

gnostic clinic aprofundat, inițierea măsurilor de corecție a modului de viață și tratament.

Bibliografie:

1. Analiza de situație. Ziua Europeană împotriva Obezității <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2016/05/Analiza-de-situatie-pt-ZEIO-2016.pdf>

2. de Onis M., Blössner M., Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. In: Am J Clin Nutr, 2010, vol.92, p.1257–1264.

3. World Health Organisation Fact sheet N°311, 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

© Elvira Iavorscaia, Olesia Nicu, Irina Taranet, Viorica Chirica, Elena Capestru, Ninel Revenco

Elvira Iavorscaia¹, Olesia Nicu², Irina Taranet³, Viorica Chirica¹, Elena Capestru¹, Ninel Revenco^{1,2}

LIPOMUL MEDIASTINAL LA COPII: CONSIDERAȚII CLINICE ȘI DIAGNOSTICE PE MARGINEA UNUI CAZ CLINIC

¹Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Departamentul Pediatrie (director – dr. hab. medicină, prof. univ. Ninel Revenco)

²IMSP Institutul Mamei și Copilului (Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun)

³Spitalul Clinic Municipal pentru Copii „Valentin Ignatenco”, Clinica Pediatrie

SUMMARY

MEDIASTINAL LIPOMA IN CHILDREN: CLINICAL AND DIAGNOSTICS CONSIDERATIONS ON THE EDGE OF A CASE.

Key words: mediastinum , lipoma, pediatrics

Intrathoracic lipomas are one of the least common tumours encountered in paediatric practice. Despite its rarity, intrathoracic lipomas can be clinically important and may lead to serious illness by virtue of their size and location. Because lipomas are soft and pliable, patients are usually asymptomatic. Most of the mediastinal lipomas are found incidentally on a routine chest X-ray investigation , obtained for another reason. But they may grow to enormous size and result in pressure symptoms. The authors present a clinical case of a child aged 4 years in which the basis of clinical and paraclinical methods established diagnosis of mediastinal lipoma.

РЕЗЮМЕ

ЛИПОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НА ОСНОВЕ ОДНОГО КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.

Ключевые слова: средостение, липома, педиатрия

Липомы средостения являются наименее распространенными из доброкачественных опухолей , которые встречаются в педиатрической практике. Несмотря на редкость, медиастинальные липомы клинически опасны, в зависимости от своего расположения и от размеров. Благодаря своей структуре, липомы средостения как правило проявляются бессимптомно. Наиболее часто они выявляются на рентгенологическом исследовании грудной клетки , проводимых с другой целью. Важность ранней диагностики липом связано с риском роста и сдавление соседних органов и структур. В работе авторами представлен клинический случай ребенка 4 лет, у которого на основании клинических и лабораторных данных была выявлена липома средостения.

Introducere. Lipoamele sunt tumorile benigne mezenchimale cel mai frecvent întâlnite, care seamănă histologic cu țesutul adipos matur, însă prezența capsulei fibroase ajută la diferențierea lor de simplele agregări grăsoase. [1]

Tumorile țesutului adipos în cavitatea toracică sunt

clasificate de John Politis în 5 grupuri, în funcție de localizare: parenchimotoase, mediastinale, endobronhiale, cardiace și pleurale. [4]

Tumorile benigne ale mediastinului sunt destul de rare în practica pediatrică.

Lipomul mediastinului este una dintre cele mai

rare tumori benigne și constituie 0,3% din toate tumorile mediastinale. [2] Într-un studiu efectuat de Jensen și colab. , care au evaluat 3502 de tumori intratoracice, au fost depistate doar trei cazuri de lipoame mediastinale.

Spre deosebire de lipoamele subcutanate , lipoamele mediastinale sunt, de obicei solitare. Cu toate acestea, există cazuri ocazionale de lipoame mediastinale multiple.[4] Acestea pot apărea în toate grupele de vârstă și implică ambele sexe în mod egal.

Factorul etiologic implicat în formarea lipomului este tulburare sistemică a metabolismului în țesutul adipos. Printre cauze posibile se mai discută bolile hepatice, hipotiroidia, involuția timusului și procesele paraneoplastice.[5,6]

Majoritatea tumorilor mediastinale au o perioadă de latență clinică prelungită în cursul căreia pot fi descoperite prin examene radiologice întâmplătoare. Ulterior ele se manifestă prin disfuncția organelor și formațiunilor mediastinale comprimate sau prin prezența semnelor clinice de compresiune, de invazie a structurilor vecine. În general chisturile și tumorile benigne tind să deplaseze și să comprime organele canaliculare vecine, fără însă a le întrerupe funcția, cum fac de regulă tumorile maligne și anevrismele aortice. Cele mai frecvente simptome generate de compresiunea sau invazia organelor mediastinului sunt: tusea (60%), dureri în piept (30%), febră / frisoane (20%) și dispnee (16%). La copii lipoame mediastinale sunt diagnosticate în cazul unui episod de infecție respiratorie acută prin efectuarea radiografiei cutiei toracice. [3,4]

Semnele radiografice majore care sugerează lipom mediastinal sunt reprezentate de deformarea mediastinală cu aspect simetric sau asimetric, prin prezența unor opacități cu localizare la nivelul sinusurilor cardiofrenice anterioare, în cazul leziunilor localizate, modificări de tipul unor opacități omogene, bine delimitate, de intensitate mediastinală și submediastinală, nespecifice; cu sau fără modificări infiltrative pneumonice în ariile pulmonare, dar nici unul din aceste simptome nu este definitoriu pentru stabilirea diagnosticului cert. Cea mai sigură metodă noninvasivă în stabilirea diagnosticului lipoamelor mediastinale este tomografia computerizată (CT), care permite a identifica în mod clar țesutul adipos. El se caracterizează printr-o rată scăzută de absorbție a razelor X, având densitate de la -30 până la -110 HU. CT rămâne metoda cea mai informativă în diagnosticul preoperator al lipoamelor mediastinale. [2,3] Lipomul mediastinal nu trebuie confundat cu lipomatoza mediastinală, care este caracterizată prin acumularea de grăsime depistată la pacienți cu sindromul Cushing sau în timpul administrării exogene de corticosteroizi.

Luând în considerare tabloul clinic asimptomatic al lipoamelor mediastinale și faptul că ele sunt destul de rare în practica pediatrică, dar au un risc înalt

pentru viața pacienților, vă prezentăm un caz clinic rezolvat de noi.

Prezentare de caz clinic.

Copilul A , în vârstă de 4 ani și 6 luni, a fost internat în IMSP SCMC „V. Ignatenco” cu următoarele acuze: febră 39,3 °C, tuse semiproductivă, alterarea stării generale, cu semne de sindrom toxiinfecțios (apatie, anorexie, greță) și semne de insuficiență respiratorie (tahipnee, dispnee).

Din istoricul bolii : copilul se consideră bolnav de 5 zile, cu debut acut, care se manifesta prin semne catarale și febră (39°C) persistentă. La domiciliu a urmat tratament antipiretic cu Paracetamol. În următoarele zile starea generală a copilului este cu agravare (febra persistă, apare tusea semiproductivă, semnele sindromului toxiinfecțios devin mai pronunțate). În legătură cu faptul progresării tabloului clinic, copilul se adresează la IMSP SCM „V. Ignatenco” și se internează în secția de Pneumologie pentru diagnostic și tratament.

Studiul antecedentelor eredocolaterale și personale fiziologice oferă informațiile următoare : copilul este născut din I sarcină, care a evoluat normal, până la termen de 40 de săptămâni, naștere naturală, fără complicații. Indicii fizici ai copilului la naștere au fost: m=3500 g, t=51 cm. A fost vaccinat conform calendarului. Anamneza patologică : copilul nu se consideră ca frecvent bolnav. În supravegherea medicilor specialiști nu se află. Anamneza alergologică,eredocolaterală, epidemiologică : neagravată.

Dezvoltarea fizică a copilului este armonioasă, corespunde vârstei calendaristice. M=16 kg, corespunde percentilei 28 %, t=110 cm, corespunde percentilei 75%, constituția normostenică.

Datele examenului clinic obiectiv au relevat următoarele modificări: tegumentele palide, calde. Limba saburală. Istmul faringian hiperemiat, granulat, cu amigdalele hipertrofiat de gr I-II. Respirația nazală dificilă, rinoree seroasă. Palpator, freacă vocal accentuat, percutor submatitate pe stânga. Tabloul auscultativ pulmonar relevă respirație aspră bilaterală, raluri sibilante difuze și crepitante pe stânga, FR -34 r/min. SpO₂ = 94%. Tabloul auscultativ precordial a notat o atenuare sonoră a zgomotelor cardiace, cu FCC -132 b/min.

Examele paraclinice au evidențiat următoarele modificări: hemograma : Hb -112 g/l, eritrocite - 4,49*10¹² g/l, leucocite - 14,0*10⁹ g/l, nesegmentate - 6%, segmentate - 34%, eozinofile - 2%, limfocite - 46%, monocite - 12%, VSH -19mm/oră. Analiza generală a urinei: densitatea 1020, reacția acidă, proteine negative, corpi cetonici pozitiv (+++), epiteliu 0 -1c/v, leucocite 1 -2 c/v. Frotiu din n/faringe : Br. Cataralis 10⁶. Radiografia cutiei toracice: Pe stânga focare pneumonice confluențe în partea medie-bazală. Formațiune de volum a mediastinului pe stânga. (Limfom?)

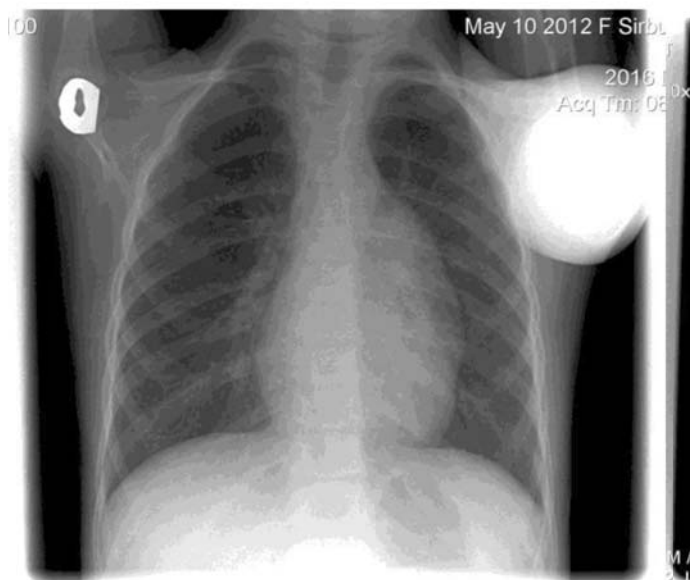


Fig.1. Radiografia cutiei toracice (proiecție frontală):
Formațiune de volum a mediastinului anterior
superior din stânga.



Fig.2. Radiografia cutiei toracice (proiecție sagitală):
Formațiune de volum a mediastinului anterior
superior din stânga.

ECG: ritm sinusal, regulat, AE verticală. EcoCG: Cavitățile cordului nu-s dilatate. Funcția de pompă a miocardului VS este normală. PVM grI (fiziologic). Insuficiența valvei pulmonare grI (fiziologic). Insuficiența valvei tricuspide grI (fiziologic). Copilul a fost consultat de medicul ORL cu confirmarea Amigdalitei acute catarale de etiologia Br. cataralis.

Pentru stabilirea diagnosticului clinic s-a efectuat CT pulmonar, unde se vizualizează o formațiune de volum în mediastinul anterior, superior – mediu, pe stânga. Dimensiuni aproximative: 5*3 cm în plan axial și 8 cm în plan coronarian. Formațiunea prezintă un contur clar, neregulat (ușor lobulat). Structura internă este neomogenă, preponderent lipidică, cu densitate variată de la (-10HU) la (-100HU). La nivelul formațiunii pericardul nu este diferențiat. Se observă o extensie a formațiunii superior posterior de vena brahiocefalică stângă, între trunchiul brahiocefalic și vena jugulară internă stângă 20*10 mm.

Concluzia CT: Formațiune de volum a mediastinului anterior mediu-superior. Aspect tomografic pentru lipom. Diagnostic diferențial cu liposarcomul și lipomul intrapericardial bine diferențiat.

S-a efectuat consultația medicul chirurg pediatru pentru aprecierea metodei de tratament. Luând în considerare vârsta pacientului, datele obiective și datele din investigații paraclinice (aspectul, localizarea, dimensiunile formațiunii de volum în mediastin) s-a decis de a monitoriza și evalua în dinamică formațiunea de volum.

În secție copilul a urmat tratament antibacterian și tratament simptomatic, pentru rezolvarea procesului inflamator în plămâni.



Fig.3. Tomografie computerizată (proiecție axială):
Formațiune de volum a mediastinului anterior
superior din stânga.

Copilul se externează în stare satisfăcătoare cu monitorizarea în dinamică a formațiunii de volum, cu următorul diagnostic clinic: Formațiune de volum a mediastinului anterior superior din stânga. Lipom posibil. Bronhopneumonie pe stânga, evoluție acută, complicată cu IR gr I. Amigdalită acută catarală de etiologie Br.cataralis.

Discuții: Cazul clinic expus confirmă opinia că majoritatea lipoamelor mediastinale sunt asimptomatice clinic (sunt descoperiri radiologice spontane). În pofida faptului că lipoamele mediastinale sunt rare în pediatrie, este necesar un nivel înalt de suspiciune pentru diagnosticul precoce și elaborarea la timp a tac-

ticii de conduită referitor la lipoamele mediastinale la copii. Asigurarea diagnosticului precoce și tratamentul sunt căile de obținere a succesului medical pentru reducerea mortalității, precum și pentru ameliorarea calității vieții pacienților.

Concluzie: Lipoamele mediastinale sunt cele mai rare formațiuni în practica pediatrică, din patologia mediastinului. Cel puțin jumătate dintre pacienții cu lipoame mediastinale sunt asimptomatice și leziunile sunt detectate cu ocazia efectuării unor radiografii pulmonare pentru alte scopuri. Evaluarea implică proceduri imagistice speciale, de regulă CT, care este investigația noninvazivă cea mai indicată în evaluarea patologiei mediastinale. Diagnosticul definitiv necesită examinări de țesuturi obținute prin biopsie. Există 2 metode principale de tratament: medicamentos și chirurgical. Tactica de tratament depinde de localizarea și dimensiunile lipomei.

Bibliografie

1. Kim YH, Reiner L. Ultrastructure of lipoma. *Cancer*. 1982; 50: 102-106.
2. Nishio S1, Oda M, Matsumoto I, Tamura M, Shimizu Y, Watanabe G. Primary anterior mediastinal huge lipoma: report of a case. *KyobuGeka*. 2010 May;63(5):426-9.
3. Park DR, Vallieres E: Tumors and cysts of the mediastinum. In: Murray and Nadel's textbook of respiratory medicine, W.B Saunders Company 2005, an imprint of Elsevier, 4th edition, section P, chapter 71
4. Politis, J., Funahashi, A. Gehlsen, J.A., Decock, P. et al. Intrathoracic lipomas. *J.Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1979 : 77 (4), 550-556.
5. Beau V. Duwe, MD; Daniel H. Sterman, MD. Tumors of the Mediastinum* FCCP; and Ali I. Musani, MD, FCCP (CHEST 2005; 128:2893–2909)
6. Грона В.Н., Литовка В.К., Журило И.П., Латышов К.В. Опухоли и опухолеподобные образования у детей. — Донецк:Норд-Пресс, 2010. — 364 с.

© Emilia Rob, Luminița Dobrotă, Corina Cazan, Bogdan Neamțu, Mihai Leonida Neamțu

Emilia Rob¹, Luminița Dobrotă^{1,2}, Corina Cazan^{1,2}, Bogdan Neamțu^{1,2}, Mihai Leonida Neamțu¹
MICROBIOTA INTESTINALĂ LA COPILUL EUTROFIC VERSUS COPILUL OBEZ

¹ Universitatea Lucian Blaga din Sibiu, Facultatea de Medicină Sibiu

² CEFORATEN-Clinica Pediatrie Sibiu

SUMMARY

THE GUT MICROBIOTA IN EUTROPHIC AND OBESE CHILDREN

Key words: precocious antibiotherapy, repeatedly cures, obesity.

It is presented a study which included obese patients who received different cures of broad-spectrum antibiotics in the few first years of life. It has been shown that the antibiotics administrated in the first year of life, and repeatedly, have an long-term and extremely influence on child weight.

Introducere. Studiile recente au demonstrat că antibioterapia cu spectru larg inițiată în primii doi ani de viață predispune la obezitate cu debut precoce (înaintea vârstei de 5 ani). Acest proces este datorat modificărilor din microbiota intestinală înainte de maturizarea completă a acesteia (apreciată a se definitiva în jurul vârstei de 4 ani). Interesul pentru această temă este amplificat de “escaladarea” antibioterapiei, concomitent cu creșterea vitezei obezității în România.

Material și metode de investigație. Un studiu efectuat în 2016 în Clinica Pediatrie Sibiu a cuprins

pacienți cu vârsta cuprinsă între 3-7 ani, internați pentru patologie curentă și ai căror aparținători ofereau date despre dietă și stil de viață, precum și un istoric complet al antibioterapiei administrate. Nu au fost incluși cei cu istoric familial de obezitate, cu istoric personal de patologie sau medicație cronică cu impact asupra controlului greutatei. Au fost studiați următorii parametri: greutatea și talia la momentul internării, vârsta la care a fost administrat primul antibiotic, numărul de cure de antibiotice și vârsta la care au fost administrate, date despre microbiota intestinală, date