

Due stipsi, una quasi corrente, l'altra rara.

STIPSI-POLIETILENGLICOLE 1-0

Silvia Nider, Giorgio Cozzi, Eva Da Dalt

*Clinica Pediatrica, Pronto Soccorso,
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste*

La prima cosa che facciamo prima di visitare un bambino in Pronto Soccorso è ovviamente guardare sul computer la causa di accesso indicata al triage e di chiedere alle infermiere qualche informazione preliminare sul bambino, tanto per farsi un'idea.

Filippo (nome di fantasia), 2 anni e mezzo: stipsi.

Famiglia alto-borghese, ben vestita, firmata.

Ci prepariamo perciò alla solita predica sul fatto che:

- bisogna prendere il polietilenglicole
- il polietilenglicole non è un farmaco, ma una molecola inerte che richiama acqua nell'intestino e facilita la morbidezza delle feci
- più acqua si beve più fa effetto
- l'obiettivo della terapia è di evacuare una/due volte al giorno feci morbide
- la terapia deve essere di lunga durata e la dose deve essere aggiustata nel tempo a seconda della consistenza delle feci
- infine, il bugiardo del farmaco riporta dosi terapeutiche minori di quelle che la nostra pratica clinica e numerosi studi indicano come efficaci.

Chiamiamo al microfono il bambino. Entra Filippo, accompagnato da papà e mamma; lui irritabile, loro sereni. La mamma inizia a raccontarci che il piccolo da parecchi mesi evacua con difficoltà poche volte alla settimana feci dure. Una terapia con polietilenglicole (0,4 mg/kg) è stata già iniziata e sospesa per

scarsi risultati. Infine, candidamente, ci dice che il piccolo non fa la cacca da 15 giorni.

15 giorni!

Sgomento nei nostri occhi, la madre non fa una piega.

Filippo a casa è difficilmente avvicinabile, non si lascia fare il bagnetto né cambiare il pannolino, negli ultimi giorni sono comparse numerose piccole scariche diarroiche, circa 10 al giorno.

Non riusciamo a visitarlo, l'addome però appare globoso e la mamma ci dice che ha intravisto l'ano molto arrossato.

Decidiamo immediatamente di eseguire un Rx addome che rivela una quantità impressionante di feci ferme in tutto il colon e nell'ileo, con addirittura una iniziale gastrectasia.

Comunichiamo perciò ai genitori che il piccolo presenta un impatto fecale da stipsi cronica con diarrea paradossa e che quindi deve essere ricoverato in chirurgia per eseguire un wash-out in sedazione.

Lasciamo due genitori preoccupati che accompagnano il figlio in chirurgia.

Il wash-out è stato eseguito con successo e Filippo il giorno successivo è tornato a casa.

Non pensavamo che nell'era del polietilenglicole potessimo incontrare ancora casi simili, soprattutto in famiglie apparentemente molto attente alla cura dei figli.

Spesso le famiglie sottodosano il farmaco, un po' per le indicazioni del bugiardo, un po' perché restie a dare terapie a lungo termine.

Per la stipsi il polietilenglicole è tutto, ma se il medico non lo prescrive alle dosi giuste, per i tempi giusti, perdendo tempo a spiegare l'obiettivo e gli effetti della cura, non si ottengono i risultati sperati.

RARO MA VERO

Federico Poropat¹, Giulia Gortani¹, Roberto Perin²

¹Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

²Clinica Pediatrica, Ospedale Civile di Latisana (Udine)

Gianluca (nome di fantasia) è un neonato da parto spontaneo, tampone materno per streptococco e sierologia per HCV, HBV, HIV negativi, ecografie prenatali nella norma. Attaccato al seno da subito, si presenta in buone condizioni generali. A 12 ore di vita la madre mi chiama allarmata per diversi episodi di vomito. Visitato il bambino, di cui unico elemento degno di nota è un addome lievemente disteso, tranquillizzo la madre spiegandole che non si tratta di vomito, ma di rigurgiti lattei, tutto sommato abbastanza frequenti nei neonati.

Gianluca non ha ancora meconiato, per cui per aiutarlo eseguiamo un microclistere, grazie al quale riesce a scaricare una piccola quantità di meconio denso. Ritornato nella sua stanza, il piccolo continua ad attaccarsi al seno, ma dopo qualche ora vengo richiamato per la ricomparsa del vomito, che questa volta io stesso vedo. È verastro. Vomito biliare, siamo nel chirurgico, mi dico.

Neonato che non meconia: sindrome del meconio spesso, fibrosi cistica, atresia intestinale, morbo di Hirschsprung. Altre

ipotesi non mi vengono in mente e diciamo che già le ultime due mi sembrano fantascienza. "Sono in un ospedale di rete, non in uno di terzo livello!", è stato il mio pensiero sul momento.

Gianluca esegue quindi una radiografia diretta dell'addome in ortostatismo, che mostra un'ansa dilatata in epigastrio: non sembra una doppia bolla. Per escludere comunque una stenosi duodenale esegue un pasto baritato, che risulta negativo.

Nel frattempo, le condizioni generali di Gianluca peggiorano: il piccolo è più lamentoso e il vomito si fa frequente. L'alimentazione viene sospesa e viene posizionato un sondino naso-gastrico con aspirazione continua per la prevenzione dell'*ab ingestis*. Il colon non è ancora stato valutato. Eseguiamo quindi un clisma opaco che mostra un micro-colon distale esteso fino all'angolo splenico. Il trasverso è dilatato a monte della restrizione.

Gianluca a questo punto è chiaramente candidato per un centro di terzo livello, dove viene trasferito con l'ipotesi di fibrosi cistica o Hirschsprung.

Dopo l'arrivo all'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste, eseguire la biopsie mucose e fare l'intervento di pull-through sono praticamente un tutt'uno. Diagnosi di Hirschsprung.

Ebbene sì, le malattie rare esistono anche fuori dal centro di terzo livello.