

Il bambino chirurgico

Il pediatra, nella pratica quotidiana, si trova sovente a dover affrontare patologie di interesse chirurgico e l'eventuale ricovero a cui, spesso, segue un intervento chirurgico.

Ho schematicamente riassunto nella **DIAPPOSITIVA 1** il RUOLO del Pediatra in quattro punti e cioè :

- SOSPETTO DIAGNOSTICO E CONOSCENZA DELLE RESPONSABILITA' MEDICO LEGALI .
- RICOVERO IN STRUTTURE DI CHIRURGIA PEDIATRICA
- COLLABORAZIONE ATTIVA CON IL CHIRURGO PEDIATRA.
- SUPPORTO ALL FAMIGLIA

Per quanto concerne il primo punto il sospetto diagnostico fa parte della nostra attività quotidiana di pediatri di famiglia e la conoscenza approfondita delle patologie chirurgiche ci potrà sicuramente aiutare nella diagnosi corretta.

L'aspetto medico legale, invece, è argomento molto scottante e alcuni di noi si sono trovati a dover rispondere davanti al GIUDICE in seguito ALLE DENUNCE DEI GENITORI per cui ricordo (**DIAPPOSITIVA 2**) che la responsabilità medico legale del Pediatra si profila in caso di NEGLIGENZA , IMPERIZIA ED IMPRUDENZA.

L'errore diagnostico per negligenza (non prestare attenzione ad importanti segni clinici o l'omissione di accertamenti diagnostici o terapeutici) o per imprudenza (usare mezzi diagnostici o terapeutici rischiosi, tali da esporre il bambino a pericoli di danni superiori ai possibili vantaggi) flebografia nel varicocele , può indurre il giudice a considerare la colpa del pediatra come COLPA GRAVE.

Il pediatra, inoltre, anche se non è direttamente coinvolto nell'insuccesso chirurgico, per il quale risponde legalmente il chirurgo pediatra, ha comunque una responsabilità che definiamo " morale".

A tal proposito (**DIAPPOSITIVA 3**) ho riportato due sentenze della Cassazione, sezione penale, da cui si evince ,nella prima ,che per ciascun medico iscritto all'albo non è consentito l'errore diagnostico quando i sintomi sono molto evidenti e quindi non ci saranno attenuanti nel giudizio e nella seconda che l'errore dello **specialista pediatra** viene considerato con maggiore gravità essendo appunto il pediatra e il chirurgo pediatra le uniche figure per il giudice deputate alla salute del bambino.

Nella **DIAPPOSITIVA 4.** ho riportato la percentuale di ricovero nelle strutture pediatriche riassunta dai colleghi Parigi e Bagheri dell'Università di Pavia In essa possiamo osservare come al di sotto dell'anno le percentuali di ricovero sono molto alte e soprattutto al sud. Ma con il crescere dell'età le percentuali si riducono in tutta Italia e nella fascia di età 5- 14 anni siamo al di sotto del 50 % . Se si considerano poi i pazienti dai 15 ai 17 anni

addirittura si scende all'8 per cento e le strutture del sud hanno percentuali ancora più basse.

Per gli adolescenti il ricovero in strutture per adulti pone un problema aggiuntivo che è quello che alcuni interventi ,come ad esempio l'ernia, vengono risolti chirurgicamente con tecniche operatorie completamente diverse. Ciò si basa sul fatto che dal punto eziopatogenetico l'ernia inguinale è diversa nel bambino rispetto all'adulto come vedremo in seguito.

QUESTI DATI DEVONO INDURRE I PEDIATRI AD ATTIVARSI PER GARANTIRE RICOVERI IN STRUTTURE PEDIATRICHE AI PROPRI PAZIENTI

Perché? **DIAPPOSITIVA 5**

Nei reparti di chirurgia pediatrica il personale è molto attento all'aspetto psicologico del piccolo ricoverato e della sua famiglia. Sa che **l'approccio al bambino è diverso a seconda dell'età**, a seconda della gravità dell'intervento e della durata del ricovero.

Molti interventi sono praticati con il ricovero per una sola notte overnigh o addirittura praticati in day hospital

Vengono praticati solo gli esami diagnostici , ematochimici e strumentali **indispensabili**; ad esempio si cerca di evitare esami **indaginosi** tipo le flebografie e di non ripetere **esami praticati in epoca recente** .

Si è attenti all'aspetto del dolore postoperatorio

E ammessa la presenza della **madre**, dico madre e non genitore, accanto al bambino perché la presenza dei padri nei reparti dove solitamente è la madre ad assistere potrebbe creare delle problematiche ulteriori.

Ed il bambino si trova in un ambiente a misura di bambino.

Un altro aspetto fondamentale che ci riguarda molto da vicino in una pediatria moderna è la stretta collaborazione con il chirurgo che ho appunto definito ATTIVA e che si basa su questi 3 PUNTI **DIAPPOSITIVA 6**

- a) rispetto reciproco . rispetto che non deve essere solo astratto ,il pediatra dovrebbe **conoscere personalmente** il chirurgo a cui affida il proprio paziente e se è convinto della scelta deve **mediare** i contatti tra genitori e chirurgo ,difenderlo se è necessario.

Dal canto suo il chirurgo che riceve i nostri pazienti deve dare dimostrazione a sua volta di rispettare il collega pediatra nel caso che un dubbio **diagnostico si mostri infondato** ed il paziente non mostrasse la patologia sospettata.

- b) uno scambio di informazioni relative al **paziente e alla patologia**: il pediatra infatti conosce il **back round medico,culturale e sociale** della famiglia e quindi può concorrere nelle decisioni che riguardano l'eventuale intervento (tempi di ricovero ad esempio) può dare informazioni anche relative alla anamnesi patologica

remota o alla **patologia in causa**

da parte del chirurgo scambio di informazioni sulle tecniche chirurgiche ,tipo di taglio, giorni di degenza ecc. tutte cose che sono utili a noi per tranquillizzare la famiglia.

- c) Aggiornamento su temi di Comune interesse . Il fimpaggiorna di questa sera, **CHE CI VEDE QUI RIUNITI**, è l'espressione palese di questa collaborazione.

Ultimo dei quattro punti, ma non meno importante è il **supporto** da dare alla famiglia che nel caso specifico è estremamente importante considerando la fisiologica apprensione dei genitori quando gli viene prospettato un intervento per cui

DIAPPOSITIVA 7

Ho schematicamente riassunto alcune cose da fare prima e dopo l'intervento

Le risposte alle domande ovviamente presuppongono la conoscenza dell'argomento e delle nuove tecniche mini invasive, laparoscopiche.

Il conforto psicologico lo possiamo dare se diamo l'impressione di conoscere la patologia ,il chirurgo e le strutture, se siamo in grado di interagire con il chirurgo anche telefonicamente o se andiamo trovare il piccolo nella sede del ricovero .

Dopo l'intervento fare attenzione al controllo della ferita e alle possibili complicanze

Complicanze ad esempio recidiva dell'ernia o del varicocele

Controllo della Ferita ad esempio suppurata; cosa fare ? da soli o inviarlo al chirurgo?

Gli argomenti chirurgici di cui tratteremo in maniera più approfondita e che saranno analizzati dal Prof SETTIMI li potete vedere descritti in questa **DIAPPOSITIVA 8**

E sono in realtà le patologie che richiedono nel loro insieme,compresa la fimosi di cui non parleremo, il maggior numero di interventi chirurgici in età pediatrica.

Esse sono : CRIPTORCHIDISMO

PATOLOGIA DEL DOTTO PERITONEO VAGINALE

VARICOCELE

Di essi dirò solo alcune cose prima di dare la parola al collega

NELLA DIAPPOSITIVA 9 vediamo la definizione del criptorchismo

Una domanda che ci possiamo porre (**DIAPPOSITIVA 10**) può essere: perché trattare il testicolo ritenuto

Abbiamo una motivazione acuta : la torsione del testicolo ritenuto

E una nel tempo come la sterilità o lo sviluppo di tumori.

La terapia medica del testicolo ritenuto è senza dubbio la cosa che ci riguarda più da vicino come Pediatri di famiglia **DIAPPOSITIVA 11**

Sappiamo che abbiamo a disposizione due schemi terapeutici l'lh rh per via nasale e l'hcg per via intramuscolo **DIAPPOSITIVA -12**

Quello che però a noi pediatri più deve interessare è l'EFFICACIA di tale terapia ai fini della discesa del testicolo, per poi inviare al chirurgo il piccolo paziente .

In uno studio di metanalisi effettuato da Pyorala e coll ,i quali hanno valutato gli effetti della terapia medica del criptorchidismo dal 58 al 90 , SI PUO' NOTARE COME valutando l'efficacia in relazione al tipo di terapia o alla posizione del testicolo, le percentuali di discesa del testicolo appaiono estremamente basse . Non c'è differenza tra le due terapie; prima dei tre anni appare più efficace l'LH RH .Sembra inutile associare le due terapie..**DIAPPOSITIVA 13**

Dell'ernia **DIAPPOSITIVA 14** mi preme sottolineare l'importanza della visita accurata e del dato anamnestico in quanto il più delle volte l'ernia ci viene riferita dalla mamma.

Dell'idrocele, invece, mi preme sottolineare l'importanza della distinzione tra quello comunicante e non comunicante.

Ricordiamoci sempre che l'ernia strozzata non è un'evenienza rara, come ci dirà meglio il Professore nella sua relazione

L'80% si verifica entro il secondo anno di vita e può essere il quadro di esordio nel 21-50% dei casi.

DIAPPOSITIVA 15 L'ALTRO ARGOMENTO DI CUI TRATTEREMO è IL VARICOCELE .

Questa patologia ,dilatazione varicosa con allungamento delle vene del plesso pampiniforme , riveste per noi una notevole importanza ; è questa infatti una patologia prettamente adolescenziale **DIAPPOSITIVA 16**. Vediamo infatti che sotto i 10 anni è relativamente rara . Dopo i 10 anni è invece molto frequente.E prevalente al lato sinistro.

Inutile sottolineare come la visita dei genitali dell'adolescente sia importante ai fini della diagnosi di varicocele E' però importante sottolineare che

- a) gli adolescenti sono la FASCIA DI ETÀ CHE MENO RICORRE alle cure del pediatra ;
- b) ESISTE UNA REALE DIFFICOLTA' da parte dei ragazzi a riferire problematiche dei genitali, E una certa difficoltà a visitare i genitali degli adolescenti già in fase avanzata di sviluppo.
- c) una parte di essi è già con il MEDICO DEGLI ADULTI.

Come ci dirà il prof la cura precoce del varicocele riduce sicuramente il tasso di infertilità in età adulta che come vediamo è alta nei portatori di varicocele .

DIAPOSITIVA 17