

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

- To T, Wajja A, Wales PW, Langer JC. Population demographic indicators associated with incidence of pyloric stenosis. Arch Pediatr Adolesc Med 2005; 159:520.
- 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.
- Taylor ND, Cass DT, Holland AJ. Infantile hypertrophic pyloric stenosis: has anything changed? J Paediatr Child Health 2013; 49:33.
- Aspelund G, Langer JC. Current management of hypertrophic pyloric stenosis. Semin Pediatr Surg. 2007 Feb;16(1):27-33. Review.
- 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.

