

PERITONITE NEONATALE

Classificazione:

PRIMARIA: Infiammazione della superficie peritoneale senza rottura viscerale o della parete addominale

SECONDARIA: Infiammazione della superficie peritoneale da rottura viscerale o della parete addominale

PRENATALI: avvengono prima della nascita

POSTNATALI: avvengono dopo la nascita

Eziologia:

Onfaliti

Ematogene (metastatiche)

Ascendente dall'apparato genitale femminile (non ancora sufficientemente documentato)

Perforazione

Epidemiologia:

Il 50% da Enterite Necrotizzante

Il 20% da perforazione gastrica spontanea

Il 16% in patologie ostruttive

IL 12% da sondini per nutrizione enterale o per decompressione gastrointestinale (il sondino in PVC non viene più utilizzato perché decubita sulla parete viscerale rilasciando flalati che determinano ulcerazione)

Sono associate max le peritoniti secondarie alla presenza di malformazioni: ANO IMPERFORATO, MEGACOLON AGANGLIOSICO CONGENITO/HISCHPRUNG, ILEO DA MECONIO, ATRESIA DI SEGMENTI INTESTINALI

Sono più rare le forme infiammatorie (es lesione ulcerativa di diverticolo di meckel) ad eccezione della sequela di enterocolite necrotizzante.

Patogenesi:

Gli effetti fisiopatologici negativi della peritonite nel neonato sono amplificati a causa di alcuni aspetti peculiari della fisiologia neonatale.

A causa di un piccolo omento viene difficile poter circoscrivere una perdita gastrointestinale nel neonato. La peritonite nel neonato tende ad essere quindi sempre generalizzata. Ciò porta facilmente a batteriemia per traslocazione batterica ed a sepsi fino alla MODS. L'ileo paralitico generalizzato porta ad un ingente sequestro di elettroliti e liquidi ricchi di proteine sia nella cavità peritoneale sia nel lume intestinale. Ciò porta facilmente a ipovolemia con diminuzione della perfusione tessutale.

Siccome il neonato è pesantemente dipendente dalla ventilazione diaframmatica, la distensione addominale nella peritonite causa difficoltà ventilatoria. Infatti il distress respiratorio fa spesso parte della sintomatologia del neonato con peritonite. Tutto ciò porta ad ipossia.

Per la incapacità di regolare adeguatamente la temperatura corporea, il neonato può andare facilmente ad ipotermia nel dipartimento di radiologia durante le manovre diagnostiche. L'ipossia inoltre può incidere sul centro della termoregolazione.

L'insieme di questi eventi (ipovolemia, ipossia, ipotermia) portano facilmente alla sindrome da basso flusso.

Clinica:

- § sintomi mediati dall'ileo paralitico in atto (distensione addominale, ritenzione gastrica, cattiva alimentazione)
- § sintomi mediati dall'emissione di catecolamine nel circolo (Marezzatura della cute fino al pallore, tachicardia)
- § sintomi neurologici: irritabilità, letargia, instabilità della temperatura
- § disfunzione respiratoria: tachipnea, apnee e bradicardia.

Laboratorio:

- § GB normali o bassi con neutrofilia e forme immature
- § Piastrinopenia
- § FDP aumentati
- § Acidosi metabolica
- § Ipoalbuminemia
- § Diselettrolitemia

Rx addome diretto:

- § ARIA LIBERA IN CAVITA' PERITONEALE
- § Livelli idroarei
- § Pneumatosi intestinale
- § Pneumo – porto – epatogramma
- § Anse intestinali distanziate
- § Anse intestinali fisse

Ecografia:

- § Peristalsi assente od anormale
- § Anse intestinali dilatate
- § Ascite
- § Massa fissa
- § Formazioni asessuali
- § Fare paracentesi ecoguidata se sospetto di gangrena intestinale (positiva con liquido bruno > 0.5ml e/o batteri visibili allo striscio. In mancata presenza di quote sufficienti di liquido aspirabile (Dry Tap) fare lavaggio peritoneale con 30ml SF seguito da valutazione con lo striscio

Terapia:

- § Sondino oro-gastrico
- § Aumentare l'apporto d'ossigeno(FiO2) con maschera o capanna
- § Stabilire una sicura via endovenosa (vasi ombelicali in emergenza)
- § Iniziare correzione di squilibri idro-elettrolitici ed acido-basici e di iponchìa
- § Inserire catetere venoso centrale
- § Istituire una linea arteriosa
- § Eseguire colture (sangue, urine, lcr)
- § Iniziare triplice antibioticoterapia (ampicillina, aminoglicoside, metronidazolo per germi gram+, Gram-, anaerobi)
- § RESEZIONE E ANASTOMOSI DEI MONCONI se segmento necrotico ben delimitato, assenza di contaminazione peritoneale grave, discrete condizioni generali del neonato;
- § RESEZIONE CON ENTEROSTOMIA CUTANEA se necrosi intestinale più estesa con margini non ben definiti, grave contaminazione della cavità peritoneale (rischio di deiscenza dell'anastomosi)

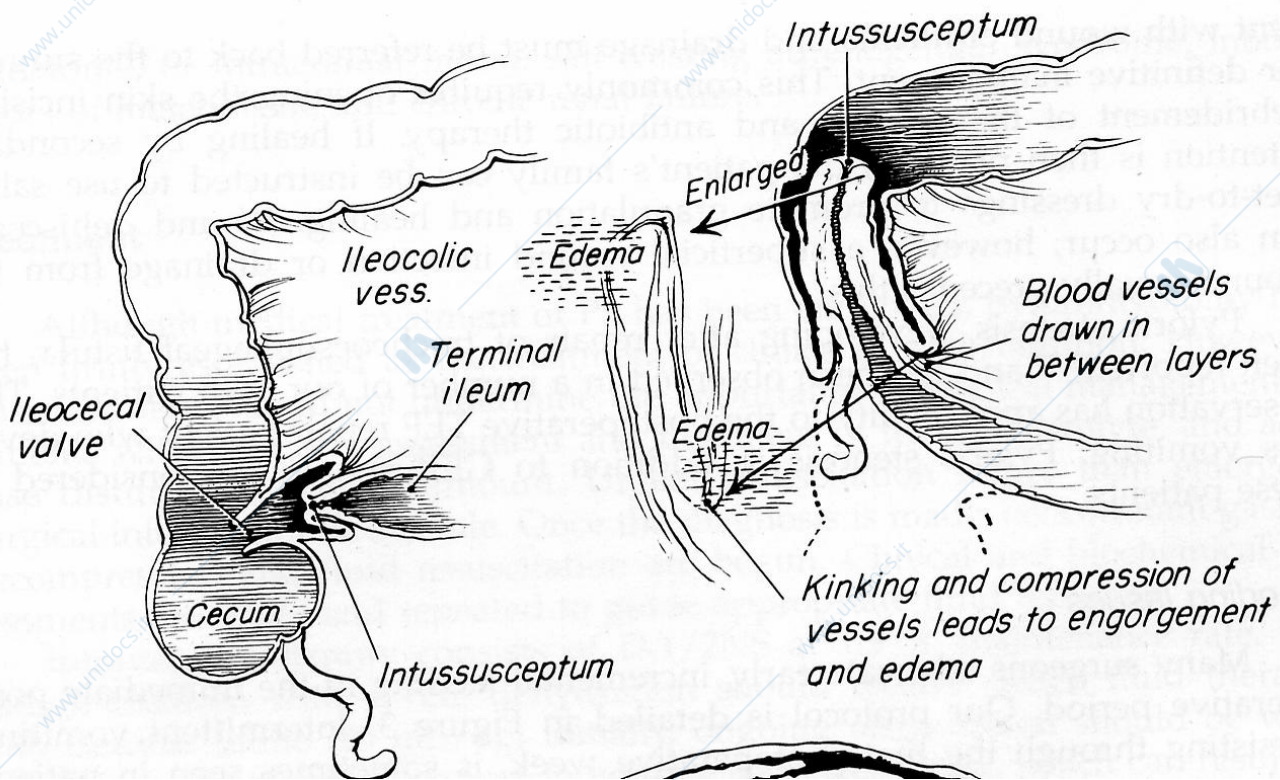
INTUSSUSCEZIONE (INVAGINAZIONE IDIOPATICA)

Definizione:

slittamento di una porzione di intestino tenue in un segmento intestinale adiacente (invaginazione a cannocchiale).

Eziopatogenesi:

Idiopatica. Nell'invaginazione viene coinvolto per trazione anche il meso, con conseguente compressione dei linfatici e blocco del ritorno venoso = EDEMA, INFARCIMENTO EMORRAGICO, FINO ALLA NECROSI E ALLA PERFORAZIONE.



Epidemiologia:

- § Picco d'incidenza dal 4° al 10° mese di vita
- § Estremi di occorrenza a 3 mesi e a 3 anni
- § 65% dei pazienti affetti è < 1 anno
- § 80% dei pazienti affetti è < 2 anni
- § Più comune causa di ostruzione intestinale nell'età che va da 2 mesi a 5 anni
- § Prevalenza dei maschi con un rapporto 3:1
- § Alcuni fattori di rischio sono rappresentati dal diverticolo di Meckel, le cisti enterogene e i polipi intestinali
- § Localizzazione preferenziale a carico della valvola ileocecale (sproporzioni tra dimensioni dell'ileo terminale e della valvola; localizzazione del diverticolo di Meckel)

Clinica:

Crisi di dolore colico a insorgenza improvvisa (il lattante si sveglia improvvisamente e piange), intervallate da periodi di completo benessere, con frequenza ravvicinata. Il vomito alimentare fa cessare il dolore. Salsicciotto palpabile a livello IC DX con sensazione palpatoria di vuoto ai QI (segno di Dance).

Emissione di feci mucosanguinolente prodotte a valle dell'invaginazione (feci a gelatina di ribes, tipiche del lattante), verificabili anche con ER. L'emissione di sangue vivo, la febbre $>38^{\circ}\text{C}$ e la distensione addominale sono segni tardivi.

Ecografia:

Segno della coccarda/bersaglio/pseudorene (intestino invaginato + edema circostante). Sostituisce Rx maritato.

Terapia:

trattamento in urgenza. Il primo tentativo di riduzione è medico (clisma opaco con bario. Sfrutta la spinta del bario per ripristinare la canalizzazione dietro guida radiografica; può cmq recidivare); nel 70% dei casi si risolve in questo modo. Altrimenti chirurgia (LPT con svaginazione a cielo aperto + ev. resezione).

