

Pielonefrite e reflusso vescico-ureterale

LEOPOLDO PERATONER¹, GIANANTONIO MANZONI²

¹Unità Operativa di Pediatria, Azienda Ospedaliera di Pordenone

²Unità Operativa di Urologia, Sezione di Urologia Pediatrica, Azienda Ospedaliera di Varese

La pielonefrite è forse la malattia infettiva severa più comune in Pediatria (circa 2 casi per pediatra/anno). Nei decenni trascorsi è stata data molta enfasi, forse troppa, agli accertamenti e agli interventi da fare dopo posta la diagnosi (laboratorio, ecografia, cistouretrografia, scintigrafia, follow-up, uroculture periodiche, profilassi antibiotica) e si sono introdotte forse troppe rigidità nella fase diagnostica. In realtà ogni progresso possibile sulla prognosi a distanza della pielonefrite è legato alla diagnosi tempestiva, che va resa più semplice, più sicura e specialmente più frequente, mentre è ragionevole un alleggerimento dell'iter successivo, anche in considerazione delle mutate conoscenze sulla storia naturale.

DI CHE COSA PARLIAMO?

L'oggetto della discussione è il bambino, in genere piccolo (primi due anni di vita), con dimostrazione di una pielonefrite acuta (PNA) o di un'anomalia delle vie urinarie, in particolare un reflusso vescico-ureterale (RVU).

L'attenzione particolare richiesta a questa età è motivata dalla difficoltà da una parte di diagnosticare con certezza un'infezione urinaria, e dall'altra dal rischio più elevato che in questa età c'è di sviluppare, a seguito dell'infezione, un danno renale irreversibile, o di aggravare un danno preesistente, in genere instauratosi in epoca prenatale (la cosiddetta displasia).

Per PNA intendiamo un'infezione urinaria acuta sintomatica, localizzata alle alte vie urinarie. Come vedremo, la diagnosi è sostanzialmente clinica. In particolare va sottolineato che, tanto più piccolo è il bambino, tanto più possibile è che questa infezione, anche con localizzazione alle alte vie (pielonefrite), si presenti senza febbre elevata.

Il dibattito su questo argomento non è ancora concluso. Non ci sono sicurezze su alcuni punti, che verranno discussi in questa sede:

1. Quali siano le metodiche diagnostiche con il miglior rapporto costi/benefici, sia per la diagnosi di PNA che per quella di RVU e/o di danno parenchimale, congenito o legato alla PNA stessa, quella che veniva definita in passato ne-

ACUTE PYELONEPHRITIS AND VESICoureTERAL REFLUX

(*Medico e Bambino* 18, 550-554, 1999)

Key words

Pyelonephritis, Urinary tract infection, Vesicoureteral reflux, Diagnosis

Summary

There is no consensus on the most cost-effective approach to the diagnosis of acute pyelonephritis (APN) and on the best therapeutic approach to vesicoureteral reflux (VUR). Not enough attention is paid to the diagnosis of urinary tract infection, while there is an excess of diagnostic procedures to confirm APN and to search for VUR. Available evidence shows that fever and abnormal urine analysis are sufficient to make the diagnosis of APN. Ultrasonography can further restrict the indications to cystourethrogram. A conservative approach to VUR is effective in the great majority of cases.

fropatia da reflusso, ma che ora sappiamo essere possibile anche senza il reflusso stesso, e che pertanto ci sembra più opportuno definire con il termine più generico di *scar* o *scarring*.

2. Quale sia il trattamento ottimale del RVU, anche di grado elevato, quando questo venga identificato; su questo punto in particolare è necessaria la stretta collaborazione tra il pediatra e il chirurgo pediatra, che sarà basata sia su una discussione preliminare di linee guida che sulle problematiche poste dal singolo caso.

QUALI SONO GLI OBIETTIVI DEL FARE ?

Nel decidere cosa fare e come fare non si deve perdere di vista che l'unico

obiettivo reale e serio di questo impegno diagnostico e terapeutico è la prevenzione delle conseguenze, che in linea di massima si svilupperanno nelle epoche successive della vita: l'insufficienza renale, l'ipertensione arteriosa e le complicazioni della gravidanza.

Come poi vedremo, tuttavia, studi di follow-up abbastanza protratti hanno ridimensionato quantitativamente questi problemi. È innegabile tuttavia che in situazioni di scarsa attenzione al problema infezione urinaria/RVU il rischio di comparsa delle complicazioni suddette sembri molto elevato.

Tutto questo deve indurre a trovare metodiche diagnostiche il meno invasive e costose possibile, intendendo per costi (anche e soprattutto considerando la nostra condizione di relativa ricchez-

za) il disagio, l'impatto con la normale vita familiare, provocati al bambino dal nostro intervento. Lo stesso discorso vale, come vedremo, per il ruolo della chirurgia.

È importante ancora sottolineare che è difficile stabilire delle linee guida che siano valide per ogni situazione locale: tanto che ci sembra auspicabile che, tenendo presenti le considerazioni di ordine generale che vengono espresse di seguito, in ogni centro queste possano essere ridiscusse, ed eventualmente modificate, in base alle risorse locali e alla situazione socio-ambientale.

QUANDO SOSPETTARE LA PIELONEFRITE E COME DIAGNOSTICARLA?

La diagnosi di PNA è essenzialmente clinica (febbre + esame urine positivo); ma la febbre può mancare nel bambino più piccolo. In questa età la diagnosi di PNA si basa sull'alterazione degli indici di flogosi.

Dati epidemiologici attendibili indicano quale sia il numero di PNA che ci si deve aspettare in una data popolazione: circa 120 nuovi casi per un milione di abitanti/anno. Se rapportiamo questo dato a ogni singolo pediatra di libera scelta, si deduce che ogni anno ognuno dovrebbe vedere più di 2 nuovi casi di PNA. O ancora, che in ogni USL di media grandezza (250.000 abitanti) si dovrebbero diagnosticare almeno 40 nuovi casi di PNA per anno. Se questo non si verifica, vuol dire probabilmente che il problema viene sottodiagnosticato, e in questo caso, verosimilmente, va cercata una modificazione della propria prassi clinica.

Come già accennato, la PNA nel bambino piccolo può essere relativamente paucisintomatica, in particolare presentarsi senza febbre, anche se la febbre rimane il sintomo guida di gran lunga più frequente, nella maggior parte dei casi l'unico sintomo. Ne consegue che, con poche eccezioni, l'unico modo per fare queste diagnosi non può essere che il fare un esame delle urine in ogni caso di febbre, e nel bambino dei primi mesi di vita in occasione di ogni sintomo generico (che non sia ovviamente riferibile ad altra patologia).

Se è vero, e alcuni dati clinici e sperimentali orientano fortemente in questo

senso, che quello che condiziona il danno parenchimale irreversibile è la persistenza a lungo della flogosi, sembra obbligatorio diagnosticare, e quindi curare, l'infezione nel più breve tempo possibile. Il che vuol dire che in ogni lattante febbrile, o con altri sintomi, una delle prime cose da fare nella maggior parte dei casi sarà un esame delle urine. L'uso dello stix (per leucocito-esterasi e per i nitriti) dà al pediatra anche ambulatoriale la possibilità di fare un primo screening clinico dell'infezione: se il test risulterà normale per entrambi i parametri, un'infezione potrà essere quasi certamente escludibile; in caso di positività invece il reperto andrà riconfermato con un altro esame, e possibilmente con un'urocoltura.

L'unico metodo certo per la raccolta delle urine è la puntura sovrappubica, irrealistica da proporre in prima battuta. La raccolta "al volo", sempre possibile, garantisce un'attendibilità sufficiente.

L'attendibilità dell'esame delle urine nel bambino piccolo è ovviamente condizionata dalla metodica di raccolta delle urine stesse: l'uso routinario del sacchetto di plastica cosiddetto sterile porta a un eccesso di diagnosi di infezione. Con tutte le precauzioni possibili una coltura su due sarà falsamente positiva; la stessa cosa vale per la leucocituria. Escludendo in prima battuta, a livello ambulatoriale, l'esecuzione della puntura sovrappubica, l'unico metodo che garantisce una sufficiente attendibilità è la raccolta "al volo", cosa possibile, con un minimo di spiegazione e di paziente collaborazione da parte dei genitori o dell'infermiera, anche nel lattante.

La diagnosi di PNA, che come abbiamo già detto è sostanzialmente clinica, prescinde dalla dimostrazione della localizzazione renale dell'infezione acuta mediante la scintigrafia. Si basa sulla presenza del sintomo febbre e, soprattutto in assenza di febbre, sull'alterazione degli indici di flogosi (VES e CRP). Il prelievo di sangue per questi indici è quindi indicato quando non c'è febbre elevata, in caso contrario può essere superfluo. Ancora una volta, peraltro, si fa presente che nei primi mesi di vita queste alterazioni, oltre che la febbre, possono mancare e che quindi ogni infezione sintomatica deve, in linea di massima, essere considerata una PNA. Un'e-

cografia in fase acuta può essere utile, ma soprattutto in termini di specificità (valorizzata se positiva per alterazioni del parenchima, aumento del volume renale soprattutto, o per dilatazione della via escretrice), meno in termini di sensibilità.

CHE COSA FARE NEL CASO DI UNA PIELONEFRITE?

La terapia orale è sufficiente nella grande maggioranza dei casi.

Una volta diagnosticata, anche se ancora in fase di sospetto (in attesa della risposta della coltura) la terapia va iniziata al più presto, con la riserva di sospenderla nel caso l'infezione non venga confermata.

Gli antibiotici da utilizzare devono avere una eliminazione per via renale ed essere a priori attivi sulla maggior parte dei batteri comunemente in causa nell'infezione urinaria. Queste caratteristiche, al momento e nella maggior parte degli studi fatti in Italia, sembrano soddisfatte dalla amoxicillina "protetta" (+ acido clavulanico, ad esempio), dalle cefalosporine orali e inietive delle ultime generazioni, dagli aminoglicosidi. La scelta della via orale è corretta, e preferibile, nella maggior parte dei casi. L'eccezione è suggerita dalla presenza di sintomi che rendano poco efficace questa via (in presenza, ad esempio, di vomito e diarrea), o di quadri clinici particolarmente a rischio (stato settico), o in età strettamente neonatale, ancora per il rischio imminente di una sepsi. In questi casi è opportuna la somministrazione per via parenterale.

Le indicazioni alla terapia parenterale sono in linea di massima le stesse indicazioni a un ricovero ospedaliero.

La durata della terapia, salvo eccezioni, sarà di circa 10 giorni. Nei casi in cui era stata iniziata per via parenterale, si passerà a quella orale non appena cessate le condizioni che l'avevano resa opportuna; in questi casi sarà utile l'antibiogramma eventualmente fatto.

Nei bambini con anche un solo episodio di PNA la maggior parte dei protocolli della letteratura indica la ricerca del RVU mediante una cistografia minzionale, come identificazione di una situazione di rischio per il danno renale. E su questo punto gli atteggiamenti possono essere sensibilmente diversi. Possono andare dal seguire queste indica-

zioni in modo rigido (posizione più "garantista") al selezionare i bambini da sottoporre agli accertamenti di immagine a seconda di dati clinici e strumentali meno invasivi, utilizzando come discriminante soprattutto l'ecografia. Questa seconda posizione è giustificata dal tentativo di ridurre i "costi" nel senso di cui sopra, per il bambino oltre che per la società, senza rischiare di "perdere", di non identificare i bambini a rischio elevato di "complicazioni".

La discriminante ecografica si basa sull'assunto che un rene danneggiato in modo significativo presenta inevitabilmente delle alterazioni ecografiche rilevabili da un buon ecografista senza

grandi rischi di errore, e pertanto abbastanza riproducibili e attendibili di conseguenza. Le richieste da fare all'ecografista sono riportate nella *Tabella I*. Per le dimensioni si deve far riferimento a un grafico di percentili riferiti all'età o all'altezza del bambino (*Figura 1*). Diverso è il significato da dare alle alterazioni a seconda del tempo in cui l'ecografia viene eseguita:

nella fase acuta dell'infezione si cercheranno le alterazioni ecografiche indicative di una PNA: aumento delle dimensioni renali rispetto alla media per l'età, alterazione dell'ecogenicità (modificazione della normale differenziazione corticomidollare, ad esempio);

a distanza dalla fase acuta (almeno dopo un mese) una significativa differenza di misure renali destra/sinistra e/o un diametro longitudinale inferiore al 5° percentile saranno suggestivi di una nefropatia da reflusso (*scarring*), mentre la persistenza di una dilatazione pelivica e ancor più la visualizzazione dell'uretere distale a vescica piena potranno essere elementi fortemente predittivi di un reflusso. Il confronto con l'eventuale dato rilevato in fase acuta potrà essere fortemente indicativo a posteriori di un importante coinvolgimento parenchimale dell'infezione e successivo scarring (rimpicciolimento relativo dei diametri renali).

Il controllo ecografico nei mesi successivi potrà ancora indicare, se non ci sarà un buon accrescimento renale, l'esecuzione di accertamenti strumentali più precisi ma più invasivi (radiologici o radioisotopici).

La sostanziale normalità dell'ecografia potrebbe suggerire di rinunciare in prima battuta allo studio cistouretrografico, da considerare invece fortemente indicato quando ci sono recidive o quando sia presumibile o evidente per motivi vari una scarsa compliance da parte della famiglia (*Tabella II*).

Un discreto passo in avanti in termini di invasività diagnostica è stato portato dalla possibilità di utilizzare i radioisotopi (cistografia radioisotopica) per la ricerca del RVU: questi minimizzano la dose radiante in particolare, non evitano il disturbo della cateterizzazione vescicale. In questi ultimi anni inizia a essere utilizzabile in qualche sede la cistografia sonografica, che peraltro ancora non evita il cateterismo. L'unica indicazione certa in prima battuta della cistouretrografia radiologica tradizionale è il soggetto di sesso maschile in cui possa essere sospettata la presenza di una pato-

INDICAZIONI
ALLA CISTOURETROGRAFIA
NEI PRIMI 2 ANNI DI VITA

- Alterazioni ecografiche (dilatazioni, dimensioni ridotte del rene) persistenti
- Pielonefrite recidivante
- Situazione socio-relazionale con presumibile difetto di compliance
- Sintomatologia all'esordio evocativa di un reflusso (febbre non preceduta da altri sintomi)*

* Criterio poco vincolante, se si considera che il reflusso di per sé ha una scarsa rilevanza prognostica.

Tabella II

CHE COSA CHIEDERE
ALL' ECOGRAFISTA

1. Misurazione del diametro longitudinale massimo dei 2 reni
2. Misurazione della dilatazione pelivica e caliciale (diametro anteroposteriore) eventualmente presente
3. Definizione dell'ecogenicità parenchimale
4. Visualizzazione (se possibile) degli ureteri distali, iuxta-vescicali a vescica piena

Tabella I

INDICAZIONI
ALLA SCINTIGRAFIA A 3 MESI
DALL' EPISODIO ACUTO

- Reflusso di rilevante entità (> 3°) o se bilaterale
- Deficit di accrescimento renale ecografico
- Situazione socio-relazionale non buona*

* Allo scopo di "rafforzare" la compliance, definendo i criteri di rischio con maggior esattezza.

Tabella III

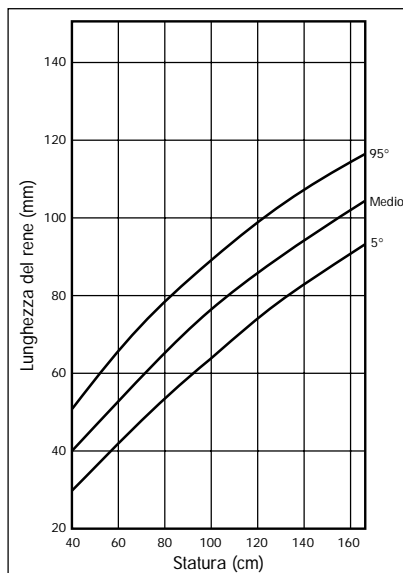


Figura 1. Aumento del diametro longitudinale renale ecografico in rapporto alla statura (da Bokyoung K et al, AJR, 145, 611, 1985, modificata).

logia ostruttiva uretrale. In ogni caso il bambino non deve essere "abbandonato", ma seguito nei mesi successivi, allertando la famiglia sui sintomi, anche aspecifici e non di per sé così evidenti come la febbre, che possono suggerire la ripresa dell'infezione. Questo pensiero sia più efficace, salvo casi particolari di compliance obiettivamente difficile, che non il tradizionale metodo dei controlli periodici delle urine.

COSA FARE NEL CASO DI UN REFLUSSO?

In alcune situazioni (*Tabella III*) è ragionevole avere un dato che definisca con certezza la presenza o assenza del danno parenchimale o che ne quantifichi l'entità. Questo va fatto mediante uno studio scintigrafico, utilizzando il DMSA o il MAG-3. Per evidenziare lo scarring è opportuno che l'esame venga eseguito almeno 4 mesi dopo l'episodio acuto di PNA.

A questo punto, in caso di RVU superiore al 2° grado, era d'obbligo fino a qualche anno fa la discussione del caso con il chirurgo e nella maggior parte dei casi questo si risolveva nella correzione chirurgica dell'anomalia. Negli ultimi anni, tuttavia, alcuni dati della letteratura hanno suggerito che nella gran parte dei casi l'intervento di correzione del RVU non è necessaria. Le evidenze attuali sono le seguenti:

Il RVU ha un'alta probabilità di risoluzione spontanea; la funzionalità e la crescita renale, l'ipertensione arteriosa e la progressione dello scar non sono influenzate dalla chirurgia.

1. L'alta probabilità di risoluzione spontanea del RVU. In particolare questo si verifica quasi sempre rapidamente nei RVU di 1° e 2° grado (quasi tutti risolti entro il 3° anno di vita); un po' più tardivamente in quelli di 3° grado monolaterali (10% circa di non guarigione); ancora più tardi, e con maggior percentuale di non guarigione, in quelli di 3° grado bilaterali. La probabilità di guarigione è invece bassa nei RVU bilaterali di grado superiore al 3° (Figura 2).

Nei reflussi persistenti deve essere presa in considerazione la possibilità che lo RVU sia mantenuto da disfunzioni minzionali (frequenza, urgenza, incontinenza diurna = instabilità vescicale); la risoluzione del RVU in questi casi è nettamente facilitata dalla correzione della disfunzione (training vescicale).

2. La risoluzione chirurgica del RVU si ottiene nel 98-99% per tutti i gradi di RVU. L'efficacia della correzione endoscopica del RVU è variabile in base ai materiali disponibili (teflon, collagene, macroplastique, deflux, condrociti), grado e mono/bilateralità del RVU. Con il teflon la probabilità di scomparsa (talora solo transitoria) del RVU è vicina al 75%.

3. È fondamentale tuttavia sapere che la funzionalità e la crescita renale non vengono influenzate dal reflusso sterile, di qualsiasi grado, e in ogni caso la correzione chirurgica non migliora l'aumento del rene dopo l'intervento. Ancor più rilevante il fatto che la progressione dello scarring non è influenzata dalla chirurgia: diversi trial prospettici americani ed europei (International Reflux Study, Birmingham Reflux Study, Southwest Pediatric Nephrology Group) hanno dimostrato che non esiste nessuna differenza statisticamente significativa tra bambini in profilassi rispetto a quelli sottoposti a terapia chirurgica.

4. Le cosiddette complicazioni tardive sono scarsamente o per nulla influenzate dalla correzione chirurgica: per l'ipertensione arteriosa non risultano differenze significative in rapporto alla modalità terapeutica, anche se sappiamo che la presenza di esiti pielonefritici (scarring) aumenta il rischio relativo di ipertensione del 2.9% rispetto ai soggetti senza scarring. Per la morbilità in gravidanza i dati della letteratura indicano che la persistenza di RVU durante la gravidanza comporta un rischio aumentato di pielonefrite. Tuttavia nelle donne con un danno renale grave e con insufficienza renale c'è un'aumentata inciden-

za di ipertensione e proteinuria (più raramente una vera eclampsia), parto prematuro, ritardata crescita fetale, aborto spontaneo e deterioramento della funzione renale. Tutto questo porta alla convinzione che la prognosi lontana del bambino con RVU o con scarring sia condizionata dopo la nascita sostanzialmente dall'evento infezione, soprattutto se mal trattata, e che sostanzialmente non sia influenzata dalla presenza o persistenza del reflusso; il danno più grave in gran parte dei casi si instaura già in utero (la cosiddetta displasia, presente soprattutto nei maschi).

Resta tuttavia fondamentale che nei casi più importanti si stabilisca tra il chirurgo e il pediatra una linea di comportamento comune. La cosa più deleteria per la famiglia sarebbe il ricevere indicazioni discordanti, che non potrebbero far altro che indurre nel migliore dei casi ingiustificate migrazioni o rischiosi "doctor shopping". Devono essere stabilite assieme le indicazioni a un approccio chirurgico e alle modalità con cui condurre il follow-up.

Le raccomandazioni su questo punto possono essere sintetizzate nella *Tabella IV*. I punti 1 e 2 non possono rappresentare che eccezioni alla regola, e potranno giustificare la scelta chirurgica in un piccolo numero di casi.

Sul "quando" intervenire le opinioni possono essere variabili, ma in linea di massima la decisione va modulata da caso a caso. Crediamo che di regola un periodo di attesa di almeno un anno dalla diagnosi sia accettabile e ragionevole. Alcune indicazioni, considerate rilevanti in passato, sono via via cadute.

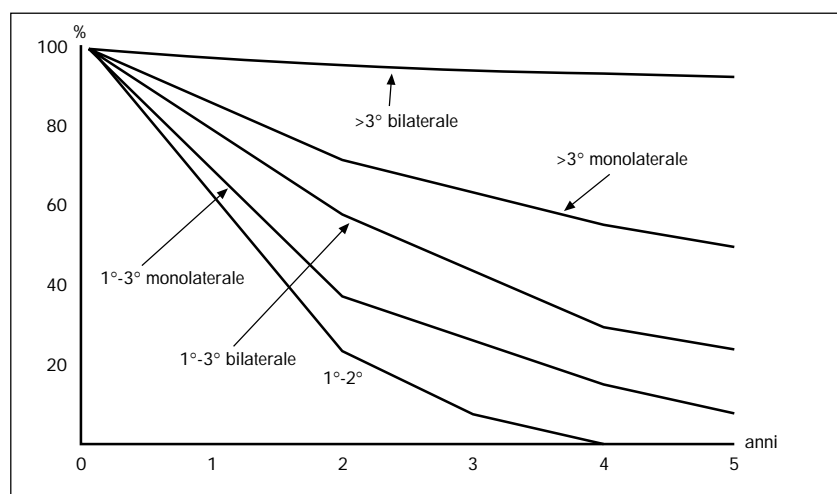


Figura 2. Probabilità di persistenza del reflusso (a 4 anni dal follow-up) in rapporto all'entità e mono-bilateralità dello stesso.

INDICAZIONI ALLA CHIRURGIA NEI BAMBINI CON RVU

1. Scarsa compliance familiare
2. Recidive frequenti di pielonefrite nonostante la profilassi
3. Recidive di pielonefrite* in caso di intolleranza o reazioni collaterali alla profilassi stessa (per RVU>3° e nei primi 3 anni di vita)
4. RVU persistente 4°-5°, soprattutto se bilaterale**

* Da non confondere con la batteriuria asintomatica; ** Criterio poco forte, se si considera che il reflusso di per sé ha una scarsa rilevanza prognostica.

Tabella IV

Per i RVU inferiori al 4° grado la terapia è, salvo eccezioni, esclusivamente conservativa. La dimostrazione di un diverticolo di Hutch e la duplicità pielo-ureterale di per sé non costituiscono più una giustificazione all'intervento, in quanto c'è la stessa probabilità di una guarigione spontanea che nel sistema singolo.

Si è riconosciuta una maggior importanza agli aspetti funzionali vescico-uretrali: in presenza di evidenti segni di instabilità vescicale e di altre anomalie funzionali (si raccomanda attenzione alle alterazioni della minzione e ai sintomi che la esprimono, spesso associate alla stipsi), è necessaria un'adeguata riabilitazione vescico-uretrale e intestinale (risoluzione della stipsi), anche nel caso in cui sia successivamente giustificata una decisione chirurgica.

Ancora rilevante il ruolo della fimosi, sia pure quella fisiologicamente presente nel lattante, nei maschi con RVU di alto grado e con recidive di infezione: se non è efficace una risoluzione ambulatoriale (ciclo di cortisone topico), è consigliabile la circoncisione profilattica. Questa può garantire una ottimale igiene locale, riduce il rischio di recidive di infezione e permette l'esecuzione di esami urine/urinocolture più attendibili.

La cistoscopia non riveste più alcun significato né prognostico né decisionale nella terapia del RVU.

INDICAZIONI " FORTI " ALLA PROFILASSI ANTIBATTERICA

- Reflusso di grado >3°, soprattutto se bilaterale
- Famiglia con presumibile difetto di compliance
- Recidive frequenti di pielonefrite

Tabella V

MESSAGGI CHIAVE

- Un pediatra di famiglia vede circa due nuovi casi di pielonefrite/anno.
- La febbre alta, in presenza di batteriuria e leucocituria sicure e significative, è sufficiente alla diagnosi di pielonefrite.
- Nel bambino piccolo la febbre può essere moderata o mancare: in questo caso la dimostrazione di un aumento della VES e della CRP è indispensabile.
- Il trattamento antibiotico orale con ampicillina protetta o cefalosporina, iniziato appena fatta la diagnosi e prima della conferma dell'antibiogramma, e protratto per dieci giorni, costituisce la più importante misura d'intervento, quasi sempre sufficiente.
- Un'ecografia in fase acuta e/o in convalescenza è sufficiente per individuare una lesione parenchimale o il suo esito (*scar*).
- La cistouretrografia può forse essere risparmiata in definite condizioni di non rischio, sempre che il rapporto con la famiglia sia mantenuto.
- La terapia chirurgica anti-reflusso va riservata a pochi casi persistenti e resistenti.
- La terapia chirurgica non modifica la strada naturale del reflusso sterile.
- La circoncisione riduce significativamente le ricadute e può essere raccomandata nei casi a rischio già nel primo anno di vita.

L'altro provvedimento utilizzato routinariamente è la prosecuzione a lungo termine della cosiddetta profilassi delle recidive di infezione. Questa, tradizionalmente, è costituita dalla somministrazione in monodose giornaliera di piccole dosi (1/4 della dose terapeutica) di antibiotici eliminati elettivamente per via renale; quelli maggiormente sperimentati sono la nitrofurantoina e il cotrimoxazolo.

Va tuttavia detto che mancano dimostrazioni inequivocabili della loro utilità, in particolare mancano studi controllati sull'argomento.

Ci sono alcune indicazioni forti (*Tabella V*), ma verosimilmente l'uso in tutti i casi è alla fine solo un eccesso di interventismo. La discussione aperta riguarda la durata della profilassi nei casi in cui pare giustificata: continua o intermittente e sino a quando? Dopo il raggiungimento della maturità sfinterica

(continenza urinaria e fecale) un tentativo di sospensione è ragionevole, ma nei maschi, soprattutto se con un RVU monolaterale e di grado non elevato, dopo il 1° anno di vita la probabilità di recidive si riduce notevolmente ed è giustificato un tentativo di sospensione. L'alternativa alla profilassi antibatterica è obbligatoriamente l'attenzione ai sintomi che fanno sospettare la ripresa dell'infezione da parte dei genitori e del pediatra di famiglia: una diagnosi rapida e certa e una terapia pronta e corretta saranno, in ogni caso, in grado di evitare lo scarring o il peggioramento dello stesso. D'altra parte la guardia sull'infezione non va abbassata neppure nei bambini in profilassi, perché le ricadute in questi non sono ovviamente del tutto escluse.



VIDEOCASSETTE CONFRONTI IN PEDIATRIA 1998

- | | |
|--|--|
| 1. Asma e dintorni | L. Businco, G. Longo |
| 2. Oculistica pediatrica | R. Frosini, P. Perissutti |
| 3. Vomito, diarrea e dintorni | M. Fontana, G. Torre |
| 4. Epatologia pediatrica | L. Zancan, G. Maggiore |
| 5. Chirurgia pediatrica | A. Pineschi, A. Messineo - modera G. Guglielmi |
| 6. Dermalite atopica | F. Arcangeli, A. Ventura - modera E. Bonifazi |
| 7. Medicine a confronto, senza trucchi | S. Gregory, N. Levi, C. Apicella, F. Panizon |
| 8. I trucchi del mestiere in Pediatria Ambulatoriale | F. Passalacqua, M. Meyer, A. Alberti - conducono G. Longo e A. Ventura |
| 9. Nefrourologia | L. Peratoner, G.F. Rizzoni - modera G. Bartolozzi |

Il costo di una videocassetta è di lire 60.000 (comprensivo di IVA e spese postali)

Modalità di pagamento: Assegno bancario non trasferibile intestato a Quickline. Bonifico bancario presso la Banca di Roma, Agenzia Trieste 3, L.go Barriera Vecchia 6, c/c 670839. Versamento su c/c postale n. 12128344 (specificando la causale) intestato a Quickline. e-mail: quick@trieste.com
Quickline sas, via Santa Caterina 3, 34122 Trieste - Tel 040 / 773737 - 363586 Fax 040 / 7606590