

Uno strano "globo vescicale"

Maddalena Bonelli, Carmela Di Lucca, Fabio Forte
UO di Pediatria, Ospedale "Madonna delle Grazie", Matera

La storia

Debora è una ragazzina di 12 anni, pesa 43,9 kg, è alta 151 cm e ha uno sviluppo puberale G4, PB4, senza avere però ancora avuto il menarca.

Si presenta in Pronto Soccorso per un forte dolore alla regione pelvica; viene sottoposta a ecografia e inviata in reparto con diagnosi di "voluminoso globo vescicale". Dopo aver tentato senza successo di facilitare lo svuotamento della vescica con l'applicazione di una borsa di acqua calda, viene eseguito un cateterismo vescicale con esito positivo: lo svuotamento della vescica allevia momentaneamente i sintomi.

Debora torna a casa, ma non molto tempo dopo (una decina di giorni) lamenta nuovamente dolori addominali, ed è costretta a rivolgersi una seconda volta al Pronto Soccorso.

Le condizioni generali sono peggiorate. L'addome, globoso in sede ipogastrica, è dolente anche spontaneamente, oltre che alla palpazione. La bambina è pallida, ha gli occhi alonati, e accusa disuria, meteorismo e stipsi. Questa volta finisce in chirurgia, ma da qui si richiede la consulenza pediatrica poiché l'addome della piccola non convince.

In pediatria, dopo un rapido esame obiettivo, viene chiesto il parere dell'ecografista pediatrica che, dapprima, rileva che, nel precedente esame effettuato in Pronto Soccorso dieci giorni prima, la massa rotondeggiante non è vescicale, ma sembra localizzata in regione sottovesicale. Procede, inoltre, alla sua valutazione ecografica, che evidenzia una "grossa formazione ovalare che occupa quasi completamente la cavità addominale, ipoecogena con fini echi, di circa 14 x 8 cm, e che si estende dallo sbocco vagina - le fino all'altezza dell'ombelico e termi -

na superiormente in un organo cavo a pareti spesse, verosimilmente riferibile al corpo dell'utero spostato in alto. Lateralmente, a destra della massa, si evidenzia una formazione ovalare di circa 5 x 3 cm a ecogenicità mista con piccole lacune anecogene nel suo contesto (coinvolgimento infiammatorio dell'ovaio destro?)."

La diagnosi

Tutto adesso sembra chiaro; l'ipotesi diagnostica più probabile è di ematometocolpo in soggetto con imene imperforato con coinvolgimento secondario di tipo infiammatorio dell'ovaio destro. Ricoverata, viene chiesta la consulenza del ginecologo, il quale all'esplorazione dei genitali fa notare l'imene spesso e completamente chiuso che protrude verso l'esterno, soprattutto se contemporaneamente si comprime l'addome. Ciò ha fatto sì che il sangue mestruale si sia accumulato dapprima in vagina e successivamente nell'utero. Il referto ecografico sembra a favore di una risalita delle secrezioni verso l'ovaio destro attraverso la tuba, con conseguente infezione che ha acuito i dolori addominali. Gli esami ematochimici evidenziano infatti una leucocitosi neutrofila e indici di flogosi mossi.

Si esegue subito l'intervento di imenotomia. Eseguita l'incisione, un flusso di liquido melmoso rosso mattone si riversa all'esterno in più riprese, mentre si procede alla spremitura con pressioni sull'addome. Dopo lavaggio delle cavità uterina e vaginale i margini della ferita vengono suturati e la ragazzina, che è stata sottoposta a leggera anestesia, viene riportata in camera e già dopo poche ore è senza dolori, a parte un lieve fastidio ai genitali.

Viene dimessa dopo due giorni con tera-

pia con amoxicillina per bocca e lavande esterne con clorexidina.

Commento

L'imperforazione dell'imene rientra fra le forme di amenorrea, ed è la più comune fra quelle da ostacolato deflusso (con un'incidenza variabile da 1:1000 a 1:10.000). La causa è sconosciuta; è caratterizzata da una mancata canalizzazione della giunzione fra la parte caudale del dotto paramesonefrico e la parte craniale del seno urogenitale. La più comune modalità di esordio è al tempo del menarca (cioè 2 o 3 anni dopo l'inizio dello sviluppo puberale), con dolore pelvico ciclico o persistente. I sintomi sono legati all'impossibilità, da parte del sangue mestruale, di fuoriuscire dai genitali (*criptomenorrea*). Si forma così una raccolta che, se è limitata solamente alla vagina, prende il nome di *ematocolpo*. Quando invece la quantità di sangue è più abbondante e la vagina non è più sufficiente a contenerla, anche l'utero si presenta disteso dalla raccolta ematica: si parla allora di *ematometocolpo*. In alcuni casi il sangue mestruale, oltre a raccogliersi nella vagina e nell'utero, si raccoglie anche nelle tube, uni o bilateralmente, e si ha così anche un'*ematosalpinge* (1).

In relazione alla ritenzione di sangue mestruale e alla distensione della vagina e poi anche dell'utero, compare il dolore. La sintomatologia dolorosa è caratteristica, perché si verifica a ogni ricorrenza mestruale.

L'esame dei genitali con ispezione del vestibolo permette facilmente di precisare la diagnosi: si nota chiaramente, divaricando le piccole labbra, l'imene imperforato che talora assume un colorito bluastro per il sangue raccolto in vagi-

Per corrispondenza:
Fabio Forte
e-mail: forte.fabio@fiscali.it

il caso che insegno

Abstract

Abdominal pain in the pelvic region in a twelve year old girl with an advanced pubertal development without menarche is described. A "voluminous sovrapubical globe" is the first diagnosis made; only after ten days the correct diagnosis of "hematometrium and hematocolpos in imperforate hymen" is defined. This description appears useful in order to make the paediatrician aware of the fact that a careful exploration of genitals should always be part of a general physical exam. Simple problems like imperforate hymene should not have a delayed diagnosis.

Maddalena Bonelli, Carmela Di Lucca, Fabio Forte, A voluminous sovrapubical globe
Quaderni acp 2003 vol X n° 3; 49-50

na; la membrana imenale appare distesa ed estroflessa dalla pressione che esercita la raccolta stessa. Si può anche arrivare a una sintomatologia da compressione delle vie urinarie inferiori, a causa della notevole quantità di sangue che si è andata progressivamente raccogliendo in vagina e nell'utero.

Talora sono presenti segni di irritazione peritoneale e un versamento di sangue nel peritoneo attraverso l'ostio addominale delle tube (2).

Meno comunemente la sintomatologia da ostacolato deflusso può manifestarsi in epoca fetale o neonatale, con *idrocolpo* o *idrometrocolpo*, a causa dell'accu-

caratterizzata da *eterotopie* di tessuto endometriale reperite in sedi anomale (legamenti uterini, peritoneo, salpingi, vescica, vagina, vulva...). Come quello normale, questo *endometrio ectopico* è recettivo agli stimoli da parte degli ormoni ovarici, per cui ne assume gli stessi atteggiamenti proliferativi e funzionali, compresi lo sfaldamento e il sanguinamento in epoca mestruale (5).

La causa della più frequente associazione fra endometriosi e setto vaginale rispetto all'imene imperforato non è nota; può essere dovuta semplicemente al fatto che mediamente il tempo necessario per giungere alla diagnosi è mag-

avuto si era accumulato dapprima in vagina, e successivamente in utero.

Nel nostro caso un problema di per sé banale si è trascinato per troppo tempo, provocando inutili sofferenze alla piccola paziente, sia per la scarsa accuratezza dell'esame ecografico effettuato in Pronto Soccorso, che ha sviato in un primo momento la diagnosi, sia per la scarsa attitudine che il pediatra ha nel pensare a questa ipotesi diagnostica, e per la scarsa attenzione con cui effettua l'esame obiettivo dell'apparato genitale, tanto che nemmeno durante l'introduzione del catetere vescicale (effettuata dall'infermiera) si era pensato a "dare un sguardo", cosa che avrebbe permesso immediatamente di notare l'imene imperforato.

Che cosa abbiamo imparato

- Che l'esplorazione accurata dei genitali è parte integrante dell'esame obiettivo, troppo spesso trascurata dai pediatri.
- Che di fronte a un quadro caratterizzato da forti dolori addominali in sede pelvica in una bambina in fase puberale avanzata e che non ha ancora avuto il menarca, bisogna pensare all'imene imperforato, condizione di per sé banale che, sebbene sia descritta nei trattati, è spesso trascurata perché "non ci si pensa". Una sua pronta identificazione, infatti, permette di risolvere il problema con un piccolo intervento.

Bibliografia

- (1) Koehler, Carpenter, Rock. Pediatric and Adolescent Gynecology. Lippincott William & Wilkins, 2000:181-3
- (2) Nelson. Trattato di Pediatria, XVI edizione. Edizioni Minerva Medica, 2002:570
- (3) Winderl LM, Silverman RK. Prenatal diagnosis of congenital imperforate hymen. *Obstet Gynecol* 1995;85:857-60
- (4) Rock JA, Zacur HA, Dlugi AM, et al. Pregnancy success following surgical correction hymen and complete transverse vaginal septum. *Obstet Gynecol* 1982;59:448-51
- (5) Pescetto A., De Cecco L., Pecorari S. Manuale di Clinica ostetrica e ginecologica. SEU Editrice, 1985:199-200
- (6) Perrelli M. Nozioni di Chirurgia pediatrica. UTET Periodici, 1997:129-30



mulo del muco cervicale e vaginale, la cui iperproduzione è dovuta a un livello particolarmente alto degli estrogeni materni. La comparsa di una massa addominale da idrocolpo per ostacolato deflusso nella neonata femmina è, per incidenza, seconda solo all'idronefrosi (3).

Un quadro clinico analogo a quello descritto per l'imene imperforato si manifesta anche nel *setto vaginale trasverso*, molto meno frequente come incidenza, e caratterizzato dalla presenza di un setto che può essere localizzato sia nel terzo distale che in quello medio o prossimale della vagina. Ovviamente, in questo caso, mancherà all'esame obiettivo locale il segno dell'imene bluastro e prominente (4).

Il setto vaginale trasverso spesso si associa a endometriosi pelvica, condizione

giore nei casi con setto vaginale, oppure alla maggiore quantità di flusso ematico retrogrado che raggiunge il peritoneo pelvico che in questa situazione si osserva, a causa della mancanza del *reservoir* vaginale (cioè della normale distensibilità della vagina) (3).

Il trattamento dell'imene imperforato prevede l'incisione di questo con sutura dei margini; la quantità di sangue progressivamente raccolta ed eliminata dopo l'intervento può superare il litro. Nei casi in cui l'ematometrocolpo è conseguente alla presenza di un setto vaginale trasverso, il trattamento di plastica ricostruttiva sarà più indaginoso (6).

È chiaro dunque che Debora, già da alcuni mesi, aveva avuto il menarca e che il sangue dei flussi mestruali che aveva