
Capitolo 10

**La procreazione
della specie**

Capitolo 10

La procreazione della specie

I genitali

Già nel neonato bisogna osservare l'orifizio anale, per evitare tragedie dovute all'ano imperforato. Al contempo una prima osservazione dei genitali, nelle femmine, può già indirizzare nella diagnostica precoce delle anomalie congenite, che possono associarsi, nella adrenodisplasia, a situazioni acute di perdita di sali.

L'ano

L'esame dell'ano nel bambino è utile per valutare stati di arrossamento ed infiammazione, fistole perianali, fissurazioni dell'anello anale e prolapsi. Seguendo la linea spinale spesso si nota una fossetta, fisiologica, al termine della spina dorsale: talora sono presenti piccole fistole, arrossamenti o secrezioni di scarso significato patologico. Verso l'ano la presenza di fistole, a tutte le età, deve essere attentamente valutata, perché associata a malattie croniche intestinali. Una zona anale arrossata può essere provocata dall'uso scorretto del pannolino, o, specie nel bimbo più grande, da grattamento per prurito anale (presenza di ossiuri).

È importante valutare il tono dello sfintere anale, con molta delicatezza, e la presenza di un riflesso di contrazione dell'ano quanto stimoliamo l'area contigua con una punta morbida: un orifizio aperto o l'assenza del riflesso anale possono far sospettare

lesioni del midollo spinale, come la spina bifida. Nel bimbo e nella bimba più grandi, in assenza di lesioni neurologiche, un ano ben patente può far sospettare abuso.

La esplorazione rettale, per la quale è spesso sufficiente il dito mignolo ben lubrificato, permette una valutazione più completa dello sfintere e la palpazione di masse rettali, quali fecalomi, di gran lunga più frequenti, o polipi. Ovviamente non procede nell'ano imperforato. Il fecaloma appare al contatto del dito una massa dura poco mobile, di notevole dimensioni. Il dito esce sporco di feci scure.

Nella bambina la esplorazione rettale permette talora di identificare una fistola retto-vaginale, confermata dalla emissione di feci dalla vagina.

I genitali femminili

L'ispezione permette di valutare la presenza di secreto vaginale, che è fisiologico nel neonato femmina nelle prime 4 settimane di vita. Dopo questo periodo secrezioni chiare non maleodoranti sono prive di significato patologico, mentre secrezioni verdastre, ematiche, maleodoranti sono indice di infezione, corpo estraneo o altre anomalie.

Nel neonato le piccole labbra sono prominenti, mentre si notano poco le grandi labbra. L'adesione delle piccole labbra non ha significato patologico.

Si può osservare una pseudo-ipertrofia del clitoride nella neonata prematura, transitoria. In epoca prepubere il clitoride ha una dimensione di circa 3mm x 3mm. Dimensioni superiori al doppio (6mm) vanno considerate nella diagnostica delle anomalie adreno-genitali, ma esiste anche la possibilità di un clitoride più grande della media senza significato patologico.

Nella valutazione di genitali ambigui nel neonato, è importante palpare la eventuale presenza di gonadi, che possono essere solo testicoli, dal momento che le ovaie rimangono in addome. Bisogna poi valutare la dimensione del clitoride o pene, la localizzazione del meato, una eventuale pigmentazione dello scroto, la presenza di un meato vaginale. L'assenza di testicoli, in presenza di un pene (o clitoride ipertrofico), richiede un immediato consulto endocrinologico, per prevenire crisi da sindrome adreno-genitale.

I seni

Nel neonato non è raro osservare seni ingrossati con capezzoli talora secernenti nei primi 2 mesi, dovuti alla transitoria stimolazione endocrina prodotta dalla madre. Fenomeno benigno e transitorio.

Nell'epoca prepubere notare la distanza inter-mammillare, che può essere anomala in alcune sindromi genetiche (Es. Noonan, Turner) (**Allegato 3n**), subito dopo osservare se ci sono asimmetrie tra i due seni. Bisogna osservare la larghezza di impianto del seno, la dimensione dell'areola e del capezzolo, e, solo se necessario, una delicata palpazione ci aiuterà a distinguere adipe da massa ghiandolare. Una ipertrofia fisiologica del seno in epoca prepubere può essere distinta da segni di attivazione endocrina, perché in generale l'areola è piccola ed il capezzolo piatto, mentre un seno in sviluppo ha il capezzolo a punta ed una areola più larga, con un tessuto mammario più consistente.

Lo sviluppo del seno della bambina viene valutato con le scale prodotte da Tanner che sono ancora attuali (**Figura 3.6**).

Una breve descrizione degli stadi di sviluppo puberale è nella **Tabella 10.1**.

Non è infrequente notare una asimmetria nello sviluppo del seno. Bisogna considerare che lo sviluppo fisiologico del seno (telarca) è andato anticipandosi nell'ultimo ventennio, abbiamo infatti registrato una età media al primo sviluppo del seno nelle bambine (B2) di 9,94 anni con una deviazione standard di 1,26 anni. Per questo il 5° centile normale dello sviluppo a B2 è

Tabella 10.1 - Stadi di sviluppo del seno.

B1 prepubere, assenza di rilevamenti al torace
B2 compare una piccola massa ghiandolare rilevabile sul piano del torace
B3 si configura una massa ghiandolare ben rilevata sul piano del torace con margine liscio con l'areola
B4 l'areola si innalza sul contorno del seno ingrandito (non in tutte le adolescenti)
B5 presenza di un seno maturo con scomparsa (non in tutte) dello scalino tra areola e ghiandola

di 7,5 anni. Questo dato non è associato ad una anticipazione del menarca, stabile a circa 11,7 anni. Bisogna considerare ovviamente gli altri segni di sviluppo puberale.

Nel maschio può essere notata **ginecomastia**, con seni talora notevolmente sviluppati e penduli, specie nel grande obeso. Ma la ginecomastia, transitoria, può essere notata anche nell'adolescente normo peso (vedi **Tabella 3.2**).

È importante notare che la palpazione di qualsiasi massa, specie se monolaterale, che non configura una ghiandola mammaria, del tipo noduli o cisti, richiede diagnostica per immagini.

Il pene

Il glande del pene del bambino è abitualmente coperto dal prepuzio, che ha funzione protettiva e non deve essere scoperto manualmente, con il rischio, non infrequente, di causare vere restrizioni fimotiche cicatriziali. La vera fimosi (restringimento della cute che circonda la punta del glande) è evento raro che si verifica alla nascita o nel lattante, che gonfia la zona cutanea del glande quando urina con difficoltà.

Il glande del pene è protetto dalla secrezione ghiandolare epiteliale chiara ed oleosa, che, insieme a cellule epiteliali desquamate forma lo *smegma*, che si può addensare in formazioni nodulari o lineari, che non hanno significato patologico. Una eccessiva produzione di smegma può essere il risultato della infiammazione causata dalla ingiustificata scopertura forzata del glande, che è da evitare in ogni caso.

Ispezionando il pene si noterà la posizione dello sfintere uretrale, che, nella ipospadia, è rivolto verso il basso con 4 gra-

di di restrizione a seconda della posizione dell'orifizio (vedi *Capitolo 17, Chirurgia Pediatrica*).

È opportuno valutare la dimensione del pene, considerando che l'asta è normalmente immersa nel cuscinetto adiposo sovrappubico detto *mons veneris* sopra al pene, e, specie nel bimbo obeso, può esternamente apparire solo il prepuzio, con tutta l'asta immersa nell'adipe. Bisogna per questo gentilmente premere alla base dell'asta per far uscire dall'adipe la stessa e valutarne la lunghezza con un piccolo centimetro di plastica: in generale fino a 10 anni l'asta è di 4-6 cm, cresce fino alla pubertà a 8-10 cm e si mantiene sui 10-13 cm in adolescenza. Deficit di GH ed alcune sindromi congenite si accompagnano a micropene (lunghezza < 3 cm).

Lo scroto

Si passa poi all'esame dello scroto, che nel prematuro tende ad essere ancora poco sviluppato.

Bisogna valutarne le dimensioni ed il contenuto. Una asimmetria tra la parte destra e sinistra è fisiologica. Uno scroto gonfio è frequentemente segno di idrocele, che può essere mono o bilaterale con normale evoluzione fisiologica fino ai 2 anni d'età. Basta transilluminare da sotto e di lato con un buon fascio luminoso per verificarne la presenza di liquido (**Figura 10.2**).

Se la transilluminazione non evidenzia chiaramente la presenza di liquido, è probabile la presenza di una ernia, che potrà spesso essere ridotta spingendola delicatamente verso l'anello del canale inguinale.

Bisogna distinguere l'idrocele dall'ernia inguino-scrotale, perché l'idrocele non è mai riducibile, mentre l'ernia lo è frequentemente.



Figura 10.2 - Transilluminazione dello scroto.

Il varicocele è una anormale dilatazione del plesso pampiniforme nello scroto, che spesso si proietta con immagine serpiginosa sulla cute dello scroto. È frequente sul lato sinistro e potrebbe, dopo la pubertà, essere associato ad insufficienza valvolare delle vene spermatiche, con il rischio di insufficiente spermatogenesi. La manovra di Valsalva, aumentando la pressione venosa, permette una più agevole valutazione del grado di dilatazione del varicocele.

I testicoli

Nel bambino i testicoli sono fisiologicamente mobili e possono essere facilmente retratti verso il canale inguinale dal freddo,

dalla palpazione, dallo stress, per mezzo del riflesso cremasterico che attiva il muscolo elevatore del testicolo. Per questo bisogna procedere con calma, con le mani tiepide, prima col bimbo supino e tranquillo, se non si palpa uno o entrambe i testicoli si procede con la manovra dello *squatting* (accovacciamento) con l'aiuto del genitore. Il bimbo in piedi sul lettino si accovaccia lentamente, sostenuto per le spalle, appena in posizione l'operatore può palpare gentilmente ciascun testicolo scivolando la mano dall'inguine verso lo scroto. Il testicolo può essere già nello scroto, oppure è ancora in alto nel canale inguinale, premendo gentilmente dall'alto verso il basso si cerca di farlo scendere nello scroto (testicolo mobile). Se il testicolo non scende, ma rimane nei due terzi superiori del canale inguinale, bisogna procedere a valutazioni ecografiche. Ovviamente questa è la scelta nel caso non si riesca a palpare un testicolo in alcuno tratto del canale inguinale. Lungo il canale inguinale, in presenza di testicolo correttamente nello scroto, si può palpare una seconda massa di modeste dimensioni, che fa sospettare la presenza di una cisti del funicolo spermatico.

Si procede poi a valutare la dimensione di ciascun testicolo, paragonando ciò che si palpa con un rosario di ovali di gomma di riferimento (**Orchidometro di Prader**) (**Figura 10.3**). Un testicolo pre-pubere è come una grossa oliva di circa 4 ml (**Figura 10.4**). È attualmente disponibile un grafico dei percentili di del volume testicolare nello sviluppo del bambino, studiati su popolazioni olandesi, svizzere e svedesi, ma bene adattabili alla popolazione italiana (**Figura 10.5**).

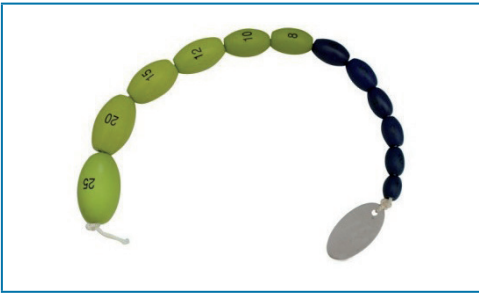


Figura 10.3 - Orchidometro di Prader.

Nel palpare il testicolo bisogna prestare la massima attenzione alla presenza di masse testicolare dure, ingrandite ben oltre i 4 ml nel bimbo prepubere, spesso asimmetriche, che fanno sospettare una anomalia embriogenetica o proliferativa.

Nel *Capitolo 1 (Neonato)* e nel *Capitolo 17 (Chirurgia pediatrica)* vengono forniti ulteriori dettagli sulla semeiotica dei genitali del bambino.

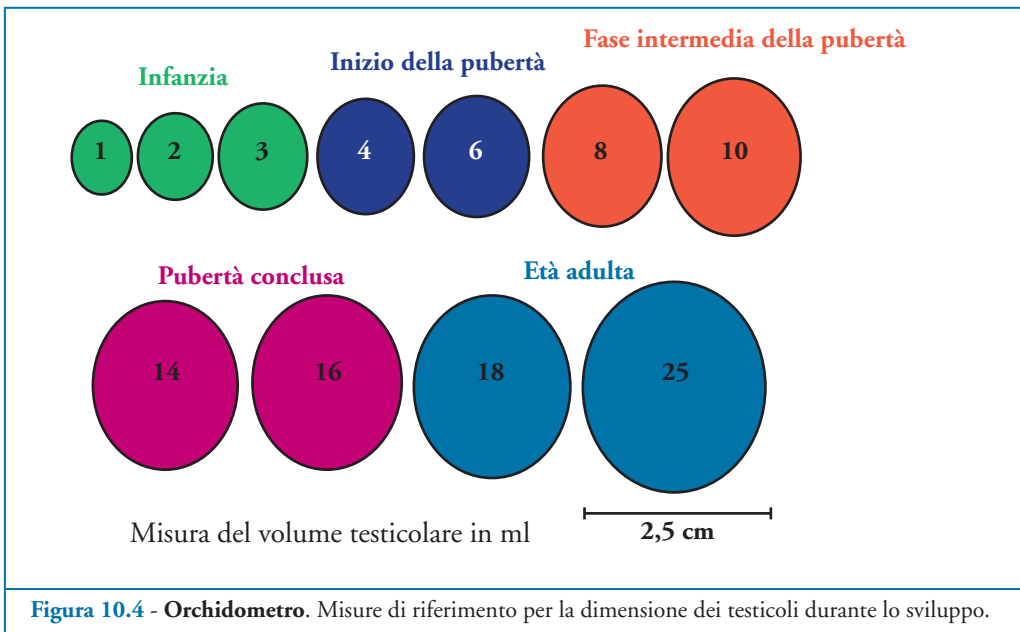
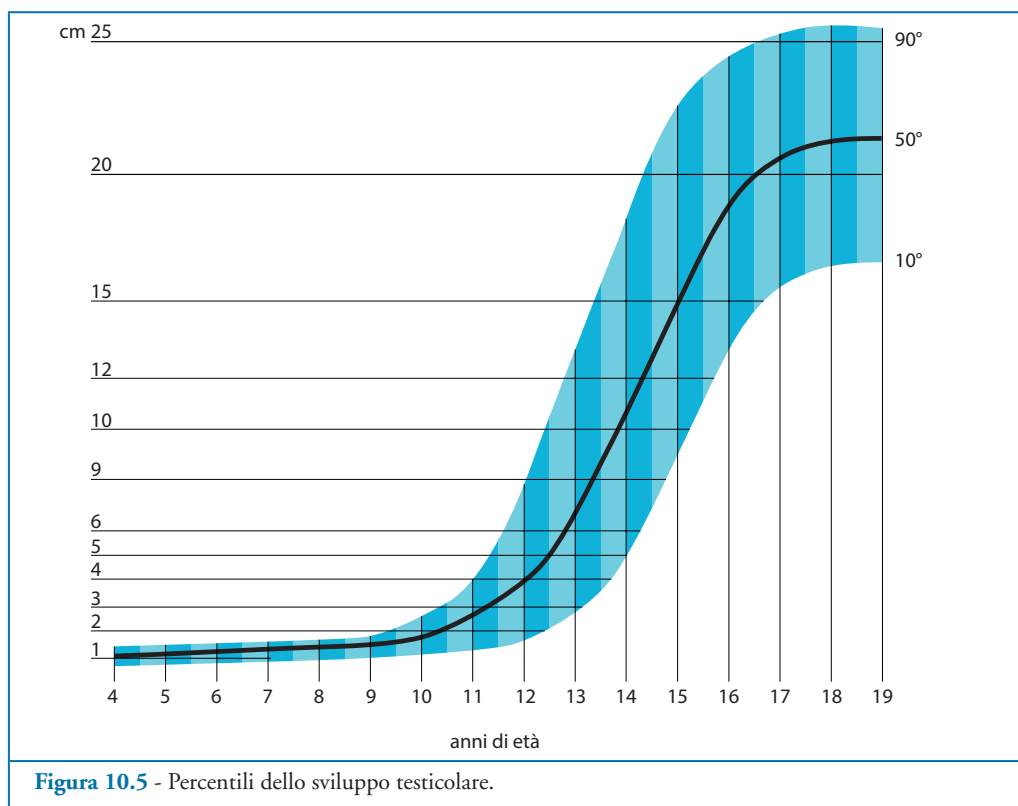


Figura 10.4 - Orchidometro. Misure di riferimento per la dimensione dei testicoli durante lo sviluppo.



Bibliografia

- FACCHINI S, LEONE V, POCECCO M. *L'esame obiettivo degli organi genitali nei bambini*. Quaderni ACP. 2003; X(2): 48-50.
- GASPARIN N, DI MAIO S, GRECO L. I tempi della pubertà spontanea nelle femmine: uno studio campano. Quaderni ACP. 2005;12: 85-86.
- HORNOR G: *Genitourinary assesment: an integral part of a complete physical examination*. J. Pediatr health Care. 2007; 21:162-170.
- Society for Adolescent Health and Medicine. The male genital examination: a position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine. J Adolesc Health. 2012;50:424-425.
- TANNER J.M, WHITEHOUSE R.H. *Clinical longitudinal standards for height, weight, height velocity, weight velocity and the stages of puberty*. Arch. Dis. Child. 1976, 51: 170.
- ORESTEIN SR, WALD A. Pediatric rectal exam: why, when, and how. Curr Gastroenterol Rep. 2016; 18:1-7.