

HYPERTROFICKÁ STENÓZA PYLORU

MUDr. Denisa Pavlovská

- kongenitální vývojová anomálie podmiňující poruchu pasáže GIT
- idiopatická hypertrofie cirkulární svaloviny pyloru s proximálním šířením na antrum žaludku
- frekvence: 2-5/1000 novorozenců
- nejčastěji chlapci (chlapci/dívky: 4-6/1)
- častěji bílá rasa
- familiární asociace
- většinou mezi 2. - 6. týdnem věku, méně často mezi 6. týdnem až 5. měsícem věku

▪ ETIOLOGIE

- přesná patofyziologická podstata není známa
- řada teorií: abnormální inervace svaloviny, nezralost gangliových buněk...
- hypertrofie svalových buněk vede k rozšíření svalové vrstvy stěny pyloru, zúžení a prodloužení pylorického kanálu, k poruše evakuace a distenzi žaludku

▪ **KLINICKÉ PŘÍZNAKY**

- zvracení (postupně progredující až zvracení obloukem, může být přítomna krev, nikdy není přítomna žluč)
- fyzikální vyšetření - palpce pylorické olivy, vzácně obraz přesýpacích hodin
- úbytek hmotnosti
- dehydratace
- metabolická alkalóza

- **DIAGNOSTIKA**

1. fyzikální vyšetření
2. **UZ**
3. kontrastní vyšetření žaludku - k dignostice HPS by se primárně nemělo používat

UZ

- vysoká senzitivita a specificita (téměř 100%)
- obraz terče v příčném řezu - hypoechogenní prstenec svaloviny ,centrálně echogenní mukóza

!!

- hraniční šíře svaloviny - časná stadium pylorostenózy (tzv. nevyzrálá HPS)
 - u předčasně narozených dětí
- stp myotomii - ještě do 6 (12) týdnů po operaci může přetrvávat obraz pylorostenózy
- inkompletní myotomie

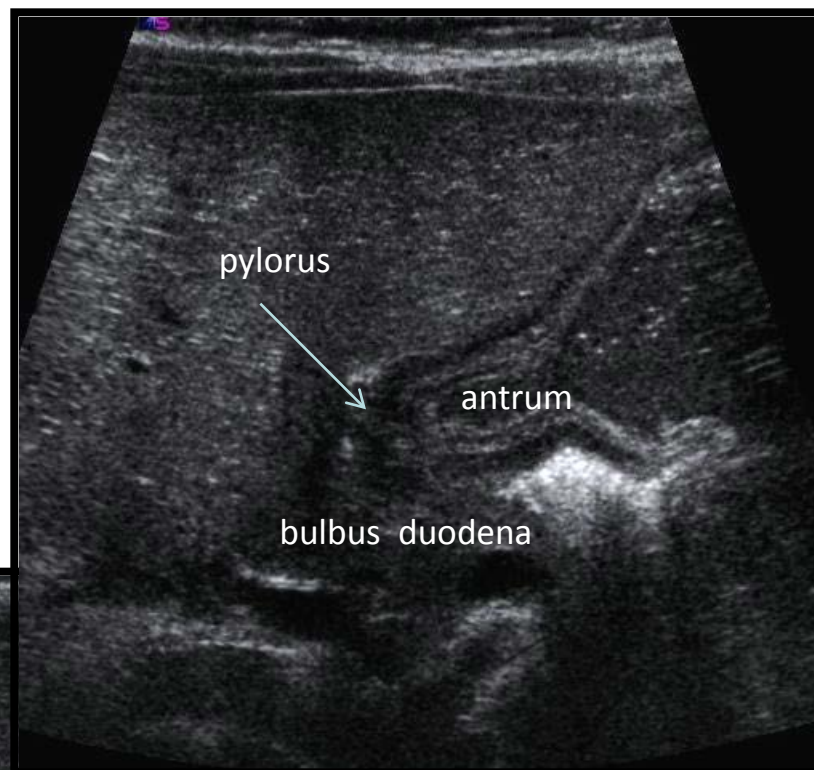
▪ **HODNOTÍME:**

a/ HLAVNÍ ZNAKY

- **šířka lamina muscularis propria > 4 mm** (norma 2-3mm) - nejspolehlivější znak !!
- **délka pylorického kanálu > 15 (17)mm**
- **příčný průměr celého pyloru > 15 mm**

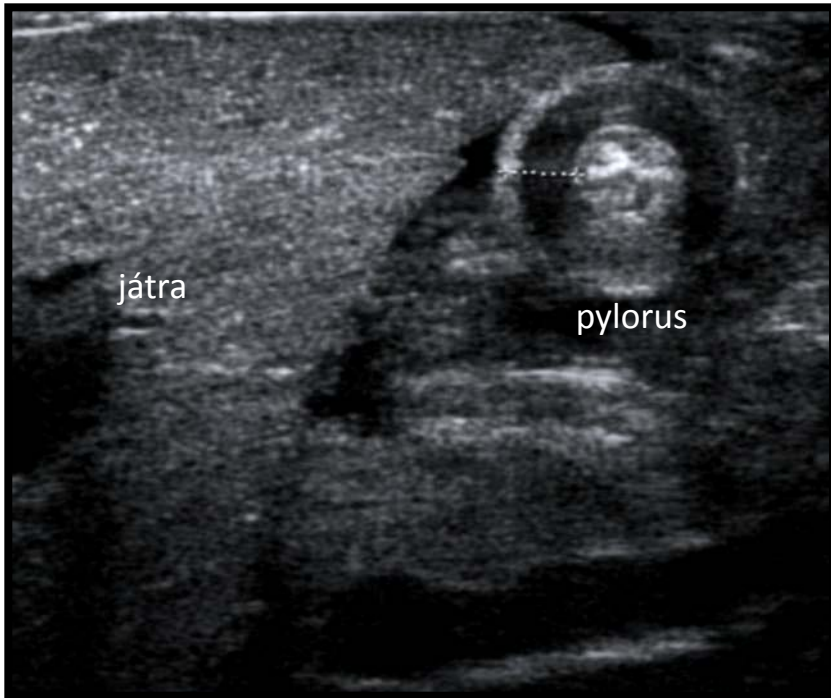
b/ VEDLEJŠÍ ZNAKY:

- během vyšetření nedojde k otevření pylorického kanálu
- distenze žaludku
- hyperperistaltika a retrográdní peristaltika žaludku
- opožděná evakuace žaludku do duodena
- gastroezofageální reflux



normální nález





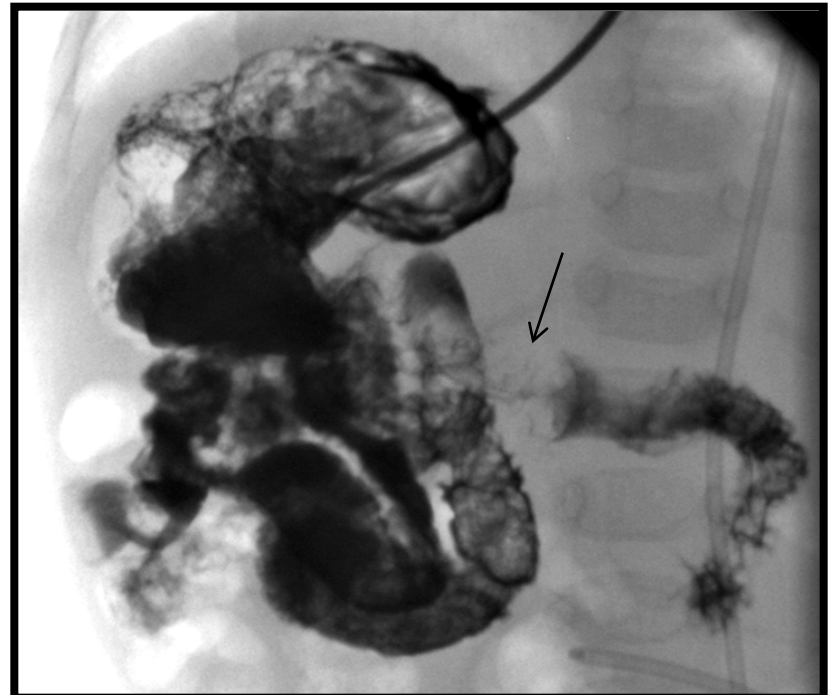
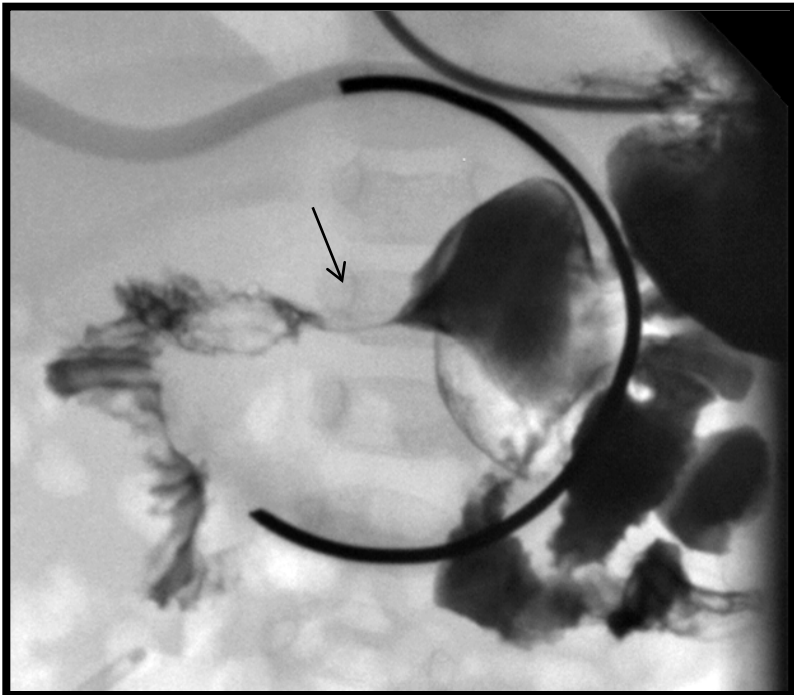
pylorostenóza - příčný řez

podélný řez



KONTRASTNÍ VYŠETŘENÍ ŽALUDKU

- k diagnostice HPS je primárně indikováno UZ vyšetření
- kontrastní vyšetření využíváme při podezření na obstrukci horního GIT nejasné etiologie nebo při rozpacích při UZ vyšetření



a/ přímé známky

- kontrastní náplň žaludku vybíhá zobákovitě do zúženého a prodlouženého pylorického kanálu, který se neplní, je nitkovitý nebo kolejnicovitý
- příznak „zobáku“ (beak sign) - baryum neprochází celým ztenčeným pylorickým kanálem
- oblá imprese pylorického pseudotumoru na antru žaludku, event. bulbu duodena
- akcentovaná peristaltika

b/ nepřímé známky

- opožděná evakuace žaludku

▪ **DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA**

1. pylorospasmus

- přechodný spasmus, ustoupí po spasmolytiku
- často při sepsi, dehydrataci, adrenogenitálním syndromu

2. antrální membrána

= membrána pokrytá mukózou v antru , 2-4 cm před pylorem

3. dospělý typ HPS

- sekundárně po mírné dětské hypertrofii
- v 50-75% spojen s peptickým vředem
- 2-4 cm dlouhý, koncentricky zúžený pylorický kanál
- zúžení přetrvává i po aplikaci spasmolytik

- **TERAPIE**

- chirurgická - pyloromyotomie