

STENOSI IPERTROFICA DEL PILORO

Cosa è?

Condizione dovuta ad un progressivo ispessimento/ipertrofia dello strato muscolare circolare del piloro che determina una ostruzione ed un rallentamento dello svuotamento gastrico.

L'eziologia è sconosciuta, probabilmente multifattoriale: predisposizione genetica e fattori ambientali.

Ha un'incidenza di 2 - 3:1000 nati vivi con un rapporto M:F = 4:1

FATTORI DI RISCHIO:

- Sesso maschile;
- Primogenitura;
- Razza caucasica;
- Familiarità per SIP (maggior rischio se madre affetta).

ESORDIO:

Fra 3 - 6 settimane di vita (casi anche fino a 8 settimane, raramente oltre la 12° settimana).

Come si presenta:

- **VOMITO** alimentare (non biliare) post-prandiale, violento, occasionalmente striato di sangue;
- Il bambino ha sempre fame ("The hungry vomiter");
- Scarso accrescimento o perdita di peso;
- Stipsi;
- Segni di disidratazione (mucose secche, fontanella depressa, tachicardia, ridotta diuresi);
- Ittero (1 - 2%).

ESAME OBIETTIVO:

- Valutare il grado di disidratazione;
- Valutare il peso e confrontarlo con dati precedenti (curva di accrescimento);
- Valutare evidenza di ittero;
- Dar da mangiare al neonato e osservare se compare il vomito e quali sono le caratteristiche del vomito;
- Osservare se dopo il pasto è visibile la peristalsi gastrica: onde peristaltiche dal quadrante superiore sinistro a quello inferiore destro dell'addome;
- Valutare se presente una massa pilorica (oliva pilorica) (Si sente meglio palpando dal lato sinistro in corrispondenza del quadrante superiore destro e aspettando qualche minuto).

Quali esami di laboratorio e strumentali fare:

- Emocromo;
- Esami ematochimici (elettroliti, urea, glicemia, bilirubinemia);

- Equilibrio acido base: **ALCALOSI METABOLICA IPOCLOREMICA IPOCALIEMICA;**
- **Ecografia addominale:** può essere fatta a conferma della diagnosi nei casi in cui la clinica e gli esami di laboratorio siano dubbi (95% sensibilità):
 - Spessore del piloro > 4 mm;
 - Lunghezza del canale pilorico > 17 mm;
 - Diametro pilorico >14 mm;
 - Anomalie della peristalsi e dello svuotamento gastrico.
- Rx con mezzo di contrasto: usato più raramente, nei casi dubbi all'ecografia:
 - Allungamento del canale pilorico "string sign";
 - Due binari di bario lungo il canale pilorico creati dalla mucosa compressa "double-track sign";
 - Parte finale assottigliata del canale pilorico "beak sign";
 - Accumulo di mdc prepilorico "shoulder sign".

Come trattarlo in PS:

- Reidratare : boli di SF 10 - 20 ml/kg nei pazienti con disidratazione da moderata a severa;
- Sospendere alimentazione;
- Posizionare SNG (compensare le perdite dal SNG con SF ev);
- Iniziare fleboclisi EV (SG5%, NaCl e K – ogni 500 ml di SG5%: 12 ml NaCl 0.45% e 10 mmol KCl) a 100 -150 ml/kg/die. (Se il bambino non urina non aggiungere il potassio fino alla normalizzazione della diuresi);
- Ripetere esami ematochimici (compresa glicemia oppure GTX) ed EAB ogni 4 - 6 ore e proseguire o modificare la correzione elettrolitica in base ai risultati. L'obiettivo è di ottenere una completa correzione dell'equilibrio idro-elettrico entro 48 ore;
- Iniziare stretto bilancio idrico.

Intervento chirurgico: piloromotomia secondo Ramstedt. Incisione longitudinale extra mucosa della muscolatura pilorica, open o laparoscopico.

Da praticare in elezione non in urgenza, solo dopo aver ottenuto una completa correzione dell'equilibrio idroelettico (Cl > 95 mmol/l, HCO₃ < 30 mmol/l, pH < 7.45, K > 3 mmol/l normale). Importante correggere soprattutto i bicarbonati per il rischio di ipoventilazione/apnee post-operatorie.

Ri-alimentazione orale dopo 6 ore dall'intervento. In alcuni casi il vomito può persistere per 1 - 2 giorni. Dimissione entro 3 giorni, quando si è ristabilita una alimentazione orale completa.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE:

RGE e MRGE, iperalimentazione, intolleranza alle proteine del latte vaccino, gastroenterite, insufficienza surrenalica (acidosi iperkalémica), ostruzione intestinale (malrotazione, intussuscezione, Hirschsprung), malattie metaboliche, IVU.

BIBLIOGRAFIA

1. To T, Wajja A, Wales PW, Langer JC. Population demographic indicators associated with incidence of pyloric stenosis. Arch Pediatr Adolesc Med 2005; 159:520.
2. Krogh C, Gørtz S, Wohlfahrt J, et al. Pre- and perinatal risk factors for pyloric stenosis and their influence on the male predominance. Am J Epidemiol 2012; 176:24.
3. Taylor ND, Cass DT, Holland AJ. Infantile hypertrophic pyloric stenosis: has anything changed? J Paediatr Child Health 2013; 49:33.
4. Aspelund G, Langer JC. Current management of hypertrophic pyloric stenosis. Semin Pediatr Surg. 2007 Feb;16(1):27-33. Review.
5. Current trends in the diagnosis and treatment of pyloric stenosis. Acker SN, Garcia AJ, Ross JT, Somme S. Pediatr Surg Int. 2015 Apr;31(4):363-6.

