

La Sténose Hypertrophique du Pylore chez le Nourrisson

Généralités

- fréquente :
 - 2 / 1000 naissances
 - vomissements chirurgicaux chroniques

NRS = SHP + RGO

 - 5% vomissements NRS (alimentaires)
- Caractéristiques :
 - anatomique
 - vomissements alimentaires tardives, intervalle libre
 - biologique, déshydratation, alcalose métabolique
- Guérison : Chirurgie après rééquilibration hydro-électrolytique (Fredet 1908, Ramsted 1912)

Définition

Hypertrophie sténosante
des fibres musculaires du pylore :
olive pylorique



Etiologie et Pathogénie

- Garçon : 80 %, aîné de la fratrie
- Caractère saisonnier : printemps , automne
- Formes familiales (mère atteinte)
- Facteurs neurologiques, hormonaux et environnementaux (VIP, NO, Ach...)

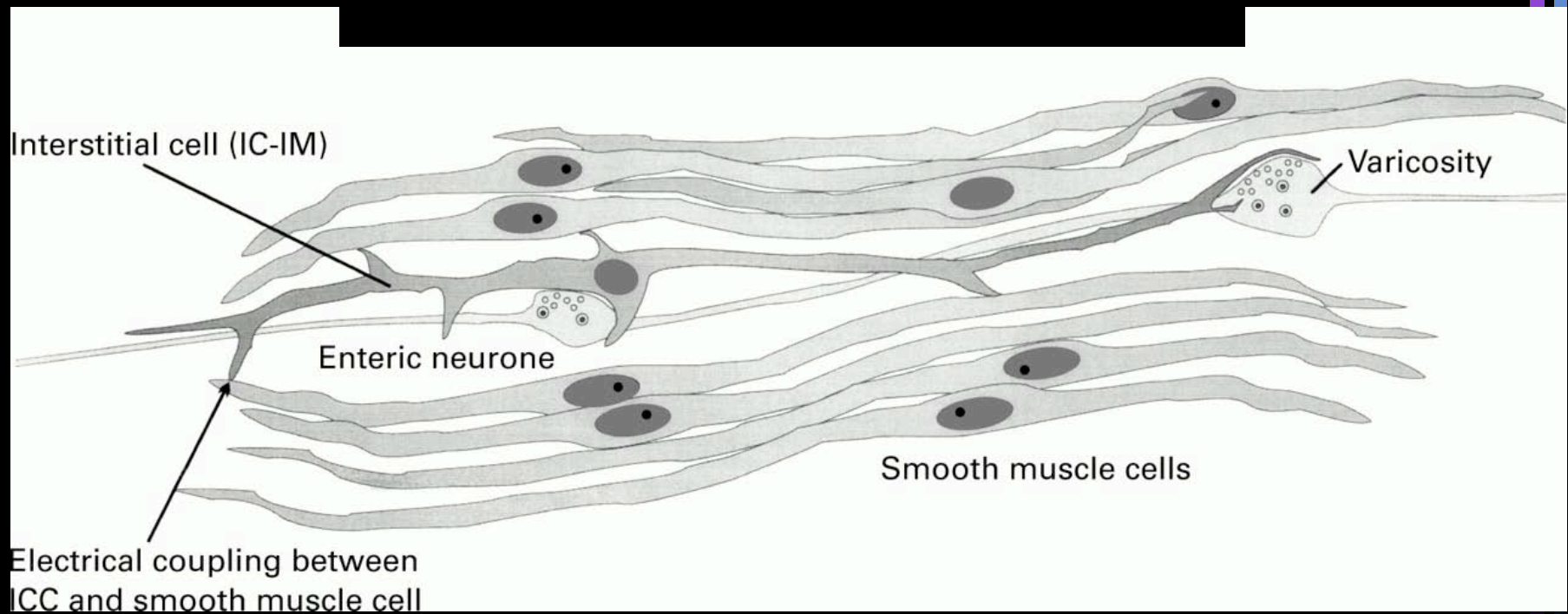
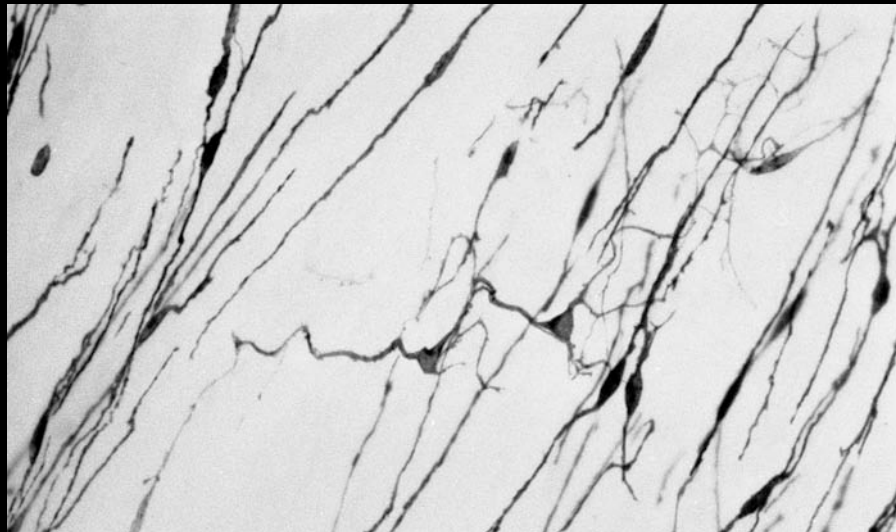


Tableau Clinique I

Dominé par les vomissements

- Début après 3-4 semaines , garçon 80 %
- **Intervalle libre**
- Aggravation rapide
- Abondants , en jet
- Tardifs
- Alimentaires (lait caillé) , **jamais bilieux**

Tableau Clinique II

- Interrogatoire
- Enfant affamé
- Constipation , oligurie , ↓ **courbe pondérale**
- +/- déshydratation , dénutrition

Tableau Clinique III

Examen à distance de la tétée

- Voussure épigastrique
- Ondulations péristaltiques
- Abdomen non météorisé
- Palpation de l'olive pylorique
- Signes de déshydratation , dénutrition

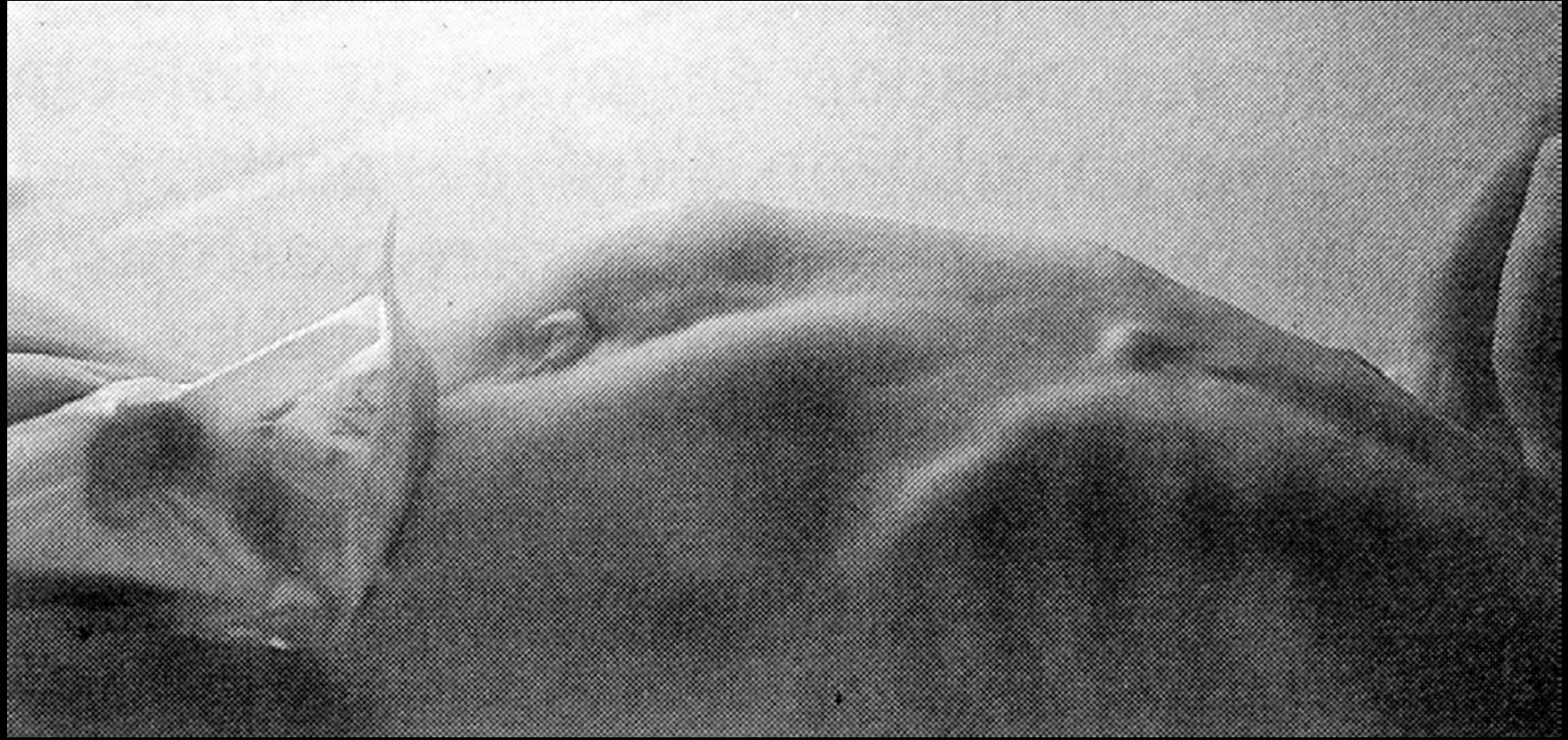


Tableau Clinique

Variantes

- Formes précoces , formes tardives
- Vomissements sanglants
- Ictère associé
- Formes associées (atrésie de l 'œsophage)

Quel bilan?

- Imagerie :
 - échographie abdominale
 - TOGD
- Biologie
 - Hématocrite \nearrow , alcalose métabolique, hypochlorémie.

Imagerie

- Échographie
- ASP
- TOGD

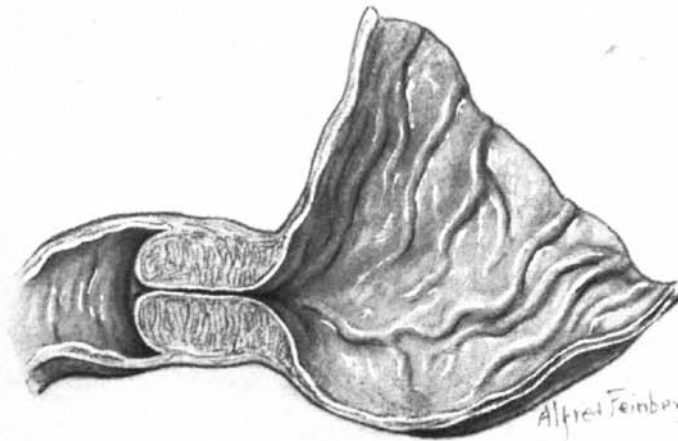
Echographie abdominale

(15 à 20 minutes)

- Stase gastrique confirmée
- Olive pylorique
- Paroi musculaire épaissie , hypo échogène (> 3,5mm)
- Coupe transversale : cocarde (muqueuse hyperE)
- Coupe longitudinale : canal pylorique allongé (> 15-20mm)



A



B

Alfred Feinberg

ASP

- De face , vertical
- Distension gastrique
- Faible aération digestive en aval

TOGD

- **Signes indirects** : stase gastrique à jeun , hyperkinésie gastrique , retard d 'évacuation
- **Signes directs** : canal pylorique allongé , étiré , arciforme
- étude de la jonction oeso-cardio-tubérositaire





Traitement Principe I

Urgence différée = traitement médical

- Aspiration gastrique , à jeun
- VVP sur base de 5-10 ml/Kg/h de Polyionique
- Normalisation en 24 - 36 heures ($\text{Cl} > 95 \text{mmol/L}$ et $\text{RA} < 27 \text{mmol/L}$)

Traitement Méthode II

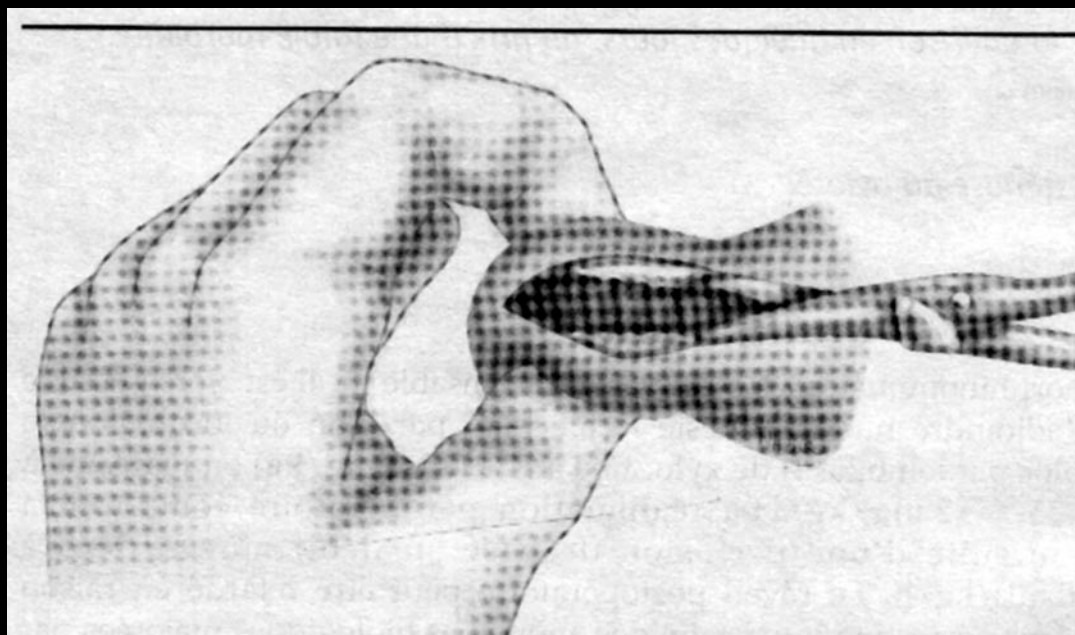
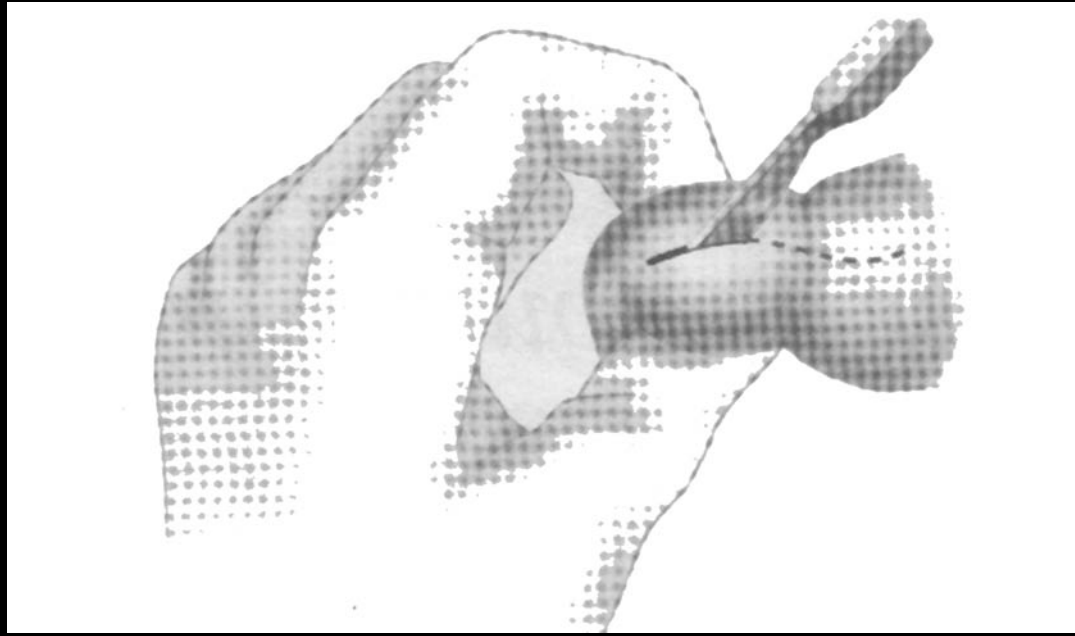
Chirurgie

= Pylorotomie Extramuqueuse ,
Longitudinale

(Fredet , 1907)

Voies d 'abord

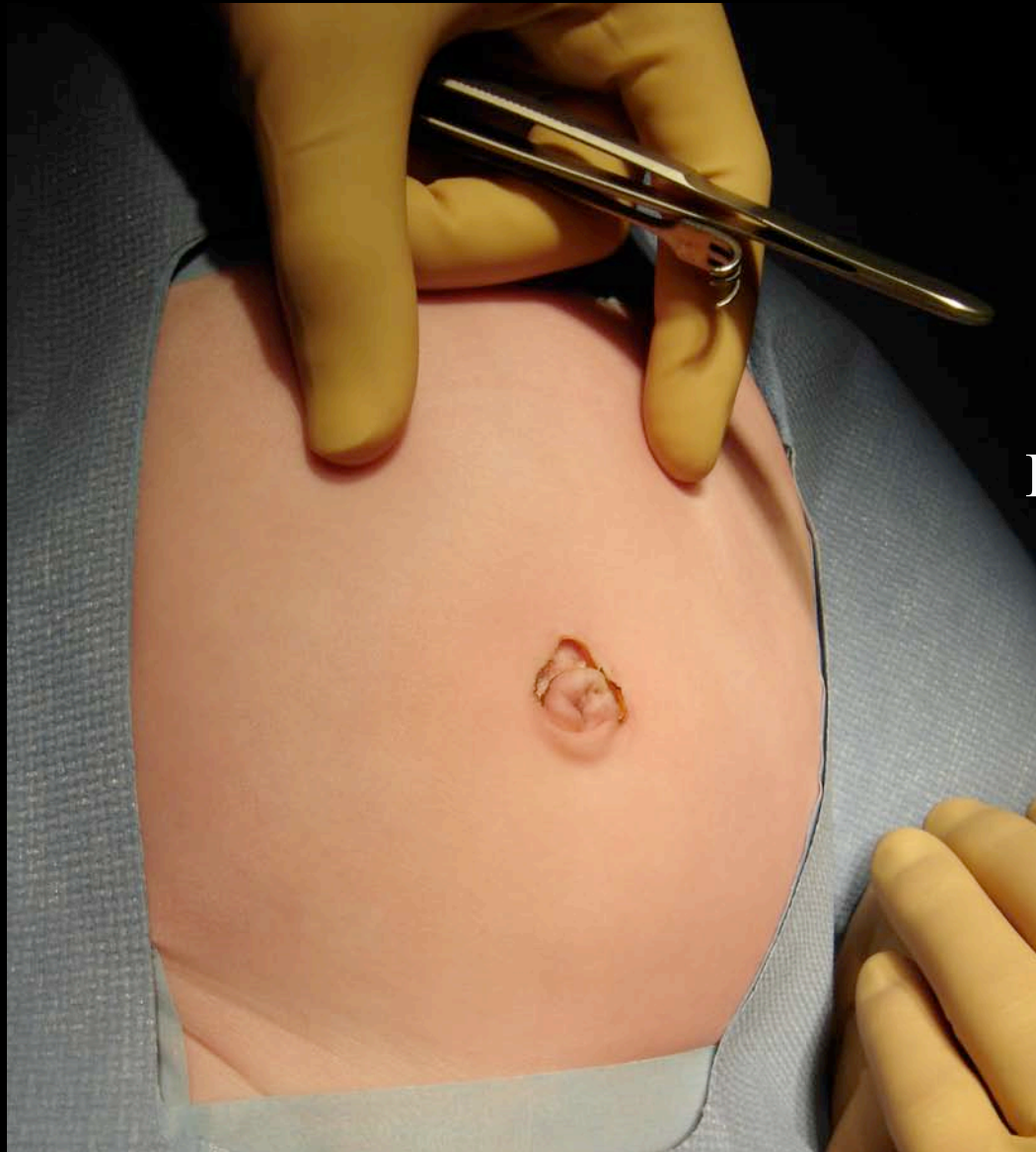
- Ciel ouvert : 2 voies d 'abord possibles
- Coelioscopie (Alain, 1991)



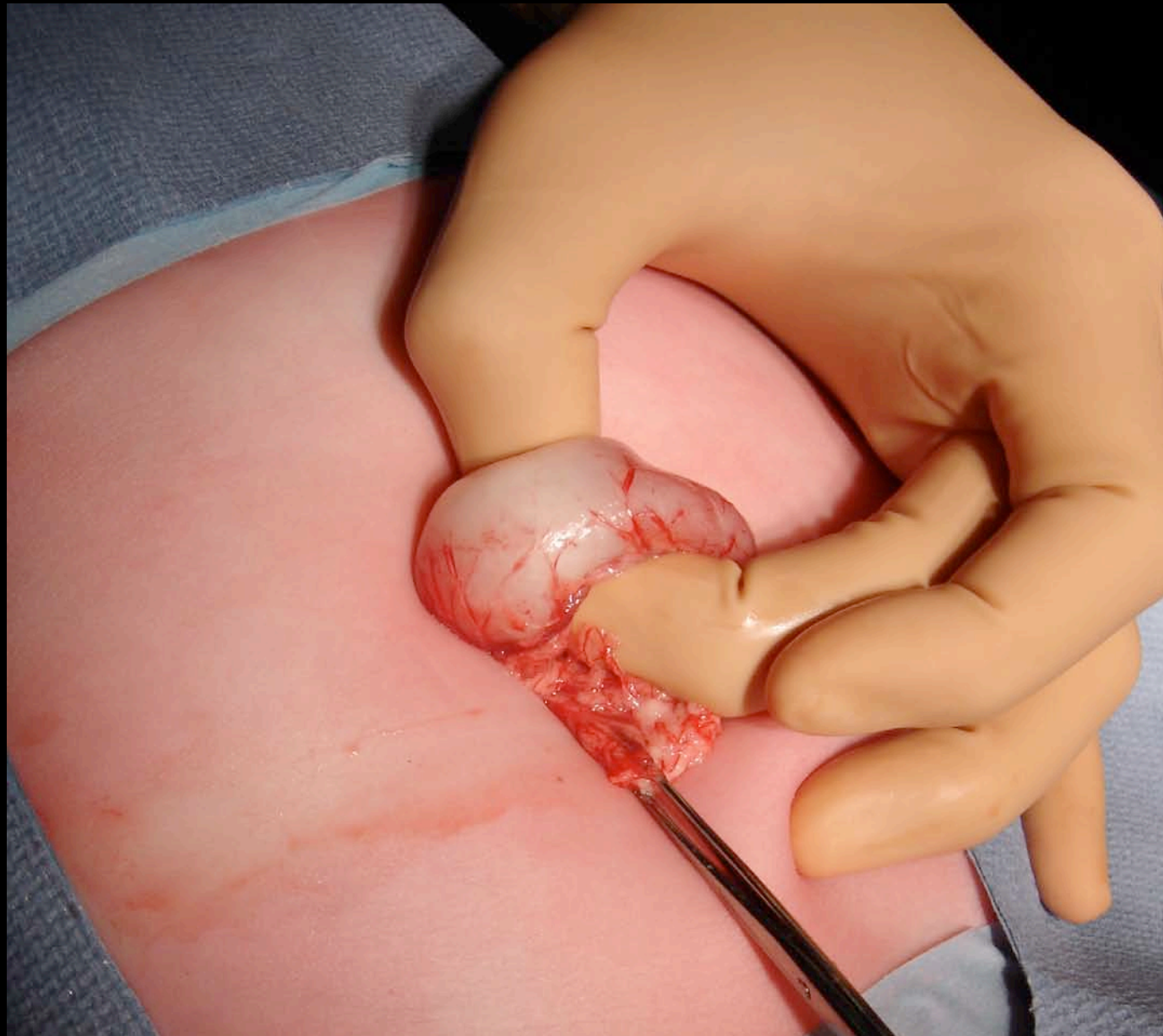


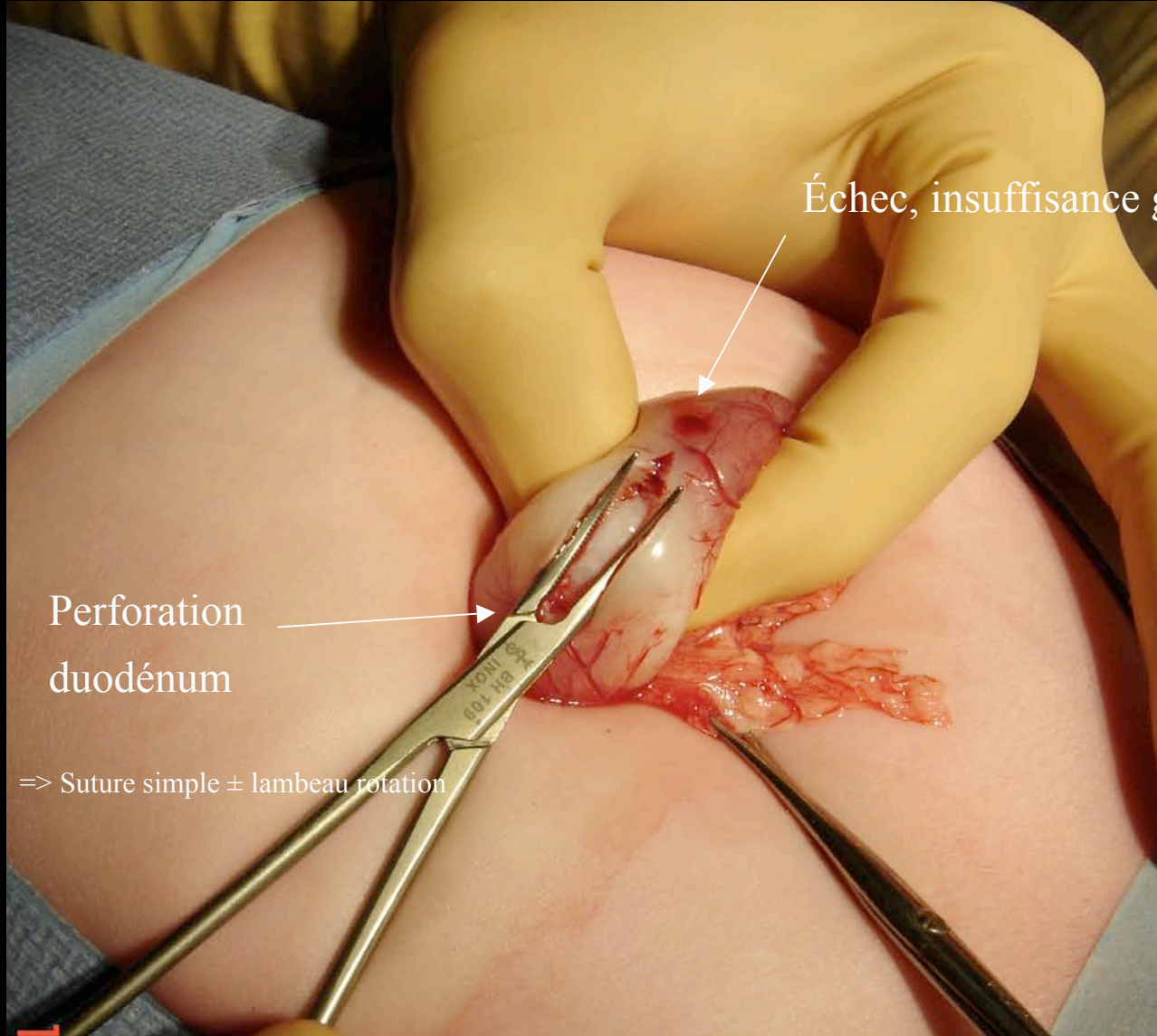
Thorax

Hypogastre



Infection?





Échec, insuffisance gastrique

Perforation
duodénum

=> Suture simple ± lambeau rotation

Traitement Méthode III

Suites postopératoires

- Pas de sonde gastrique sauf si perforation muqueuse (24-48H)
- Soins postopératoires simples
- Reprise de l'alimentation précoce 6H , régime normal en 3-4 jours

Alternatives

- Traitement médical : atropine
- « Écrasement » pylorique Mexique
- Voies d'abord : comparaison ombilic vs transversal vs laparoscopique (éventration sur trocart, incomplet)
- Ré alimentation : ad libitum :
FORMULE D'APERT (ration lactée d'un nourrisson) = Poids (en g) / 10 + 250 mL



Résultats Complications

- Mortalité nulle (oui mais cardiopathie...)
- Morbidité de 4-6% :
 - 3% de vomissements après 48H : RGO
 - 2-3% infection
 - éventration
 - perforation muqueuse +/- péritonite
 - éviscération, occlusion sur brides

Conclusion

- Fréquent et simple à traiter , mais tableau clinique s'aggravant rapidement
- Prise en charge en chirurgie pédiatrique
= bons résultats > 99 %