

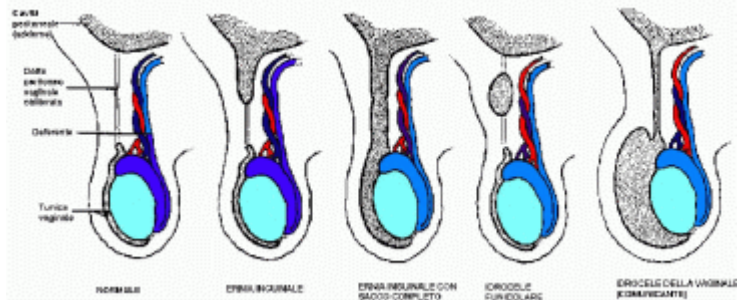


<<< indietro

L'ernia inguinale e l'idrocele del bambino

La scoperta di una tumefazione inguinale, talora associata all'aumento volumetrico di una od entrambe le borse scrotali, rappresenta un evento piuttosto frequente in età pediatrica. Sono spesso proprio i genitori i primi a porre la diagnosi di **ernia od idrocele** nel bambino. Si tratta di due delle due più comuni patologie chirurgiche dell'età infantile: la prima può comparire sia nei maschietti che nelle femminucce mentre la seconda compare soltanto nei maschietti. Entrambe tali condizioni sono determinate dalla persistenza del DOTTO PERITONEO VAGINALE, estroflessione del peritoneo che ricopre l'interno della cavità addominale, che accompagna, nel maschio, il testicolo nella sua discesa verso lo scroto e, nella femmina, il legamento rotondo dell'utero verso le grandi labbra. Tale struttura va abitualmente incontro a scomparsa per obliterazione nel corso dei primi mesi di vita.

La persistenza del dotto peritoneo vaginale o la sua parziale obliterazione determina la comparsa di patologie chirurgiche diverse (vedi figura): Se il dotto è di minuscole dimensioni si avrà il passaggio del solo liquido peritoneale verso la borsa scrotale dove è situato il testicolo determinando la comparsa **dell'idrocele comunicante**. In tale condizione l'entità della raccolta liquida può modificarsi nel corso della giornata determinando, quindi, la variazione del volume dell'emiscroto corrispondente. Il passaggio del liquido può cessare del tutto, determinando la normalizzazione del volume scrotale, per poi ricomparire a distanza di giorni o mesi. Qualora la porzione più distale del dotto sia andata incontro ad obliterazione, la raccolta liquida sarà limitata alla prima porzione del dotto p.v.. Si realizza in tal modo **l'idrocele del funicolo** (comunemente detta 'cisti del funicolo'). Sia il classico idrocele che la cisti del funicolo rappresentano condizioni innocue che possono essere trattate chirurgicamente dopo i tre anni di vita, età dopo la quale una chiusura spontanea del dotto peritoneo vaginale diviene molto improbabile. I genitori sono spesso allarmati dal colorito 'bluastro' che l'emiscroto assume in presenza di idrocele. Tale fenomeno è legato ad un effetto 'lente di ingrandimento' che la raccolta liquida esplica nei confronti dei vasi sanguigni cui il dotto peritoneo vaginale, è intimamente adeso.



Nel caso in cui il dotto presenti un diametro più ampio, il contenuto della cavità addominale (anse intestinali, omento) può fuoriuscire attraverso l'orifizio inguinale interno ed impegnarsi nel dotto peritoneo vaginale che, a mo' di **'sacco'** li contiene al di fuori della cavità addominale. Si tratta della cosiddetta **ERNIA INGUINALE**.

E' chiaro quindi come l'ernia inguinale non sia una condizione acquisita in relazione a sforzi od altre attività quotidiane del bambino ma rappresenti una condizione esistente alla nascita che si manifesta nelle età successive della vita. E' presente nel 3-4% dei bambini e colpisce sia le femmine che i maschi sebbene sia più frequente in questi ultimi. Predilige il lato destro e può essere bilaterale. Nei casi in cui l'ernia interessi il lato sinistro e' molto probabile che possa comparire anche a destra.

Può divenire evidente poche ore dopo la nascita come in qualsiasi età della vita, manifestandosi sempre come una tumefazione teso elastica situata in regione inguinale che può estendersi all'emiscroto corrispondente. La tumefazione può scomparire in relazione allo spontaneo ritorno dei visceri erniati nella cavità addominale. Ciò non equivale purtroppo alla **'scomparsa dell'ernia'**, in quanto il **'sacco'** (dotto peritoneo-vaginale) persiste. La **'grandezza'** dell'ernia, intesa come volume della tumefazione apprezzabile clinicamente, non si correla alla sua gravità ne alla possibilità di incorrere nella sua complicanza più frequente: **l'incarceramento o strozzamento erniario** che rappresenta la complicanza più temibile dell'ernia inguinale. I visceri erniati attraverso il canale inguinale subiscono lo strangolamento dei vasi sanguigni con conseguente congestione vascolare ed aumento di volume. In tali condizioni possono più essere ricondotti nella cavità addominale. Con il passare del tempo la sofferenza ischemica del visceri erniati può determinarne la necrosi e successiva perforazione. L'incarceramento erniario e' più frequente nei primi anni di vita e deve essere temuto particolarmente nei bambini di età inferiore ai 12 mesi. L'ernia inguinale in età pediatrica deve essere operata al momento della diagnosi in quanto non esiste la possibilità che scompaia spontaneamente. Terapie alternative (cinti, sospensori, etc.!!) oltre ad essere inutili possono essere estremamente pericolose. Qualora si verifichi l'incarceramento, precedentemente descritto, l'intervento chirurgico diviene urgente e non differibile.

L'intervento, eseguito in anestesia generale, viene realizzato mediante una incisione nella piega inguinale cui segue l'identificazione del sacco erniario (dotto peritoneo-vaginale) che viene isolato, legato e sezionato alla base peritoneale. L'intervento non comporta la necessità di degenza a letto ne dolori o limitazioni della normale attività motoria (anche se spesso frenetica !!!). Il bambino può essere dimesso, nella vasta maggioranza dei casi, nella stessa giornata in cui viene eseguito l'intervento (Day Surgery).