

Quando il chirurgo “si lega le mani”

ANTONIO MESSINEO

Unità Operativa di Chirurgia Pediatrica, IRCCS “Burlo Garofolo”, Trieste

Le cose cambiano. Come il buon medico, anche il buon chirurgo è quello che sa non intervenire.

L'immagine del chirurgo interventista, che taglia a ogni costo e cuce, deve considerarsi uno stereotipo del passato. Il chirurgo moderno è quello che “si lega le mani”, cioè che rinuncia a esercitare la sua funzione più specifica - intervenire con il bisturi sul paziente - e supera alcuni dei cardini classici della chirurgia, come il “*ubi pus, ibi evacua*”, per discutere, insieme con il medico, se l'intervento rappresenti la soluzione più idonea per quel particolare paziente, e per definire il ruolo della chirurgia nello specifico “progetto terapeutico”.

In particolare il Chirurgo Pediatra, proprio perché si trova di fronte a un paziente con una lunga aspettativa di vita, nel momento in cui programma un intervento chirurgico, deve domandarsi come questa decisione influirà sulla qualità di vita del bambino, quali esiti a distanza siano prevedibili e, soprattutto, se esistano alternative alla soluzione chirurgica.

L'atteggiamento “conservativo” del Chirurgo Pediatra non è timore dell'intervento, ma una “sana” consapevolezza di quanto andrà fatto, e perciò implica la capacità di decidere se si può aspettare o se si deve intervenire, caso mai d'urgenza.

L'evoluzione in senso conservativo della Chirurgia Pediatrica viene ben evidenziata dalla discussione di 4 patologie che interessano il Chirurgo Pediatra: i traumi chiusi epatosplenici, il morbo di Crohn, l'ascesso appendicolare e l'acalasia anorettale (il cosiddetto morbo di Hirschsprung “ultracorto”).

I TRAUMI CHIUSI EPATOSPLENICI

In passato i traumi addominali chiusi del bambino comportavano un interven-

HANDS-OFF SURGERY

(*Medico e Bambino* 19, 643-645, 2000)

Key words

Abdominal trauma, Crohn's disease, Appendiceal abscess, Anorectal achalasia

Summary

In pediatric surgery, the choice of conservative management (which it is not necessarily non-operative) has modified the therapeutic approach to many conditions. In this paper, the Author examines the impact of this policy on 4 conditions: splenohepatic injuries, Crohn's disease, appendiceal abscess and anorectal achalasia. For all the above conditions suggestions are given based on literature review and personal experience.

to d'urgenza che spesso si concludeva o con la constatazione che l'emorragia si era arrestata spontaneamente o, pur in presenza di lesioni minime, con l'esecuzione di interventi demolitivi (quali splenectomie o epatectomie parziali), come misura preventiva di ulteriori complicanze.

Tra i primi a proporre l'atteggiamento conservativo e a confermare la bontà dell'attesa “vigile”, è stato Keith Oldhan, che ha rivisto retrospettivamente le cartelle di 53 bambini con traumi epatici, trattati conservativamente¹. Solo 4 dei 53 bambini erano stati sottoposti a laparotomia d'urgenza. Tra i rimanenti 49 pazienti, trattati con terapia medica, in 4 si erano verificate complicazioni (un'emobilia e 3 peritoniti biliari, tutte operate). Al controllo dopo 6 mesi, 51 su 53 bambini stavano bene: non si erano verificate emorragie tardive. Da quest'esperienza Oldhan concludeva che il trattamento conservativo delle lesioni epatiche era non solo possibile, ma consigliabile¹.

Successivamente, in un altro lavoro retrospettivo, Gauderer ha indicato i limiti del trattamento conservativo nei traumi epatici del bambino². Le sue conclusioni sono state che la laparotomia

era necessaria solo nei traumi con sanguinamento massivo. Bambini emodinamicamente stabili, cioè con richieste ematiche inferiori a 40 ml/kg nelle prime 12 ore, potevano e dovevano essere trattati in maniera “conservativa”².

Per quanto riguarda i traumi splenici, i Chirurghi Pediatrici dell'Hospital for Sick Children di Toronto, già nel 1981, avevano evidenziato l'importanza del trattamento conservativo in caso di trauma senza alterazioni emodinamiche³. Successivamente, lo stesso gruppo ha confermato questi dati in un lavoro retrospettivo su 75 bambini con lesione splenica documentata (TAC, ecografia, laparotomia, scintigrafia splenica)⁴. Dieci bambini erano stati sottoposti a laparotomia. Negli altri 65 casi, valutati come emodinamicamente stabili, il trattamento si era limitato all'osservazione in corsia con ematocriti frequentemente ripetuti nelle prime 24 ore e riposo a letto per 7 giorni. La trasfusione sanguigna, eseguita solo quando l'emoglobina scendeva sotto 80 g/l, era stata necessaria solo in 15 casi, 10 dei quali con sospetta emorragia anche da altri organi. Non si erano verificati casi di rotture tardive e il tempo medio tra arrivo in Ospedale e laparotomia era stato di 2,7

ore; nessun bambino era stato operato dopo più di 5 ore dal ricovero⁴.

Oggi il trattamento conservativo in questo tipo di trauma si è progressivamente esteso anche ai casi più gravi. In un recente lavoro⁵ è stata rivista l'esperienza, maturata in 8 anni, su 161 bambini con diagnosi di grave trauma epato-splenico. Solo il 13% è stato laparotomizzato per instabilità emodinamica, ossia perché aveva richiesto la trasfusione di più di 25 ml/kg di sangue nelle prime 2 ore dopo il trauma. Gli Autori, calcolando il bisogno di sangue nei due gruppi di pazienti (trattati conservativamente vs operati,) hanno dimostrato, inoltre, che il gruppo trattato conservativamente aveva meno bisogno di trasfusioni.

IL MORBO DI CROHN

In un lavoro retrospettivo del 1990, su 167 pazienti pediatrici con diagnosi di morbo di Crohn (MC) presso il St Bartholomew's Hospital di Londra, Walker-Smith ha dimostrato che, nei 5 anni successivi alla diagnosi, circa la metà dei malati aveva richiesto interventi chirurgici⁶. Nell'ultimo decennio, invece, l'utilizzo di una terapia medica e nutrizionale più aggressiva ha permesso di ridurre in maniera sostanziale le indicazioni chirurgiche, aumentando l'intervallo di tempo tra momento diagnostico e chirurgico⁷.

A conferma di questa evidenza, solo 7 dei 57 pazienti pediatrici con MC, da noi seguiti dal 1987 al 1998 presso l'Isti-

tuto "Burlo Garofolo" di Trieste (follow-up medio di quattro anni, intervallo tra 1 e 12 anni), hanno richiesto un intervento chirurgico (in due pazienti è stato necessario un secondo intervento, quattro e sette anni dal primo)⁸. Anche in caso di complicazioni del MC - occlusioni intestinali, fistole, ascessi, emorragie intrattabili e megacolon tossico, un tempo indicazioni classiche all'intervento chirurgico - è stato possibile evitare la chirurgia o la si è rimandata a quando le condizioni del paziente fossero state più favorevoli⁸.

L'ASCESSO APPENDICOLARE

L'ascesso appendicolare, ossia l'appendicite acuta che si perfora e forma un ascesso demarcato dall'omento, ha subito, nel tempo, differenti tipi di trattamento⁹.

In passato la diagnosi di ascesso appendicolare implicava un intervento chirurgico d'urgenza. L'apertura dell'ascesso, per eseguire l'appendicectomia, trasformava la raccolta localizzata in una peritonite diffusa¹⁰. L'infezione peritoneale veniva trattata con un drenaggio peritoneale e una terapia antibiotica a largo spettro per almeno 8 giorni e/o comunque fino a quando il paziente era afebrile per almeno 48 ore, i leucociti inferiori a 12.000/mm³ e gli indici di flogosi in calo⁹.

L'alta incidenza di ascessi appendicolari in Nord America (superiore al 20% a fronte di una frequenza in Europa

inferiore al 10%) ha spinto, quindi, molti chirurghi americani a cercare nuove soluzioni che permettessero di ridurre i tempi di ricovero.

L'introduzione, avvenuta all'inizio degli anni Novanta delle PICC line (linee di infusione centrale inserite attraverso una vena del braccio per via percutanea), vie sicure per somministrare l'antibiotico terapia, pur non modificando l'approccio chirurgico d'urgenza, ha cambiato però i tempi di dimissione che ora avveniva quando, dopo l'intervento, il bambino aveva l'alvo aperto ai gas e riusciva ad assumere liquidi in quantità adeguata. La terapia antibiotica era continuata a domicilio grazie alla PICC line e sospesa, tenendo conto dei soliti parametri (febbre, leucociti, indici di flogosi)^{11,12}.

In seguito, analizzando gli esiti di questa procedura, è maturata la convinzione che non era necessario eseguire un intervento d'urgenza. Infatti, l'instaurazione di una copertura antibiotica adeguata e il "riequilibrio" del paziente (obiettivo: ridurre le pulsazioni cardiache sotto i 110/minuto e raggiungere un'escrezione urinaria superiore a 1,5 ml/kg/ora) permettevano di condurre il bambino al tavolo operatorio in condizioni stabilizzate.

L'evidenza che, dopo 10-12 ore di questo trattamento, molti bambini miglioravano clinicamente in maniera eclatante, ha suggerito ad alcune équipe chirurgiche di continuare il trattamento antibiotico e dimettere il paziente appena fosse in grado di camminare



AL.PRE.TEC. srl

ALLERGY PREVENTION TECHNOLOGY ITALIA

www.alpretec.com

GLI ORIGINALI MICROAIR®

sono un Presidio Medico

LE FODERE ANTIACARO SENZA EFFETTI COLLATERALI

- Varie tipologie di tessuto
- Impermeabili agli allergeni
- Traspiranti (passa il vapore)
- Airflow (passa l'aria)
- Antibatterico AEGIS™
- Lavabili a 60° C
- Resistenti
- Lunga durata (garanzia fino a 25 anni)

Specialisti della profilassi antiacaro e nell'igiene ambientale

Gli originali MICROAIR® non si trovano in farmacia ma solo da AL.PRE.TEC. S.r.l.
Per ulteriori informazioni e per ricevere i nuovi opuscoli (edizione 2001):
numero verde 800.905853 (telefono e fax); e-mail: info@alpretec.com

Chiedete
gli opuscoli
edizione 2001
NOVITÀ



e alimentarsi. La terapia antibiotica era proseguita a domicilio e sospesa quando i parametri clinici e di laboratorio indicavano la guarigione dell'infezione. Dopo 6-8 settimane il bambino veniva nuovamente ricoverato e sottoposto alla cosiddetta "appendicectomia a distanza di tempo" (*interval appendectomy*), spesso per via laparoscopica¹¹. Nei rari casi in cui il paziente non migliorava entro 72 ore di terapia antibiotica e/o mostrava segni di occlusione intestinale, veniva eseguita l'appendicectomia d'urgenza.

Sulla necessità di scegliere l'*interval appendectomy* sono stati espressi pareri differenti^{9,11}. I chirurghi favorevoli all'intervento a distanza giustificano la loro posizione con la constatazione che il 20% dei pazienti trattati solo conservativamente avevano presentato delle recidive, anche a 2 anni dal primo episodio¹¹. Altri preferiscono eseguire l'appendicectomia solo in caso di recidiva della sintomatologia addominale, ritenendo non giustificato aggiungere dei rischi operatori, sia pur minimi, a pazienti guariti con la terapia antibiotica¹⁰.

La nostra scelta terapeutica, invece, è di stabilizzare il bambino e poi, sotto copertura antibiotica completa, sottoporlo ad appendicectomia. In questo modo, si evita al bambino e ai genitori la penosa trafila di due ricoveri e di una gestione antibiotica domiciliare.

La scelta del trattamento con l'*interval appendectomy* dei colleghi nordamericani sembra, infatti, più orientata a ridurre i costi dei ricoveri ospedalieri (caricando sulle famiglie il peso della gestione di questi malati) piuttosto che a curare meglio il bambino.

L'*interval appendectomy* viene da noi riservata a quei rarissimi casi in cui la diagnosi di ascesso appendicolare è stata fatta così tardivamente che il paziente arriva alla nostra osservazione in via di "guarigione", dopo un lungo trattamento antibiotico per un'erronea diagnosi.

ACALASIA ANORETTALE (O HIRSCHSPRUNG "ULTRACORTO")

L'acalasia anorettale (AAR) è un disordine della defecazione in cui lo sfintere anale non si rilassa e, rimanendo contratto, determina un ostacolo all'eliminazione delle feci. Il clisma opaco conferma l'ostruzione a livello anale, mentre la biopsia rettale dimostra una normale innervazione gangliare. L'AAR

MESSAGGI CHIAVE

- ❑ I traumi chiusi epatosplenici si trattano senza intervento chirurgico, a meno che l'emorragia sia così importante da richiedere > 25 ml/kg di sangue nelle prime 2 ore.
- ❑ Nei 4/5 dei casi di malattia di Crohn è possibile rinunciare all'intervento chirurgico.
- ❑ Il trattamento antibiotico per vena e la stabilizzazione circolatoria del paziente con appendicite permettono spesso di evitare l'intervento d'urgenza. Questo può essere rimandato a un tempo successivo (*interval appendectomy*) a distanza di settimane o di giorni, o evitato del tutto.
- ❑ L'acalasia anorettale, già definita Hirschsprung ultracorto, può essere trattata medicalmente con infiltrazione di tossina botulinica.

è stata, in passato, identificata come la forma "ultracorta" del morbo di Hirschsprung, il cui unico trattamento era la sezione dello sfintere interno¹³. Questo intervento comporta, tuttavia, il rischio di una parziale incontinenza di feci e gas.

Per questa ragione noi iniettiamo nello sfintere interno dei bambini con AAR la tossina botulinica di tipo A. Si tratta di un veleno pericoloso e potente, introdotto per uso terapeutico negli anni Ottanta e attualmente utilizzato per trattare varie condizioni patologiche quali l'acalasia esofagea, lo strabismo e la spasticità muscolare e, più specificamente, le stipsi gravi e le ragadi anali¹⁴. La tossina botulinica agisce sulle sinapsi colinergiche periferiche, inibendo la liberazione di acetilcolina. Il suo effetto terapeutico è legato alla capacità di agire a livello delle giunzioni neuromuscolari, provocando la paralisi dei muscoli interessati.

L'iniezione di questa sostanza è stata da noi eseguita in 4 bambini con AAR, di cui 3 lattanti, con risultati preliminari molto soddisfacenti¹⁵, evitando così la sezione dello sfintere interno.

Recentemente, è stato iniziato in Canada un trial clinico in cui l'iniezione di tossina botulinica viene utilizzata, nelle forme corte di Hirschsprung (cioè quando l'aganglia è limitata agli ultimi 5-6 cm di retto), in alternativa all'abbassamento del sigma per via perineale dopo exeresi del tratto aganglionare.

Bibliografia

1. Oldhan KT, et al. Blunt liver injury in childhood evolution of therapy and current perspective. *Surgery* 1986;100:542-9.
2. Galat JA, et al. Pediatric blunt liver injury: establishment of criteria for appropriate management. *J Ped Surg* 1990;25:1162-5.
3. Wesson DE, et al. Ruptured spleen. When to operate? *J Ped Surg* 1981;16:324-6.
4. Pearl R, et al. Splenic injury. A 5-year update with improved results and changing criteria for conservative management. *J Ped Surg* 1989;24:310-7.
5. Patrick DA. Nonoperative management of solid organ injuries in children results in decreased blood utilization. *J Ped Surg* 1999;34:1695.
6. Davies G, Evans CM, Shand WS, Walker-Smith JA. Surgery for Crohn's disease in childhood: influence of site of disease and operative procedure on outcome. *Br J Surg* 1990;77:891-4.
7. Ventura A, Nassimbeni G. Terapia del morbo di Crohn in età pediatrica. Prospettive in *Pediatria* 1995;25:283-96.
8. Messineo A, Monai M, Codrich D, Ventura A, Martellosi S. Avoiding surgery in patients with Crohn's disease. Lavoro presentato al "VII pediatric colorectal club". Rome, July 16-17, 2000.
9. Lobe TE. Appendicitis: a medical disease? *Pediatr Endosurg Innovative Techniques* 1998;2(4):185-9.
10. Yamini D, Vargas H, Bongard F, Klein S, Stamos MJ. Perforated appendicitis: is it truly a surgical urgency? *Am Surg* 1998;64:970-5.
11. Mazziotti MV, Marley EF, Winthrop AL, Fitzgerald PG, Walton M, Langer JC. Histopathologic analysis of interval appendectomy specimens: support for the role of interval appendectomy. *J Ped Surg* 1997;32(6):806-9.
12. Ein SH, Shandling B. Is interval appendectomy necessary after rupture of an appendiceal mass? *J Ped Surg* 1996;31(6):849-50.
13. Krebs C, Acuna R. Transanal internal sphincter myectomy: indications, operative procedure and results. *Eur J Ped Surg* 1994;4:151-7.
14. Moore P. Handbook of *Botulinum* toxin treatment. Oxford: Blackwell Science, 1995.
15. Messineo A, Codrich D, Monai M, Martellosi S, Ventura A. The treatment of anal sphincter achalasia with *Botulinum* toxin. *Pediatric Surgery International*, in press.