

Olive comprese

Mattia Doria

pediatra di famiglia, Chioggia (VE)

L. oggi ha 9 mesi e sta bene. È secondogenito. Nato, dopo gravidanza regolare, alla 38^a s.g. da taglio cesareo per presentazione podalica (PN 3.390 g, L 51 cm, CC 36,5 cm).

All'esame obiettivo neonatale si rileva il reperto di scroto vuoto. Il pediatra richiede ecografia pelvica e inguino-scrotale e visita urologica che vengono eseguite in 2^a giornata di vita. I referti recitano testualmente:

Ecografia: Vescica bene distesa con pareti regolari. Disabitato lo scroto. In corrispondenza dell'orifizio interno di entrambi i canali inguinali risultano evidenti due formazioni ovalari ipoecogene entrambe di 6,6 mm, compatibili con testicoli.

Visita urologica: (trascrizione testuale): Criptorchidismo bilaterale. Iniziare terapia con Kryptocur 3 puff per narice al dì per un mese indipendentemente dalla discesa dei testicoli. Poi rivalutare dopo 10 gg. Se non discesa rivalutazione urologica ed ecografia testicolare.

Vengo informato tempestivamente dai genitori del problema (L. è nato con il pisellino ma senza olivette !) e mi metto in contatto con il collega pediatra dell'ospedale esprimendo la mia perplessità rispetto al programma terapeutico prospettato. Nonostante ciò L. viene dimesso il 4^a giornata di vita e viene consegnata ai genitori una confezione di Kryptocur®. Appena giunti a casa i genitori stessi mi chiamano e mi chiedono: come si deve usare questo spray ? .

Fisso un appuntamento per il giorno successivo consigliando di attendere. Verifico l'aggiornamento delle mie conoscenze andando a rivedere alcuni articoli letti negli ultimi anni sull'argomento e facendo una piccola ricerca su *Pubmed* ponendomi la seguente domanda: in un neonato con criptorchidismo bilaterale la terapia precoce con gondorelina è realmente efficace per migliorare la prognosi? I dati della letteratura mi confermano che la terapia ormonale risulta poco efficace e gravata da un certo grado di recidiva. Forse può trovare una certa indicazione nei casi dubbi (testicolo ritenuto vs testicolo retrattile) e comunque non prima dei 6 mesi di vita.

In pratica:

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.

Propongo ai genitori, dopo essermi consultato telefonicamente con i colleghi chirurghi pediatri, di non intraprendere la terapia ormonale e di monitorare la discesa dei testicoli.

A 3 mesi sono palpabili nel canale inguinale al 1/3 medio.

A 6 mesi sono palpabili a livello dell'1/3 distale del canale inguinale.

A 9 mesi sono palpabili all'anello inguinale esterno.

Inizio ad essere fiducioso e confermo ai genitori, parafrasando un divertente libro di Andrea Vitali, che il bambino sta crescendo bene olive comprese.



Vuoi citare questo contributo?

M. Doria. OLIVE COMPRESSE. *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2007; 10(9) http://www.medicoebambino.com/?id=IND0709_10.html