

Tre raccomandazioni al pediatra da parte del chirurgo

ANTONIO MESSINEO

Dipartimento di Chirurgia Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Le tre raccomandazioni sono quasi elementari. La diagnosi di appendicite acuta è soprattutto clinica; il vomito biliare è un segno molto forte di occlusione intestinale; la torsione del testicolo non può e non deve aspettare. Dietro tre queste tre semplici raccomandazioni c'è tutta una serie di preziosi dati di esperienza pratica.

COSA FARE QUANDO SI SOSPETTA UN'APPENDICITE ACUTA?

Considerare:

1. L'età del bambino. L'età maggiormente interessata è tra i 5 e i 15 anni. L'appendicite acuta è rara sotto i 5 anni. Tanto più piccolo è il bambino tanto più frequentemente accade che la prima manifestazione dell'appendicite acuta sia la perforazione appendicolare.

2. La storia clinica: il dolore. Come e quando è esordito il dolore addominale? Una storia che dura da mesi raramente è causata da un'appendicite acuta. Il dolore addominale da appendicite acuta è inizialmente periombelicale, di tipo colico e in qualche ora diventa continuo, localizzandosi in fossa iliaca destra. Si tratta usualmente di un dolore importante che, ad esempio, sveglia il bambino nel sonno.

3. I sintomi non dolorosi. Al dolore addominale si associano, spesso, vomito, febbre e chiusura dell'alvo. Solitamente compare prima la nausea, a cui può far seguito il vomito, prima alimentare e poi biliare. La febbre è usualmente una febricola, che non supera i 38°; ma può esserci febbre alta in caso di perforazione. L'alvo è chiuso a feci e gas; è da non trascurare, però, la diarrea paradossale (da irritazione peritoneale) in caso di peritonite.

RECOMMENDATIONS TO PAEDIATRICIANS BY THE SURGEON

(Medico e Bambino 19, 367-368, 2000)

Key words

Appendicitis, Intestinal occlusion, Testicular torsion, Paediatric surgery

Summary

The Author provides essential clues for the first approach to common surgical emergencies by practising paediatricians. For acute appendicitis, they are: pain, first periumbilical and colicky then right-sided and continuous; fever, usually moderate; vomiting and no stools passed; usefulness of Blumberg test and heel test and ultrasound, and uselessness of lab examinations. For intestinal occlusion, the paediatricians should remember the age-dependent character of the causes, the main clinical signs being vomiting and a distended abdomen. For testicular torsion, the need for immediate referral without any delay.

Visitare:

1. Ispezione. Il bambino presenta un dolore vivo in fossa iliaca destra che non consente una deambulazione regolare. Anche la semplice posizione supina può essere dolorosa.

2. Palpazione. La palpazione va fatta a bambino supino, con le ginocchia flesse per cercare di rilassare i muscoli addominali. Questa manovra deve essere sempre superficiale e deve partire dal punto più lontano rispetto alla regione dove c'è dolore. Ricordiamo il dolore elettivo in fossa iliaca destra e i segni di "irritazione" peritoneale: il segno di Blumberg (risposta dolorosa al rilascio

della mano che palpa la fossa iliaca destra) e il "tallon test" o meglio "heel test" (dolore localizzato alla fossa iliaca destra che si evoca nel paziente in posizione eretta, facendogli sollevare i talloni e invitandolo a batterli a terra con forza).

3. Esplorazione rettale. L'esplorazione rettale ci permette di verificare la presenza di una raccolta o di una massa nello scavo del Douglas e di eseguire una palpazione bimanuale. Dal momento che si tratta di una manovra molto dolorosa, dovrebbe essere lasciata allo specialista. Si deve, comunque, evitare l'esplorazione rettale nei casi in cui ci

sia già una diagnosi sicura di appendicite acuta o, nei casi dubbi, vi sia la possibilità di eseguire un'ecografia addominale, esame che è in grado di fornire informazioni più dettagliate rispetto all'esplorazione rettale.

Prescrivere:

1. Esami di routine. Gli esami di routine in caso di sospetta appendicite acuta sono la conta leucocitaria, gli indici di flogosi e l'esame delle urine. Il loro valore oggettivo è debole e tardivo: la diagnosi di appendicite acuta è comunque, sempre, clinica.

2. L'ecografia. L'ecografia è particolarmente utile quando c'è un dubbio diagnostico. La visualizzazione di un'appendice di calibro > 7 mm, non compressibile, e/o di un versamento corpuscolato nel Douglas, sono segni che ci permettono di porre con sicurezza la diagnosi di appendicite acuta. Tuttavia, la non visualizzazione dell'appendice all'ecografia non esclude l'appendicite acuta.

PRIMA RACCOMANDAZIONE

La diagnosi di appendicite acuta deve essere clinica. L'unica scelta del chirurgo pediatra di fronte a una diagnosi dubbia è di rivalutare il paziente a distanza di poche ore.

COSA FARE QUANDO SI SOSPETTA UN'OCCLUSIONE INTESTINALE?

Considerare:

1. Le cause di ostruzione intestinale acquisita in rapporto all'età del bambino. In rapporto all'età del bambino le cause possono essere:

- invaginazione intestinale (dai 4 ai 12 mesi)
- strozzamento erniario (soprattutto nei primi mesi)
- occlusioni da briglie (successive a un intervento chirurgico, a qualsiasi età)
- occlusioni da volvolo (specialmente nei primi 6 mesi)
- occlusioni da massa intrinseca o estrinseca (seconda o terza infanzia)
- occlusione intestinale da peritonite (appendice o Meckel perforato, specialmente nella prima e seconda infanzia).

2. La storia clinica. Ha avuto un intervento precedente? Come è comparso il dolore? (Il dolore acuto potrebbe suggerire il volvolo, i dolori crampiformi con acuzie e intervalli liberi l'invagina-

zione). È presente vomito biliare? Il vomito biliare è un sintomo la cui presenza ci deve consigliare approfondimenti diagnostici per escludere una causa chirurgica.

Visitare:

1. Ispezione dell'addome. È diffusamente globoso o lo è solo la parte superiore? Questo può essere utile nella diagnosi differenziale tra un'occlusione intestinale alta o bassa. Controllare accuratamente gli inguini nei lattanti per eventuali ernie strozzate.

2. Auscultazione. C'è peristalsi? È vivace o è torpida?

3. Palpazione. C'è un punto particolarmente doloroso?

Prescrivere:

1. Sondino naso-gastrico. Il sondino va inserito in tutti i casi di vomito biliare o di distensione addominale in cui si sospetti un'occlusione intestinale. Va lasciato "a caduta", cioè con il sacchetto di raccolta posto sul bordo del letto più basso rispetto alla punta che pesca nello stomaco.

2. Esami radiologici. La radiografia dell'addome in bianco va richiesta in posizione eretta per visualizzare gli eventuali livelli idroaerei. L'ecografia dell'addome spesso non è significativa per la presenza delle anse distese.

3. Digiuno. Fino a maggiore definizione diagnostica, il bambino in cui si sospetta un'occlusione intestinale va tenuto a digiuno.

SECONDA RACCOMANDAZIONE

Non trascurare mai il vomito biliare. Nel sospetto di occlusione intestinale posizionare un sondino naso-gastrico e richiedere una radiografia dell'addome in bianco, in posizione eretta.

COSA FARE QUANDO SI SOSPETTA UNA TORSIONE DEL TESTICOLO?

Considerare:

1. L'età del bambino. La torsione del testicolo (TT) si presenta con due picchi di incidenza, alla nascita e alla pubertà.

2. La storia clinica. L'insorgenza del dolore nella TT è rapida e improvvisa. Inoltre la nausea e il vomito sono sintomi tipici delle TT.

Visitare:

1. L'aspetto dello scroto. Una tumefazione importante, comparsa improvvisamente, suggerisce la TT.

2. La posizione del testicolo. Il testicolo ruotato e sollevato è segno di TT.

3. Il riflesso cremasterico. Si evoca strisciando l'interno della coscia con un oggetto appuntito, per esempio la punta di una matita. La risposta è una contrazione del cremastere, con risalita del testicolo. L'assenza del riflesso cremasterico è tipica della TT.

Prescrivere:

1. L'ecografia e l'eco-Doppler. Si tratta di metodiche operatore-dipendenti che possono orientare il clinico, ma non sostituirlo.

2. La visita chirurgica. È importantissimo riferire rapidamente il paziente al chirurgo. La TT è infatti una vera emergenza chirurgica, perché la possibilità di trovare un testicolo vitale diminuisce con l'aumentare del tempo intercorso tra inizio del dolore testicolare e detorsione chirurgica. In un lavoro riportato da Watkin, quando questo intervallo era < 16 ore, l'89% dei testicoli erano salvati; se il tempo trascorso era > 16 ore, la percentuale di testicoli salvati scendeva al 25%. In soli 3 casi (su 80 pazienti con TT valutati) il testicolo era stato salvato dopo che erano passate più di 24 ore dall'inizio del dolore.

TERZA RACCOMANDAZIONE

Nel caso di sospetto di torsione del testicolo è fondamentale inviare rapidamente il bambino al chirurgo.