

Il bambino ha la rinofaringite? ... facciamo l'esame delle urine!

Riassunto

Le infezioni delle vie urinarie, hanno in età pediatrica una frequenza molto elevata specialmente nel primo anno di vita. Il sesso femminile è globalmente il più colpito, anche se nel periodo sopra citato l'andamento è contrastante, infatti nei primi sei mesi di vita i maschietti sono nettamente più predisposti, mentre dopo il secondo anno aumentano considerevolmente le infezioni a carico del sesso femminile.

Nelle urine è evidenziabile la presenza di germi gram negativi, tra i più frequenti ritroviamo *Escherichia coli* che generalmente rappresentano il 60/70%. In ordine decrescente sono presenti *Proteus mirabilis* e *Pseudomonas aeruginosa*.

La localizzazione degli agenti batterici a carico dell'apparato urinario può avvenire per tre vie: ascendente quando sono associate malformazioni; ematica nel caso di infezioni di germi a livello sistemico e linfatica se attraverso la via linfatica avviene la diffusione di microorganismi, presenti a livello addominale.

Il quadro sintomatologico delle infezioni delle vie urinarie dipende dall'età del soggetto. Nel neonato spes-

so il dato più evidente è una crescita rallentata associata a vomito. Dal 2° al 4° mese è frequentissima la comparsa di febbre elevata accompagnata da otite. In questi casi il bimbo presenta ciclicamente episodi febbrili accompagnati da forme catarrali a carico delle prime vie respiratorie

In tutti i casi comunque vale la pena di effettuare una urinocultura di controllo quando, pur non essendo presente febbre, compaiono sintomi come ipotonia, scarso incremento ponderale, forme di otiti e rinofaringiti recidivanti.

La diagnosi delle infezioni delle vie urinarie è basata sull'esame delle urine e in particolare sull'urinocultura considerando questa positiva quando la carica batterica supera 100.000 x ml.

Eventuali esami come la cistografia devono essere considerati opportuni per escludere possibili malformazioni congenite.

Terapia

La terapia allopatica si basa sulla valutazione dell'antibiogramma dell'urinocultura, ciò potrebbe permettere l'individuazione dell'antibiotico maggiormente efficace.

La terapia omeopatica si basa sulla

individuazione del germe responsabile dell'infezione, la somministrazione del nosode specifico, associando rimedi Fito-gemmoterapici che hanno spiccato tropismo a carico dell'apparato urinario.

In questo caso è stato utilizzato *Colibacillinum*. Questo nosode è costituito da tre ceppi di *Escherichia coli*. La Materia Medica di questo rimedio comprende sintomi come: astenia, stanchezza, anoressia, digestione molto lenta, lingua con patina biancastra, nel bambino si segnala anche diarrea profusa e vomito.

A carico dell'apparato urinario le key notes sono: urina torbida di cattivo odore, stimolo frequente con bruciore alla fine della minzione, tra gli aggravamenti il peggioramento con il latte e con il freddo.

Il Fitogemmoterapico utilizzato è *Vaccinum vitis idae* (mirtillo rosso), la parte utilizzata in questo caso sono i giovani getti in soluzione idrogliceralcoolica 1 DH. Il suo organotropismo è indirizzato maggiormente all'intestino dove ha una azione di regolazione sia nella stipsi che nella diarrea e di ripristino della flora batterica oltre che di correzione del dismicrobismo delle vie urinarie.

Casi clinici

Il primo bimbo mi giunge all'osservazione all'età di sette mesi. È dall'età di 40 giorni che presenta alterazioni a carico dell'alvo, con scariche diarroiche acide, frequenti episodi catarrali a carico delle alte vie respiratorie, insonnia e agitazione notturna.

In questo periodo sono state effettuate numerose urinocolture, praticate anche in ambito ospedaliero. Queste hanno evidenziato cariche batteriche di *Escherichia coli* superiori al 1.000.000.

Per questo motivo sono state intraprese numerose e diverse terapie antibiotiche; quando queste sono state interrotte, gli esami effettuati nei giorni seguenti sono risultati sempre positivi.

Al momento della visita il bimbo sta effettuando da 4 settimane l'ennesima terapia di profilassi, con dosi quotidiane di amoxicillina, ma persistendo la positività dell'urinocoltura è stata proposta una cistografia per escludere alterazioni anatomiche.

In attesa di praticare l'esame prenotato, la mamma si rivolge a me per valutare l'opportunità di una terapia omeopatica.

M. è un bimbo ben cresciuto, i percentili del peso sono a livello del 75/90 centile, mentre l'altezza corrisponde al 50 centile, presenta a carico del capo una crosta latteata, l'addome si presenta globoso e disteso non sono evidenti clinicamente altre patologie.

L'alimentazione del bimbo è mista, attualmente sta effettuando 2 pasti di latte materno e 3 di latte artificiale di proseguimento, le scariche diarroiche si presentano in numero di 3/4 al di, con muco e arrossamento cutaneo locale.

Come primo provvedimento, mantenendo il latte materno, sostituisco i

pasti artificiali con latte acidificato (Pelargon 2) inoltre somministro *Vaccinus vitis* idea 15 gtt 2 volte di e una monodose di *Colibacillinum* 200 CH alla settimana per tre settimane.

Dopo 5 giorni dall'inizio della terapia c'è un netto miglioramento a carico dell'alvo poiché le scariche si riducono di intensità e migliora la consistenza delle feci.

A distanza di 10 giorni faccio effettuare la prima urinocoltura che dà esito negativo, pur facendo proseguire la terapia di base faccio seguire ulteriori controlli settimanali che si rivelano sempre negativi. A questo punto proseguendo solo il *Vaccinus vitis* decido d'accordo con la mamma di rinunciare alla cistografia e opto per una ecografia, esame meno invasivo e sicuramente valido per evidenziare eventuali malformazioni.

M. ha proseguito ancora per qualche settimana la terapia con il fitogemmoterapico fino al completo miglioramento dell'alvo. Da otto mesi non ha più sofferto di problemi a carico delle vie urinarie, c'è stato anche un netto miglioramento dei disturbi del sonno; attualmente gode di buona salute salvo i normali fatti di raffreddamento.

B.D. è un bimbo che segue dalla nascita ha goduto di buona salute sino all'età di 2 mesi quando una febbre improvvisa senza sintomi obiettivi con rialzo termico oltre i 39° ha portato al ricovero in ambiente ospedaliero con sospetta diagnosi di infezione delle vie urinarie.

Questa ipotesi è stata confermata alla prima urinocoltura, positiva per *Escherichia coli* > 1000000, ed è stata approntata terapia allopatrica con cefalosporina iniettiva per 7 giorni.

Alla dimissione è stata consigliata te-

rapia di mantenimento con cefalosporina x os x 4 mesi e controlli con cistografia effettuata due mesi dopo, questa ha dato esito negativo.

Gli ulteriori esami urine hanno dato esito sempre positivo. A questo punto all'età di dieci mesi sono comparso anche disturbi intestinali ed è stata finalmente accettata la mia proposta di terapia omeopatica. Per due settimane è stata somministrato *Colibacillinum* 200 una monodose alla settimana e *Vaccinus vitis* 1 DH MG 15 gtt x 2 per 1 mese. Dopo 15 giorni dall'inizio della terapia si sono negativizzati gli esami, regolarizzato l'alvo e attualmente B.D., all'età di 15 mesi, gode di buona salute. Gli esami effettuati periodicamente risultano negativi.

Conclusioni

Pare evidente come la terapia omeopatica con il nosode specifico sia di gran lunga più efficace della allopatrica, che se... "probabilmente utile" nei casi acuti, si dimostra decisamente inefficace e dannosa quando praticata come profilassi terapeutica. Da considerare la notevole importanza del fitogemmoderivato, che oltre all'azione antibatterica a livello urinario ha permesso una regolarizzazione della flora intestinale sicuramente alterata dall'uso indiscriminato degli antibiotici.

BIBLIOGRAFIA

- Nelson *Pediatria*
- Burgio Ugazio *Pediatria essenziale*
- Schwarz Thiene *Manuale di pediatria*
- Julian *Materia medica dei nosodi*
- Piterà *Compendio di gemmoterapia clinica*
- Brigo *Fitogemmoterapia*
- Campanini *Dizionario di fitoterapia*
- Reckeweg *Materia medica omeopatica*