



<<< indietro

Guida pratica all'intervento

La nascita di un bambino con malformazioni congenite è sempre causa di notevole ansia per i genitori e, spesso, determina nella famiglia un senso di confusione e disorientamento riguardo l'atteggiamento più opportuno da assumere sia per quanto concerne le indagini diagnostiche da effettuare che per il trattamento chirurgico da intraprendere. Tale senso di confusione non di rado lascia il posto ad un vero e proprio disorientamento quando le indicazioni al trattamento chirurgico e le sue modalità di applicazione differiscono in maniera palese da sanitario a sanitario.

Cercheremo, pertanto, di fornire delle semplici linee guida che vi orientino correttamente nella scelta del trattamento più appropriato allo specifico caso.

Alla nascita: Il primo approccio diagnostico nei confronti del bambino ipospadico viene effettuato presso l'ospedale dove il bambino nasce.

Il neonatologo provvederà, infatti, alla valutazione delle severità dell'anomalia peniena, della presenza dei testicoli e della loro normale discesa nello scroto e, soprattutto, verranno eseguite le indagini diagnostiche di screening tali da valutare la presenza di coesistenti anomalie delle vie urinarie o di altri distretti corporei. Bisogna ricordare che l'ipospadia rappresenta spesso un sintomo di una condizione malformativa complessa (sindrome).

Se il bambino presenta mancata discesa dei testicoli, forme di ipospadia severa od anomalie associate a carico di altri organi sarà altresì opportuna una consulenza genetica.

Età all'intervento: Per quanto riguarda questo delicatissimo aspetto vi rimandiamo al [capitolo dedicato](#).

Periodo postoperatorio: Al termine dell'intervento, viene abitualmente posizionata una derivazione urinaria temporanea (catetere) che permetta alle urine di fuoriuscire dalla vescica senza 'bagnare' il segmento di uretra appena ricostruito. In molte ipospadie l'impiego del catetere è di fondamentale importanza per poter garantire un corretto consolidamento della neo-uretra ricostruita. La decisione di utilizzare o meno una derivazione urinaria viene presa dal chirurgo in relazione al tipo di intervento effettuato.

Ipospadie Distali: Spesso non è necessaria o viene utilizzata per le prime 24 ore e rimossa prima della dimissione. Nei casi in cui è prevista una derivazione più protratta (Ipospadie prossimali), si utilizza in genere un catetere morbido che, introdotto nell'uretra, drena direttamente la vescica.

E' pratica nel mio centro fissare il catetere al glande con un punto di sutura e, nel bambino più piccolo, lasciato libero di 'gocciolare' tra due pannolini. Ciò permette al bambino una completa autonomia di movimento e rende più semplice il decorso postoperatorio. In altri centri ospedalieri vengono impiegate metodiche diverse.

Nel paziente più grande può essere invece collegato ad un sacchetto raccogliatore delle urine, costituendo così un 'sistema chiuso', con la necessità di provvedere periodicamente alla sostituzione o svuotamento del sacchetto. In entrambi i casi il catetere viene lasciato per un periodo massimo di 7-10 gg. e la sua rimozione è assolutamente atraumatica.

E' molto importante che il catetere rimanga in posizione corretta e drena continuamente l'urina. In caso di interruzione del flusso di urina vanno escluse angolature o inginocchiamenti del catetere ed eventualmente verificata la sua pervietà con un lavaggio.

E' abbastanza frequente l'evenienza di un temporaneo mal funzionamento del catetere in relazione a coaguli ematici o depositi di fibrina che ne ostruiscano il lume. Questa evenienza viene evidenziata dall'arresto del flusso urinario e dal forte desiderio di mingere che il bambino esprime. E' importante riconoscere tempestivamente questi sintomi per evitare che l'urina fuoriesca tra catetere e neo-uretra.

Può accadere che una piccola quantità di urina passi tra uretra e catetere durante lo sforzo che il bambino compie per evacuare nonostante il buon funzionamento del catetere stesso. E' evenienza comune e non deve destare preoccupazione.

MEDICAZIONE PENIENA

Anche la medicazione peniena ha un ruolo determinante per la buona riuscita dell'intervento. La funzione della medicazione è quella di immobilizzare il pene operato, prevenire l'edema ed il sanguinamento post-operatorio.

Anche il tipo di medicazione, come accade per il catetere, può variare da intervento ad intervento, viene rimossa nei giorni che seguono l'intervento e non deve, in genere, essere sostituita prima della sua definitiva rimozione.

La fuoriuscita di una modesta quantità di sangue dalla medicazione nell'immediato post-operatorio deve essere considerata normale. Nelle ore e nei giorni che seguono la rimozione della medicazione un certo edema e gonfiore del pene è una eventualità piuttosto comune.

TERAPIA DEL DOLORE

Il bambino operato per ipospadia può avere fastidio o dolore dopo l'intervento. Questi sintomi sono in genere causati da 'spasmi vescicali'. La vescica è un serbatoio di urina dotato di una parete muscolare e può essere irritata dall'intervento chirurgico e soprattutto dalla presenza di un catetere. Le manifestazioni di tali irritazione sono rappresentate dallo spasmo (contrazione) del muscolo vescicale. Se si verifica, in genere è improvvisa e dura pochi minuti, il bambino può iniziare a piangere e lamentarsi con le gambe flesse verso il torace. Spesso, i bambini più grandi, riferiscono lo stimolo urgente o la sensazione di (fare la pipì). Talvolta la comparsa di spasmi vescicali dipende dalla presenza di feci nel retto o può dipendere da un cattivo drenaggio del catetere. La conseguenza di tali spasmi può determinare, come visto in precedenza, la minzione tra catetere e neo-uretra. Quando tali episodi siano frequenti si possono utilizzare specifici farmaci.

IGIENE E CURA DEL PENE OPERATO

Quando viene rimossa la medicazione il pene può essere ancora gonfio ed ecchimotico per alcuni giorni prima di assumere un aspetto normale. Ciò non deve essere causa di ansia per i genitori, in quanto la complessità tecnica della ricostruzione chirurgica comporta un naturale processo di cicatrizzazione e consolidamento delle strutture anatomiche ricostruite che si completa nell'arco di settimane. Una pomata antibiotica deve essere applicata a livello del nuovo sbocco uretrale (neo meato) più volte (3-4) nell'arco della giornata o al cambio del pannolino. Favorisce una guarigione ottimale e previene eventuali coaguli o croste che potrebbero compromettere l'esito dell'intervento.

Dopo la rimozione del catetere e della medicazione è consentito il bagno integrale, ma deve essere limitato a periodi brevi (5 minuti) ed una sola volta al giorno per la prima settimana dopo l'intervento. I punti usati (materiale di sutura) per la ricostruzione sono in materiale riassorbibile e non devono essere rimossi. Cadranno spontaneamente nell'arco di alcune settimane.

Non vi sono regole particolari e/o limitazioni per la ripresa di una normale attività fisica; è tuttavia preferibile evitare compressione della regione perineale e scrotale (triciclo, bicicletta, cavallo a dondolo) per un periodo di 2-3 settimane dopo l'intervento.

INFEZIONE

L'infezione è una possibile complicanza di qualsiasi intervento chirurgico sebbene piuttosto rara nella chirurgia dell'ipospadia. La comparsa di arrossamento cutaneo, presenza di pus franco e/o febbre sono segni evidenti di una infezione in atto e devono essere prontamente messi in evidenza per un tempestivo trattamento medico/antibiotico.