

Elaborato da Gabriella Meccariello

Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia, A.O.R.N. San Pio, Benevento

Definizione: la gastroschisi è un difetto di chiusura della parete addominale localizzato in sede paramediana, di solito a destra dell'ombelico, con conseguente erniazione dei visceri addominali (prevalentemente anse intestinali, più raramente stomaco e strutture dell'apparato urinario).

Incidenza: 2-5/10.000 nati vivi, senza differenze significative tra i due sessi.

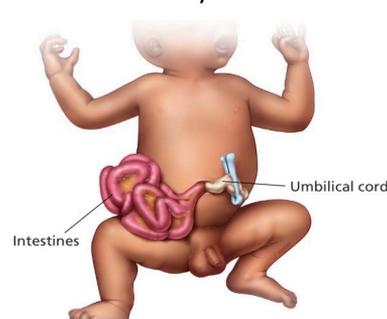
Diagnosi: la diagnosi ecografica, possibile già nel I trimestre, si basa sulla visualizzazione di anse intestinali che fluttuano liberamente al davanti dell'addome in cavità amniotica, non avvolte da alcuna membrana; pertanto, nel III trimestre può verificarsi un ispessimento della parete delle anse intestinali erniate secondario a flogosi chimica da contatto protratto con il liquido amniotico.

Classificazione:

- semplice: se il difetto è isolato
- complessa: se il difetto si associa a complicanze intestinali (atresia intestinale, necrosi, stenosi, perforazione o volvolo)



GASTROSCHISI SEMPLICE



GASTROSCHISI COMPLESSA

Management Ostetrico

Esame del cariotipo fetale: non è di solito indicato per il basso rischio di aneuploidie, soprattutto nelle forme isolate.

Ecografia di riferimento: per valutare l'eventuale associazione con altre anomalie fetali (5-15% dei casi).

Follow-up ecografico: per valutare la comparsa di segni ecografici di gastroschisi complessa, quali dilatazione delle anse intestinali intraddominali (47% g. complessa vs 15% g. semplice), dilatazione delle anse intestinali extraddominali (51% vs 42%), polidramnios (24%vs 10%).

Timing del parto: il 30-40% dei casi si associa ad insorgenza spontanea di travaglio di parto pretermine, da ricondurre verosimilmente a livelli elevati di citochine pro-infiammatorie nel liquido amniotico (IL-6 e IL-8). L'indicazione al taglio cesareo dovrebbe essere solo su base ostetrica, anche se molti autori suggeriscono l'espletamento del parto mediante taglio cesareo, di solito >37a settimana, per evitare lesioni delle anse intestinali erniate nel passaggio attraverso il canale del parto.

Counselling

Rischio cromosomico/sindromico: molto basso

Prognosi: nella gastroschisi semplice la sopravvivenza è di circa il 90%; la forma complessa si associa, invece, ad una maggiore mortalità e morbilità neonatale, ospedalizzazione prolungata, nutrizione parenterale a lungo termine, necessità di procedure chirurgiche multiple. Altri fattori prognostici negativi comprendono basso peso alla nascita, prematurità, severità del danno intestinale alla nascita, sepsi. I feti con gastroschisi presentano, inoltre, un rischio di morte intrauterina 7.5 volte maggiore rispetto alla popolazione generale (compressione del cordone da parte dell'intestino erniato?).

Trattamento postnatale: consiste nella riduzione dei visceri erniati e nella chiusura del difetto di parete. La mortalità post-intervento è di circa il 15%.

Talvolta, a causa della sproporzione tra gli organi erniati e la cavità intraddominale non sufficientemente capiente, può rendersi necessaria una *staged reduction*: l'intestino sarà dapprima rivestito da un bendaggio in silicone protettivo e poi progressivamente spinto nella cavità addominale, con chiusura del difetto di parete utilizzando il cordone ombelicale (sutureless closure).

**Bibliografia:**

- Ferreira GR et al.; Gastroschisis: a systematic review of diagnosis, prognosis and treatment, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine (2021) DOI: 10.1080/14767058.2021.1909563.
- Ferreira GR et al.; Ultrasound markers for complex gastroschisis: a systematic review and meta-analysis; J Clin Med (2021); 10(22): 5215.
- Lap CCMM et al.; Ultrasound markers for prediction of complex gastroschisis and adverse outcome: longitudinal prospective nationwide cohort study; Ultrasound Obstet Gynecol 2020; 55: 776–785.
- Bhat V et al.; Gastroschisis: a state of the art. Review; Children (2020); 7,302.
- D'Antonio F et al, Prenatal risk factors and outcomes in gastroschisis: a meta-analysis; Pediatrics (2015) 136 (1): e159–e169.