

Calendario di chirurgia elettiva

Parte I: Chirurgia inguino-scrotale

ANTONIO MESSINEO

Chirurgia Pediatrica, IRCCS Burlo Garofolo, Università di Trieste

Uno scarno taccuino, da chirurgo, con poche idee semplici e semplificanti; un calendario rigoroso ma senza rigidità per le patologie chirurgiche più comuni del tratto inguino-scrotale (idrocele, cisti, ernia, criptorchidismo), con alcune indicazioni critiche sulle procedure e sulla comunicazione.

ERNIA INGUINALE

Per ernia inguinale del bambino (o ernia congenita) si intende la persistenza della pervietà del dotto peritoneo-vaginale che comporta il passaggio, attraverso il canale inguinale, di anse intestinali (nel maschio) o dell'ovaio (nella femmina). Il dotto peritoneo-vaginale, che normalmente è oblitterato alla fine del periodo fetale, si può comunque chiudere entro il secondo anno di vita.

La pervietà completa del dotto peritoneo-vaginale non determina necessariamente la comparsa di un'ernia: nel maschio, quando la comunicazione tra peritoneo e vaginale del testicolo è sottile, attraverso il dotto passa solo del liquido peritoneale che si raccoglie nella vaginale del testicolo formando l'idrocele comunicante.

La pervietà parziale del dotto, con oblitterazione sia sul versante peritoneale che su quello della vaginale testicolare dà luogo, invece, a una cisti del funicolo nel maschio e alla cisti di Nuck nella femmina.

L'incidenza dell'ernia inguinale varia dallo 0,8 al 4% dei nati vivi, con una prevalenza nel maschio sulla femmina da 6:1 a 8:1. L'incidenza sale mediamente nei prematuri al 26% ed è tanto più alta quanto più grave è la prematurità.

Quando operare le singole patologie
L'ernia inguinale. Prima possibile, specie nel bambino fino ai 2-3 anni di vita. Il motivo risiede nel fatto che il rischio di danno all'intestino, al testicolo o all'ovaio (quest'ultimo è al maggior rischio), a seguito dello strozzamento o dell'intasamento erniario è più alto delle possibili

THE SURGICAL CALENDAR

(Medico e Bambino 18, 627-628, 1999)

Key words

Cryptorchidism, Inguinal hernia, Surgery

Summary

The timing and treatment of a few common surgical conditions are discussed. Inguinal hernia should be surgically treated as soon as possible. Funicular cyst and hydrocele can wait until the end of the second year. Testes must be in their scrotal site by the end of the second year. Hormonal treatment - with HCG rather than LHRH - is effective in 10% of cases of undescended testis. Ultrasound is indicated when the testis is not palpable and laparoscopy when ultrasound is negative. If neither testes are palpable nor visible, hormone levels should be investigated and chromosomal abnormalities looked for.

li complicanze dell'intervento; il rischio aumenta quanto più il bambino è piccolo. I prematuri, quindi, dovrebbero essere operati prima della dimissione dalla Patologia Neonatale.

Idrocele, cisti del funicolo e cisti di Nuck. L'intervento può essere programmato con tranquillità, vista l'assenza di complicanze; non prima dei 2 anni di vita, perché entro questa età, il dotto si può chiudere spontaneamente.

Come trattare le complicanze erniarie

Si tratta, come già detto, dell'intasamento o dello strozzamento di anse intestinali nel maschio e dell'ovaio nella femmina.

- *Nel maschio:* cercare di ridurre l'intestino intasato. Se ci si riesce, operare dopo 48 ore; in caso negativo: intervento subito.

- *Nella femmina:* cercare di ridurre l'ovaio intasato. Se non ci si riesce, intervento entro 24-48 ore; se l'ovaio appare edematoso e dolente (sospetto di torsio-

ne), non conviene cercare di ridurlo: intervento subito.

Cosa bisogna dire ai genitori dell'intervento chirurgico?

1. Si tratta di un intervento di routine nei Centri di Chirurgia Pediatrica.
2. È comunque un intervento "delicato", soprattutto nei bambini molto piccoli. Occorre consigliare di farlo eseguire in strutture adeguate (Centri di Chirurgia Pediatrica). L'ernia congenita del bambino, infatti, non deve essere considerata alla stessa stregua dell'ernia dell'adulto (nel bambino, come abbiamo detto, si tratta di un difetto congenito e il tutto si risolve con la chiusura del dotto, mentre l'ernia dell'adulto è un'ernia da debolezza muscolare che richiede una plastica inguinale).
3. L'intervento viene eseguito quasi sempre in "regime" di day hospital (nei bambini al di sotto dei 6 mesi si preferisce trattenere i bambini in osservazione la notte dopo l'intervento).

4. L'incidenza delle recidive di un'ernia del bambino è inferiore all'1%.
5. L'incidenza di una possibile comparsa di un'ernia controlaterale va dal 10 al 15%.

CRIPTORCHIDISMO

Il termine criptorchidismo significa testicolo nascosto e viene usato genericamente per indicare un testicolo che si trova permanentemente al di fuori dello scroto.

Il testicolo criptorchide può essere definito come:

-*ritenuto*, quando la gonade si trova all'interno del canale inguinale (via normale di discesa che, nel periodo embrionale, consente al testicolo di scendere dal retroperitoneo allo scroto);

-*ectopico*, quando è al di fuori di questa via (solitamente si tratta di una ectopia sottocutanea o perineale).

L'incidenza del criptorchidismo è alla nascita del 3% (26% nel prematuro) e diventa dello 0,5% dopo i 6 mesi. Dopo questa età l'incidenza si mantiene costante; quindi, prima di parlare di criptorchidismo, bisognerà aspettare almeno i 6 mesi di vita.

Come fare diagnosi di criptorchidismo

La diagnosi di criptorchidismo è una diagnosi clinica che va fatta in ambulatorio, con l'ispezione e la palpazione. È necessario non aver fretta perché il bambino deve essere prima tranquillizzato e poi visitato con cura. È importante la palpazione bimanuale: se il sospetto è di criptorchidismo destro, le dita della mano sinistra dovranno muoversi delicatamente lungo il canale inguinale destro cercando di "spingere" la gonade verso lo scroto che verrà palpato con la mano destra. L'opposto per il criptorchidismo sinistro: mobilitazione del testicolo con la mano destra e palpazione con la sinistra.

Grazie alla valutazione clinica possiamo distinguere varie condizioni.

Testicolo retrattile: è il testicolo che è possibile ricondurre nello scroto con manovre manuali e che nello scroto rimane, con bambino rilassato, per alcuni secondi; in questi casi si devono rassicurare i genitori dicendo che alla pubertà il testicolo si fisserà definitivamente nello scroto. Si deve comunque essere molto prudenti prima di porre la diagnosi di testicolo retrattile e, in ogni caso, bisogna eseguire controlli ambulatoriali annuali o biennali perché, anche in "mani

TERAPIA ORMONALE CONSIGLIATA*

LHRH: 0,2 mg per narice x3 v al di x1 mese

HCG < 3anni: 500 U, 1 i.m./sett x 6 sett

HCG > 3 anni: 1000 U, 1 i.m./sett x 6 sett

*Consensus Conference (Torino, Ottobre 1998)

Tabella I

esperte", testicoli, giudicati come retrattili, si sono dimostrati nel tempo come criptorchidi.

Ectopia testicolare: è il testicolo criptorchide che è al di fuori della normale via di discesa; deve essere sempre trattato chirurgicamente (non c'è possibilità di discesa con la terapia ormonale).

Testicolo "dubbio": vi è un'incertezza clinica tra la diagnosi di testicolo ritenuto e quella di testicolo retrattile: in questi casi vi è una precisa indicazione alla terapia ormonale (Tabella I). Qualora il testicolo scenda, il problema si considererà risolto, negli altri casi si ricorrerà all'intervento chirurgico.

Testicolo "non palpabile": quando il testicolo non si palpa né nel canale inguinale né in posizione ectopica, per confermare il dato clinico è indicata un'ecografia inguino-scrotale (questo è l'unico caso in cui l'ecografia è indispensabile nel testicolo criptorchide!). Qualora, anche all'ecografia, il testicolo non fosse visibile nel canale inguino-scrotale, l'approccio consigliato è una laparoscopia diagnostica.

Testicolo bilaterale "non palpabile": in questi casi, all'ecografia si devono associare un assetto cromosomico e un test di stimolazione con HCG. Se si conferma la presenza di tessuto testicolare, anche in questo caso converrà eseguire una laparoscopia diagnostica.

Quando e come trattare il testicolo criptorchide ritenuto

C'è un consenso quasi unanime sulla necessità che il testicolo criptorchide sia posizionato nello scroto entro il secondo anno di vita. Molta discussa è invece la maniera di giungere a questo risultato: terapia medica o chirurgica?

A mio avviso, si deve ricorrere a un intervento chirurgico in quanto la terapia ormonale andrebbe eseguita solo nei casi dubbi.

Esistono evidenze che ci spingono a questa affermazione:

□ I risultati sono migliori con l'HCG rispetto all'LHRH.

□ Nel complesso, in lavori controllati, non più del 10% dei criptorchidismi risponde alla terapia ormonale.

□ Le percentuali di successo sono tanto più basse, quanto più il testicolo è alto.

□ La terapia ormonale con HCG è tanto più efficace quanto più è fatta vicino, o dopo, i 5 anni di età.

□ La terapia ormonale con HCG ha effetti collaterali, causati dall'aumento dei livelli plasmatici del testosterone, quali irrequietezza, iperemia scrotale, allungamento del pene e frequenti erezioni.

Se si escludono dunque i testicoli "dubbi", è consigliato l'intervento chirurgico, come già detto, entro il secondo anno di vita.

Cosa bisogna dire ai genitori a proposito dell'intervento chirurgico?

1. Si tratta di un intervento di routine nei Centri di Chirurgia Pediatrica.

2. Viene eseguito quasi sempre in "day hospital".

3. È un intervento "delicato" soprattutto in un bambino di 2 anni e dovrebbe essere eseguito in strutture adeguate (Centri di Chirurgia Pediatrica).

4. L'intervento, così come la terapia ormonale, serve a portare il testicolo nello scroto, mettendolo nelle migliori condizioni di svilupparsi normalmente. Ci sono comunque dei testicoli criptorchidi, in cui la gonade è già congenitamente malformata, per cui è possibile che lo sviluppo sia inferiore a quello del testicolo controlaterale.

5. Le percentuali di fertilità dei soggetti con criptorchidismo monolaterale sono comunque sovrapponibili a quelle dei soggetti normali.

MESSAGGI CHIAVE

L'ernia inguinale va operata prima possibile, appena diagnosticata; non c'è motivo di procrastinare.

La cisti del funicolo e l'idrocele possono aspettare la fine del secondo anno. È opportuno che il testicolo sia collocato nella sede scrotale entro il secondo anno di vita. La terapia ormonale serve nel 10% dei casi, meglio con HCG che con LHRH.

L'esame ecografico inguinale va riservato al testicolo non palpabile; se il testicolo non si palpa e non si vede all'ecografia, una laparoscopia è indicata.

Se nessuno dei due testicoli si palpa o si vede, è indicato un dosaggio ormonale sotto carico di LHRH ed eventualmente un assetto cromosomico.