

Lilia Romanciuc, Ninel Revenco

**ARITMIILE CARDIACE LA COPIII CU PROLAPS DE VALVĂ MITRALĂ ȘI
SEMNE FENOTIPICE DE DISPLAZIE A ȚESUTULUI CONJUNCTIV**

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Departamentul Pediatrie

(director – dr. hab. medicină, prof. univ. Ninel Revenco)

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

SUMMARY

ARRHYTHMIAS IN CHILDREN WITH MITRAL VALVE PROLAPSE AND CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

Key words: arrhythmias, mitral valve prolapse, children.

Background: *studying of peculiarities of the arrhythmias in children with mitral valve prolapse and connective tissue dysplasia.*

Material and methods: *The carried out research has included 190 children, at the age from 7 till 18 years: I group 160 (84,2 %) children with mitral valve prolapse I and II degree and signs of connective tissue dysplasia, average age (13,32±0,23) years and II group 30 (15,79 %) healthy children, average age (12,2±0,72) years, with inspection of clinical, hemodynamic indicators and peculiarities of the arrhythmias in children with connective tissue dysplasia.*

Results: *Results of research have revealed, that syndrome of mitral valve prolapse with connective tissue dysplasia is accompanied by various clinical symptoms with prevalence of heart pains in 90,0 % and palpitations in 83,75 % cases. The analysis of results of an echocardiography has revealed prevalence of mitral valve prolapse, I degree in 95,62 % cases. Results of ECG Holter monitoring 24 hours have established: sinus tachycardia at 72,50 % of children ($p < 0,01$), supraventricular premature contraction at 86,25 % ($p < 0,001$) and ventricular premature contraction at 18,75% ($p < 0,05$) of children with mitral valve prolapse and connective tissue dysplasia .*

Conclusions: *Mitral valve prolapse is a pathologic anatomic and physiologic abnormality of the mitral valve apparatus affecting mitral leaflet motion. Mitral valve prolapse find out in children with frequency from 2 % to 16 % of cases, more often at the age from 7 till 15 years with prevalence at girls in a parity (boys, girls 1:2). The principal physical finding is a midsystolic click, which frequently is followed by a late systolic murmur. Although echocardiography is the most useful mode for identifying mitral valve prolapse. Results of ECG Holter monitoring 24 hours have revealed, that syndrome of mitral valve prolapse is accompanied with presence of arrhythmias: supraventricular and ventricular premature contraction.*

РЕЗЮМЕ

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КРАПАНА И ФЕНОТИПИЧНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ДИСПАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Ключевые слова: нарушения ритма, пролапс митрального клапана, дети

Проведенное исследование включило 190 детей, в возрасте от 7 до 18 лет: I группа 160 (84,2%) детей с пролапсом митрального клапана (ПМК) I и II степени и признаками дисплазии соединительной ткани, средний возраст (13,32±0,23) лет и II группа 30 (15,79%) здоровых детей, средний возраст (12,2±0,72) лет, с изучением особенностей нарушения ритма. Результаты исследования выявили, что ПМК с признаками дисплазии соединительной ткани характеризовался преобладанием болей в сердце (90,0%) и сердцебиениями в 83,75% случаях. Анализ заключений эхокардиографии обнаружил ПМК I степени в 95,62% случаях. Данные ЭКГ Холтер мониторинга 24 часа установили: синусовую тахикардию у 72,50% детей ($p < 0,01$), наджелудочковые экстрасистолы у 86,25% ($p < 0,001$) и желудочковые экстрасистолы у 18,75% ($p < 0,05$) детей. ПМК является патологическим и физиологическим нарушением аппарата митрального клапана, с поражением движения его створок. Встречается у детей с частотой от 2% до 16% случаях, чаще в возрасте с 7 до 15 лет, с преобладанием у девочек (2:1). Главным аускультативным признаком является средний систолический клик, часто сопровождаемый поздним систолическим шумом. Эхокардиография является основной в диагностике пролапса митрального клапана.

Результаты исследования выявили наличие наджелудочковых и желудочковых нарушений ритма сердца у детей с пролапсом митрального клапана и признаками дисплазии соединительной ткани.

Introducere. Prevalența în populația generală a prolapsului de valvă mitrală se estimează a fi 1-2.5% [3,5,6]. Un studiu de cohortă *Framingham* (2008) a detectat o prevalență a acestei patologii de 2,4% [4]. Prevalența la copii a PVM constituie 1-2%, cu specificare la adolescenți 5-15%, 278 pacienți operați cu regurgitare mitrală au prezentat asistarea PVM în 43% cazuri [5].

Incidența PVM la copii variază de la 2% la 16% și depinde de metoda de examinare (auscultație, fonocardiografie, ecocardiografie) [1,7]. PVM mai frecvent este întâlnit în grupul de vârstă 7-15 ani, iar la vârste sub 10 ani se determină în proporții egale la băieții și fetițele [8]. Tabloul clinic este variat și poate fi prezentat de dureri precordiale în 10% cazuri, palpitații în 7,4%, sincope vasovagale 0,9%, dereglări scheletice în 2/3 cazuri [5].

Scopul studiului. Evaluarea particularităților dereglărilor de ritm la copiii cu prolaps de valvă mitrală și semne fenotipice de displazie a țesutului conjunctiv.

Material și metode. Studiul a fost efectuat pe un lot de 190 copii, dintre care 160 (84,2%) cu PVM gradele I și II cu semne fenotipice de displazie a țesutului conjunctiv, cu adresare primară, acuzând dureri precordiale, palpitații, iregularitatea ritmului cardiac, fatigabilitate, oboseală și dereglări vegetative (transpirații, extremități reci, dispoziție labilă, anxietate, excitabilitate, marmorarea extremităților) și 30 (15,79%) copii sănătoși. Vârsta medie a pacienților lotului de bază a fost de 13,32±0,23 ani, pentru copiii din lotul martor vârsta medie a fost 12,2±0,72 ani (limita de vârstă cuprinsă între 7 și 18 ani), diferența statistică fiind ne semnificativă ($p>0,05$). Pentru compararea rezultatelor obținute în urma acestui bloc de cercetări specifice, pacienții cu PVM și semne de displazie a țesutului conjunctiv au fost divizați după vârstă la momentul examinării și apartenența de sex. Copiii din lotul de bază au fost divizați în trei grupuri în funcție de vârstă. Astfel, în grupul I au fost incluși copii cu vârstele cuprinse între 7-10 ani – 33 (20,62%) copii, în grupul II copii între 11-14 ani – 52 (32,50%) copii și grupul III a fost constituit din pacienți aflați în

perioada de pubertate tardivă cu vârsta 15-18 ani – 75 (46,88%) copii. După apartenența de sex, lotul pacienților cu PVM și TFC a inclus 86 fete (53,75%) și 74 băieți (46,25%). Diagnosticul de PVM a fost stabilit în conformitate cu cerințele Ghidului Practic al Asociației Americane a Inimii în Managementul Maladiilor Cardiace Valvulare din 2006 [2]. Clasificarea PVM s-a efectuat în modul următor: gradul I – deplasare sistolică a unei sau a ambelor cuspe ale valvei mitrale în atrium stâng de la 2-3 mm până la 6,0 mm; gradul II – deplasare sistolică a unei sau a ambelor cuspe ale valvei mitrale în atrium stâng de la 6,0 mm până la 9,0 mm; gradul III – deplasare sistolică a unei sau a ambelor cuspe ale valvei mitrale în atrium stâng mai mare de 9,0 mm [10].

Copiii incluși în studiu au fost examinați în modul următor: anchetarea, examenul clinic standard, parametrii hemodinamici, ECG, ecocardiografia și monitorizarea ambulatorie Holter electrocardiografică 24 de ore.

Monitorizarea ambulatorie Holter electrocardiografică 24 de ore a inclus determinarea duratei monitorizării ECG medii; a frecvenței cardiace medii (FCC), maxime și minime; a ritmului cardiac; episoadelor de tahicardie și bradicardie sinuzală; prezenței pauzelor relative; evenimentelor supraventriculare și ventriculare; evaluarea segmentului S-T.

Prelucrarea statistică a rezultatelor s-a realizat prin metode standard de statistică variațională, semnificația statistică a diferențelor dintre parametrii ce reprezintă loturile investigate s-a estimat conform criteriului *T-Student*. Statistic concludente s-au considerat diferențele $p<0,05$, $p<0,01$, $p<0,001$.

Discuții. În conformitate cu obiectivele studiului inițiat, noi ne-am propus să particularizăm manifestările clinice ale PVM cu semne fenotipice la copii. Acuzele și semnele clinice prezente la pacienți au fost divizate în: fenomene generale, cardiovasculare și vegetative. Informația colectată cu referire la acest bloc de manifestări sugestive a fost redată în tabelul 1. Copiii din lotul martor au fost anchetați activ conform chestionarului elaborat.

Tabelul 1

Prevalența manifestărilor clinice

Semnele clinice atestate	Lot I (PVM și semne fenotipice), n=160 (%)	Lot II (martor), n=30 (%)	χ^2	Veridicitatea (p)
Emotivitate	146 (91,25)	13 (43,33)	42,48	<0,001
Dureri precordiale	144 (90,0)	10 (33,33)	48,49	<0,001
Palpitații	134 (83,75)	6 (20)	52,95	<0,001
Cefalee	82 (51,25)	5 (16,67)	12,17	<0,001
Oboseală	80 (50,0)	8 (26,67)	5,53	<0,05
Vertijuri	51 (31,87)	4 (13,33)	4,22	<0,05
Accese de tahicardie	32 (20,0)	2 (6,67)	3,06	>0,05
Toleranță scăzută la efort	24 (15,0)	0	5,15	<0,05
Slăbiciune	24 (15,0)	1 (3,33)	3,01	>0,05
Dereglarea somnului	21 (13,13)	1 (3,33)	2,37	>0,05
Dispnee	15 (9,38)	0	3,05	>0,05
Sincope vasovagale	15 (9,38)	3 (10,0)	0,012	>0,05

Datele din tabel relevă că astfel de semne au prezentat pacienții din ambele loturi, emotivitatea predomină la 91,25% copii din lotul de bază vs 43,33% copii din lotul martor ($p < 0,001$). Prezența durerilor precordiale a fost mai semnificativă pentru pacienții cu PVM și semne fenotipice, estimată în 90,0% cazuri, vs 33,33% copii din lotul martor ($p < 0,001$). Predominarea palpitațiilor a fost caracteristică copiilor cu PVM și semne fenotipice în 83,75% cazuri vs 20,0% cazuri din lotul martor ($p < 0,001$). Cefaleea s-a apreciat la 51,25%, față de 16,67% printre copiii lotului de bază ($p < 0,01$). Oboseala a fost exprimată la copiii cu PVM și semne fenotipice – invocată de 50,0% vs lotul martor – 26,67% ($p < 0,05$). Vertijurile au fost prezentate la 31,87% copii din lotul de bază, comparativ cu 13,33% copii atestați în lotul martor ($p < 0,05$). Accese de tahicardie au fost depistate mai frecvent la copiii cu PVM și semne fenotipice în 32 (20,0%) vs 2 (6,67%) copii din lotul martor. Toleranța scăzută la efort a fost prezentă la pacienții diagnosticați cu PVM și semne fenotipice în 15,0% cazuri ($p < 0,05$). Referitor la slăbiciune am remarcat distribuția ei în lotul de bază și lotul martor, fiind atestată în 15,0% și respectiv

3,33% cazuri, diferența statistică fiind ne semnificativă ($p > 0,05$). Dereglarea somnului s-a depistat la 13,13% copii față de 3,33% la copiii lotului de bază ($p > 0,05$). De dispnee sufereau din lotul de bază 9,38% copii vs nici un caz la copiii lotului martor ($p > 0,05$). Sincopel sunt prezente la pacienții cu PVM și semne fenotipice la 9,38% vs 10,0% copii din lotul martor, diferența statistică fiind ne semnificativă ($p > 0,05$).

În virtutea datelor obținute, putem aprecia că tabloul clinic la copiii cu PVM și semne fenotipice de displazie a țesutului conjunctiv este determinat de prezența durerilor precordiale, palpitațiilor, emotivității, toleranței scăzute la efort, vertijurilor, cefaleei și oboselii.

Un factor determinant al prolapsului de valvă mitrală îl constituie particularitățile de dezvoltare ale structurilor de collagen. Din aceste motive noi am studiat mai detaliat semnele clinice ale displaziei țesutului conjunctiv la copiii cu PVM.

Analiza semnelor de displazie a țesutului conjunctiv la pacienții cu PVM a demonstrat prezența următoarelor semne (tab. 2).

Tabelul 2

Semnele de displazie a țesutului conjunctiv

Semnele	Lot I (PVM și semne fenotipice), n=160 (%)	Lot II (martor), n=30 (%)	χ^2	Veridicitatea (p)
Constituție astenică	107 (66,87)	8 (26,67)	17,09	<0,001
Nevi	94 (58,75)	7 (23,33)	12,73	<0,001
Ochi albaştri	93 (58,13)	13 (43,33)	2,24	>0,05
Dereglare de ținută	80 (50,0)	4 (13,33)	13,77	<0,001
Culoarea părului deschisă	78 (48,75)	9 (30,0)	3,57	>0,05
Sistemul muscular slab dezvoltat	64 (40,0)	2 (6,67)	12,38	<0,001
Longilinitate	56 (35,0)	5 (16,67)	3,85	<0,05
Hipermobilitate articulară	51 (31,87)	3 (10,0)	5,94	<0,01
Scolioză toracică	44 (27,5)	4 (13,33)	2,68	>0,05
Sindromul spinării drepte	14 (8,75)	0	2,83	>0,05
Torace plat	13 (8,13)	1 (3,33)	0,85	>0,05
Talpă plată	11 (6,87)	2 (6,67)	0,002	>0,05
Cutie toracică în formă de pâlnie	10 (6,25)	0	1,98	>0,05
Hipotonie musculară	8 (5,0)	0	1,56	>0,05
Miopie	8 (5,0)	1 (3,33)	0,16	>0,05
Arahnodactilie	2 (1,25)	0	0,38	>0,05
Craniu în turn	2 (1,25)	0	0,38	>0,05

Astfel, în lotul copiilor cu PVM și semne fenotipice, în comparație cu lotul martor, s-au notat diferențe semnificative în prezența următoarelor semne de displazie a țesutului conjunctiv: constituție astenică la 115 (60,53%), nevi la 101 (53,16%) copii ($p < 0,001$), longilinitate la 61 (32,11%) pacienți ($p < 0,05$), semnul hipermobilității articulare a fost atestat la 51 (31,87%) copii ($p < 0,01$).

Nu s-au notat diferențe semnificative în prezența următoarelor semne: ochi albaştri în 58,13%, culoa-

rea părului deschisă în 48,75%, scolioza toracică în 27,5%, sindromul spinării drepte în 8,75%, torace plat și talpă plată în 7,37% și 6,84% cazuri ($p > 0,05$). Semnele studiate: cutia toracică în formă de pâlnie, hipotonia musculară, arahnodactilia și craniu în turn pentru copiii cu PVM și semne fenotipice au avut valori ce nu prezentau diferențe statistice semnificative cu lotul martor ($p > 0,05$). Miopia este apreciată la 9 (4,74%) pacienți cu predominarea lotului de bază – 8 (5,0%) cu semnificație statistică ($p > 0,05$). În virtutea celor

atestate putem afirma că în caz de displazie a țesutului conjunctiv se determină constituție astenică, deseori asociată cu nevi, ochi albaștri, dereglare de ținută, culoare a părului deschisă, sistemul muscular slab dezvoltat, semne caracteristice pentru copiii cu PVM.

Analizând rezultatele ECO CG efectuată la toți copiii (n=190) investigați, am constatat că lotul de bază a inclus 160 copii cu PVM a cuspei anterioare, dintre care PVM gradul I – 153 (95,62%) copii și PVM gradul II – 7 (4,37%) copii, prolaps de valvă tricuspidă a cuspei anterioare gradul I a fost determinat la 1 (0,62%) copil.

Monitorizarea ambulatorie Holter electrocardiografică 24 de ore s-a realizat la 190 copii: 160 (84,21%) pacienți cu PVM vs 30 (15,79%) copii sănătoși. Tahicardia sinuzală diurnă a fost determinată la 116 (72,50%) copii cu PVM și semne fenotipice vs 13 (43,33%) copii sănătoși (p<0,01). Tahicardiile supraventriculare au fost stabilite în lotul pacienților cu

PVM la 61 (44,38%) copii vs 4 (13,33%) copii sănătoși (p<0,001). Tahicardiile supraventriculare paroxismale s-au diagnosticat la 10 (6,25%) cu PVM, cu predominarea în orele diurne la 8 (5,0%) copii (p>0,05).

Bradycardia sinuzală nocturnă a predominat la pacienții lotului de bază - 30 (18,75%) copii vs 4 (13,33%) copii sănătoși, cu valorile medii cuprinse între 30-40 c/min. la 21 (13,13%) copii cu PVM vs 1 (3,33%) din lotul martor (p>0,05). Bradycardia sinuzală diurnă s-a atestat la copiii sănătoși în 4 (13,33%) cazuri vs 15 (9,38%) copii cu PVM, ceea ce explică prevalarea sportivilor examinați în lotul copiilor sănătoși.

Extrasistole supraventriculare au fost stabilite la 142 copii din loturile de referință: 138 (86,25%) pacienți cu PVM vs 4 (13,33%) copii sănătoși (p<0,001). Caracteristica extrasistolelor supraventriculare este redată în tabelul 3.

Tabelul 3

Structura extrasistolelor supraventriculare

Structura	Lot I n=160	Lot II n=30	χ^2	Veridicitatea (p)
Extrasistole supraventriculare	138 (86,25%)	4 (13,33%)	71,14	<0,001
Extrasistole supraventriculare 50-100/24 ore	18 (11,25%)	0	3,61	>0,05
Extrasistole supraventriculare 100-1000/24 ore	82 (51,25%)	1 (3,33%)	22,78	<0,001
Extrasistole supraventriculare >1000/24 ore	38 (23,75%)	3 (10,34%)	2,59	>0,05

Extrasistole supraventriculare au fost stabilite predominant la pacienții cu PVM, în 138 (86,25%) cazuri vs 4 (13,33%) cazuri (p<0,001), atestându-se preponderent extrasistole supraventriculare de la 100-1000/24 ore – 82 (51,25%) copii vs 1 (3,33%) copil sănătos (p<0,001), fiind urmate ca frecvență de extrasistole supraventriculare >1000/24 ore – 38 (23,75%) copii vs 3 (10,34%) copii sănătoși (p>0,05). Structura extrasistolelor supraventriculare la pacienții lotului de bază a fost: extrasistole izolate – 101 (73,19%) pacienți, în perechi – 27 (19,57%) pacienți, combinate – 10 (6,25%).

Extrasistole ventriculare s-au depistat la monitorizarea ambulatorie Holter electrocardiografică 24 de ore în 31 (16,32%) cazuri din loturile de referință: 30 (18,75%) copii cu PVM și 1 (3,33%) copil sănătos, cu diferențe statistice semnificative (p<0,05). La pacienții lotului de bază au predominat extrasistole ventriculare gradul II *Lown* (bătăi premature ventriculare frecvente >30/oră) la 14 (8,75%) copii, fiind urmate de aritmii ventriculare gradul IV A (dublete ventriculare) la 8 (5,0%) copii. Aritmii ventriculare gradul I *Lown* (bătăi premature ventriculare ocazionale <30/oră și <1/minut) s-au atestat în 7 (4,37%) cazuri vs 1 (3,33%) copil sănătos (p>0,05) și aritmii ventriculare gradul IV B *Lown* (paroxism de extrasistole ventriculare > 3 cicluri) la 2 (1,25%) copii cu PVM (p>0,05).

Concluzii

1. Studiul manifestărilor clinice ale PVM cu semne fenotipice de displazie a țesutului conjunctiv la co-

pii a relevat prezența durerilor precordiale la 90% și a palpitațiilor la 83,75% copii.

2. Analiza semnelor de displazie a țesutului conjunctiv la pacienții cu prolaps de valvă mitrală a demonstrat prezența constituției astenice în 66,87% cazuri.

3. Rezultatele ecocardiografice au evidențiat predominarea prolapsului de valvă mitrală al cuspei anterioare de gradul I la 95,62% copii.

4. Monitorizarea ambulatorie Holter electrocardiografică 24 de ore a precizat predominarea la copiii cu PVM și semne de displazie a țesutului conjunctiv a următoarelor dereglări de ritm: tahicardie sinuzală diurnă (72,50%) cazuri, extrasistole supraventriculare (86,25%) cazuri, preponderent extrasistole supraventriculare în număr de la 100-1000/24 ore la 51,25% copii.

Bibliografie

1. **Allen H.**, Gutgesell H., Clark E., Driscoll D. Moss and Adams Heart Disease in Infants, Children and Adolescents. Pediatrics Book Collection – Purchase Edition 7th ed., 2008. 1680 p.

2. **Bonow R. et al.** ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1988 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease)

se) developed in collaboration with the Society of Cardiovascular Anesthesiologists endorsed by the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions and the Society of Thoracic Surgeons. In: J Am Coll Cardiol. 2006, vol. 48, p. 1-148

3. Boudoulas H., Wooley C. The Floppy mitral valve, mitral valve prolapse, and mitral valvular regurgitation. 2nd ed. Armonk, NY: Futura Publishing. 2000, 753 p.

4. Filho A. et al. Does the Association Between Mitral Valve Prolapse and Panic Disorder Really Exist? In: J Clin Psychiatry. 2008, vol. 10(1), p. 38-47.

5. Hepner AD, Ahmadi-Kashani M, Movahed MR. The prevalence of mitral valve prolapse in patients undergoing echocardiography for clinical reason. In: Int J Cardiol. 2007, vol. 123(1), p. 55-7.

6. Karavidas AI, Lazaros GA, Zampoulakis JD, et al. Prevalence of mitral valve prolapse and thick mitral valve in a non-selected outpatient population. In: Cardiology. 2002, vol. 98(3), p. 165-6.

7. Myung K. Park. Pediatric Cardiology for Practitioners, 5th ed., Ed. Mosby, 2008, 560 p.

8. Poothirikovil V. Mitral Valve Prolapse, Pediatrics: Cardiac Disease and Critical Care Medicine. In: Cardiology. 2008, vol. 8, p. 1-11.

9. Suchon E. et al. Mitral valve prolapse associated with ostium secundum atrial septal defect--a functional disorder. In: Acta Cardiol. 2004, vol. 59(2), p. 237-8.

10. Мутафьян О. Детская кардиология. Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2009. 504 с.

© Luminița Dobrotă, Bogdan Neamțu, Mihai Leonida Neamțu

Luminița Dobrotă^{1,2}, Bogdan Neamțu^{1,2}, Mihai Leonida Neamțu¹
HIPOTIROIDISMUL TRANZITORIU
(HIPOTIROIDISMUL CONGENITAL PRIMAR TRANZITORIU)
¹Universitatea Lucian Blaga din Sibiu, Facultatea de Medicină Sibiu,
²CEFORATEN-Clinica Pediatrie Sibiu

SUMMARY

TRANSIENT HYPOTHYROIDISM (TRANSITIONAL PRIMARY CONGENITAL HYPOTHYROIDISM)

Keywords: transient congenital hypothyroidism, causes, diagnosis, treatment

The transient congenital hypothyroidism (TCH) represents one of the most frequent causes, the most varied clinically, and, obviously, the most controversial form of therapeutic point of view of congenital hypothyroidism in children.

The main causes of TCH are: iodine deficiency, transplacental passage of maternal TSH receptor blocking antibodies, fetal exposure to anti-thyroid drugs, maternal and neonatal iodine exposure. It is also included the hypothyroidism of preterm neonates, especially, those in critical condition.

The symptomatology is varied, depending of age of diagnosis. The prolonged neonatal jaundice is the main symptom which determines the visit to the doctor. The others symptoms are: umbilical hernia, enlarged fontanelas, constipation, macroglossia, hoarse crying.

The effects of thyroid hormones deprivation are reversible only if the hormonal substitution treatment is initiated before age of 6 weeks (the objectives of the neonatal screening). Some screening programs have implemented the second screening, at the time of returning to pediatrician, other programs it performs routinely at patients with high risk of delayed increase of thyrotropin. Even if the TCH treatment (of preterm neonates with TCH) still remains controversial and the most studies considered that several weeks-months an adequate period of treatment, in case of persistence of high level of thyrotropin, the hormonal substitution treatment should be continued up to age of 3 years, when the effects of thyroid hormones deprivation upon the nervous system are greatly reduced.

REZUMAT

Cuvinte-cheie: hipotiroidismul congenital tranzitoriu, cauze, diagnostic, tratament.

Hipotiroidismul congenital tranzitoriu (HCT) reprezintă una dintre cele mai frecvente cauze, mai variate clinic și, evident, cea mai controversată formă din punct de vedere terapeutic ale hipotiroidismului congenital la copil.