

## Una situazione proprio... complicata

**TIZIANO BASSO**

UO di Pediatria, Tolmezzo (UD)

Roberta è una bella bambina di 11 mesi che viene portata per consultazione in merito a infezione urinaria sofferta pochi giorni prima e caratterizzata da febbre moderata, VES 75, PCR 26/L, GB 7900 con N 40%, creatinina 0,4 Hb 11 con VCM 60. L'ecografia dimostrava rene e pelvi di dimensioni nei limiti ma lievemente asimmetriche (dx > sin); a destra era visibile l'immagine dell'uretere iuxta-vescicale. La madre è "nel pallone": rivede tutto il vissuto sofferto la primogenita, ora 15enne, che ha avuto pielonefrite nella prima infanzia con reflusso vescico-ureterale e scar alla scintigrafia renale; è "sconvolta" all'idea di ricominciare tutto da capo e mi parla, piangendo, di quello che ha sofferto: gli esame urine ogni mese... ore ad aspettare che "il sacchetto finalmente si riempisse"... le cistografie ogni 12 mesi e fino a sei anni (scomparsa radiologica del reflusso) ... l'antibiotico ogni sera per anni... l'idea della insufficienza renale o dell'ipertensione a distanza, ecc! Mi sembra di rivedere, come in un film, l'evoluzione medica rispetto al problema dell'infezione urinaria e del reflusso, da quando ero studente interno in Clinica Pediatrica alla sezione nefro-urologica a tutt'oggi.

Spiego alla madre come tutto è cambiato, che se ne sa molto di più e questo ha permesso ai medici di essere meno aggressivi, che il reflusso non è più quell'incubo che era in passato, che basta che venga a fare un esame urine se la bambina ha la febbre. Mi pare di riuscire a contenere l'angoscia della madre ma, subito dopo, altri guai: prima crisi di orticaria e poi vertigini e atassia attribuiti alla nitrofurantoina, che la bambina stava assumendo. La madre va dal nefrologo che curava la sorella, il quale conferma la mia linea strategica. La ripetizione dell'ecografia a distanza di due mesi dall'episodio acuto dimostra la scomparsa dei segni anomali.

Si conclude pertanto per infezione del sistema nefro-urologico di destra dimostrato da momentaneo reflusso vescico-ureterale di I°-II° grado e dall'edema infiammatorio del rene. La causa è verosimilmente "dal basso" perché la bambina nel frattempo ha sviluppato sinechie delle piccole labbra che possono aver alterato la minzione e favorito l'infezione urinaria. Fra questo episodio e i 18 mesi si manifestano pavor nocturnus e clonie durante il sonno (finisce dal neurologo che prescrive EEG: negativo), dolori addominali specie notturni e saltuaria diarrea, sonno frammentario (meglio però con niaprazina). Il collega che esamina la situazione prescrive un esame delle feci: negativo per H pilori, patogeni, sangue occulto, grassi e parassiti. Poiché la madre afferma che la bambina sta meglio se non prende latte alla sera o solo se di tipo ipolipidico, viene proposto tentativo con latte senza lattosio.

La bambina, nel frattempo, fa una nuova cistite (19 mesi di vita) e la situazione "addominale" diventa molto meno pesante da quando i genitori hanno accettato che Roberta dorma nel lettone. Si ripetono comunque le crisi di orticaria e le cistiti si fanno ricorrenti, circa una ogni due mesi e poi si rinnovano i disturbi notturni: flatulenze, tenesmo, dolori addominali che la madre interpreta come da stanguria. Il curante esegue test per celiachia: negativo.

Rivedo Roberta per la seconda volta a 30 mesi per una vulvite talmente purulenta che penso a un corpo estraneo vaginale, però tutto passa con banale disinfezione topica. La madre mi riassume tutto l'iter con: dolori addominali "causati dalla vescica", disturbi frequenti/ricorrenti per le terapie antibiotiche ("le fa male tutto!") tanto che la madre accetta la prescrizione solo del ceftibuten, bambina "viziata" ("sa, dottore, l'ho avuta in là con gli anni ...") e che, per questo, dorme nel lettone, beve frequentemente di notte, è nervosa e piange per un nonnulla, non vuole il pannolino ma perde la pipì. La storia di cistiti e batteriurie ricorrenti mi fa indagare sulla possibilità di una vescica instabile: in effetti ci sono molti sintomi compatibili (urgenza/incontinenza, il mitto interciso, le infezioni...). Domando sull'alvo (la stipsi può essere fattore favorente di questa sindrome): defecazioni regolari o, talvolta, feci sfatte. Faccio eseguire un'ecografia: la vescica ha pareti regolari (non "da lotta") e c'è ristagno post-minzionale di 25 cc (altro segno che potrebbe indirizzare su uno scorretto svuotamento). Trattare come "vescica instabile"?

Ma mi sembrano un po' troppo cose, "sento" che mi sfugge qualcosa. Dico all'infermiera di concordare con la madre l'appuntamento per un ulteriore colloquio... e l'infermiera torna raggiante dalla telefonata, con un foglietto dove c'era la risposta



della madre: quella mattina la bambina aveva scaricato "palate di vermi!!!". Prescrivo mebendazolo (alla bambina e anche ai familiari) e Roberta continua ad emettere vermi per altri 5 giorni "in quantità industriale". Da allora: Roberta dorme, non ha mal di pancia, le cistiti sono scomparse e torna ogni tanto in ambulatorio per le normali febbri, raffreddori e così via. La madre non pensa più agli scar ma intanto... "un anno e mezzo di problemi per quei stupidi vermetti!"

Il caso mi sembra interessante per:

a) ribadire come gli ossiuri debbano sempre entrare nella diagnosi differenziale dei disturbi del sonno, cistiti ricorrenti e delle vulviti, specie nei lattanti (che non sanno esprimere il concetto di prurito o dolore localizzato). L'*Enterobius vermicularis* è la prima causa di parassitosi dei climi temperati;

b) l'infestazione da ossiuri è, il più delle volte, banale: asintomatica o caratterizzata da prurito/dolore perineale, specie notturno/mattutino. Raramente, però, si manifesta con quadri molto più subdoli: urinari (incontinenza e infezioni), ginecologici (vaginite, salpingite), cutanei (granulomi, ecc) e addominali (simulano colite, Crohn, possono indovarsi nella pelvi, peritoneo, ecc);

c) nel caso descritto fa meditare l'atteggiamento della madre, che ha creato una involontaria "Munchausen by proxy". Infatti ella interpretava, da esperta suo malgrado, i dolori addominali sempre e insistentemente in senso urologico.

La gestione, da parte del pediatra, di genitori che hanno esperienza e conoscenze in un particolare campo medico è delicata: a volte, si è aiutati ma altre volte il medico deve impegnarsi nell'indipendenza di giudizio e nel soppesare attentamente il tipo di notizie anamnestiche e il modo con cui queste vengono offerte dai familiari.

Vuoi citare questo contributo?

T. Basso. UNA SITUAZIONE PROPRIO...COMPLICATA. *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2008; 11(2) [http://www.medicoebambino.com/?id=IND0802\\_10.html](http://www.medicoebambino.com/?id=IND0802_10.html)