
Capitolo 9

La centrale dell'energia

Capitolo 9

La centrale dell'energia

L'addome

La delicata palpazione dell'addome

Una carezza sull'addome può precedere l'uso del fonendo e limitare la paura del bambino. Spesso crea confidenza e permette un primo approccio alla evidenziazione di masse od ingrossamenti viscerali.

Ma con il bambino nudo e supino è utile utilizzare qualche minuto per una attenta ispezione sia della morfologia che dei movimenti dell'addome. È necessario configurarsi mentalmente i quadranti dell'addome (**Figura 9.1**):

Le zone topografiche

La *fascia superiore*, sotto l'arcata costale:

- ipocondrio destra (la zona epatica)
- ipogastrio (zona centrale sopra l'ombelico)
- Ipocondrio sinistra (la zona splenica).

La *fascia media*, sulla linea dell'ombelico:

- fossa renale destra
- mesogastrio (intorno all'ombelico)
- fossa renale sinistra.

La *fascia inferiore* soprapubica:
fossa iliaca destra (zona appendicolare)
zona sovrapubica (vescica)
fossa iliaca sinistra (zona del sigma)

L'*ispezione* noterà la forma generale dell'addome, se disteso, protrudente, asimmetrico. Spesso è utile vedere il bimbo di profilo in piedi. È utile valutare la presenza di una distensione addominale associata a magrezza, perdita del pannicolo adiposo delle cosce ed aspetto miserevole, diversamente dalla distensione in un bambino flo-

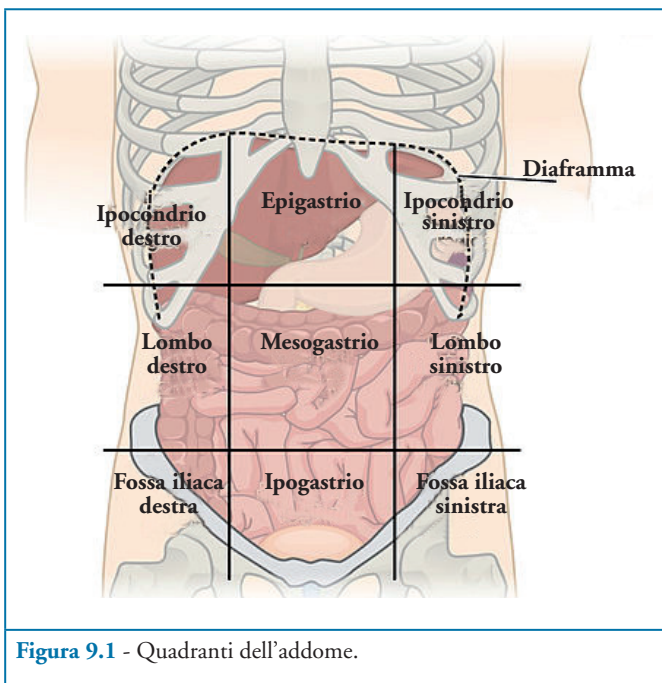


Figura 9.1 - Quadranti dell'addome.

rido, spesso insorta acutamente, dovuta ad una probabile ostruzione addominale. Nel neonato e nel piccolo lattante si può notare una estroffessione verticale sopra l'ombelico, dovuta alla diastasi, transitoria, dei muscoli retti addominali.

L'ispezione permetterà anche di valutare i movimenti del diaframma, dal momento che fino all'età scolare la respirazione del bambino è di tipo addominale, non toracica. I movimenti sono accentuati durante il distress respiratorio, con rientramenti inspiratori nella zona epigastrica ed ipocondrica. L'assenza di movimento del diaframma può indicare una tensione acuta della parete addominale (appendicite, peritonite, volvolo etc.) oppure essere dovuta ad eccessiva distensione causata da grandi versamenti ascitici. Il bambino, in queste condizioni, può mostrare difficoltà alla deambulazione e non riesce a salire sul lettino.

L'ombelico è sede frequente di *ernia*, non rara nell'infante e più comune nel bambino immigrato di carnagione scura anche fino a 7 anni. Si accentua con il pianto e lo stress ma, il più delle volte, contiene soltanto sottocute o grasso. Nel neonato e nel lattante si può formare un *granuloma ombelicale* con secrezione siero purulenta anche ematica. La massa ombelicale più frequente, dopo l'ernia, è la *cisti dermoide*, di consistenza solida, non mobile, talora lobulata.

Se si notano chiari movimenti peristaltici, normalmente non osservabili, si deve considerare la presenza di una *ostruzione*. La *stenosi pilorica* può accentuare le onde peristaltiche gastriche da sinistra a destra, ma non è un segno certo per la diagnosi. La normale peristalsi può essere auscultata col fonendo nei quadranti medi ed inferiori: i rumori tendo-

no ad accentuarsi nel bambino con la diarrea e nelle fasi iniziali delle ostruzioni addominale. L'assenza di rumori peristaltici è indice di *ileo paralitico*, specie se segue una fase di accentuazione della peristalsi. L'ascolto di un soffio profondo fa sospettare una coartazione aortica a livello addominale.

La *percussione* è prevalentemente utilizzata per delimitare il margine del fegato, sull'arcata costale di destra e della milza, sulla emiclaveare ed ascellare di sinistra, normalmente è difficile apprezzare i margini inferiori di questi organi con la percussione, ma, in presenza di visceromegalia, una accurata percussione fornisce una stima preziosa della dimensione di fegato e milza. La percussione che fa notare un suono *fesso ottuso* nella zona centrale dell'addome o nelle logge renali, può indicare la presenza di masse. L'assenza di ottusità nell'area epatica può far sospettare la presenza di una grande *ernia diaframmatica* con dislocazione del fegato in torace.

Nel bimbo più grande l'*ascite* può essere valutata con la percussione, facendo giacere il bambino sui lati e percuotendo nella zona più adiacente al lettino e sovrapubica. Se la zona di ottusità cambia molto con la posizione è molto probabile che questo sia dovuto a liquido nella cavità addominale.

La semeiotica dell'addome viene di nuovo rivista, con maggiori dettagli, nel *Capitolo 17 al paragrafo "Addome"*.

Il Fegato e la Milza

Con il lato della mano scivolando dalla loggia renale destra verso l'alto si può apprezzare il margine epatico nella maggioranza dei bambini ad 1-2 cm dall'arco. Un aggancio con le dita della mano destra può aiutare a palpare il margine epatico norma-

le (**Figura 9.2a**). È più semplice valutare una epatomegalia, distinguendo da sinistra a destra il grande lobo, il lobo medio ed il caudato, valutandone la consistenza, principalmente per distinguere una epatomegalia da scompenso cardiaco destro dall'epatomegalia da alterazione parenchimale. La percussione aiuta molto a delimitare la epatomegalia.

La milza non è normalmente palpabile nel bambino dopo il primo anno di vita, scivola sotto l'arcata costale di sinistra e tende ad essere contenuta all'arco. Una palpazione con il lato della mano permette di apprezzare la splenomegalia, spingendo la mano verso il fianco sinistro (**Figura 9.2b**). Anche per questa valutazione la percussione può essere di notevole utilità. Le splenomegalie da infiltrazione tissutale (come nelle leucemie) tendono ad essere di notevole dimensioni: il margine della milza può raggiungere la fossa iliaca sinistra, con consistenza indurita rispetto a quella normale.

L'Area centrale

Nell'area centrale è importante rilevare masse anomale, non mutevoli con i movimenti peristaltici e spesso a margini

mal definiti (Neuroblastoma, Nefroblastoma). Masse più piccole vanno definite con palpazione e percussione, per verificare la possibile origine (vescicale, ovarica, intestinale) e la mobilità. È necessario distinguerle da masse dovute a ritenzione fecale, abitualmente mobili e più spostate verso i quadranti sinistra. Bambini con stipsi severa possono avere un fecaloma che occupa gran parte dell'addome, dalla fossa iliaca sinistra fino all'epigastrio.

Nel bambino con dolore addominale acuto e sintomi generali di compromissione è necessario procedere con delicatezza alla valutazione della resistenza della parete addominale alla palpazione, dovuta alla contrazione irritativa dei retti addominali (sospetto di peritonite) o di una particolare resistenza di tutta la parete o della zona destra dell'addome. Per valutare la resistenza è utile paragonare vari quadranti dell'addome, osservando con attenzione le reazioni obiettive del bambino. L'appendicite nel bambino, non localizza il dolore e la resistenza solo nella fossa iliaca destra, ma tende ad estendersi verso la zona periombelicale. I segni specifici di irritazione peritoneale frequenti nell'adulto, sono molto meno

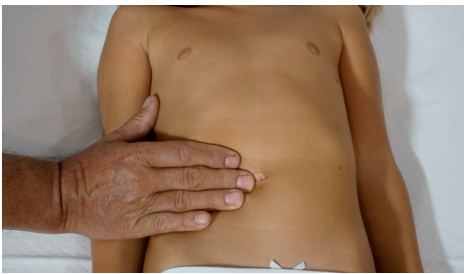


Figura 9.2a - Palpare il Fegato.



Figura 9.2b - Palpare la Milza.

affidabili nel bambino. Il bambino tende a localizzare il dolore nella zona periombelicale, ma è possibile evidenziare una zona specifica del dolore con la prova del rimbalzo: si approfondiscono due dita nella zona, delicatamente, ed improvvisamente si rilassano, provocando una reazione dolorosa acuta. Lo stesso segno è evocabile con stimolo a tossire o a fare un saltello su di una gamba. Talora basta stratonare il lettino per provocare una reazione acuta (*vedi Capitolo 17*).

Logge Renali

La palpazione delle logge renali si esegue spingendosi delicatamente in profondità, specie in espirazione profonda, verso i lati dell'addome. Spesso migliora con la palpazione bimanuale ponendo la mano destra nella loggia anteriore e spingendo delicatamente con la mano sinistra dal lato posteriore del fianco. Spingendo gentilmente il dorso del bambino verso l'alto con la mano sinistra ed approfondendo anteriormente

le dita con la mano destra e poi lasciando cadere la mano sinistra sul lettino, si riesce a far rimbalzare il rene che viene meglio percepito dall'esaminatore. Nel bambino si riesce spesso a palpare un margine del rene destro e la punta del rene sinistro. In caso di ingrossamenti renali, la palpazione aiuta a delimitarne i margini e la posizione (sovrarenale o centrale, o bassa).

Fosse iliache

Nella fossa iliaca di destra si apprezzando ingrossamenti dovuti ad infiltrazione dell'ultimo tratto dell'ileo e valvola ileocecale (come nelle malattie infiammatorie croniche), o infiammazione appendicolare e cisti/masse peri-appendicolari.

Nella fossa iliaca sinistra si apprezzano frequentemente masse fecali, più raramente polipi isolati moderatamente mobili con il cambio di posizione del bambino.

Prima di definire la presenza di masse patologiche è necessario escludere che si tratti di masse fecali, spesso mobili e multiple.

Bibliografia

- BRANSKI D, FASANO A, TRONCONE R. Latest developments in the pathogenesis and treatment of celiac disease. *J Pediatr.* 2006;149:295-300.
- CHONG SK. *Gastrointestinal problems in the handicapped child.* *Curr Opin Pediatr.* 2001;13:441-446.
- Chronic abdominal pain in children. *Pediatrics* 2005;115:812-815 American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal Pain.
- CORAZZIARI E, BADIALI D, BAZZOCCHI G, et al: *Long term efficacy, safety, and tolerability of low daily doses of isosmotic polyethylene glycol electrolyte balanced solution (PMF-100) in the treatment of functional chronic constipation.* *Gut.* 2000;46:522-526.
- GARCIA-TSAO G. *Spontaneous bacterial peritonitis: a historical perspective.* *J Hepatol.* 2004;41:522-527.
- GRIFFITHS AM. *Specificities of inflammatory bowel disease in childhood.* *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2004;18:509-523.
- Heyman MB, Kirschner BS, Gold BD, et al: *Children with early-onset inflammatory*

- bowel disease (IBD): analysis of a pediatric IBD consortium registry.* J Pediatr. 2005;146:35-40.
- KHAN S, DI LORENZO C. *Chronic vomiting in children: new insights into diagnosis.* Curr Gastroenterol Rep. 2001;3:248-256.
- LI BU, MISIEWICZ L. *Cyclic vomiting syndrome: a brain-gut disorder.* Gastroenterol Clin North Am. 2003;32:997-1019.
- MAMULA P, MARKOWITZ JE, BALDASSANO RN. *Inflammatory bowel disease in early childhood and adolescence: special considerations.* Gastroenterol Clin North Am. 2003;32:967-995.
- RUBIN G. *Constipation in children.* Clin Evid. 2003;10:369-374.
- SALVIA G, DE VIZIA B, MANGUSO F, et al: *Effect of intragastric volume and osmolality on mechanisms of gastroesophageal reflux in children with gastroesophageal reflux disease.* Am J Gastroenterol. 2001;96:1725-1732.
- SUCHY FJ, SOKOL RJ, BALISTRERI WF. *Liver disease in children*, II ed, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2001.
- YOUSSEF NN, DI LORENZO C. *Childhood constipation: evaluation and treatment.* J Clin Gastroenterol. 2001;33:199-205.
- YOUSSEF NN, DI LORENZO C. *Childhood constipation: evaluation and treatment.* J Clin Gastroenterol. 2001;33:199-205.
- ZEITER DK, HYAMS JS. *Recurrent abdominal pain in children.* Pediatr Clin North Am 2002;49:53-71.