

LA DAY-SURGERY IN CHIRURGIA PEDIATRICA PRIMA E DOPO LA SALA OPERATORIA

Gian Battista Parigi

PRINCIPI GENERALI

La possibilità di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche invasive o semi-invasive in anestesia locoregionale o generale con degenza limitata alle sole ore del giorno definisce la natura della Day Surgery (DS). Questa modalità organizzativa, già da tempo adottata in numerosi paesi occidentali con vantaggio sia per i pazienti sia per le strutture assistenziali, trova sempre più ampia applicazione anche nella nostra realtà sanitaria. Il processo di aziendalizzazione e un più preciso orientamento alla soddisfazione dei bisogni del "cliente" stimola inoltre l'interesse delle Amministrazioni verso questa forma di assistenza.

La DS in Chirurgia Pediatrica è un'attività caratterizzata, rispetto al ricovero ordinario, dalla concentrazione in tempi ridotti di un complesso di procedure assistenziali e da un diminuito tempo di contatto con il paziente ed i genitori che implica per converso un maggiore coinvolgimento del Pediatra curante. Questi deve essere a conoscenza del tipo di patologie passibili di terapia chirurgica in regime di DS, del momento ottimale in cui inviare il paziente dal chirurgo, di come si possano fronteggiare le complicanze immediate e a breve termine che possono insorgere nei bambini operati ed inviati a domicilio poche ore dopo l'intervento.

La Società Italiana di Chirurgia Pediatrica ha identificato alcuni principi generali che devono caratterizzare la pratica della DS pediatrica. In particolare:

- Anche in regime di DS si devono mantenere tutte le caratteristiche di qualità degli interventi effettuati in degenza ordinaria, con le stesse garanzie di risultato e sicurezza.
- La scelta di ricorrere alla DS deve essere libera e responsabile e mai imposta, né per motivi scientifici né, tantomeno, per motivi organizzativo-gestionali.
- Si deve prevedere la possibilità di pernottamento nei casi in cui siano insorte complicazioni.
- Per definizione non sono eseguibili in DS gli interventi di urgenza, ma solo quelli elettivi.
- Il coinvolgimento dei Pediatri di libera scelta nella selezione dei pazienti e nell'assistenza domiciliare postoperatoria costituisce un elemento di grande importanza sia per ottimizzare l'attività di DS sia per ampliarne il campo di applicazione. Il Pediatra, infatti, opportunamente informato ed inserito nel percorso assistenziale, è in grado di agevolare la scelta del regime di ricovero più opportuno per la sua insostituibile conoscenza del paziente e dell'ambiente socio-familiare in cui vive.
- Il Pediatra deve svolgere un ruolo primario nell'assistenza postoperatoria domiciliare, anche se attualmente in parte condizionato dal tipo di organizzazione dell'assistenza sanitaria notturna sul territorio nazionale.

INTERVENTI ESEGUIBILI IN DAY SURGERY

In generale gli interventi eseguibili in DS devono presentare le seguenti caratteristiche:

- Breve durata (massimo 2 ore)
- Invasività limitata
- Non interessamento di organi intratoracici ed intraddominali
- Basso rischio di complicazioni, in particolare emorragiche
- Scarse modificazioni fisiologiche
- Non immobilizzazione postoperatoria
- Possibilità di adeguata osservazione (almeno 4 ore) prima della dimissione.

I **tipi di intervento** da eseguire in DS non devono essere selezionati acriticamente da elenchi precostituiti, ma devono essere basati su una scelta individualizzata in base all'esperienza ed alle possibilità organizzative del singolo Centro. La tab. 1, basata su un'indagine svolta nel 1999 presso i Centri di Chirurgia Pediatrica italiani (risposte da 22 Centri), presenta le patologie trattate in DS e l'incidenza percentuale dei pazienti trattati in DS sul totale.

Patologia	%
pateruccio	92,5
cisti palpebrali	81,3
ernia epigastrica	80,0
cisti tendinee	76,0
unghia incarnita	75,8
frenulo linguale	75,8
revisione ferite chirurgiche	72,5
frenulo penieno	72,1
epulide/ranula	71,4
ernia ombelicale	71,3
rimozione corpi estranei	70,7
polipi/biopsie rettali	69,4
granulomi corpi estranei	69,3
nevi cutanei	68,4
cisti funicolo	66,0
tumori derma e sottocute	63,7

Patologia	%
cisti dermoidi	60,8
endoscopia digestiva	60,5
cisti cuoio capelluto	59,3
dilatazioni uretrali	58,3
drenaggio ascessi	56,0
ipospadie distali	56,0
dilatazioni stomie	52,8
endoscopia urologica	51,9
idrocele	51,5
linfadenopatie, biopsie	48,3
fimosi	46,5
ernia inguinale	43,4
meatotomie uretrali	43,1
ascessi perianali	35,2
criptorchidismo	27,2
varicocele	19,3

LA DS “PRIMA” DELLA SALA OPERATORIA

SELEZIONE DEI PAZIENTI

La selezione dei bambini da sottoporre ad intervento in regime di DS deve tenere in considerazione non solo il tipo di intervento previsto, ma anche criteri clinici e socio-familiari. Nell'accertamento di questi criteri è importante il ruolo svolto dai Pediatri di libera scelta, opportunamente informati e coinvolti, per valorizzare la loro conoscenza del paziente e della famiglia.

La **valutazione clinica** si basa su:

- *Anamnesi*, in cui non compaiano eventi o affezioni significativi, per cui il paziente rientra nelle classi I e II della classificazione A.S.A. (American Society of Anesthesiology: Classe I: paziente sano, senza disturbi organici, fisiologici, biochimici o psichiatrici; Classe II: paziente con malattia sistemica di lieve entità che può essere causata dall'affezione chirurgica da trattare, ovvero da altra condizione morbosa). Si deve inoltre considerare la presenza di obesità, apnee notturne, vie aeree difficili e l'eventuale assunzione di farmaci (terapie con anticoagulanti, antiipertensivi, ecc.)
- *Obbiettività*, che testimoni l'assenza di segni o sintomi di malattie pregresse o in atto tali da poter pregiudicare il decorso postoperatorio.
- *Età*, limite essenzialmente relativo ai primi mesi di vita, in particolare per gli ex-prematuri, in cui il limite va opportunamente posticipato (oltre 60 settimane postconcezionali). Il limite minimo di 6 mesi non è da considerare in termini assoluti, ma relativi alle condizioni generali ed alla patologia in questione.

La valutazione in funzione dei **fattori socio-familiari** verte su:

- distanza dell'abitazione, che consenta un rapido rientro in ospedale in caso di necessità: max un'ora di viaggio (tempo di percorrenza più affidabile della distanza in chilometri). Si tengano in considerazione anche le presumibili condizioni meteorologiche (nebbia, neve).
- disponibilità di un telefono
- disponibilità di un mezzo di trasporto autonomo
- capacità dei genitori di comprendere le istruzioni
- garanzia da parte dei genitori di fornire la necessaria assistenza a domicilio almeno per 24 ore dopo la dimissione. Controindicazione relativa alla DS è la situazione di genitori single con prole numerosa, di genitori particolarmente apprensivi o poco “ affidabili”, oppure in condizioni domestiche particolarmente disagiate.

INFORMAZIONE AI GENITORI

Un'adeguata informazione ai genitori da parte del Pediatra che propone la consulenza chirurgica e del chirurgo che praticherà l'intervento è indispensabile per creare quelle condizioni di tranquillità attorno al bambino che rappresentano la premessa indispensabile per un decorso postoperatorio privo di inconvenienti.

Si dovranno in particolare spiegare la natura della malattia e le sue conseguenze qualora non trattata adeguatamente, le diverse modalità di trattamento possibili e quella consigliata; prima dell'intervento è opportuno raccogliere un consenso informato documentato (opuscolo informativo).

PREPARAZIONE IMMEDIATA ALL'INTERVENTO

La preparazione immediata all'intervento in DS viene effettuata a domicilio.

Nella grande maggioranza dei casi è sufficiente il digiuno (anche per i liquidi !) dalla sera precedente; nel caso di lattanti si potrà somministrare l'ultima poppata sino alle 4 della notte. Nel caso di bambini che siano in trattamento farmacologico (diabete, patologie del SNC, ecc.) è indispensabile ottenere dall'anestesista specifiche istruzioni sulle modalità di somministrazione dei farmaci prima dell'intervento, anche per evitare inattesi e pericolosi effetti collaterali.

Casi particolari possono richiedere preparazioni specifiche: ad es., in caso di interventi proctologici (biopsia rettale, ecc.) è opportuna una preparazione intestinale con lassativi e clismi. In tali casi è opportuno richiedere al chirurgo istruzioni dettagliate e chiare, eventualmente anche per scritto, al fine di limitare possibili rinvii dell'intervento programmato.

Tranne pochi casi particolari le indagini diagnostiche preliminari di routine non sono più considerate necessarie, una volta che la visita anestesiológica abbia confermato la buona salute del bambino. Il Pediatra dovrà però segnalare l'eventuale insorgenza di malattie o disturbi sopraggiunti immediatamente prima del previsto ricovero, in particolare disturbi respiratori che controindicano l'esecuzione di una anestesia generale.

LA DS "DOPO" LA SALA OPERATORIA

FASE DI RECUPERO / DIMISSIONE

Prima delle dimissioni il bambino deve avere completamente recuperato stabilità cardiocircolatoria e respiratoria, orientamento spazio-temporale, comunicazione, funzione motoria, capacità di bere e vuotare la vescica; in condizioni normali la dimissione dopo un intervento eseguito in DS dovrebbe avvenire almeno 4 ore dopo il risveglio.

Le indicazioni terapeutiche postoperatorie, i dati dei controlli delle funzioni vitali e quelli relativi al dolore postoperatorio e ad inconvenienti o complicanze vanno riportati sulla cartella clinica.

Ai genitori deve essere consegnata una lettera di dimissione, indirizzata anche al Pediatra di libera scelta, contenente, oltre alla segnalazione della diagnosi e del trattamento eseguito, istruzioni sulle cautele o prescrizioni domiciliari, indicazioni per i controlli postoperatori, i *numeri di telefono* cui rivolgersi in caso di necessità. A questo va aggiunta un'informazione facilmente comprensibile sui principali inconvenienti o complicazioni che potrebbero verificarsi a domicilio a breve termine e sul comportamento da tenere in tali evenienze. Ogni Centro che pratichi DS **deve** comunque garantire un servizio di reperibilità chirurgica ed anestesiológica per le 48 ore successive all'intervento.

INCONVENIENTI E COMPLICANZE A BREVE TERMINE

In generale questi si verificano già nel corso del recupero postoperatorio, a paziente ancora ospedalizzato, ed impongono quindi il ricovero con pernottamento; a volte invece possono rendersi evidenti a domicilio e richiedere quindi l'intervento del Pediatra curante.

Le due evenienze più comuni sono il dolore postoperatorio e la cosiddetta PONV (post-operative nausea and vomiting); meno comuni le complicanze emorragiche.

- Il farmaco di prima scelta nel trattamento del **dolore postoperatorio** è costituito dall'associazione *paracetamolo + codeina* in supposte (Lonarid) somministrato alla dose di una supposta "lattanti" (60 mg paracetamolo + 2,5 mg codeina fosfato - sino ad un anno di età), "bambini" (200 mg + 5 mg - sino a 10 anni di età), "adulti" (400 mg + 20 mg - oltre i 10 anni di età) ripetibile se necessario dopo 6-8 ore.
- Nella terapia o nella profilassi del **vomito postoperatorio** è stata utilizzata una notevole varietà di farmaci antiemetici, quali fenotiazine, antistaminici, anticolinergici, benzamidi, butirrofenoni e 5-HT(3) antagonisti; il farmaco da noi considerato di prima scelta per efficacia, disponibilità e maneggevolezza è il *desametasone* (Decadron, Soldsam) somministrato p.o. o e.v. (se il vomito è intenso e ripetuto) alla dose di 0,5-1 mg nel paziente < 1 anno, 1-2 mg da 1 a 5 anni, 2-4 mg da 6 a 12 anni, 4 mg oltre i 12 anni, ripetibile al bisogno dopo 6-8 ore.
- Le tecniche per il controllo di eventuali **emorragie postoperatorie** variano naturalmente in base al tipo di intervento; in linea di massima una moderata compressione della parte od un bendaggio compressivo, preferibilmente sovrapposto a quello posizionato in sala operatoria (per evitare infezioni di ferita) è sufficiente a controllare l'emorragia. Diverso ovviamente è il discorso in caso di sanguinamenti dopo tonsillectomia, che richiedono immediata ospedalizzazione (questo motivo ha indotto a sconsigliare fortemente tale intervento in regime di DS).

CONTROLLI A DISTANZA

Costituiscono parte integrante del percorso assistenziale della DS, e sono solitamente a cura del Centro che ha eseguito l'intervento; in determinate situazioni però possono venire affidati esclusivamente al Pediatra curante. Possono includere il cambio delle medicazioni o la rimozione dei punti di sutura (è sufficiente uno strumentario minimo costituito da una pinza ed un paio di forbici sterili, disponibili anche in confezioni "usa e getta"); la valutazione dell'andamento della ferita chirurgica (attenzione a distinguere l'edema postoperatorio parafisiologico, molle-elastico e non dolente, che non richiede alcuna terapia, con un'infezione di ferita, dura, arrossata e dolente, che richiede evacuazione chirurgica del pus raccolto: utile in questi casi l'applicazione di impacchi caldo-umidi per favorire la maturazione e l'eventuale evacuazione spontanea dell'ascesso); il giudizio sul risultato a distanza (attenzione alla formazione di cheloidi su ferita chirurgica).

(questo documento costituisce una rielaborazione delle "Linee guida per la Day Surgery in età pediatrica" a cura di Mario Giuntoli e Gian Battista Parigi – adottate e pubblicate dalla Società Italiana di Chirurgia Pediatrica sul sito www.chped.it - Documenti – Linee Guida)