

L'esplorazione rettale nel bambino: quando e come

Miris Marani

UO di Pediatria e Patologia neonatale, Ospedale Bufalini, AUSL Cesena

Abstract

Rectal examination is often advised for two conditions: acute appendicitis and constipation. There are evidences regarding the efficacy of rectal examination only for the latter condition. The procedure is hereby described.

Miris Marani, Rectal examination: when and how.

Quaderni acp 2003 vol X n° 1; 43-44

L'esplorazione rettale è una manovra molto sgradita al bambino e praticata raramente dal pediatra; tuttavia è da considerare una procedura importante nella valutazione di alcuni problemi clinici. Vediamone l'efficacia diagnostica in alcune delle indicazioni.

Nell'appendicite acuta

Una delle indicazioni classiche dell'esplorazione rettale è il dolore addominale acuto. Il riscontro di dolorabilità alla palpazione attraverso il retto del lato destro del Douglas è ritenuto un buon supporto alla diagnosi di appendicite acuta.

I medici di un Pronto Soccorso Pediatrico di Indianapolis hanno esaminato quanto spesso i pediatri ricorrono a questa manovra nella valutazione del dolore addominale acuto: solo 56 su 1140 bambini giunti al Pronto Soccorso con questo sintomo erano stati sottoposti a esplorazione rettale dal pediatra inviante. Gli elementi clinici che più frequentemente avevano indotto i pediatri alla manovra erano stati: dolore alla palpazione addominale, storia di stipsi, sanguinamento rettale. Solo in 12 su 56 la manovra aveva contribuito, però, alla diagnosi, che era stata di stipsi in quasi la metà dei casi (1). La manovra è poco praticata anche dai pediatri ospedalieri ed è in diminuzione: all'ospedale di Birmingham la frequenza con cui un bambino con dolore addominale acuto viene sottoposto a esplorazione digitale del retto è dimezzata in un decennio senza diminuzione dell'efficacia diagnostica (2).

Peraltro, anche uno studio condotto su 1028 pazienti adulti, giunti a valutazione chirurgica per dolore al quadrante inferiore destro dell'addome e dolorabilità alla palpazione nella stessa sede, ha dimo-

strato che l'esame rettale non aggiunge rilevanti informazioni diagnostiche (3). *Dunque, non ci sono definitive indicazioni di utilità, ma le ricerche sono poche e non eccellenti; pare dunque che la spiacevole procedura possa essere frequentemente risparmiata ai piccoli pazienti se il sospetto diagnostico è di appendicite. Assolti allora i pediatri che vi ricorrono poco e malvolentieri, anche se un supplemento di ricerche deve essere senz'altro suggerito.*

Nella stipsi cronica e nell'incontinenza fecale

Un'altra indicazione all'esplorazione digitale del retto nel bambino è la *stipsi cronica*: viene utilizzata per differenziare la stipsi idiopatica dalla malattia di Hirschsprung classica, e per valutare la presenza, le dimensioni, la consistenza dell'impatto fecale. La stipsi è un problema molto comune nell'infanzia: si stima che ne sia affetto il 5-10% dei bambini. Nella maggior parte dei casi è funzionale; va sospettata una causa organica quando:

- esordisce entro il primo anno di vita;
- si rileva all'anamnesi passaggio ritardato di meconio;
- quando si accompagna a distensione addominale e scarsa crescita.

In uno studio statunitense del 1999 si è voluto valutare quanto i pediatri effettuino l'esplorazione digitale del retto nella stipsi cronica.

A 128 bambini, giunti al Servizio di Gastroenterologia di un ospedale pediatrico dello Stato di New York per stipsi cronica, fu chiesto se erano mai stati sottoposti prima a esplorazione rettale (gli Autori precisano che i bambini erano assicurati in parte privatamente e in parte dal Medicaid e tutti inviati da un pediatra

non ospedaliero): 97 bambini (77%) non erano mai stati sottoposti a esplorazione rettale; di questi 53 (54%) presentavano impatto fecale.

Nel bambino stitico l'esplorazione rettale ha una forte efficacia diagnostica perché:

- nella stipsi cronica idiopatica il retto è disteso e pieno di feci;
- nella malattia di Hirschsprung classica è vuoto e stretto (4).

Inoltre il trattamento della stipsi cronica non può prescindere dalla preliminare rimozione dell'impatto fecale, e sapremo dall'esplorazione rettale se il bambino ha il retto vuoto ed è "pronto" per la terapia di mantenimento.

Non è infrequente che il bambino acceda all'ambulatorio del pediatra per un problema di incontinenza fecale: la stipsi è causa di incontinenza fecale nel 95% dei bambini affetti (5).

Nella valutazione dell'incontinenza fecale l'esplorazione rettale va particolarmente enfatizzata: un bambino con soiling e retto ripieno di feci è un bambino stitico. *In conclusione, anche se la ricerca bibliografica consente di accedere a ricerche modeste, si deve dire di sì all'esplorazione rettale nella stipsi e nell'incontinenza fecale.*

Come si fa

Con il piccolo paziente si dovrà stabilire un rapporto amichevole e duraturo: si stima che la maggior parte delle stipsi croniche richieda non meno di un anno di trattamento e numerosi incontri durante questo lungo periodo tra famiglia, bambino, pediatra; l'esplorazione, che abbiamo già detto molto sgradita, sarà ripetuta e, se possibile, non dovrebbe compromettere la nascita di un rapporto amichevole. Al bambino stitico, o incontinente, chiederemo di porsi supino sul lettino,

Per corrispondenza:

Miris Marani

e-mail: mspinolo@iol.it

NATI PER LEGGERE

Ferrara – 11-12 aprile 2003 - Corso di 12 ore

Presupposti

Il corso intende proporre una modalità di approccio uniforme e ragionata al progetto Nati per Leggere, che ormai è in fase di divulgazione su tutto il territorio nazionale.

Obiettivo didattico

Acquisizione delle conoscenze per: 1) consigliare adeguatamente i genitori sulla lettura precoce; 2) individuare nel proprio territorio i percorsi per la creazione delle collaborazioni con altre professionalità; 3) l'ottenimento di fondi locali necessari alla diffusione del progetto.

Programma del corso

Revisione delle evidenze scientifiche nazionali e internazionali su: competenze emergenti relative alla lettura nello sviluppo del bambino "emergent literacy", ambiente familiare e sviluppo delle competenze, efficacia della promozione della lettura negli ambulatori dei pediatri sulla attitudine delle famiglie a leggere ai propri figli, lettura ad alta voce e sviluppo delle competenze emergenti, lettura ad alta voce e successo scolastico.

Intervento nell'ambulatorio del pediatra.
 Modalità di attuazione della ricerca per monitorare, prima e dopo l'intervento, l'aumento della lettura a voce alta in famiglia.

Modalità di proponimento del progetto ad altri operatori.

In applicazione della legge 23/112/2000 n. 388 legge finanziaria 2001, art. 92, comma 5, capitolo n. 3616 art. 6 viene avviata la richiesta di accreditamento per i corsi alla Commissione di Educazione continua del Ministero della Salute.

Si prega di inviare questo coupon a: Centro Salute del Bambino via dei Burlo 1, 34123 Trieste. Fax 040 3224842

Si, sono interessato a partecipare a:

Nati per Leggere. Formazione per pediatri
 Ferrara, 11-12 aprile

Nome Cognome

Professione

Tel. Tel. Mobile

Posta elettronica

Indirizzo

CAP Sigla Provincia

vestito nella parte superiore del corpo perché si senta meno indifeso e con un genitore a fianco. Spiegheremo quello che ci accingiamo a fare. Cominceremo con una accurata ispezione anale con le ginocchia flesse sul corpo e mantenute dal genitore in questa posizione. L'ispezione ci informa sulla posizione dell'ano (distanza dai genitali esterni) e sulla eventuale presenza di ragadi e/o flogosi anale-perianale. Poi il bambino riappoggia i piedi sul lettino, mantenendo le ginocchia flesse e distanti. Indosseremo il guanto e spalmeremo il dito medio, o indice, a seconda dell'abitudine o della lunghezza, di vaselina filante; mostreremo il dito con la crema al bambino, lo inviteremo a toccarla e a sentire che è morbida; lo informeremo che questa crema sarà spalmata sul suo culetto. Con l'apice del dito o a piatto sull'orifizio anale inviteremo il bambino a compiere la manovra di Valsalva ("spingi come quando sei sul vasetto") che aiuta il rilassamento dello sfintere: a questo punto potremo introdurre il dito. Il tempo di permanenza del dito nel retto sarà molto breve: in pochi secondi si possono apprezzare la presenza di impatto fecale ed eventualmente quella peculiare sensazione di "dito stretto" in ampolla priva di feci suggestiva di megacolon agangliare. Se volessimo utilizzare l'esplorazione per la diagnosi di appendicite acuta, dovremmo effettuare la palpazione, con la punta del dito, del lato sinistro e di quello destro, cercando di valutare la maggiore dolorabilità di quest'ultimo. Il dito viene quindi estratto molto lentamente, informando il bambino che può alzarsi dal lettino e rivestirsi.

Bibliografia

(1) Schler SJ, et al. Use of rectal examination on children with acute abdominal pain. *Clin Pediatr (Phila)* 1998;37:311-6

(2) Dunning PG, Goldman MD. The incidence and value of rectal examination in children with suspected appendicitis. *Ann R Col Surg Engl* 1991; 73:399-400

(3) Dixon JM, et al. Rectal examination in patients with pain in the right lower quadrant of the abdomen. *BMJ* 1991 Feb 16;302:386-8

(4) Gold DM, et al. Frequency of digital rectal examination in children with chronic constipation. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;377:1538

(5) Loenig-Bauche V. Fecal incontinence in children. *Am Fam Physician* 1997;55:2229

Napoli 30 e 31 maggio 2003 - S. Maria La Nova, Sala del chiostro

**Da "Il bambino a rischio sociale"
 (convegno di Napoli 1995)
 ai programmi di sostegno precoce, promozione della salute
 dei bambini e delle famiglie**

30 maggio
 Le disuguaglianze nella salute
 I programmi di sostegno internazionali, nazionali, regionali

31 maggio
 Le politiche locali, i modelli, le esperienze
 Conclusioni e raccomandazioni

Segreteria organizzativa: DEFLA via dei Mille 16 Napoli
 Tel Fax 081 402093
 e mail acpcampania@tin.it