

FIGLI DI UN DIO MINORE O MIRACOLI? CONSIDERAZIONI SUI BAMBINI NATI DA MAMME IN DIALISI



Dr.ssa Giugina Barbara Piccoli

S.S. Nefrologia
A.S.O.U. San Luigi Gonzaga
Università di Torino
Torino
e-mail: gbpiccoli@yahoo.it

Che cosa desideriamo dai nostri figli? Cosa sogniamo per loro? Che siano belli, intelligenti, intrepidi, fortunati, sani come pesci, pronti a nuotare nel tempestoso mare del nostro mondo in crisi.

Nella nostra società avere dei bambini si è impercettibilmente spostato da dovere sociale a scelta e conquista per chi, come le donne in dialisi, si è a lungo vista limitata la possibilità di una "vita normale". Il crescente coinvolgimento dei pazienti nelle proprie scelte e il pro-

gressivo spostarsi del punto focale da un "*beneficium-non maleficium*" ad una scelta patteggiata, dando valore al quarto principio etico, l'autonomia, ha portato con maggiore frequenza a situazioni un tempo "sconsigliate", come le gravidanze nelle donne in dialisi (1, 2).

Numerosi lavori ci hanno recentemente permesso di riconsiderare gli esiti materno-fetali in madri in dialisi, proponendo una serie di spunti interessanti sia dal punto di vista clinico sia etico, sfatando, pur nell'ambito di rischi considerevoli, il mito dell'impossibilità di procreare in dialisi, e riportando, almeno in piccole casistiche, una percentuale di successo prima insperato, in ben oltre il 75% dei concepimenti (1, 2).

Se la prognosi, dunque, non pare così nefasta per la madre e la felicità del "baby in braccio", come gli anglosassoni definiscono il successo del primo periodo *post-partum*, è sempre meno preclusa, una serie di lavori sottolinea come molte malattie dell'adulto, prime tra tutte quelle che ci riguardano da vicino, ipertensione, diabete, obesità e nefropatia, siano condizionate dalla vita intrauterina, dalla prematurità, e dalla prima fase dell'atterraggio al mondo (3, 4).

In questo contesto si colloca il lavoro "*What about the renal function during childhood of children born from dialysed mothers?*" (5). I casi sono pochi, 10 bambini, nati da 7 madri in dialisi; al di là di un bambino che ha richiesto, per una malattia genetica, un trapianto renale in tenera età, gli altri figli hanno una funzione renale normale. Il *range* di età è ampio, da 25 anni a 8 mesi. Nella tabella che presenta i dati funzionali renali vi è un curioso elemento: i bambini-ragazzi-figli sono denominati "*patients*". Viene innanzi tutto da chiedersi se si tratta di una scelta semantica, legata a segni larvati di ridotta massa nefronica in questa piccola coorte, o se si tratti di un lapsus freudiano, che legge la difficoltà di considerare sani i figli di madri malate.

L'elegante lavoro, che conclude sottolineando la necessità di seguire strettamente i figli di mamme in dialisi, pone alcuni quesiti. In questa piccola casistica, la presenza di microalbuminuria e l'aumento della concentrazione di beta2-microglobulina urinaria (in 4/9 figli "sani") non è confinata ai casi con basso peso neonatale; mancano tuttavia, solidi dati di controllo in altri "piccoli per età gestazionale". Dobbiamo dunque, come suggeriscono gli autori, controllare a vita, con esami sofisticati e costosi, tutti i bambini "piccoli per età gestazionale"? E se uno degli scopi del *follow-up* dei figli di madri in dialisi è identificare precocemente patologie ereditarie, non dovremmo attrezzarci per controllare tutti i figli delle nostre pazienti in dialisi o con malattia renale cronica avanzata (estendendo, per *par conditio*, la valutazione anche a tutti i figli dei padri con grave malattia renale)?

O dobbiamo fermarci un attimo davanti al rischio di medicalizzare i figli nati da genitori che hanno già abbondantemente sofferto di malattie croniche che interferiscono con le scelte della vita?

Banale, ma forse ideale, riprendere il ruolo dei medici di famiglia, intesi come i medici di fiducia, che, dalla conoscenza della persona e della sua vita, diventano capaci di districarsi tra i rischi del nichilismo e quelli dello *screening*, bilanciando le lodevoli necessità di comprendere e prevedere il futuro con il rischio di trasformare i figli del dio minore in interessanti esseri "pazienti" da osservare.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI: L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Hou S. Pregnancy in women on dialysis: is success a matter of time? Clin J Am Soc Nephrol 2008; 3: 312-3.
2. Piccoli GB, Conijn A, Consiglio V, et al. Pregnancy in dialysis patients: is the evidence strong enough to lead us to change our counseling policy? Clin J Am Soc Nephrol 2010; 5: 62-71.
3. Hoy WE, Rees M, Kile E, et al. A new dimension to the Barker hypothesis: low birthweight and susceptibility to renal disease. Kidney Int 1999; 56: 1072-7.
4. Nistala R, Hayden MR, Demarco VG, et al. Prenatal programming and epigenetics in the genesis of the cardiorenal syndrome. Cardiorenal Med 2011; 1: 243-54.
5. Abou-Jaoude P, Dubourg L, Bessenay L, et al. What about the renal function during childhood of children born from dialysed mothers? Nephrol Dial Transplant 2012; 27: 2365-9.