

E

EDITORIALE

Ancora sui vaccini...

Giuseppe Luzi

I progressi della cultura non seguono quelli dello sviluppo economico. È stato un tema caro a Pasolini, che guardava al nostro Paese e alle gravi distorsioni sociali che lo caratterizzavano nel suo tempo. Ma poco è cambiato.

Cosa significa ricorrere a queste affermazioni parlando dei vaccini? Semplicemente significa continuare una battaglia antioscurantista che può essere considerata l'epifenomeno di una ridotto approccio alle elementari conoscenze di base. L'umanità ha sempre avuto tre elementi con i quali fare i conti: la povertà con la fame, le malattie e le malattie infettive in particolare, la guerra.

Guardiamo alle malattie infettive. Ragioniamo su alcuni punti, tanto per avere qualche esempio. Nel 1330 compare la morte nera, causata dal batterio *Yersinia pestis*. Si stima che siano morte tra i 100 e i 200 milioni di soggetti nei territori euroasiatici. Nel 1520 i soldati spagnoli che sbarcano in Messico diffondono il vaiolo. La popolazione si dimezza. Gli uomini del capitano Cook, nella seconda metà del Settecento arrivano nelle Hawaii e introducono nuovi patogeni sconosciuti in quei territori (virus influenzali, tubercolosi, lue). Nei

primi anni del XX secolo circa un terzo degli individui in età pediatrica moriva prima di raggiungere l'età adulta. Al termine della I^a Guerra Mondiale circa 50 milioni di persone muoiono per l'influenza spagnola. Non stiamo parlando di date lontane.

Poi compaiono i vaccini, gli antibiotici e si assiste a un miglioramento della qualità della vita (uso dell'acqua corrente, riscaldamento, igiene ambientale diffusa, disponibilità di cibo). La specie umana si dedica così più tranquilla allo sviluppo "economico", conquista (?) la luna, ottimizza i trasporti, introduce una rete mondiale di comunicazioni, "globalizza".

Forse dimentica (non tutti per fortuna), che nel 1967 ancora 15 milioni di persone erano colpite dal vaiolo e che circa 2 milioni morirono. Ma una campagna di vaccinazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha permesso l'eradicazione della malattia. Ora nessuno si vaccina più perché il virus non c'è. Liberi.

Ma i problemi non si fermano con il vaiolo. Per venire ai nostri giorni ricordiamo la SARS, l'influenza aviaria e quella suina e il recente episodio di Ebola. La nostra specie ha elaborato comunque con buona efficacia sistemi di contenimento di queste patologie infet-



tive e molte altre sono sotto controllo perché i sistemi vaccinali sono ora imposti per legge.

Conclusione: non è accettabile che si continui con ostinazione e protervia a sostenere che i vaccini sono rischiosi o addirittura dannosi. Ormai sono in atto campagne delle varie istituzioni pubbliche che cercano di contenere questa aggressione all'intelligenza, ma non dobbiamo fermarci.

Quale sviluppo economico può favorire il progresso se un'informazione preconcepita finisce con l'essere

l'unico approccio "culturale" di chi non è in grado di discernere su temi che non conosce? Parlare dei vaccini da profani non è la stessa cosa che suggerire all'allenatore di una squadra di calcio la migliore formazione per il campionato.

L'informazione va controllata, gli errori vanno sottolineati e i rischi affrontati, ma pensiamo soltanto a come andiamo in crisi se all'improvviso manca l'acqua o non c'è più la luce in casa.

Il futuro è nei vaccini, piaccia o non piaccia. ■



L'ernia inguinale dell'età pediatrica

Fabio Ferro

“The anatomy of the inguinal region is enigmatic and confusing”. È la prima frase del lavoro di J.E. Skandalakis intitolato “Surgical anatomy of the inguinal area”⁽¹⁾.

È in linea con un'affermazione rivolta ai chirurghi in formazione: “chi è in grado di correggere l'ernia inguinale può affrontare ogni altro quadro chirurgico”. La filosofia del messaggio deve essere però estesa alla capacità di risolvere qualsiasi ernia, anche la più rara e complicata, primitiva o recidiva. Lo stesso Skandalakis, autore con S.W. Gray del trattato “Embriology for Surgeons” ha confessato: “ after I spent 25 years in the laboratory and after thousands of herniorraphies,

the inguinal canal is still terra incognita to me”.

Mentre nell'adulto l'ernia inguinale è acquisita per la fisiologica riduzione della consistenza dei piani muscolari che contribuiscono alla stabilità del canale inguinale (ernia diretta), nell'età pediatrica si tratta di una vera malformazione per la mancata chiusura del dotto peritoneale (ernia indiretta o obliqua esterna). Durante la vita fetale il testicolo migra attraverso il processo vaginale, un'estroffessione del peritoneo che si estende dalla cavità addominale allo scroto. Questo condotto si chiude dopo la completa discesa della gonade. In percentuale variabile dallo 0.8 al 4.4% nei nati a termine, e nel 30% dei prema-

turi, questo condotto rimane pervio. Pertanto l'ernia inguinale è la malformazione più frequente e che più frequentemente richiede la correzione chirurgica^(2,3). La Fig. 1 mostra una voluminosa ernia inguinale bilaterale. I progressi della "intensive care" neonatale hanno portato alla sopravvivenza dei severi prematuri con proporzionale aumento di prevalenza dell'ernia inguinale (tabella) con la possibilità di intasamento e strozzamento erniario con frequenza doppia rispetto ai nati a termine. L'imaturità respiratoria, le apnee, la bradicardia, e le eventuali anomalie associate, necessitano di una particolare attenzione clinica generale, in quanto la correzione del difetto è consigliata alla dimissione dall'unità di terapia intensiva^(4,5).

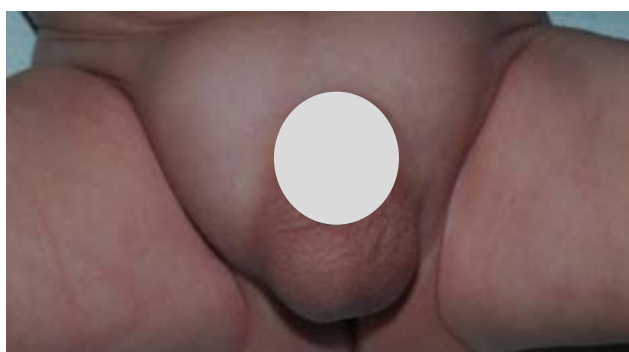


Fig. 1 - Voluminosa ernia inguinale bilaterale indiretta.

Non è solo la caratteristica di essere un'anomalia congenita a differenziare l'ernia dell'infanzia da quella dell'adulto. Il canale inguinale ha dimensioni relative e rapporti con le strutture adiacenti molto diversi. Si deve tenere presente la peculiare anatomia del bacino infantile, più largo che profondo, la lunghezza e la direzione del canale inguinale, breve nel neonato e nei primi anni di vita e, soprattutto, la sede della vescica, situata nella profondità dello scavo pelvico nell'adulto mentre nell'infanzia è un organo addominale.

La letteratura riporta diversi casi di lesioni vescicali in corso di erniotomia, fino alla cistectomia totale quando la sottile parete vescicale è stata confusa con un voluminoso sacco erniario. Inoltre le strutture del canale sono esili ed è facile superarne le pareti, soprattutto quella mediale. Le ernie dirette sono rare

in età pediatrica. Ancora meno frequenti sono le ernie femorali (vedi riquadro), l'ernia di Littré con il diverticolo di Meckel impegnato nel sacco, le ernie da scivolamento a contenuto cecale e appendicolare, e le eccezionali ernie di Spigelio. L'idrocele, è sempre la conseguenza della mancata chiusura del dotto peritoneale, ma per un residuo di minore calibro, che consente solo al liquido peritoneale di distendere il sacco scrotale (Fig. 2).

Un particolare idrocele, raro ma non eccezionale, è l'idrocele addomino-scrotale o a bisaccia, descritto per la prima volta da Dupuytren, caratterizzato da due componenti, scrotale e addominale, collegate a guisa di clessidra attraverso il canale inguinale.



La manovra di alterna compressione scrotale e addominale che distende l'opposta sacca (springing ball sign) indirizza verso la diagnosi. Lo studio ecografico conferma il sospetto. Salvo eccezionali casi di risoluzione spontanea la correzione chirurgica è necessaria^(8,9).

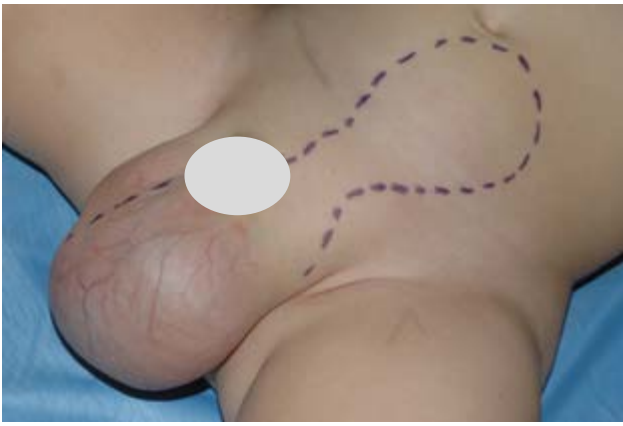


Fig. 2 - Idrocele Addomino-scrotal “springing back ball sign”

A differenza dell'idrocele dell'adolescente e dell'adulto, dove la raccolta liquida è stabile o progressivamente ingravescente, nell'idrocele pediatrico il volume scrotale si modifica nel corso della giornata, maggiore la sera dato che il liquido segue la gravità, o in caso di aumento di quello presente in addome per malattie intercorrenti (gastroenteriti, virali). Alcune ernie o idroceli misconosciuti si evidenziano dopo lo shunt ventricolo-peritoneale o nel corso della dialisi peritoneale e devono essere prontamente corretti.

Le complicazioni dell'ernia non corretta sono lo strozzamento, la possibile sofferenza testicolare con infarto e atrofia della gonade, più raramente la severa ischemia dell'intestino incarcerato⁽⁶⁾.

Timing chirurgico

Da proscrivere in modo assoluto il ricorso al cinto erniario che non risolve l'ernia e può determinare aderenze fibrose con prevedibile maggiore difficoltà nella necessaria correzione chirurgica. Mentre è opportuna la riparazione dell'ernia “*alla diagnosi*”, per l'idrocele si può attendere per alcuni mesi nella possibilità della chiusura spontanea del dotto peritoneale, programmandone la riparazione dopo il termine del primo anno di vita. Si discute se è opportuno procedere alla correzione dell'ernia del prematuro prima o dopo la dimissione dalla *Neonatal Intensive Care*, con maggiore consenso per la precoce erniotomia dato il maggior rischio di complicazioni in questo gruppo di

neonati. In uno studio retrospettivo diretto a determinare il momento ottimale per la correzione dell'ernia inguinale nel prematuro i risultati hanno confermato l'opportunità di procedere non appena il neonato abbia raggiunto la possibilità di essere dimesso dall'unità di terapia intensiva.

La sedazione associata all'anestesia locoregionale (caudale, spinale o distrettuale) consente una dimissione rapida, in genere in regime di chirurgia ambulatoriale o, per i prematuri, dopo una sola notte

L'ernia femorale, considerata la “*bete noir*” per la sua scarsa prevalenza e le frequenti complicazioni rappresenta il 3-4% delle ernie inguinali dell'adulto e solo lo 0.3-1% di quelle in età pediatrica. Si manifesta con una tumefazione laterale al legamento inguinale.



L'errata diagnosi preoperatoria e la mancata identificazione nel corso dell'intervento, erroneamente diretto alla correzione di una sospetta ernia indiretta, spiegano la persistenza del difetto, le difficoltà chirurgiche con complicazioni anche severe e la possibile recidiva.

di ospedalizzazione⁽⁷⁾. A Eliodoro (primo secolo A.C.) può essere attribuito il primo “perfetto” intervento chirurgico per l’ernia pediatrica: separò il sacco dagli elementi del cordone spermatico, lo arrotolò e lo legò senza ricostruire il canale. La correzione dell’ernia indiretta e dell’idrocele prevede, infatti, la sola chiusura del sacco peritoneale a livello dell’anello inguinale interno, con o senza apertura del canale inguinale, ed ha una durata di 15-30 minuti.

In caso di evidente irreversibile sofferenza testicolare si procede all’orchietomia e alla fissazione del testicolo opposto. L’orchidopessia controlaterale è opportuna anche qualora vi sia il dubbio sul recupero vascolare della gonade con possibile evoluzione verso l’atrofia.

Le complicazioni chirurgiche sono un’ineluttabilità statistica ma quelle relative all’intervento di erniotomia sono rare come rara è la recidiva del difetto. Nel neonato è opportuno utilizzare strumenti d’ingrandimento ottico per ridurre il rischio di lesioni iatrogen-

ne. Per la correzione dell’ernia femorale le difficoltà chirurgiche sono maggiori. Nel canale femorale, sede del passaggio del sacco erniario e del suo contenuto, decorrono il nervo, l’arteria e la vena femorale e, nel caso delle possibili recidive la fibrosi cicatriziale renderà l’intervento ancora più complesso con aumento del rischio chirurgico e di nuova recidiva. Data la rara prevalenza dell’ernia femorale in età pediatrica è opportuno riferire il paziente a una unità operativa con specifica esperienza.

Per concludere, la frequente ernia inguinale e i quadri correlati come l’idrocele, rappresentano, insieme al testicolo non disceso il maggior impegno per il chirurgo e l’urologo pediatrica. Non devono essere sottovalutate le possibili complicazioni, in parte legate alla frequenza statistica della malformazione, e perché alcuni quadri, rari o eccezionali, possono essere di difficile inquadramento diagnostico e di ancora più difficile soluzione chirurgica. ■

PREVALENZA DELL’ERNIA INGUINALE IN RAPPORTO AL PESO IN GRAMMI ALLA NASCITA

500 - 1000 30-42% 1000 - 1500 10% 1500 - 2000 3%

RAPPORTO MASCHIO FEMMINE: 3 A 1

BILATERALITÀ: NEL NATO A TERMINE 10%, NEL PREMATURO 50%

RISCHIO D’INCARCERAMENTO: 10% (IL DOPPIO NEI PREMATURI)

Bibliografia

1. J.E. Skandalakis, S.W. Gray, L.J. Skandalakis. *surgical Anatomy of the inguinal area.* World J Surg (1989) 13:490
2. American Academy of Pediatrics. Assessment and management of inguinal hernia in infants. Clinical Report. Lead Author K.S. Wang. Downloaded, March 28, 2017
3. S.H. Ein, I. Njere, A. Ein. Six thousand three hundred sixty-one pediatric inguinal hernias: a 35-year review. J Pediatr Surg (2006) 41:980
4. F. Qayyum and D. Alvear: Management of inguinal hernias in premature infants - Pre or post discharge - what is best? J of Pediatrics and Neonatal Care (2016), 5, 181
5. A. Pini Prato, V. Rossi, M. Mosconi, N. Disma, L. Mameli et al: Inguinal hernia in neonates and ex-preterm: complications, timing and need for routine contralateral exploration. *Pediatr Surg Int* (2015) 31: 131
6. M. Zamakhshary, T. To, J. Guan and J.C. Langer. Risk of incarceration of inguinal hernia among infants and young children awaiting elective surgery. *CMAJ* (2008) 4:1001
7. P.D. Craven, N. Badawl, D.J. Henderson-Smart, M. O’Brien: Regional (spinal, epidural, caudal) versus general anaesthesia in preterm infants undergoing inguinal herniorrhaphy in early infancy. *Cochrane Database Syst Rev* (2015) (3): CD003669
8. F. Ferro, A. Lais, C. Orazi. Abdominoscrota hydrocele in childhood. Report of four cases and review of the literature. *Pediatr Surg Int* (1995) 10:276
9. F. Ferro, A. Spagnoli, M.C. Lucchetti, P. Marchetti. Abdominoscrota hydrocele: a reliable surgical technique. *Urology* (2000) 55:771