



I PEDIATRI DI FAMIGLIA E IL SOSPETTO DI INFEZIONE DELLE VIE URINARIE

Gruppo di Pediatri di Famiglia della Regione Friuli-Venezia Giulia

FAMILY PAEDIATRICIANS AND SUSPECTED URINARY TRACT INFECTION

Key words: 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.

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.

Materiali e metodi - La ricerca è stata svolta mediante intervista telefonica. Quaranta pediatri di famiglia (PdF), la quasi totalità di quelli operanti nella regione Friuli-Venezia Giulia, hanno risposto a un questionario previamente preparato e concordato. 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 sospetta per infezione delle basse vie urinarie (bruciore alla minzione, polachiuria, assenza di febbre), più della metà dei pediatri intervistati esegue un esame con striscia reattiva (stix) sulle urine e in base a questo inizia un trattamento; quasi un terzo dei pediatri invia le urine per l'esecuzione di una urinocoltura.

Sospetto di pielonefrite. Quando il sospetto orienta invece verso una diagnosi di infezione delle alte vie urinarie (età < 2 anni, febbre alta senza segni d'organo, agitazione) l'82,5% dei pediatri intervistati esegue un esame delle urine con stix; un pediatra su 5 (27%) effettua piuttosto, o in aggiunta, l'esame microscopico e batterioscopico delle urine a fresco.

La modalità di raccolta delle urine è generalmente da sacchetto. Circa la metà dei pediatri considera criterio necessario e sufficiente ad avvalorare il sospetto di infezione delle vie urinarie alta (IVU alta) la presenza di febbre e leucocituria. Il 37% dei pediatri richiede anche un test dei nitriti positivo (che però è considerato dai più, giustamente, altamente specifico ma troppo poco sensibile) e/o una batterioscopia significativa.

In caso di positività dell'esame delle urine il 36% dei pediatri (dopo la richiesta di urinocoltura, fatta dal 100% dei medici) inizia, da subito, il trattamento, e segue successivamente gli accertamenti morfologici per escludere un reflusso o una uropatia ostruttiva e/o per individuare uno scar. I restanti preferiscono inviare il bambino in ospedale, quanto meno se ha un'età < 2 anni, per un più rapido e semplice avvio delle procedure diagnostiche e della terapia.

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.

Oltre la metà degli intervistati, invece, lamenta il "sequestro" del paziente da parte dei colleghi ospedalieri. Dall'indagine emerge che tale disagio è avvertito solo in alcune realtà locali e varia con il variare dell'area geografica nella quale il pediatra si trova a svolgere la propria attività.

Conclusione - Dall'indagine svolta emerge una discreta diversità di comportamento di fronte al sospetto di IVU tra i pediatri di famiglia, e anche una certa diversità nella capacità di cogestione tra ospedale e PdF.

Desiderabile sarebbe una rivalutazione dei protocolli elaborati una trentina d'anni fa (sostanzialmente ancora validi, ma certo migliorabili). Tuttavia, in queste (in parte inevitabili) differenze, si coglie anche un modo di vedere comune, improntato alla praticità, alla rapidità di decisione e alla semplificazione procedurale.

Nessuno dei comportamenti riferiti dai PdF sembra davvero criticabile, salvo forse la raccolta delle urine da sacchetto. La totalità dei pediatri arriva a una diagnosi assai vicina alla certezza. Inoltre il 100% dei pediatri che usano effettuare autonomamente la cura e il follow-up, prima di iniziare la terapia (che "parte" indipendentemente dal relativo accertamento) dichiara di effettuare anche, correttamente, una urinocoltura. I restanti, la maggior parte, inviano il bambino in ospedale, per facilitare e accelerare gli accertamenti e le prime cure.

Comunicazioni ai lettori

Norme redazionali La sezione della Rivista, intitolata "Contributi originali", pubblicata on line, e ripresa in questa pagina verde è riservata ai lavori di ricerca e ai casi clinici contributivi; questi, in linea di principio, non trovano un loro spazio dedicato nella rivista cartacea. Questi contributi, che sono molto graditi, e che costituiscono la voce della Pediatria attiva, se accettati dai referee, vengono pubblicati entro un termine dall'invio non superiore ai tre mesi. Il lavoro va inviato per e-mail a: pagine.elettroniche@medicobambino.com o in dischetto a Medico e Bambino (v. S. Caterina, 3, 34122 Trieste), e comparirà, in extenso, sul sito www.medicobambino.com. Su questa pagina verde cartacea ne viene pubblicato un largo abstract, preparato in redazione secondo uno schema fisso. Il sommario in inglese, anche questo preparato in redazione, nel caso l'Autore non lo abbia già accluso, accompagna sia l'abstract che l'articolo on line.



**SINDROME DI BECKWITH-WIEDEMANN.
MACROGLOSSIA E CRESCITA CRANIO-FACCIALE:
CONSIDERAZIONI E PROPOSTE**

Elena Viva, Enrico Viva, M. Ruggiero, L. Ruggiero
 UO di Otorinolaringoiatria, UO di Pediatria,
 Ospedale Provinciale Cardinale G. Panico, Tricase (Lecce)

**BECKWITH-WIEDEMANN SYNDROME. MACROGLOSSIA AND
CRANIOFACIAL GROWTH: REMARKS AND PROPOSALS**

Key words: Beckwith-Wiedemann syndrome, Macroglossia, Infantile deglutition, Orthognatodontics

Summary

Description of a Beckwith-Wiedemann syndrome case (annular hernia with rectal diastase; neonatal visceromegaly, then regressed; macrosomia, then regressed; macroglossia; other minor anomalies). This case is peculiar because it is relatively not serious. The patient can have an almost normal life, the most important problem to be solved, from a practical point of view, being macroglossia.

Introduzione - Nel 1963 Beckwith descrisse per primo 5 casi che presentavano l'associazione di onfalocoele, visceromegalia, macroglossia di tipo muscolare, gigantismo, ipoglicemia, quasi in contemporanea a Wiedemann, che ne descrisse altri 2. Da allora le segnalazioni sono state più di 500.

Il caso - GD, primogenito, nasce il 10/5/87 da parto distocico, con vacuum extractor; peso 4000 g, lunghezza 54 cm, circonferenza cranica 34,7 cm. Sono evidenti la macrosomia, la macroglossia, un'ernia ombelicale con diastasi dei retti, una epato-splenomegalia discreta, un criptorchidismo sinistro; una nefromegalia (rilevata all'ecografia); inoltre, tipiche incisive del lobo e del padiglione auricolare, e nevo flammeo facciale.

All'età di 11,5 anni ritorna alla nostra osservazione per problemi inerenti alla macroglossia, di tipo estetico e funzionale. Peso 50 kg (90° centile); statura 159 cm (> 97° centile), cifosi dorsale, monorchidia destra (atrofia del testicolo sinistro post-intervento di orchidopessi). L'ecografia non dimostra più la visceromegalia presente alla nascita.

L'esame oro-maxillo-facciale mostra:

a) incompetenza labiale, con morfologia dolico-facciale e labbro superiore corto; b) macroglossia; c) morso aperto laterale dentale, alterazione delle linee mediane; d) diastemi multipli sull'arcata inferiore (lingua bassa); e) iniziale parodontopatia orizzontale; f) permanenza della deglutizione infantile; g) respirazione orale obbligata; h) impronte dentarie sulla lingua; i) morso T/T solo sugli incisivi laterali.

Il problema - Da risolvere è quello della macroglossia, e dei danni estetico-funzionali che ne sono derivati.

La proposta - Il miglioramento della deglutizione dovrà essere ottenuto con mezzi funzionali (rieducazione logopedica miofunzionale) e meccanici (griglie). Il recupero di una corretta funzione lingua-labbra è primario e propedeutico per la correzione dei diastemi interdentali, per il recupero della linea mediana interin-

cisiva, della correzione del morso aperto e della biprotrusione delle arcate. Solo a fine crescita potrebbe essere presa in considerazione una chirurgia ortognatica bimascellare sulle basi ossee, a fini sia estetici che funzionali.

Il contributo - Il caso descritto, pur nella sua relativa non severità, rientra certamente nei criteri della sindrome di Beckwith-Wiedemann. Il caso, proprio perché a espressività intermedia, interessa anche il pediatra, come esemplare delle problematiche poste dalla macroglossia, dalla deglutizione infantile, dalle lesioni osteopatiche cranio-sacrali con i difetti posturali correlati, dalla respirazione orale conseguente.

a) Gli effetti della macroglossia. Una macroglossia può essere dovuta a sindrome di Down, emangioma, linfangioma, ipotiroidismo. Nelle prime settimane di vita la macroglossia può essere responsabile di episodi asfittici gravi, tanto da poter richiedere una tracheotomia preventiva.

Successivamente l'aumento del mascellare superiore, per effetto della rapida crescita dell'encefalo, si ingrandisce; questo aumento riguarda anche l'arcata mandibolare (aumento della distanza bicondilar), dando spazio sufficiente alla "boîte à langue" (la "scatola per la lingua", che è poi il cavo orale), rendendo la macroglossia quanto meno non pericolosa.

Si tratta dunque di non prendere decisioni chirurgiche affrettate nei primi giorni di vita. Bisogna però nel contempo, e da prima possibile, fare attenzione alla funzione linguale in modo da permettere alla lingua di posizionarsi correttamente sul palato, così da evitare le parafunzioni, che disturbano le informazioni per la crescita oro-maxillo-facciale.

b) Le lesioni osteopatiche cranio-sacrali. Il bambino è nato da parto distocico. Un lungo periodo espulsivo, attraverso il sistema delle MTR (Membrane di Tensione Reciproca: falce del cervello > falce del cervelletto > tenda del cervelletto > dura madre spinale fino al sacro), produce, nella fase di impegno della testa, un'alterazione delle ossa craniche della volta, che si trasmettono alla colonna, con scivolamento in avanti dell'atlante rispetto ai condili dell'occipitale (è ragionevole attribuire alla distocia la verticalizzazione della colonna cervicale e la cifosi lombare presenti nel nostro caso). Tale alterazione può impedire, nel corso dell'età evolutiva, il fisiologico passaggio dalla deglutizione infantile a quella adulta. Viceversa, una corretta rieducazione osteopatica passiva della lingua, iniziata da subito e continuata per lungo tempo, è in grado di migliorare la funzione linguale e con questa la crescita mandibolare e la postura mandibolo-facciale e della colonna.

c) La deglutizione infantile. La macroglossia, come il parto distocico, sono di per sé due fattori che favoriscono la deglutizione infantile. A sua volta, la deglutizione infantile peggiora l'effetto della macroglossia sullo sviluppo cranio-facciale.

Conclusioni - Pur nella sua inevitabile concisione, l'esposizione di questo caso mette in evidenza la complessità dei problemi che la macroglossia, la distocia e la suzione infantile possono porre. È mancato (ed è quanto si verifica quasi di regola) un approccio terapeutico interdisciplinare (pediatra, ORL, foniatra, posturologo, ortopedico): una interdisciplinarietà che va, anche tardivamente, ricostruita.

Sommario on line

Appunti di terapia (a cura di G. Bartolozzi)

•Vettori virali per il trasferimento di geni •Nuove indicazioni per l'uso della talidomide

Avanzi (a cura di G. Bartolozzi)

•Rapporto stretto fra utilizzo di antibiotici e incidenza di ceppi resistenti •Il citomegalovirus nel latte umano •L'iperidrosi alle ascelle si può vincere con la tossina A del botulino •La sordità dal colore degli occhi nei soggetti con meningite