

Reflusso vescico-ureterale

COS'È?

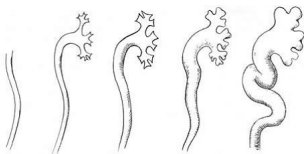
È la risalita di urina dalla vescica verso il rene.

La gravità del reflusso varia da un grado I , di basso livello, ad un grado V di elevata entità in accordo alla classificazione dell' International Reflux Study (in relazione alla comparsa di risalita di mezzo di contrasto alla Rx Cistografia retrograda e minzionale).

La **gravita' clinica del reflusso vescico-ureterale** viene valutata in relazione ad un più elevato rischio di infezione renale e, quindi, ad un più elevato danno renale. Nelle più importanti reviews internazionali la distribuzione generale dei gradi è la seguente:

:

I, 20%; II, 46%; III, 22%; IV 9%; V, 3%.



Il VUR (vesico-ureteral reflux) può essere primitivo o secondario. Le forme primitive risultano da una anomalia congenita a carico della giunzione uretero-vescicale. Le forme secondarie possono risultare da un serbatoio vescicale che funziona ad elevate pressioni (soprattutto secondariamente a vescica neurogena, incoordinazione detruso-sfinterica con ritenzione cronica di urina ed elevate pressioni detrusoriali di svuotamento, per valvole uretrali posteriori, ureterocele ectopico, sindrome di prune-belly o diverticolosi parauretrale).

INCIDENZA

Il reflusso colpisce dall'1 al 18.5 % dei bambini ed è più frequente nelle femmine (85%) e nei bambini di razza bianca.

COME SI RICONOSCE IL VUR IN EPOCA NATALE-PEDIATRICA?

I sintomi variano in base all'età del bambino.

In neonati e lattanti sono:

- ritardo o arresto della crescita;
- scarso appetito;
- iperpiressia;
- vomito;
- diarrea;
- colorito grigiastro o giallastro;
- irritabilità o letargia.

In bambini e ragazzi sono:

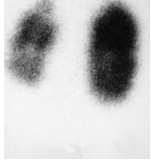
- minzione dolorosa;
- minzione frequente;
- enuresi;
- iperpiressia e/o dolore al fianco.

Con l'ecografia prenatale è possibile rilevare una dilatazione dei bacineti renali e sospettare la presenza di un reflusso vescico-ureterale già in fase prenatale, ancora prima della comparsa dei sintomi. Spesso la pielectasia si riduce a seguito della minzione.

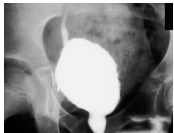
In caso di sospetto reflusso associato a pielonefriti acuta, l'urologo pediatrico dopo aver diagnosticato una pielectasia mediante lo studio ecografico può optare di eseguire esami quali:

- **VideoCistoscintigrafia**: utilizza sostanze radiomarcate (TcMAG3). È indiretta se queste sono iniettate in vena, mentre è cistoscintigrafia diretta se sono instillate in vescica tramite un catetere. Rispetto alla cistografia, tali metodiche danno al bambino una minor dose di radiazioni, ma non consentono di studiare l'uretra e definiscono il grado del reflusso in modo meno preciso

- **Scintigrafia renale con DMSA**: attraverso sostanze radiomarcate iniettate in vena, permette uno studio al computer della funzionalità renale e una valutazione della possibile presenza di ostruzione al deflusso dell'urina e l'eventuale presenza di aree ipocaptanti nel parenchima renale segno di sclerosi o di ipofunzione.



- **RX cistografia retrograda e minzionale:** prevede il posizionamento di un catetere vescicale, il riempimento della vescica con un mezzo di contrasto e l'esecuzione di alcune radiografie durante il riempimento della vescica con evidenza di eventuale reflusso passivo. Una volta rimosso il catetere si procede ad eseguire uno studio radiologico vescica-ureterale durante la fase minzionale individuando un eventuale reflusso attivo di mdc.;



- **Rx Urografia endovenosa:** prevede la somministrazione in vena di sostanze visibili ai raggi X e l'esecuzione in sequenza di ripetute radiografie. Fornisce uno studio anatomico e funzionale dei reni e delle vie urinarie;



- **Valutazione urodinamica**

COME SI CURA (APPROCCIO MEDICO E/O CHIRURGICO).

Management Medico del VUR

Esso include:

1) bladder training;

2) management di eventuali □ disfunzioni minzionali (terapia anticolinergica, alfa-bloccanti, biofeedback, terapia per la stipsi);

3) terapia antibiotica profilattica continuativa od intermittente (i casi selezionati);

4) Assessment periodico del VUR e delle condizioni cliniche del paz □ inclusi ripetuti controlli

esame urine, UC, VCUG o cistoscintigrafia, ripetuti controlli dell'alta via urinaria e ripetuti controlli emato-chimici e della funzione urinaria.

Risoluzione del quadro di VUR

Le probabilità di risoluzione spontanea del VUR è più elevata in soggetti nei quali esso sia stato diagnosticato in età giovanile e/o nei casi di basso grado. Fattori prognostici della risoluzione del VUR possono anche essere il volume vescicale, in corso di Cistogramma, a cui il reflusso ha origine, l'incidenza di episodi di UTI segnalati nel paziente, l'opportunità di risoluzione di eventuali sindromi disfunzionali dello svuotamento. Dati elaborati dalla American Urological Association (AUA) Reflux Guidelines Committee riportano che a 5 anni il 92% dei pazienti con VUR di I grado e l'81% di quelli con II mostrano spontanea risoluzione in relazione all'età della diagnosi.

Nei bambini con VUR di III grado la risoluzione è più alta in quelli con età, alla diagnosi, inferiore ai 2 anni se con reflusso unilaterale (70%) e più bassa per quelli con VUR di III grado bilaterale e di età, alla diagnosi, maggiore di 5 anni (12,5%).

Il VUR unilaterale di grado IV, in accordo ai dati AUA, si risolve spontaneamente a 5 anni nel 50% dei casi, mentre VUR bilaterali di IV grado mostrano spontanea risoluzione solo nel 10% dei casi.

Ruolo della Terapia antibiotica profilattica

Cornerstone nei primi studi anni 60-80, è attualmente rimessa in discussione in relazione alla non dimostrata efficacia nella riduzione della recidiva delle UTI e della progressione del danno renale rispetto a soggetti con VUR non trattati.

Si è concordi nel ritenere inutile una profilassi antibiotica in soggetti con VUR oligosintomatico e di basso grado, non associato a dilatazione della via urinaria e con parametri minzionali nella norma.

Nei soggetti di sesso femminile in età adulta sembra che la associazione tra VUR e la concomitante attività sessuale e/o lo stato di gravidanza aumentino il rischio di UTI o danno renale e, pertanto, sembra utile in tale fase l'opportunità di una terapia antibiotica profilattica,

Nei soggetti con disfunzioni minzionali clinicamente rilevanti (Dysfunctional Voiding Scoring System) e/o con persistenza di dilatazione della via urinaria dopo minzione appare ragionevole l'utilizzo periodico della profilassi antibiotica soprattutto in quelli con UTI recidivanti e frequenti episodi di pielonefrite acuta.

Migliori risultati in termini di cura del reflusso vescico-ureterale, minore incremento nel tempo del danno renale e minore incidenza di episodi febbrili si registrano nei gruppi di pazienti con VUR trattati con approccio medico-chirurgico (endoscopico con iniezione di Deflux, laparoscopico, open robotico) rispetto a quelli sottoposti a trattamento medico.



