

4. Tratatamentul vezicii urinare neurogene include preparate ce ameliorează funcția de rezervor și evacuatoare a vezicii urinare, iar la asocierea infecției se indică terapia antibacteriană.

### **Bibliografie**

1. Bolduc S., Upadhyay J., Payton J. et al. The use of tolterodine in children after oxybutynin failure // *BJU Int.* 2003. V. 91. № 4. P. 398–401
2. Feng W.C., Churchill B.M. Dysfunctional elimination syndrome in children without obvious spinal cord diseases // *Pediatr. Clin. North Am.* 2001. V. 48. № 6. P. 1489–1504.
3. Lettgen B., von Gontard A., Olbing H. et al. Urge incontinence and voiding postponement in children: somatic and psychosocial factors // *Acta. Paediatr.* 2002. V. 91. № 9. P. 978–984.
4. Muller L., Jacobsson B., Marild M., Hellstrom M. Detrusor thickness in healthy children assessed by a standardized ultrasound method // *J. Urol.* 2001. V. 166. № 6. P. 2364–2367.
5. Thomas D.R. Pharmacologic management of urinary incontinence // *Clin. Geriatr. Med.* 2004. V. 20. № 3. P. 511–523.
6. Борисова С.А. Оптимизация лечения нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 24 с.
7. Вишневский Е.Л., Лоран О.Б., Вишневский А.Е. Клиническая оценка расстройств мочеиспускания. М.: ТЕРРА, 2001. 96 с.
8. Вишневский Е.Л., Гельдт В.Г., Николаев С.Н. Диагностика и лечение дисфункции мочевого пузыря у детей раннего возраста // *Детская хирургия.* 2002. № 3. С. 48–54.
9. Вишневский Е.Л., Пугачев А.Г. Недержание мочи у детей // *Материалы пленума правления Российского общества урологов.* М., 2001. С. 179–189.
10. Никитин С.С. Обоснование и эффективность сочетанного применения М-холинолитиков и альфа-адреноблокаторов при лечении детей с гиперактивным мочевым пузырем: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2006. 23 с.
11. Осипов И.Б., Смирнова Л.П. Нейрогенный мочевой пузырь у детей. СПб.: Питер, 2001.

### **CHISTURILE NEPARAZITARE ALE SPLINEI LA COPII**

<sup>1</sup>Stanislav Babuci, <sup>2</sup>Alexandru Jalbă, <sup>3</sup>Virgil Petrovici, <sup>3</sup>Alexei Berbeca

Laboratorul „Infecții chirurgicale la copii”<sup>1</sup>

Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică, USMF „Nicolae Testemițanu”<sup>2</sup>

IMSP IC și OSM și C<sup>3</sup>

### **Summary**

#### ***Non parasitic spleen cysts in children***

On the base of literature data the authors presents a review of the problem of non parasitic spleen cysts; the classification, clinical picture, diagnostic and treatment aspects are highlighted. Concomitantly, the results of the original morphologic study of the spleens of 10 children with primary congenital lienal cysts are elucidated.

In conclusion is mentioned that the election of conservative or surgical tactics in the management of non parasitic spleen cysts depends on the size and localization of the cyst, and partial or total splenectomy still remains the main option in the treatment of lienal cysts in children.

### **Rezumat**

În baza datelor literaturii de specialitate autorii prezintă o trecere în revista a problemei chisturilor lienale neparazitare, fiind specificate aspectele ce țin de clasificare, tabloul clinic, de diagnostic și tratament, sunt elucidate rezultatele unui studiu morfologic pe 10 cazuri de chisturilor congenitale primare ale splinei la copii.

În concluzie este menționat că tactica terapeutică sau chirurgicală în managementul formațiunilor chistice neparazitare ale splinei rămâne în funcție de localizarea și dimensiunile chistului, iar splenectomia parțială sau totală este, în continuare, considerată drept opțiunea de bază în tratamentul chisturilor lienale la copil.

Chisturile splinei reprezintă entități nozologice relativ rare în practica chirurgicală la copii. Pentru prima dată chistul splinei a fost descris de Andral G. În 1829 [4]. Marea majoritate a autorilor deosebesc chisturi parazitare (hidatice) și neparazitare. Chisturile neparazitare se clasifică în primare (veritabile), tapetate cu epiteliu (epidermoid, dermoid sau mezotelial) sau endotelium (hemangiomă, limfangiomă), și chisturi secundare (pseudochisturi), care de obicei sunt de origine traumatică [7].

Primele clasificări ale chisturilor splenice au fost propuse de Fowler R.H. (1913, 1940, 1953), ulterior anumite contribuții fiind aduse de mai mulți autori [8, 9].

Pentru standardizarea protocoalelor de tratament chisturile neparazitare ale splinei au fost sistematizate, în dependență de atitudinea formațiunii față de vasele hilului și parenchim, suprafața parenchimului intact. *Tipul 1* se referă la chisturile splenice neparazitare, localizate marginal, cu un parenchim splenic în cea mai mare parte intact. În aceste cazuri înlăturarea chistului poate fi efectuată cu păstrarea unei părți substanțiale a organului. Excizia chisturilor de *tip 2* prevede rezecția parenchimului cu ligaturarea vaselor respective în hilul lienal, totodată păstrând vascularizarea restantă a hilului splinei. *Tipul 3* corespunde unui chist de dimensiuni majore cu păstrarea unui strat subțire de parenchim intact, localizat polar și vascularizat doar de vasele scurte ale stomacului. Păstrarea zonei intacte de parenchim poate fi realizată prin păstrarea acestor vase. *Tipul 4* include chisturile multiple, iar *tipul 5* – leziunea hilului cu atrofia parenchimului. Pentru ambele tipuri de chisturi lienale splenectomia reprezintă singura modalitate adecvată de tratament [5].

#### **Clasificarea chisturilor neparazitare ale splinei** (după Mirilas P. et al., 2007)

<b>Clasificare</b>	<b>Criterii</b>
<b>Primare</b>	
Congenitale	Învelișul chistului: mezotelial, epiteliu de tranziție sau scuamos stratificat Aspectul macroscopic al chistului (interior): culoare albă strălucitoare, formarea trabeculilor
<b>Neoplastice</b>	
Angiome	Înveliș chistic: endothelial
Hemangioame	Conținut: sânge
Limfangioame	
Chisturi dermoide	Înveliș chistic: ectopic, țesut ectodermal matur
<b>Secundare</b>	
Traumatice	Anamneza în favoarea leziunilor traumatice Aspect macroscopic (interior): hemoragic, arhitectură splinei normală; Perele chistic: dens, format din colagen.
Necrotice	Infarct: dureri în cadranul superior stâng; Anamneza sau prezența unei endocardite bacteriene active; Splenită acută nespecifică: ca ex. febra tifoidă, mononucleoza infecțioasă, diseminarea hematogenă a streptococului hemolitic, limfadenopatie generalizată.

**Chisturile primare** ale splinei constituie circa 10% din numărul total de chisturi neparazitare ale splinei. Mai frecvent aceste chisturi sunt întâlnite la copii și persoanele de vârstă tânără, de cele mai dese ori fiind caracterizate de o evoluție asimptomatică. Cazurile manifeste ale bolii au o simptomatologie nespecifică, care apare când dimensiunile chistului depășesc diametrul de 5 cm [1, 13].

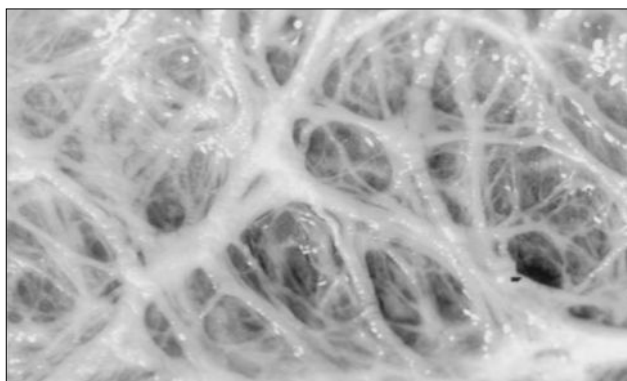
Chisturile splenice neparazitare sunt de origine congenitală sau neoplazică.

**Chisturile splenice congenitale** sunt divizate în epidermoide, dermoide și endodermoide.

Opiniile referitor la etiopatogenia chisturilor congenitale ale splinei sunt controversate. Unii autori susțin că chisturile epidermoide au la bază distopia țesutului epitelial în perioada embrionară cu metaplazia ulterioară al acestuia [6, 11, 15]. De asemenea chisturile epidermoide se pot dezvolta în rezultatul incluziunii embrionare a celulelor epiteliale în structurile adiacente, care se soldează cu dilatarea chistică, sau în rezultatul invaginației mezoteliului de pe suprafața capsulei chistice [10, 14].

Studiul morfologic al formațiunilor chistice ale splinei efectuat pe 10 pacienți, internați și supuși tratamentului medico-chirurgical în Centrul Național Științifico-practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu” în anii 2008-2010 a confirmat particularitățile anatomico-patologice ale chisturilor lienale descrise în literatura de specialitate.

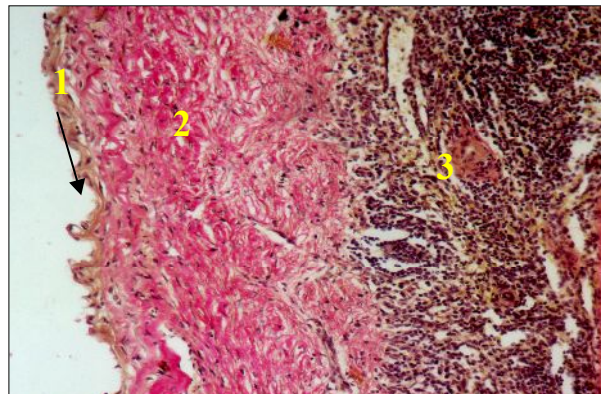
Chistul epidermoid este constituit dintr-un perete din țesut fibros cu o arhitectonică trabeculară diversă (fig.1), având conținut lichid seros sau lichid turbure vâscos. În cazurile de prezență a mai multor formațiuni chistice acestea pot comunica între ele (fig.2).



**Fig.1.** Structura trabeculară a peretelui fibros a chistului epidermoid.



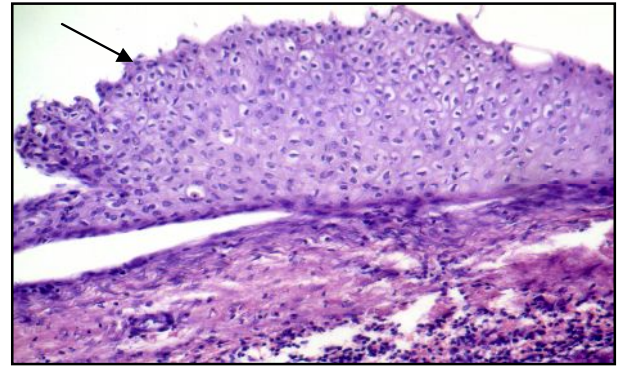
**Fig.2.** Pacienta M., 17 ani. Aspect macroscopic. Formațiuni chistice multiple comunicante între ele.



**Fig.3.** Pacienta M., 17 ani. Aspectul microscopic de ansamblu al chistului lienal. 1-epiteliu de tip mezotelial, 2-componentul conjunctiv-fibros al capsulei chistului, 3-parenchim splenic. Colorație van Geison. Ob.20.oc.10



**Fig.4.** Aspectul microscopic al chistului lienal. 1- proliferarea focală a epitelului mezotelial adiacent zonei de trecere; 2-zone de epiteliu pluristratificat pavimentos. Colorație hematoxilin-eozină. Ob.10.oc.10.



**Fig.5.** Platouri masive proliferative de epiteliu de tip pavimentos. Colorație hematoxilin-eozină. Ob.10.oc.10.

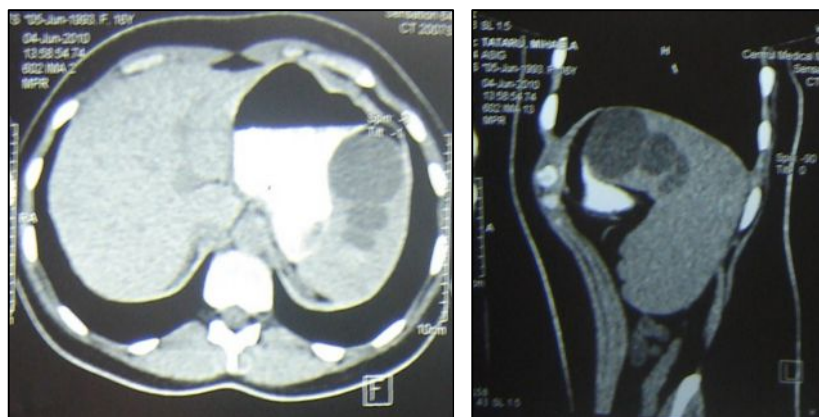
Suprafața internă a chistului poate avea un înveliș mezotelial, care amintește epitelul capsulei fibroase, epiteliu de traziție sau epiteliu epidermoid (fig.3). În unele cazuri în același chist pot fi depistate toate 3 tipuri de epiteliu, fapt constatat și de alți autori [9].

*Chisturile dermoide* ale splinei reprezintă teratoame chistice și conțin derivate ale celor 3 foaie embrionare [3].

*Chisturile secundare* (false) constituie circa 75% din totalitatea formațiunilor chistice neparazitare ale splinei, fiind de origine traumatică, infecțioasă sau degenerativă. Pseudochisturile splinei rezultă din formarea unei capsule fibroase de origine inflamatorie ce delimitează hematumul, ultimul ulterior reabsorbându-se.

Condițiile care pot favoriza dezvoltarea pseudochistului splinei sunt: pseudochist pancreatic intrasplenic, hematoame subcapsulare sau intraparenchimotoase ale splinei, care se dezvoltă ca consecință a pancreatitei acute sau cronice, a unui hematom spontan subcapsular în mononucleoză, hematom spontan subcapsular asociat cu infecția citomegalovirotică, hematoame legate de folosirea cocainei, hematoame iatrogene ale splinei ca complicație a colonoscopiei [4].

*Tabloul clinic* al formațiunilor chistice ale splinei include dureri abdominale permanente sau periodice, greață, vomă, pierdere în greutate. Durerile abdominale pot fi localizate în partea stângă a abdomenului sau în regiunea epigastrică, în unele cazuri cu iradiere în umărul stânga sau sub formă de “centură”. Durerile sunt cauzate de distenția capsulei splinei, de dislocarea sau de compresiunea organelor adiacente. În unele cazuri de compresiune a rinichiului stâng și arterei renale boala se poate manifesta prin proteinurie și hipertensiune arterială [12].



**Fig.6.** Pacienta M., 17 ani. Tomografie computerizată. Formațiuni chistice multiple ale splinei

Trombocitopenia, granulocitopenia și anemia apar ca rezultat al relației splinei cu circuitul sanguin. În cazuri avansate ale bolii se pot dezvolta fistule transdiafragmatice cu dezvoltarea pleureziei sau empiemului pleural, în aceste cazuri boala manifestându-se prin dispnee, tuse [3]. De asemenea, chisturile splenice se pot complica prin: ruptura spontană a chistului cu hemoperitoneum, hemoragie intrachistică, formarea abcesului, dezvoltarea hipertensiunii portale [1, 12].

*Metodele contemporane de diagnostic* (ultrasonografia, tomografia computerizată, RMN) permit cu certitudine de a stabili diagnosticul chisturilor splenice, originea chistului fiind stabilită la examenul histopatologic. Ultrasonografia cu Doppler permite de a face un diagnostic diferențial cu tumora pulsativă. De asemenea angiografia preoperatorie este o metodă importantă dacă se prevede o eventuală splenectomie parțială [3].

*Tratamentul.* Opțiunile de tratament ale chisturilor ne parazitare ale splinei includ: metode conservative, drenare transcutanată, splenectomie totală sau parțială, marsupializare, fenestrare. De remarcat, că *Peon J.* a efectuat prima splenectomie pentru un chist al splinei în anul 1867 [13].

*Tratamentul conservativ* este recomandat în chisturile de dimensiuni mici cu diametrul ce nu depășește 5 cm și au o evoluție asimptomatică.

Aspirarea simplă a conținutului chistic ca metodă de tratament nu este răspândită în practica chirurgicală. Mai frecvent puncția și aspirarea conținutului chistic este completată cu utilizarea substanțelor sclerozante (tetraciclina, alcool) [2], dar și această metodă s-a dovedit a fi o metodă puțin eficientă, înregistrându-se o frecvență înaltă a recidivelor.

Splenectomia parțială și chistectomia totală rămân și astăzi opțiunile de bază în tratamentul chirurgical al chisturilor ne parazitare ale splinei la copii.

### **Bibliografie**

1. Cho Y.P., Jung S.M., Kang G.H. et al. Spontaneous rupture of a primary splenic cyst causing hemoperitoneum. *J. Korean. Surg. Soc.* 2005. 68:247-8.
2. De Caluwe B., Phelan E., Puri P. Pure alcohol injection of a congenital splenic cyst: a valid alternative? *J. Pediatr. Surg.* 2003. 38:629-32.
3. Hansen M.B., Moller A.C. Splenic cysts. *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* 2004. 14:316-22.
4. Kalinova K. Giant pseudocyst of the spleen: a case report and review of the literature. *J. Indian Assoc. Pediatr. Surg.* 2005. 10(3):176-8.
5. Lasanoff J.E., Richman B.W., Jones J.W. Nonparasitic splenic cysts. *J. Am. Coll. Surg.* 2002. 195(3):437-8.
6. Lifschitz-Mercer D., Open M., Kushnir I., Czernobilsky B. Epidermoid cyst of the spleen: a cytokeratin profile with comparison to other squamous epithelia. *Virchows Arch.* 1994. 424:213-6.
7. Macheras A., Misiakos E.P., Liakakos T. et al. Non-parasitic splenic cysts: A report of three cases. *World J. Gastroenterol.* 2005. 11(43):6884-7.
8. Mirilas P., Mentessidou A., Skandalakis J.E. Splenic cysts: Are there so many types? *J. Am. Coll. Surg.* 2007. 204(3):459-65.
9. Morgenstern L. Nonparasitic splenic cysts: pathogenesis, classifications, and treatment. *J. Am. Coll. Surg.* 2002. 194:306-14.
10. Ough Y.D., Nash H.R., Wood D.A. Mesothelial cysts of the spleen with squamous metaplasia. *Am. J. Clin. Pathol.* 1981. 76:666-9.
11. Qureshi M. A., Hafner C. D. Clinical manifestations of splenic cysts: study of 75 cases. *Am. Surg.* 1965. 31:605-8.
12. Rafailidis S.F., Ballas K.D., Marakis G.N. et al. Epidermoid splenic cyst presented as huge splenic abscess: a case report. *Acta chir. Belg.* 2007. 107:449-51.
13. Reddi V.R., Reddy M.K., Srinivas B. et al. Mesothelial splenic cyst – A case report. *Ann. Acad. Med. Singapore.* 1998. 27:880-2.

14. Sakamoto Y., Yunotani S., Edakuni G. et al. Laparoscopic splenectomy for a giant splenic epidermoid cyst: report of a case. Surg. Today. 1999. 29:1268-72.
15. Tsakraklides V., Hadley T. Epidermoid cysts of the spleen. Arch. Pathol. 1973. 96:251-4.

## ASPECT CLINICO-PARACLINIC ALE DISPLAZII LOMBOSACRATE ALE COLOANEI VERTEBRALE LA COPIL ȘI ADOLISCENT

**Nicolae N. Șavga, Nicolae Gh. Șavga, Elena Rusu**

Catedra de Chirurgie, Ortopedie și Anesteziologie Pediatrică,  
laboratorul „Infecții chirurgicale la copii”, USMF „Nicolae Testemițanu”,  
Centrul Medical de Familie №12

### Summary

#### *Clinical and paraclinical features of lumbar-sacral spine dysplasia in children and adolescents*

The experience of determining the clinical, the standard imagistic aspects and CT 3-D in dysplastic disorders of the vertebra segment elements is presented as one of the frequent causes of the algic lombary syndrome in infants. **Two forms of dysplastic process** have been defined: **I – stable**, in 270 (49, 0 %) and **II – instable** in 281 (51, 0 %) patients.

### Rezumat

Este prezentată experiența determinării aspectelor clinice, imagistice de standart și prin tomografia computerizată (CT 3-D) în afecțiunile displazice a elementelor segmentului vertebral ca una din cauzele frecvente a sindromului algic lombar la copii. Au fost confirmate **două forme clinico-evolutive ale procesului displazic: I – stabilă** la 270 (49,0%) și **II – instabilă** la 281 (51,0%) pacienți.

### Introducere

Displazia ca definiție acceptată de noi denumește particularitățile individuale de conformație a segmentului vertebral motor, care nu se opun sau condiționează apariția unor disfuncții compensatoare minore, dar care pot deveni cauza unui proces patologic secundar (degenerativ-distrofic, deformație, instabilitate). Aceste disfuncții se dezvoltă atunci când exigențele exterioare depășesc posibilitățile unui sistem defectuos.

Procesul displazic din segmentul lombosacrat al coloanei vertebrale domină categoric în structura patologiei ortopedice a vârstei de copil (3,4-8,2%), are tendințe de majorare [2, 5] și este cauza principală de apariție a sindromului algic în segmentul spinal inferior (*low back pain syndrom*) [3]. Deși au fost obținute progrese considerabile în dezvoltarea metodelor de diagnosticare a maladiilor coloanei vertebrale [6], nu există date statistice acumulate despre parametrii de extindere a anomaliilor de dezvoltare displazică a coloanei vertebrale. Explicația ar putea fi faptul că displaziile vertebrale se dispersează în masa de maladii degenerativ-distrofice și în cele de sistem [7]. Suferința vertebrală emergentă din conformația displazică progresează odată cu creșterea copilului în peste 50% din cazuri, iar imperfecțiunea metodelor de predicție evolutivă și tratament al patologiei vertebrale congenitale conduce la faptul că o bună parte din acești pacienți devin invalizi [1, 8]. Lipsa semnelor caracteristice procesului displazic și a metodelor argumentate științific de diagnostic, precum și informarea insuficientă a medicilor-practicieni cu privire la displaziile lombosacrate și la complicațiile definite de acestea sunt surse frecvente de erori diagnostice.

**Scopul** constă în aprecierea aspectului clinico-paraclinic a proceselor displazice în elementele segmentului vertebral pentru a ameliora diagnosticul în sindromul algic lombar la copii și adolescenți.