

F.A.Q LA MALATTIA DEL MESE

IDRONEFROSI

A cura di Rino Agostiniani(*) e Rossella Galiano (*)

(*) Dipartimento Materno-Infantile, ASL Toscana Centro

(*) UOC T.I e Patologia Neonatale, Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio"
Catanzaro

Idronefrosi

Cos'è

L'idronefrosi è una condizione caratterizzata dalla dilatazione degli spazi dove si raccoglie l'urina prodotta dal rene; normalmente queste cavità consentono il transito dell'urina dal rene verso la vescica, ma non l'accumulo. L'idronefrosi può essere espressione di un'anomalia del flusso urinario (ostruzione o reflusso), ma nella maggior parte dei casi è una condizione benigna.

Quanti bambini ne soffrono?

Nelle diverse casistiche l'incidenza dell'idronefrosi congenita varia dallo 0,2 al 2,9 per 1000 nati; quest'ampia variabilità è determinata dalla differente disponibilità della ecografia in gravidanza nei diversi Paesi, lo strumento con il quale oggi viene più frequentemente fatta la diagnosi.

Come si valuta la dimensione dell'idronefrosi?

L'idronefrosi può interessare uno solo dei due reni o entrambi; l'entità può essere molto diversa e si valuta in gradi (dal 1°, il più lieve, al 4°)

Che sintomi provoca

Nei bambini piccoli l'idronefrosi congenita è di solito priva di sintomi; talvolta può manifestarsi attraverso una infezione delle vie urinarie.

Nel bambino più grande l'idronefrosi può insorgere con un episodio acuto (per un'ostruzione improvvisa del flusso urinario, come nel caso di un calcolo) e manifestarsi con coliche renali. Si tratta però di casi più rari.

Da cosa è causata

Sotto il termine di idronefrosi confluiscono tante situazioni, di significato assai diverso:

- Le idronefrosi di primo grado (spesso definite **pielectasie**) sono di riscontro molto frequente nelle ecografie eseguite in gravidanza e costituiscono, nella maggior parte dei casi, semplici varianti morfologiche della pelvi renale, l'organo dove transita l'urina prodotta dal rene.
- Altre volte le idronefrosi, soprattutto quelle di più alto grado, sono la conseguenza di un **ostacolo** al deflusso dell'urina, come si verifica nel caso della stenosi del giunto pielo-ureterale (cioè il restringimento della struttura che conduce l'urina dal bacinetto renale verso l'uretere) o nel megauretere ostruttivo (cioè il restringimento della struttura che conduce l'urina dall'uretere verso la vescica).
- Infine l'idronefrosi può essere determinata dal **reflusso delle urine** già contenute nella vescica che risalgono verso le alte vie urinarie, dilatandole.

Come si può diagnosticare

Per diagnosticare le idronefrosi e valutarne il grado l'**ecografia** è lo strumento migliore; non è invasiva, senza effetti collaterali, ben accetta sia dai piccoli pazienti che dai loro genitori.

Qualora si sospetti che l'idronefrosi riconosca una causa ostruttiva, occorrerà aggiungere all'ecografia altre indagini come la **scintigrafia renale** dinamica, in grado di valutare sia la funzionalità renale complessiva che la percentuale con cui ogni singolo rene contribuisce alla funzione totale.

Se l'ecografia fa sospettare che la causa dell'idronefrosi sia un reflusso vescico-ureterale, l'indagine da eseguire è la **cistografia minzionale**.

La cistografia può essere effettuata sia con le tecniche radiodiagnostiche tradizionali (le più diffuse), che con altre metodiche a minor impatto radiobiologico come la cistoscintigrafia, eseguita con radioisotopi o la cistosonografia, eseguita con tecnica ecografica.

Come si può curare

Nella maggior parte dei neonati l'idronefrosi congenita è asintomatica e si risolve spontaneamente, senza complicazioni.

Quando le idronefrosi sono diagnosticate prima della nascita non è necessario modificare il naturale decorso della gravidanza anticipando la data del parto né è

indicato il taglio cesareo. Solo nei rari casi di idronefrosi di grado elevato e bilaterale è opportuna una presa in carico fin dai primi giorni di vita.

Negli scorsi decenni i neonati con dilatazioni delle vie urinarie erano sottoposti a una profilassi antibiotica perché si temeva che il ristagno e, ancor più, il reflusso potessero predisporre alle infezioni e queste potessero a loro volta produrre cicatrici e un danno renale progressivo. Oggi è chiaro che il danno renale associato a questa condizione è di natura “malformativa”, si verifica prima della nascita e non può essere prevenuto né curato con antibiotici. Nella maggior parte dei casi si è dimostrato sicuro e prudente un approccio meno invasivo, in cui si associano l’attenta sorveglianza clinica, il monitoraggio ecografico ed una tempestiva terapia di eventuali episodi infettivi.

L’indicazione alla correzione chirurgica è limitata a casi gravi in cui l’ostruzione ha prodotto una perdita di funzione. Anche il reflusso vescico-ureterale (RVU) ha una buona tendenza alla guarigione spontanea (che può raggiungere l’80% dei casi) pertanto la terapia chirurgica è riservata a quella esigua popolazione di bambini che non guarisce spontaneamente e la situazione si complica con infezioni.

Di solito è preferito il trattamento endoscopico perché il rischio di complicanze è minimo, l’indice di successo elevato, ed è eseguibile in regime ambulatoriale o di day-surgery.

Consigli per i genitori

- I genitori dovrebbero favorire una stretta collaborazione tra chi ha seguito la gravidanza (ginecologo) e chi segue il bambino (pediatra), perché la conoscenza della storia prenatale è essenziale per una gestione ottimale dopo la nascita.
- La presenza di un’anomalia ecografica dell’apparato urinario all’esame eseguito in gravidanza non deve allarmare perché non implica necessariamente conseguenze per la salute del bambino;
- Ai genitori, adeguatamente informati e addestrati, è giusto affidare l’esecuzione dell’esame rapido delle urine (stix) in cui cercare conferma o smentita del sospetto di una infezione urinaria.