

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Nefrologia Pediatrica - SInePe

1	<p>Non eseguire urocolture come esame di routine o in assenza di sintomi tipici di infezione delle vie urinarie; evitare l'utilizzo del sacchetto per la raccolta delle urine.</p> <p>L'esecuzione di urocoltura di routine (una volta al mese) è spesso prevista nel follow-up di bambini con malformazioni nefrourologiche o fa parte degli esami di screening prescritti a bambini in benessere clinico. In questi casi il riscontro di crescita batterica, anche a elevato titolo, è quasi sicuramente legato a contaminazione, vista la difficoltà a raccogliere le urine in maniera sterile nel bambino o la possibile presenza di batteriuria asintomatica, che non richiede trattamento specifico. L'uso del sacchetto, di larghissimo uso nel bambino per raccogliere l'urina per l'esecuzione per l'urocoltura, ha il maggiore rischio di contaminazione e dovrebbe essere sostituito da altre metodiche come la raccolta da mitto intermedio o il cateterismo vescicale.</p>
2	<p>Evitare di effettuare subito, in caso di proteinuria di basso grado e asintomatica, esami ematici e strumentali complessi, ma eseguire: anamnesi, visita clinica e nuovo esame delle urine per due volte, con cadenza settimanale. In caso di conferma proseguire l'iter diagnostico della proteinuria.</p> <p>Nel bambino il riscontro occasionale di proteinuria di basso grado, frequente nella pratica clinica, non sempre indica una condizione di danno o malattia renale. Pertanto è utile definire un percorso diagnostico più appropriato, avendo la necessità sia di scoprire in tempo una condizione patologica che, se trascurata o misconosciuta, potrebbe avere ripercussioni negative sulla funzione renale, sia di evitare indagini e trattamenti inutili e costosi.</p> <p>Al riscontro di proteinuria di basso grado, effettuati anamnesi ed esame clinico alla ricerca di segni e sintomi evidenti di patologia renale (edemi, disturbi minzionali, alterazioni macroscopiche del colore delle urine, ipertensione arteriosa, alterata crescita staturale-ponderale e/o lesioni cutanee particolari) va confermata la persistenza di tale dato. Con anamnesi ed esame clinico negativi, l'approccio diagnostico più adeguato è la ripetizione del semplice esame delle urine. Infatti, in coincidenza di eventi scatenanti (sforzo fisico, febbre o una momentanea disidratazione con eccessiva concentrazione delle urine) si può verificare proteinuria in un singolo esame delle urine. In tal caso è utile ripetere, in assenza dell'evento scatenante, almeno due volte l'esame delle urine con cadenza settimanale.</p> <p>La persistenza della proteinuria richiede invece il passaggio al successivo approfondimento diagnostico (esame microscopico del sedimento urinario, urocoltura, quantificazione della proteinuria, esami ematici ed indagini strumentali).</p>
3	<p>Non usare indiscriminatamente l'albumina nei soggetti con sindrome nefrosica all'esordio.</p> <p>Nei pazienti pediatrici con Sindrome Nefrosica all'esordio le infusioni di albumina (seguite da boli di furosemide) dovrebbero essere limitate esclusivamente ai soggetti ipovolemici. Infatti, mentre in questi ultimi l'infusione di albumina può aumentare il volume intravascolare, migliorando l'emodinamica renale ed aumentando la diuresi, nei soggetti ipovolemici al contrario può esacerbare l'ipovolemia, contribuendo all'ipertensione ed al rischio di creare o peggiorare l'edema polmonare. La sintomatologia clinica (ipotensione, tachicardia, dolore addominale, cefalea o capogiri, sonnolenza, ritardato tempo di refilling, crampi muscolari) ed una riduzione significativa della frazione di escrezione del sodio (FeNa <0.2) sono i parametri da valutare per la diagnosi di ipovolemia.</p>
4	<p>Non eseguire alcuna indagine biomorale e strumentale in caso di microematuria asintomatica risultata ad un esame di urine random.</p> <p>Ad un esame delle urine random la microematuria isolata nei bambini di tre anni incide mediamente nell'8% dei casi, in una percentuale superiore a quella che si riscontra in età scolare (mediamente 3-4%). Tuttavia in entrambi i gruppi di popolazione pediatrica l'incidenza di microematuria crolla significativamente, riscontrandosi in una percentuale media tra lo 0,7-1,5%, al secondo controllo urinario. Solo di fronte ad una microematuria persistente vi sono le indicazioni ad esami di secondo livello, correlando il reperto urinario all'anamnesi, alla sintomatologia clinica ed alla morfologia eritrocitaria, per orientare le indagini per screenare una patologia glomerulare od urologica.</p>
5	<p>Nei bambini di età inferiore a sei anni con enuresi primaria monosintomatica non è necessario richiedere una consulenza specialistica, esami laboratoristici o strumentali (eccetto uno stick urine) e iniziare una terapia farmacologica.</p> <p>L'enuresi primaria monosintomatica non richiede sotto i sei anni di vita l'invio dallo specialista e approfondimenti diagnostici particolari eccetto un semplice stick delle urine. Quest'ultimo deve essere eseguito prestando particolare attenzione all'eventuale presenza di glicosuria, di proteinuria e valutando il peso specifico. Non è altresì indicata alcuna terapia farmacologica. È necessaria, invece, un'attenta anamnesi minzionale. Dopo i sei anni di vita, prima dell'invio dallo specialista, è utile praticare terapia comportamentale per almeno sei mesi (nell'ora e ½ prima di dormire ridurre al minimo l'introito dei liquidi, svuotare la vescica prima di andare a letto e non bere durante la notte), compilando diario minzionale. Inoltre correggere, se necessario, l'alvo. In caso di fallimento della terapia comportamentale (almeno 50% di notti asciutte) valutare in accordo con la famiglia di associare per 8 settimane una terapia di supporto ("l'allarme per enuresi notturna" o la desmopressina a 120 mcg/sera) previa compilazione del "diario notturno" il mese prima dell'inizio della terapia. Quest'ultimo dovrà essere confrontato con quello del mese dopo l'avvio del trattamento. In caso di insuccesso (almeno 50% di notti asciutte) inviarlo al centro specialistico.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

Come si è giunti alla creazione della lista

Dopo avere informato tutti i soci della iniziativa, inviando un documento col quale se ne illustravano i fini, si invitavano tutti a presentare delle indicazioni, allo scopo di scegliere poi le cinque pratiche a rischio di inappropriately risultate più segnalate. In seguito, il consiglio direttivo ha elaborato un documento relativo a 5 pratiche individuate e lo ha presentato al 31° Congresso Nazionale della Società (Vieste 2015) con lo scopo di ottenere collaborazione e condivisione. Il testo così completato è stato inviato a tutti i soci della SInePe per la definitiva approvazione. Recepite le osservazioni ed i commenti favorevoli dei soci, si è elaborato il testo nella versione finale ed inviato a Slow Medicine.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none">1. Subcommittee on Urinary Tract Infection SCoQI, Management, Roberts KB. Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. Pediatrics. Sep 2011;128(3):595-610.2. Ammenti A, Cataldi L, Chimenz R, et al. Febrile urinary tract infections in young children: recommendations for the diagnosis, treatment and follow-up. Acta paediatrica. May 2012;101(5):451-457.3. National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary tract infection in children: diagnosis, treatment and long term management. 2007. (http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG54fullguideline.pdf).
2	<ol style="list-style-type: none">1. Yanagihara T, Hamada R, Ishikura K, Uemura O, Matsuyama T, Takahashi S, Honda M. Urinary screening and urinary abnormalities in 3-year-old children in Japan. Pediatr Int. 2015 Jun;57(3):354-8.2. Masciani M., Pasini A., Montini G. Proteinuria asintomatica nel bambino. G Ital Nefrol. 2011 Sep-Oct; 28 (5): 489 – 498.3. Van der Velde M, Halbesma N, de Charro FT, et al. Screening for albuminuria identifies individuals at increased renal risk. J Am Soc Nephrol 2009 Apr; 20 (4): 852-62.
3	<ol style="list-style-type: none">1. Pasini A, Aceto G, Ammenti A, Ardissino G, Azzolina V, Bettinelli A, Cama E, Cantatore S, Crisafi A, Conti G, D'Agostino M, Dozza A, Edefonti A, Fede C, Groppali E, Gualeni C, Lavacchini A, Lepore M, Maringhini S, Mariotti P, Materassi M, Mencarelli F, Messina G, Negri A, Piepoli M, Ravaglia F, Simoni A, Spagnoletta L, Montini G; NefroKid Study Group. Best practice guidelines for idiopathic nephrotic syndrome: recommendations versus reality. 2015 Jan;30(1):91-101.2. Melissa A. Cadnapaphomchai & Oleksandra Tkachenko & Dmitry Shchekochikhin & Robert W. Schrier. The nephrotic syndrome: pathogenesis and treatment of edema formation and secondary complications. Pediatr Nephrol (2014) Jul; 29 (7):1159–1167.3. Kapur G, Valentini RP, Imam AA, Mattoo TK. Treatment of severe edema in children with nephrotic syndrome with diuretics alone—a prospective study. Clin J Am Soc Nephrol (2009) May; 4 (5):907–13
4	<ol style="list-style-type: none">1. Takeshi Yanagihara, Riku Hamada, Kenji Ishikura, Osamu Uemura, Takeshi Matsuyama, Shori Takahashi, and Masataka Honda. "Urinary screening and urinary abnormalities in 3-year-old children in Japan". Pediatr. Int. (2015) Jun; 57 (3): 354–8.2. Joo Hoon Lee, Hae-Won Choi, Yoon Jung Lee and Young Seo Park. "Causes and outcomes of asymptomatic gross haematuria in children". Nephrology (2014) Feb; 19 (2): 101-6.3. Deepa L. Sekhar, Li Wang, Christopher S. Hollenbeak, Mark D. Widome and Ian M. "A Cost-effectiveness Analysis of Screening Urine Dipsticks in Well-Child Care". Pediatrics 2010 Apr;125 (4):660-3;
5	<ol style="list-style-type: none">1. Neveus T1, Eggert P, Evans J, Macedo A, Rittig S, Tekgöl S, Vande Walle J, Yeung CK, Robson L; International Children's Continence Society. Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society. J Urol. 2010 Feb;183(2):441-7. doi: 10.1016/j.juro.2009.10.043. Epub 2009 Dec 14.2. Johan Vande Walle & Soren Rittig & Stuart Bauer & Paul Eggert & Daniela Marschall-Kehrel & Serdar Tekgul. Practical consensus guidelines for the management of enuresis. Eur J Pediatr (2012) Jun; 171 (6):971–83 .

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **"Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy"** in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriately in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, IPASVI, Change, Altroconsumo, Partecipasalute, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano. Per ulteriori dettagli: www.choosingwiselyitaly.org; www.slowmedicine.it

La **Società di Nefrologia Pediatrica, SInePe**, riunisce i professionisti che nel nostro Paese si occupano di Nefrologia Pediatrica. Scopi della SInePe sono: favorire il progresso degli studi clinici e sperimentali della Nefrologia Pediatrica, favorire lo sviluppo e la standardizzazione delle metodologie di ricerca e di applicazione clinica, promuovere ricerche in collaborazione tra gruppi italiani e stranieri, favorire la formazione scientifica dei giovani ricercatori, promuovere la diffusione delle conoscenze e l'insegnamento nel campo della Nefrologia Pediatrica, nonché favorire iniziative rivolte alla prevenzione e agli aspetti sociali delle malattie dell'apparato urinario in età pediatrica.

www.sinepe.it