendentemente dai risultati) dichiara di effettuare anche, correttamente, una urinocultura. L'insieme dei comportamenti può ritenersi soddisfacente. Un miglioramento nella qualità della raccolta richiederà, probabilmente, una più intensiva e diffusa opera di (auto) convincimento del gruppo.

In fondo, quello che più differenzia l'esperienza e il vissuto di un PdF rispetto ad un altro (e una ASL rispetto all'altra) è la capacità e/o la opportunità di un colloquio collaborativo collegiale e continuo tra territorio e ospedale. Anche qui, delle differenze (in fondo personali, di carattere e di cultura) sono

inevitabili; ma è veramente auspicabile che si viaggi verso un modello più avanzato e comunicativo. .

tab.1 Quando sospetti un'infezione delle basse vie urinarie (bruciori alla minzione, assenza di febbre, pollacchiuria, ecc.) fai:

- a) urocoltura 30%
- b) esame delle urine 63%
- c) nessun esame 7%

Il tuo comportamento varia se maschio o femmina?

SI 37%

NO 63%

tab.2 Quando sospetti una IVU alta:

- a) invii in ospedale (previo accordo telefonico) 17.5%
- b) fai un esame delle urine 82.5%
 - 1. stix 73%
 - 2. stix + es.microscopico 27%

Consideri positivo per una diagnosi di IVU alta:

- a) Febbre + gl.bianchi presenti + nitriti pos. 54%
- b) Febbre + gl.bianchi presenti 46%

tab.3 In caso di positività delle urine:

- a) inizi subito trattamento 12%
 - b) urocoltura + altri accertamenti e poi inizi trattamento 36%
 - c) invii all'ospedale previo accordo telefonico 52%
- (di questi il 38% invia solo se età <2 aa.)

tab.4 Se decidi di gestire personalmente il caso, quali accertamenti ematochimici richiedi?:

- a. urocoltura 100%
- b. emocromo 75%
- c. VES 90%
- d. PCR 60%
- e. altri 10%

Ulteriori accertamenti (ecografia, ecc.)

- a. gestisci personalmente 36%
- b. invii all'ospedale 64%

tab.5 Se hai inviato il paziente in ospedale:

- a. gestisci con i colleghi ospedalieri accertamenti e terapia 42%
- b. "perdi di vista il paziente"
 - 1) sempre 37%
 - 2) a volte 63%

Se il paziente si è presentato spontaneamente in ospedale (orario notturno, giornata festiva, ecc.):

- a. gestisci il caso assieme ai colleghi ospedalieri 25%
- b. non vieni a conoscenza del caso 75%

tab.6 Se viene attuata profilassi:

- a. instauri un dialogo collaborativo con i colleghi ospedalieri 55%
 - (tempi, tipo di farmaco, ecc.)
- b. ti ritieni confinato a un ruolo di prescrittore 45%

Bibliografia

Ramage IJ, Chapman JP, Hollman AS et al. Accuracy of clean-catch urine collection in infancy J Pediatr, 1999, 136: 765

Liaw LCT, Nayar DM, Pedler SJ Coulthard MG: Home collection of urine for culture from infants; survey of parents preference and bacterial contamination rate BMJ, 2000, 13:1312

Christian MT, MCColl JH McKenzie JR, Beattle TJ: Risk assessment of renal cortical scarring with urinary tract infection by clinical features and ultrasonography Arch Dis Child 2000, 82, 376 Penensi M Profilassi antibiotica nei bambini con RVU. Necessità di una revisione critica. Medico e Bambino, 2000, 19: 638

"Si ringraziano i pediatri di famiglia del Friuli Venezia-Giulia per la loro disponibilità e cortese collaborazione"