



<<< indietro

LA FIMOSI

Il fenomeno naturale dell'ampliamento dell'ostio prepuziale e dello scollamento delle adesioni balano prepuziali può avvenire, come abbiamo visto nell'articolo relativo al pene infantile, in epoche diverse della vita, in accordo con la naturale variabilità inter-individuale che caratterizza lo sviluppo del bambino. E', infatti, abbastanza comune osservare profonde differenze cronologiche nello sviluppo somatico, nell'acquisizione delle tappe della maturazione neurologica ed in molti altri aspetti dello sviluppo di organi ed apparati. Tali differenze tra bambini della stessa età sono accettate dai genitori e ritenuti fisiologici dalla classe medica.

Uno degli aspetti che, nel terzo millennio, viene ancora trattato alla stregua della medicina di Celso e Galeno, è proprio quello relativo al pene infantile. Da una parte la classe medica dall'altra i genitori e l'entourage familiare per tradizione continuano a ritenere il prepuzio infantile come patologico qualora non sia retraibile già a partire dai primi mesi od anni di vita. Ciò porta a mettere in atto una serie di manovre, stregonerie, terapie e quanto altro per promuovere nell'ignaro fanciullo la scopertura del glande a discapito dell'integrità della pelle prepuziale. Il disagio psicologico che da ciò ne deriva è profondo e non apparente agli occhi di chi mette in atto tali manovre. La manipolazione e la chirurgia dei genitali in età precoce (1 - 6 anni) lasciano una traccia indelebile nella psiche del bambino interrompendo quel fisiologico ed intimo rapporto tra il bambino ed il suo organo genitale. Non è



infrequente osservare bambini sottoposti a tali pratiche che non accettano di essere visitati o addirittura non permettono alla mamma di adempiere alle normali pratiche igieniche.

In alcuni bambini, in virtù delle manovre di dilatazione prepuziale forzata, il normale divenire del prepuzio può quindi essere alterato e portare alla comparsa della FIMOSI. Per fimosi si intende, la impossibilità a scoprire il glande a causa di una eccessiva ristrettezza della porzione più distale del prepuzio sede di una sclerosi cicatriziale (**vedi la foto a sinistra**) che porta alla perdita di elasticità della pelle. In molti casi (secondo alcune statistiche più del 90%), la fimosi e' una conseguenza dei tentativi di retrazione del prepuzio in età neonatale (**vedi**

l'animazione sulla destra). Le minute lacerazioni della cute prepuziale che derivano da tali manovre vanno incontro a riparazione cicatriziale con comparsa di una anello stenotico inestensibile. In altri bambini tali alterazioni sono indotte da fenomeni infiammatori a carico della cute prepuziale (dermatiti da pannolino).



Che fare se il vostro bambino presenta una fimosi?

Sino a pochi anni fa e, purtroppo in molti casi ancora oggi, il bambino era destinato alla chirurgia che prevedeva la circoncisione completa od altre metodiche chirurgiche alternative. Questo non è sempre necessario ed esistono oggi delle metodiche alternative 'non chirurgiche' per trattare la fimosi. Ci riferiamo al cosiddetto trattamento steroideo topico vale a dire all'applicazione di un piccolo quantitativo di crema a base di cortisone sulla porzione distale del prepuzio. Tale metodica, la cui efficacia è dimostrata da numerosi lavori pubblicati in **letteratura**, prevede l'applicazione serale di una certa quantità di pomata **steroidica** sul prepuzio per un periodo di 15 giorni.

L'effetto della crema steroidea è quello di determinare un'azione antiflogistica ed antifibrotica a carico della cute prepuziale con la restituito ad integrum della normale elasticità cutanea. Il trattamento è del tutto innocuo e non determina effetti collaterali significativi se si eccettua un modesto prurito nei primi giorni di terapia. La crema va applicata sia esternamente che all'interno del canale prepuziale adottando la tecnica illustrata nella figura. Al mattino il bambino sarà lavato esternamente avendo cura di non retrarre forzatamente il prepuzio sino a che quest'ultimo non abbia riacquisito la sua normale elasticità. I risultati sono assolutamente soddisfacenti in più del 90% dei bambini con una recidiva della stenosi prepuziale che si aggira intorno al 10-12% dei bambini trattati. In sintesi 80 bambini su 100 possono evitare l'intervento chirurgico.



Nei casi in cui la terapia steroidea non risolve il problema sarà necessario effettuare un intervento chirurgico correttivo.

Tale intervento non riveste alcun carattere di urgenza ne esistono indicazioni ad operare il bambino al di sotto dei cinque-sei anni di età tranne nei casi in cui esistano dei sintomi soggettivi o dei fenomeni morbosi specifici quali:

1 - Rischio di parafimosi: per parafimosi si intende l'impossibilità a riportare il prepuzio nella sua normale posizione a seguito di un anello stenotico che, una volta oltrepassato il glande, non può più risalire strangolando di fatto il pene.

2 - Episodi ricorrenti di balanopostite: Accumulo di pus e smegma tra glande e prepuzio con dolore e tumefazione dei tessuti.

3 - Stenosi del meato prepuziale severa: Determina una minzione in due tempi con rigonfiamento del prepuzio a mo' di palloncino.

E' bene tenere sempre a mente che la scopertura del glande nel bambino non riveste alcun significato in termini di 'salute' essendo il glande un organo sessuale.

Chirurgia della fimosi

Lo scopo della correzione chirurgica e' quello di permettere la normale scopertura del glande. L'intervento chirurgico consiste nella circoncisione o preferibilmente, dove possibile, nella plastica di ampliamento del prepuzio con conservazione della cappuccio prepuziale. Nei casi in cui l'intervento non debba essere effettuato precocemente per i motivi esposti potrà essere effettuato in prossimità dell'età scolare o più tardi. Non esistono altre indicazioni, scientificamente dimostrate, ad anticipare l'età dell'intervento. Una complicanza piuttosto frequente della circoncisione, qualora effettuata in bambini di giovane età, è rappresentata dal successivo restringimento del meato urinario legata ai continui traumatismi che il glande, non più protetto dal prepuzio, subisce a contatto con il pannolino. Per tale motivo e' assolutamente da sconsigliare la circoncisione prima che il bambino sia continente.

[ritorna al testo](#)

Pomata steroidea

Qualsiasi crema steroidea può essere utilizzata per la terapia sebbene sia da preferire un prodotto di relativamente recente introduzione, il mometasone furoato: Steroide topico non fluorurato (9alfa, 21-dicloro-11beta, 17alfa-didrossi-16alfametilpregna-1,4diene 3,20-dione 17(2'-furoato) utilizzato nella sua formulazione in crema allo 0,1%. L'assorbimento sistemico nell'uomo di tale steroide è estremamente basso (<1%). In studi condotti sul bambino affetto da dermatite atopica non si sono manifestate variazioni significative della cortisolemia. Minimo appare quindi l'effetto sull'asse ipotalamo-ipofisario e l'effetto negativo degli steroidi topici.

[ritorna al testo](#)

Letteratura:

- Krolupper M.: Care of foreskin constriction in children. *Cesk Pediatr* 1992; 47: 664-5
- Gairdner D.: The fate of the foreskin. A study of circumcision. *Br Med* 1949; 2:1433-7
- Oster I : Further fate of the foreskin. *Arch Dis Child* 1968; 43: 200-3
- de Castella H.: Prepuccioplasty: an alternative to Circumcision. *Ann R Coll Surg Engl* 1994; 76: 2 57-8
- Leal MJ, Mendes: Ritual circumcision and the plastic repair of phimosis. *Acta Med Port* 1994; 7: 475-81
- Jorgensen BT, Svensson A.: The treatment of phimosis in boys, with a potent topical steroid (clobetasol propionate 0.05%) cream. *Acta Derm Venereol Stockh* 1993; 73: 55-6
- Schlittenhardt S.: Phimosis and balanitis-guidelines for care. *Kinlerkrankenschwester* 1993; 12: 77
- Wright JE.: Further to 'the further fate of the foreskin,' Update on the natural history of the foreskin. *Med J Aust* 1994; 160: 134-5
- Matsuoka H. KaJiwaru I, Tahara H. Oshima K.: Phimosis as a pathogenetic factor in urinary tract infection and vesicoureteral reflux. *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi* 1994; 85: 953-7
- Chalmers RJG, Burton PA, Bennett RF, Goring CC, Srrith PJB.: Lichen sclerosus et atrophicus. *Arch Dermatol* 1984; 120: 1025-7
- Meuli M, Briner J. Hanirann B. Sacher P.: Lichen sclerosus et atrophicus causing phimosis in boys: a prospective study with a 5 year follow-up after complete circumcision. *J Urol* 1994; 152: 987-9
- Wright JE: The treatment of childhood phimosis with topical steroid, *Aust N Z J Surg* 1994, 64: 327-8
- Dalela D, Agarwal R. Treatment of childhood phimosis with topical steroid. *Letter. Aust N Z J Surg* 1995; 65: 57-8
- Sinha S. Babu MV Treatment of childhood phimosis with topical steroid. *Letter, Aust N Z J Surg* 1994; 64: 861