

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XV

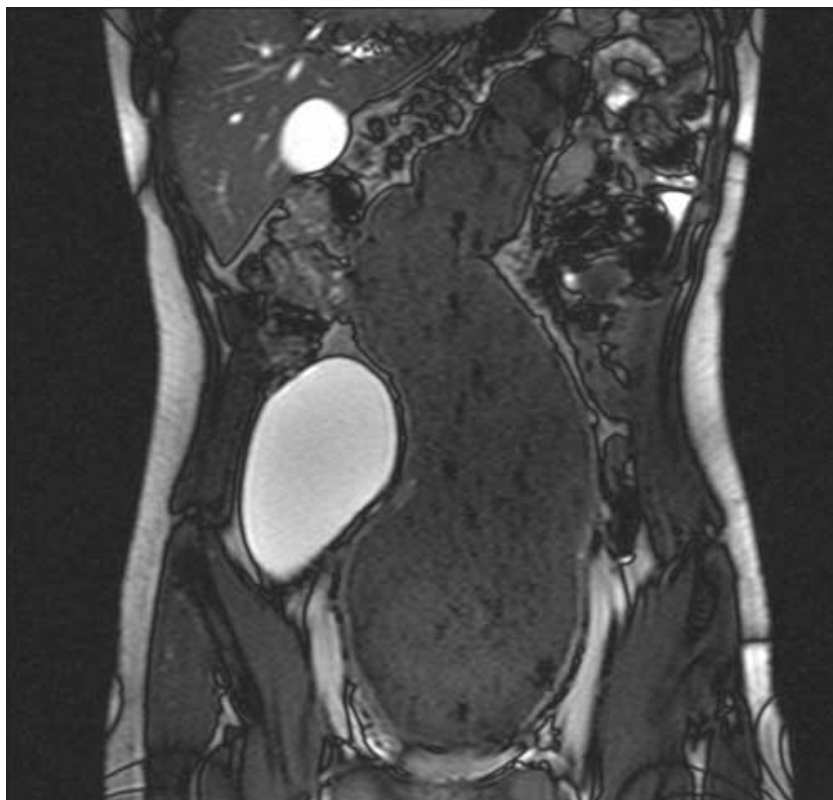
Novembre 2012

numero 9

CASI INDIMENTICABILI

Chi la fa l'aspetti... e chi non la fa?*UO Pediatria, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Pisa*

C. Tuoni, S. Ghione, R. De Tata, F. Dini, A. Petracchi, I. Vannozzi, F. Vierucci, G. Palla, G. Maggiore



L. è un ragazzino di 13 anni che una sera di metà settembre si presenta presso il nostro Pronto Soccorso pediatrico riferendo la comparsa, da pochi giorni, di dolore addominale e diarrea acquosa (circa 10 scariche/die) caratterizzata da feci normocromiche prive di sangue e/o muco, per la quale aveva cominciato ad assumere Loperamide e fermenti lattici. L'esame obiettivo generale è negativo: L. è apiretico, in buone condizioni generali, l'addome è trattabile, non dolente né dolorabile, né sono presenti segni di disidratazione. Gli esami ematici e l'ecografia addominale risultano nella norma. Considerando il quadro clinico compatibile con una banale gastroenterite, inviamo L. a domicilio consigliando di sospendere la terapia che aveva autonomamente intrapreso e di idratarsi abbondantemente, confidando in una risoluzione spontanea della sintomatologia. Passano 3 giorni e L. si presenta nuovamente presso il nostro ambulatorio dicendo che la sintomatologia non è affatto migliorata. Le condizioni generali appaiono lievemente scadute rispetto al precedente controllo: il ragazzo è sofferente, le evacuazioni hanno la stessa frequenza e le feci hanno le medesime caratteristiche, l'addome è trattabile, diffusamente dolorabile alla palpazione profonda. Decidiamo di trattenere il ragazzo in osservazione per

una più efficace idratazione e per un controllo degli esami chimico-clinici, aggiungendo, questa volta, lo screening per la celiachia e le indagini sulle feci (parassitologico, virologico e coprocultura). Ancora una volta tutto risulta negativo. Raccogliendo accuratamente l'anamnesi emerge che, pochi anni prima in seguito alla perdita della madre, L. aveva già presentato disturbi simili dell'alvo e, per questo motivo, aveva cominciato un trattamento di tipo psicologico, da poco interrotto. Sospettando che l'episodio attuale potesse rappresentare una riacutizzazione del disturbo psico-somatico del ragazzo, il padre ci trasmette la propria tranquillità rispetto alla situazione di L. e concordiamo, in concomitanza con un lieve miglioramento delle condizioni del ragazzo, di dimmetterlo con diagnosi di "diarrea persistente". Ci accordiamo per un controllo clinico ambulatoriale ad un mese di distanza. Passano 3 settimane... di nuovo turno di Pronto Soccorso e... giunge nuovamente L.! Troviamo il ragazzo in attesa nel corridoio sdraiato su una barella, visibilmente sofferente e debilitato. Lo facciamo entrare subito: L. ci racconta che dall'ultima volta che ci siamo visti il dolore addominale è sempre stato presente e le scariche diarroiche, negli ultimi giorni, sono addirittura aumentate di frequenza, raggiungendo 25 scariche

al giorno! Recentemente, inoltre, è comparsa astenia, disappetenza e, rispetto al precedente controllo, una riduzione del peso di 6 kg. ...Qualcosa non quadra... ripensiamo ai nostri sospetti diagnostici: esclusa la “banale” gastroenterite, consideriamo anche difficile che il quadro possa essere giustificato interamente da un disturbo psico-somatico. Visitiamo L.: l’addome è piano e trattabile ma, questa volta, alla palpazione si apprezza una massa di consistenza dura, di circa 10 x 20 cm, localizzata in sede pelvica con impegno mesoepigastrico. La peristalsi è torbida. Richiediamo un’ecografia addominale. Dopo pochi minuti l’ecografista ci contatta per suggerirci una RM dell’addome, viste le difficoltà nell’eseguire l’ecografia. Questa mostra una marcata dilatazione di tutto il retto e del sigma (diametro massimo di circa 12 cm di calibro a livello del retto), ma con spessore di parete nei limiti; il lume risulta occupato da abbondante materiale poltaceo e gas (*Figura 1*). La vescica è completamente dislocata in fossa iliaca destra con morfologia allungata. Rimaniamo stupiti dalle immagini radiologiche e iniziamo ad ipotizzare la possibile causa in relazione alla clinica ed al reperto della RM: patologia ostruttiva? Megacolon tossico? Massa fecaloide? **Figura 1.** RM: dilatazione retto-sigma (dm max $\approx$ 12 cm), pareti nei limiti, materiale poltaceo e gas, vescica in FID. Approfondiamo l’anamnesi e sveliamo l’arcano... L. ci racconta che, dopo il ricovero, aveva ricominciato (autonomamente!) ad assumere Loperamide con fiducia in quanto, nei primi giorni, i sintomi erano un po’ migliorati; per la precisione ci dice di aver assunto 3 compresse/die per 20 giorni consecutivi...Facilmente calcoliamo un totale di 60 compresse!!! Le indicazioni relative alla somministrazione terapeutica sul foglietto illustrativo consigliano di non assumere il farmaco per più di 2 giorni, a dosi di 2 cpr/die sino a un massimo di 8 cpr/die, ma si sa, i “bugiardini” non li legge mai nessuno ed in particolare, vista l’età del minore sarebbe stato compito del padre vigilare sul trattamento terapeutico informandosi sui possibili effetti collaterali del farmaco; purtroppo in questo caso ha pesato un quadro familiare sfortunato in associazione a un basso livello culturale. La diarrea persistente, inizialmente imputabile all’episodio di gastroenterite, era in realtà una diarrea da overflow causata dal fecaloma. Viene disposto il ricovero per la rimozione del fecaloma, dapprima manuale e successivamente con l’ausilio di lassativi osmotici per bocca ed enteroclistmi a bassa pressione con paraffina liquida. Nel giro di pochi giorni la massa addominale si riduce progressivamente sino a non essere più palpabile; Luca perde più di 3 kg di peso e ricomincia ad alimentarsi volentieri. Le feci tornano di colore e consistenza normali e al controllo ecografico, eseguito dopo una settimana la marcata distensione del colon risulta scomparsa residuando soltanto una modesta distensione gassosa; anche la vescica risulta in sede e ha riacquisito la sua normale forma, non più compressa dal retto che risulta scarsamente disteso. Il **fecaloma** è una massa di feci, accumulata nell’intestino, di consistenza molto aumentata rispetto alle feci normali. Le cause più frequenti, in età pediatrica, sono la malattia di Hirschsprung, i disturbi psichiatrici, la costipazione cronica, malattie neoplastiche e malattie infiammatorie croniche intestinali. Un’altra causa da non sottovalutare nella pratica clinica e che riguarda molte altre possibili sintomatologie, è l’uso improprio di farmaci

potenzialmente dannosi. Nell’anamnesi si è concentrato tutto: sviandoci inizialmente e poi indicandoci la diagnosi!