

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică
“Academician Natalia Gheorghiu”
IMSP Institutul Mamei și Copilului

CHIRURGIE PEDIATRICĂ

CULEGERE DE CAZURI CLINICE

100 de ani
de la nașterea academicianului
Natalia GHEORGHIU

CHIȘINĂU
2014

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

CHIRURGIE PEDIATRICĂ
CULEGERE DE CAZURI CLINICE

100 de ani
de la nașterea academicianului
Natalia GHEORGHIU

CHIȘINĂU
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina* 2014

CZU 617.5-053.2

C 45

Lucrarea a fost aprobată de CMC al USMF *Nicolae Testemițanu*;
proces-verbal nr.5 din 15 mai 2014.

Autori:

Eva Gudumac, dr. hab. med., prof. univ., acad. al AȘM, Om Emerit, șef Catedră chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică; *Petru Moroz*, dr. hab. med., prof. univ., Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică; *Boris Curajos*, dr. hab. med., prof. univ., Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică; *Nicolae Șavga*, dr. hab. med., prof. univ., Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică; *Jana Bernic*, dr. hab. med., prof. univ., Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică; *Gavril Boian*, dr. hab. med., conf. cercet., șef al laboratorului științific de curjare a viciilor, IMSP IM și C; *Nicolae Șavga jr.*, dr. hab. med., conf. cercet., Laboratorul infecții chirurgicale la copii; *Argentina Sandrosean*, dr. med., conf. univ., Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică; *Iurie Nepaliuc*, dr. med., conf. univ., Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică; *Vera Dzero*, dr. med., conf. univ., Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică; *Vladimir Radilov*, dr. med., conf. univ., Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică; *Alexandru Jalbă*, dr. med., conf. univ., Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică; *Lidia Dolghier*, dr. med., conf. univ., Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică; *Lev Stati*, dr. med., conf. univ., Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică; *Olesea Prisăcaru*, dr. med., asistent univ., Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică; *Lilia Baranov*, dr. med., cercetător științific, Laboratorul infecții chirurgicale la copii; *Victor Roller*, cercetător științific, Laboratorul infecții chirurgicale la copii; *Aliona Pisarenco*, dr. med., șefa secției Chirurgie nou-născuți a CNȘP de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”; *Irina Livșiș*, chirurg pediatru, CNȘP de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”; *Alina Dănilă*, chirurg pediatru, CNȘP de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”; *Angela Maniuc*, medic anesteziolog, CNȘP de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”; *Gheorghe Gîncu*, dr. med., conf. univ., Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică; *Angela Ciuntu*, dr. med., conf. univ., Departamentul de pediatrie

Recenzenți:

Gheorghe Ghidirim, dr. hab. med., profesor universitar, academician al AȘM

Vladimir Hotineanu, dr. hab. med., profesor universitar, Laureat al Premiului de Stat al RM, academician al AȘM

Redactor: *Sofia Fleștor*

Machetare computerizată: *Iulia Don*

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

Chirurgie pediatrică: Culegere de cazuri clinice / *Eva Gudumac*, *Petru Moroz*, *Boris Curajos* [et al.]; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*. – Chișinău: CEP *Medicina*, 2014. – 184 p.

50 ex.

ISBN 978-9975-118-64-4.

617.5-053.2

C 45

ISBN 978-9975-118-64-4

© CEP *Medicina*, 2014

© E. Gudumac ș.a., 2014

In memoriam

**100 de ani de la nașterea academicianului
NATALIA GHEORGHIU**



PREFAȚĂ

Arta de a pune un diagnostic nu este înnăscută. *Ea se dobândește prin studierea teoretică a patologiei și prin examinarea repetată a bolnavilor* (H. Roger). Copilul bolnav nu are capacitatea de a povesti despre suferințele sale. De aceea, o mare importanță are discuția cu părinții lui. O anamneză bine selectată ne permite să stabilim un diagnostic corect în aproximativ 80% din cazuri. Iată de ce această lucrare, editată cu prilejul jubileului de 100 ani al nașterii academicianului Natalia Gheorghiu, este actuală și va prezenta un interes deosebit pentru studenți.

Pe paginile acestei lucrări veți găsi suficiente informații referitoare la stabilirea diagnosticului și alegerea tehnicilor chirurgicale.

Eva Gudumac,

dr. hab.med., prof. universitar,
academician al AȘM, Om Emerit

OCLUZIA INTESTINALĂ CONGENITALĂ. DUPLICAȚIA INTESTINULUI SUBȚIRE

Caz clinic

Pacientul C., 6 zile de la naștere, se prezintă în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”, secția reanimare chirurgicală, cu suspectare la chist hepatic.

Se prezintă la chirurg pentru:

- regurgitații;
- vărsături incolorate sau albe;
- formațiune abdominală palpabilă;
- hematemeză (în unele cazuri).

Din anamneză este cunoscut că intranatal la copil a fost suspectată o anomalie congenitală a rinichiului drept, chist renal. La a treia zi după naștere, examenul ecografic a depistat în cavitatea abdominală un chist cu dimensiunile de 29x20 mm în proiecția lobului drept al ficatului. A fost exclus chistul renal.

Care este diagnosticul prezumtiv?

Cel mai probabil, nou-născutul suferă de un sindrom ocluziv intestinal înalt – duplicația intestinului subțire.

Anatomia duplicațiilor intestinului subțire

Duplicația intestinului subțire se localizează pe partea dorsală a intestinului normal (partea mezenterică), paralel cu intestinul de bază. Deseori, duplicația și intestinul au peretele și circuitul sangvin comun.

În 50% din cazuri, se localizează pe partea distală a intestinului subțire, între foițele mezenterului. Formațiunile mici intramurale sunt localizate, de regulă, lângă valvula Bauhin și poate provoca stenoza și obstrucția lumenului intestinal.

Epidemiologia duplicației intestinului subțire

Duplicația intestinului subțire este o patologie rar întâlnită și constituie 44–60% din toate duplicațiile tractului digestiv. În 67% din cazuri,

duplicația intestinului subțire se depistează la vârsta de până la 1 an de viață și în 85% – la vârsta sub 2 ani.

Clasificarea duplicațiilor intestinului subțire

În funcție de formă:

- duplicație chistică;
- duplicație diverticulară;
- duplicație tubulară.

În funcție de comunicarea cu intestinul de bază:

- 1) fără comunicare;
- 2) cu comunicare:
 - a) în partea proximală;
 - b) în partea distală;
 - c) în câteva locuri (*fig. 1*).

În funcție de mărime:

- parțială;
- totală.

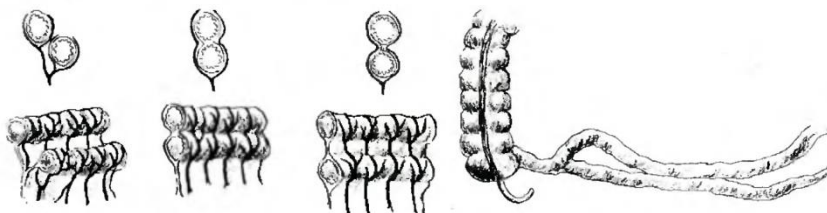


Fig. 1. Tipuri de duplicație a intestinului subțire.

Ce va decela examenul obiectiv?

Examenul obiectiv va pune în evidență semne importante pentru stabilirea diagnosticului.

La palpare: abdomen nedureros.

La inspecție:

- formațiune abdominală mobilă;
- vome;
- rectoragie;
- dureri abdominale în asocieră cu complicații.

Tușul rectal este obligatoriu în examenul obiectiv al unui pacient cu sindrom ocluziv intestinal, suspectat la duplicație a intestinului subțire!

Cu care afecțiuni trebuie efectuat diagnosticul diferențial?

Se va lua în discuție diferențierea de:

- tumorile benigne localizate în peretele intestinului;
- diverticulul Meckel;
- membrana intestinului;
- chistul mezenteric;
- chistul marelui epiploon;
- limfangiomul chistic.

Ce anomalii asociate pot fi depistate?

1. Anomalii vertebrale (vertebră cuneiformă, spina bifida etc.).
2. Duplicația vezicii urinare sau vezică urinară cu septuri.
3. Malformații genitale.
4. Alte malformații ale intestinului (atrezie, malrotație etc.).

Ce explorări paraclinice solicitați pentru certificarea diagnosticului?

Una din cele mai importante examinări este ecografia abdominală, careia i se asociază examenele radiologic, endoscopic și radiologic baritat.

Semnele radiologice prezentate de radiografia abdominală simplă

Radiografia abdominală simplă poate fi utilă în apariția complicațiilor (ca ocluzia intestinală), cu depistarea nivelurilor hidroaerice.

Atenție!

Pentru concretizarea diagnosticului este necesară efectuarea radiografiei tractului digestiv cu masa baritată.

Semnele radiologice prezentate de radiografia tractului digestiv cu masa baritată

În cazul comunicării segmentului adăugător cu lumenul intestinului bazal:

- masa baritată intră în segmentul adăugător și se reține acolo;
- lumenul intestinului bazal se deformează și se îngustează;

– elasticitatea peretelui este păstrată, fără dereglări de peristaltică.

În cazul duplicației bonte:

- simptomul apăsării segmentului adăugător bont pe lumenul intestinului bazal;
- prezența defectului, marginal sau central, de umplere, cu contur net sau ușor ondulat.

Semnele radiologice indirecte ale duplicației intestinului subțire:

- 1) deplasarea anselor intestinului subțire;
- 2) compresiunea duplicației peretelui intestinului adiacent;
- 3) păstrarea elasticității peretelui intestinal;
- 4) pasajul intestinului – păstrat.



Fig. 2. Ecografie.

La ce explorări imagistice mai puteți apela pentru stabilirea diagnosticului?

Alte explorări indicate pentru stabilirea diagnosticului sunt:

- 1) endoscopia digestivă;
- 2) ecografia abdominală (fig. 2);
- 3) CT sau RMN abdominală.

Alte examinări:

- 1) examenul de laborator;
- 2) radiografia pulmonară;
- 3) tușeul rectal.

Ce complicații pot surveni în evoluția duplicației intestinului subțire?

- Stenoza lumenului intestinal.
- Ocluzia intestinală, parțială sau totală (torsione, invaginație).
- Ulcer peptic.
- Perforația duplicației.
- Necroza peretelui intestinal.

Obiectivele terapiei în duplicația intestinului subțire

Tratamentul corect al unui copil cu duplicație a intestinului subțire trebuie să includă următoarele obiective:

- reechilibrarea hidro-electrolitică și acido-bazică cât mai rapidă;
- decompresiunea tractului digestiv;
- tratamentul chirurgical;
- profilaxia complicațiilor.

Cu cât tratamentul începe mai devreme, cu atât prognosticul pacientului este mai favorabil.

Ce tratament îi recomandați pacientului?

Tratamentul adecvat este cel chirurgical.

Variante de tratament chirurgical în duplicația intestinului subțire:

- marsupializarea;
- înlăturarea duplicației fără rezecția intestinului subțire;
- rezecția segmentului intestinului subțire cu duplicația, aplicând enteroanastomoza;
- rezecția peretelui comun între intestinul de bază și duplicația intestinală, cu aplicarea anastomozei între duplicația tubulară și intestinul de bază (fig. 3);
- înlăturarea mucoasei duplicației tubulare prin multiple incizii.

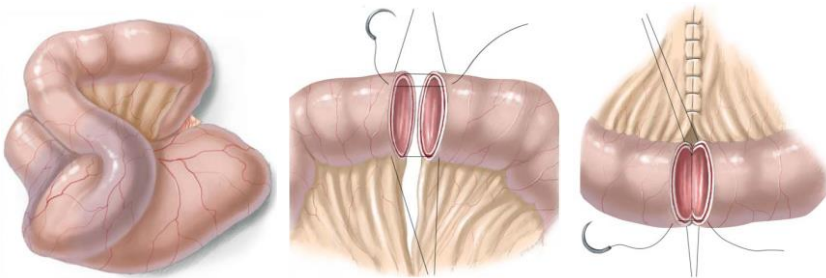


Fig. 3. Etapele tratamentului chirurgical.

Care este atitudinea postoperatorie?

Postoperator, este important să fie efectuate măsuri complementare terapiei chirurgicale, pentru consolidarea rezultatelor și profilaxia complicațiilor.

Se recomandă:

- continuarea reechilibrării hidro-electrolitice și acido-bazice, cu menținerea parametrilor biologici la valori stabile;
- tratament antibacterian;
- medicație pentru reluarea tranzitului intestinal;
- alimentația trebuie reluată cu prudență; nutriție parenterală – exclusiv 10–15 zile;
- 10–15 zile cu aspirație gastroduodenală printr-un cateter trans-anastotic; nu trebuie de aplicat gastrostoma;
- prevenirea complicațiilor chirurgicale generale (septice, pulmonare etc.);
- prevenirea dezvoltării pneumoniei.

Ce complicații pot surveni în evoluția postoperatorie a duplicației intestinului subțire?

- Ocluzia aderențială.
- Fistulele intestinale.

Care este prognosticul în duplicațiile intestinului subțire?

Prognosticul este favorabil.

Care motive majore pot îmbunătăți supraviețuirea?

- Diagnosticul prenatal al anomaliilor intestinale.
- Îngrijirile de sprijin în centrul regional de neonatologie.
- Stabilirea cât mai devreme a timpului adecvat pentru operație la prematuri și la cei cu anomalii asociate.
- Refacerea primară folosind tehnici chirurgicale moderne.
- Nutriție parenterală totală pe termen lung, în special la prematuri.



Fig. 4. Înlăturarea peretelui duplicației.

Bibliografie

1. James A. Oneillm, Marc I. Rowe, Jay L. Grosfeld. *Pediatric surgery*. P. 1257-1267.
2. Puri P., Höllwarth M. *Pediatric Surgery*. Germany, 2006, p. 632.
3. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. *Детская хирургия*. Санкт-Петербург, 1997, с. 392.
4. Дробин Ш. *Хирургия кишечника*. Венгрия, 1983, с. 533.
5. Кишковский А. Н. *Дифференциальная рентгенодиагностика в гастроэнтерологии*. Москва, 1984, с. 288.
6. Розенштраух Л. С., Салита Х. М., Гуцул И. П. *Клиническая рентгенодиагностика заболеваний кишечника*. Кишинёв, 1985, с. 254.
7. Антонович В. Б. *Рентгенодиагностика заболеваний пищевода, желудка и кишечника*. Москва, 1987, с. 399.

LIMFANGIOMUL CHISTIC LA NOU-NĂSCUT

Caz clinic

Pacienta C., în vârstă de o lună, se prezintă pentru:

- o formațiune tumorală cervicală;
- detresă respiratorie.

Din anamneză este cunoscut că la nașterea copilului a fost vizualizată o formațiune chistică în regiunea cervicală pe dreapta. În dinamică, formațiunea dată s-a mărit în dimensiuni și au apărut dereglări de respirație.

Care este diagnosticul prezumtiv?

Cel mai probabil, nou-născutul suferă de o formațiune tumorală-chistică – limfangiom cervical.

Clasificarea limfangiomului chistic

În funcție de localizare:

- în cele mai multe cazuri – în regiunea cervicală, pe dreapta spre spate (75%);
- în regiunea subaxilară (20%) (*fig. 1*);
- în mediastin, spațiul retroperitoneal, bazin și regiunea inghinală (5%).



Fig. 1. Limfangiom în regiunea subaxilară dreaptă.

Anatomia limfangiomului chistic

Limfangiomul chistic se formează din dilatația chistică a sacilor limfatici primitivi, din formațiuni chistice multiple, de diferite dimensiuni și forme, despărțite prin septuri, ce conțin lichid seros, gălbui.

Patogenia limfangiomului chistic

În perioada embrionară se dezvoltă sacii limfatici, care, în mod normal, se deschid în sistemul venos. Absența drenării în sistemul venos duce la dilatarea progresivă a acestor saci limfatici.

Epidemiologia limfangiomului chistic

În 50–65% din cazuri se determină imediat după naștere, iar în 80–90% din cazuri apar în primii 2 ani de viață. În 3–5% din cazuri, limfangiomul chistic poate fi depistat în mediastin.

Ce va decela examenul obiectiv?

Examenul obiectiv va evidenția anumite semne importante pentru stabilirea diagnosticului.

La inspecție:

- formațiune tumorală în regiunea cervicală;
- tegumentele adiacente – cu aspect normal, mobile;
- consistența formațiunii tumorale – elastică, moale;

- formațiunea nu aderă la ramul orizontal al mandibulei, având o mobilitate relativă;
- la palpare – nedureroasă;
- prezinta fluctuație;
- dispnee inspiratorie, uneori cu triaj intercostal, stridor;
- cianoză periorală și periorbitală (în formațiunile gigante);
- imposibilitatea alimentației orale – în prezența infiltrării cavității bucale.

Cu care afecțiuni se va efectua diagnosticul diferențial?

Limfangiomul chistic se va diferenția de:

- teratoamele cervicale;
- hemangioamele cervicale;
- lipoame;
- tumorile chistice de arc brahial;
- degenerescențe ale glandei tiroide ectopice;
- adenopatii tumorale.

Ce explorări paraclinice solicitați pentru certificarea diagnosticului?

- Transiluminatie – examinarea formațiunii tumorale în raza soarelui sau luminii.
- Radiografia.
- Ecografia formațiunii tumorale.
- CT cu vasografie.
- Scintigrafia pulmonară.

Semnele ecografice pe care le puteți întâlni pe ecografia limfangiomului chistic

Ecografia formațiunii tumorale indică o formațiune multiloculară, de caracter chistic, care conține multiple septuri de diferite grosimi.

Ce alte explorări imagistice puteți solicita pentru certificarea diagnosticului?

1. Radiografia cervicală (permite evidențierea formațiunii tumorale și a compresiunii asupra laringelui).
2. Radiografia toracică (poate fi utilă în depistarea fenomenelor de compresiune a organelor toracice și în determinarea extinderii tumorii).

Alte examinări:

- a) examenul de laborator;
- b) examenul CT sau RMN toracico-cervicală cu contrast.

Diagnosticul prenatal de limfangiom chistic poate fi stabilit prin aplicarea ecografiei intrauterine, care permite evidențierea unei formațiuni transsonice neregulate, confluențe, septate, cu pereți proprii, localizată în regiunea cervicală.

Ce complicații pot surveni în evoluția preoperatorie a limfangiomului chistic?

- Infectarea.
- Supurarea.
- Hemoragie în formațiune.
- Parestezie și dureri locale (în cazul compresiunii nervilor).
- Eroziunea chistului și a vaselor adiacente cu apariția hemoragiei și anemiei.
- Fenomenele compresive asupra bronhiilor, plămânilor, vaselor magistrale intratoracice, cordului, esofagului (dispnee, dereglări de gluțiție, disfagie, dereglări de ritm cardiac).
- Anomalia de mușcătură și deformarea mandibulei – în limfangioamele cervicale gigante.
- Recidiva.

Obiectivele terapiei în cazul limfangiomului chistic cervical

Tratamentul corect al unui copil cu limfangiom chistic cervical trebuie să includă următoarele obiective:

- decompresiunea căilor respiratorii;
- reechilibrarea hidro-electrolitică și acido-bazică cât mai rapidă;
- antibioticoterapia;
- tratamentul chirurgical;
- profilaxia complicațiilor.

Cu cât inițierea terapiei este mai rapidă, cu atât prognosticul pacientului este mai bun.

Ce tratament îi recomandați pacientului?

Tratamentul adecvat este cel chirurgical.

Variante de tratament chirurgical în limfangiomul chistic cervical:

- excizia totală a limfangiomului chistic cervical (*fig. 2*);
- drenarea limfangiomului chistic cervical – în cazul infectării;

– puncția limfangiomului chistic cervical cu aspirarea conținutului – în formațiunile unicamerale în cazul intervenției chirurgicale de urgență și al imposibilității tehnice de efectuare a tratamentului radical, dar poate provoca hemoragie sau infectare.

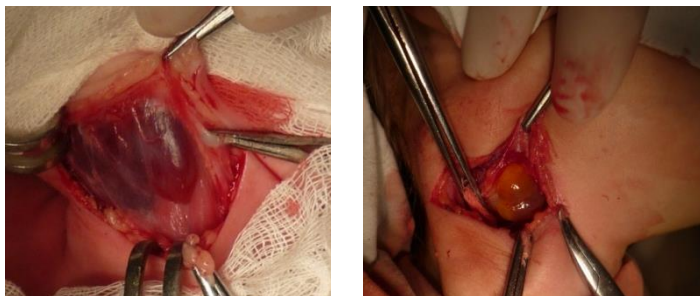


Fig. 2. Înlăturarea totală a limfangiomului subaxilar.

Care este atitudinea postoperatorie?

Postoperator, este important să fie efectuate măsuri complementare terapiei chirurgicale pentru consolidarea rezultatelor și profilaxia complicațiilor.

Se recomandă:

- continuarea reechilibrării hidro-electrolitice și acido-bazice, cu menținerea parametrilor biologici la valori stabile;
- tratament antibacterian;
- alimentația trebuie reluată cu prudență;
- prevenirea complicațiilor chirurgicale generale.

Ce complicații pot surveni în evoluția limfangiomului chistic cervical postoperator?

- Recidivă
- Infecțiile recidivante.
- Fistule.
- Lezarea vaselor și nervilor cerebrali VI, IX, X, XI, XII (descrisă în literatura de specialitate), a plexului brahial și elementelor sistemului simpatic.

Care este prognosticul în limfangiomul chistic cervical?

Letalitatea constituie 2-6% din cazuri.

Care motive majore pot îmbunătăți supraviețuirea?

- Diagnosticul prenatal al limfangiomului chistic.
- Îngrijirile de sprijin în centrul regional de neonatologie.
- Stabilirea cât mai devreme a timpului adecvat pentru operație la prematuri.
- Refacerea primară folosind tehnici chirurgicale moderne.

Bibliografie

1. Puri P., Höllwarth M. *Pediatric Surgery*. Germany, 2006, p. 632.
2. Sabetay Corneliu. *Patologie chirurgicală pediatrică*. P. 658.
3. Boia Eugen, Boia Mărioara. *Urgențe chirurgicale neonatale*. Timișoara, 1995, p. 286.
4. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. *Детская хирургия*. Санкт-Петербург, 1997, с. 392.
5. Терновский С. Д. *Хирургия детского возраста*. Москва, 1959, с. 496.
6. Исаков Ю. Ф., Долецкий С. Я. *Детская хирургия*. Москва, 1971, с. 432.
7. Исаков Ю. Ф. *Детская хирургия*. Москва, 1983, с. 624.

DIVERTICULUL MECKEL ȘI PATOLOGIA OMFALOMEZENTERICĂ

Caz clinic

Pacientul P., 4 ani, se prezintă în Clinica de Chirurgie Pediatrică pentru dureri abdominale periombilicale de caracter periodic, vărsături repetate cu conținut gastric și bilă.

Istoricul afecțiunii relevă în anamneză episoade de dureri abdominale recurente cu vomă repetate. Anticipat nu a fost examinat.

Ce sindrom suspectați?

Cel mai probabil diagnostic la etapa dată este abdomenul acut chirurgical. Aceste manifestări clinice pot fi caracteristice unor afecțiuni chirurgicale acute, cum ar fi apendicita acută, diverticulul Meckel, invaginația intestinală etc. Diverticulul Meckel este o structură anatomică cu complicații greu de diagnosticat.

Clasificarea etiopatogenică a diverticulului Meckel la copil

Patologie ombilicală. Persistența canalului omfalomezenteric (fig. 1).

În patologie se pot observa:

- persistența totală a canalului vitelin permeabil pe întreaga sa lungime realizează o fistulă omfalomezenterică;
- persistența parțială a canalului vitelin în următoarele variante:
 - sinus ombilical (fistulă oarbă);
 - chisturi viteline situate în mijlocul canalului;
 - coardă fibroasă pe întreaga lungime între intestin și ombilic.
 - diverticul Meckel atașat de ombilic printr-un rest de canal devenit fibros și obliterat.

Diverticulul Meckel a fost descris pentru prima dată de Hildanus în 1598, iar ulterior definit în lucrările lui Little și Meckel ca o anomalie de involuție a canalului omfalomezenteric, prin obliterarea parțială a segmentului ombilical al acestuia (3, 4). Anatomic, este situat pe ileon, în zona ramurilor terminale ale arterei mezenterice superioare, antemezostenic, la 40–100 cm de valvula ileo-cecală, format din aceleași straturi ca și peretele intestinal. În 1/3 din cazuri, în structura peretelui diverticular se pot găsi insule de țesut heterotopic: gastric (60–85%), jejunal, pancreatic, colic (4, 5, 8). Insulele heterotopice de mucoasă gastrică, întâlnite mai frecvent, ocupă, pe o întindere variabilă, baza diverticulului. În prezența mucoasei gastrice sunt identificate glande de tip fundic cu activitate secretorie păstrată, fapt ce explică complicațiile diverticulare (2, 6, 10).

Diverticulul Meckel are o frecvență de 2–4% din totalul anomaliilor congenitale ale tractului gastrointestinal și prezintă dificultăți de diagnostic. Această patologie interesează în primul rând chirurgul pediatru, prin frecvența complicațiilor. 60% din complicații se întâlnesc la copiii cu vârsta de până la 2–4 ani.

Manifestările clinice

1. Latența totală

De regulă, diverticulul Meckel nu se asociază cu complicații și este descoperit întâmplător în cursul unei laparotomii efectuate pentru apendicită sau altă afecțiune abdominală. Majoritatea chirurgilor pediatri pledează pentru diverticuclectomie și o cercetare sistematică ori de câte ori se practică o laparotomie (7, 9).

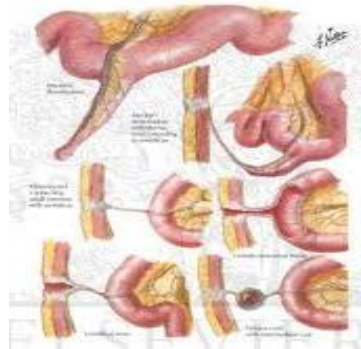


Fig. 1. Persistența canalului omfalomezenteric.

2. Formele simptomatice

Frecvența complicațiilor diverticulului Meckel se va analiza în funcție de vârstă. Astfel, la nou-născut și sugar principalele complicații sunt hemoragia și ocluzia intestinală, iar la copiii cu vârsta de după 2 ani – diverticulita (fig. 2, 3).

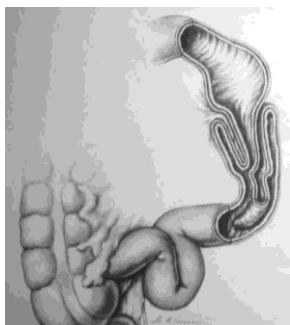


Fig. 2. O formă tipică de invaginație ileo-ileacă.

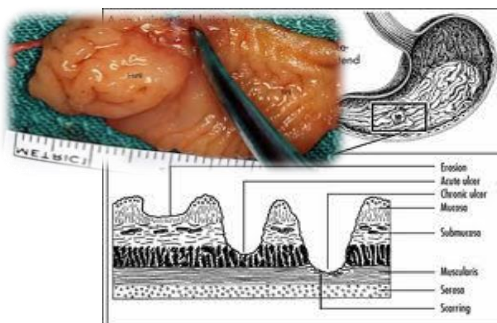


Fig. 3. Prezența mucoasei gastrice heterotopice în diverticul.

a. Ocluzia intestinală. Reprezintă 1/4 din toate complicațiile diverticulului Meckel și se realizează prin invaginația diverticulului Meckel, fiind o formă tipică de invaginație ileo-ileacă sau ileo-ileo-colonică (6, 7, 10). Din punct de vedere clinic, acest tip de invaginație se caracterizează prin lipsa efectului tratamentului conservator, printr-o reducere chirurgicală dificilă, în unele cazuri chiar imposibilă, care obligă o rezecție intestinală.

b. Ulcerul peptic. Are ca factor cauzal prezența mucoasei gastrice heterotopice în diverticul. Clinic, se manifestă prin crize de dureri abdominale cu sediu periombilical. Evoluând, ulcerul diverticulului Meckel poate să se asocieze cu o hemoragie digestivă inferioară ocultă. Hemoragia digestivă se manifestă prin rectoragii mici sau moderate și se exteriorizează prin mici scaune melenice repetate (aspectul unei hemoragii cronice oculte). Treptat, se asociază cu o anemie cronică (10).

Pacientul indică la un sindrom algic abdominal recurent. Durerea abdominală se aseamănă mult cu cea de apendicită acută. Durerea de intensitate moderată poate fi însoțită de vărsături și de tulburări de tranzit. La unii pacienți, diverticulul Meckel se poate complica cu perforația peretelui diverticular.

Ce va decela examenul obiectiv?

Preoperator, diagnosticarea diverticulului Meckel este dificilă. Examenul clinic nu ne oferă date concludente pentru stabilirea diagnosticului în faza necomplicată a bolii. Doar uneori descoperă prezența unei formațiuni palpabile în regiunea periombilicală sau ombilicală.

Examenul obiectiv, în caz de complicații, poate decela semne clinice importante pentru stabilirea diagnosticului.

- *La inspecție* – în invaginația diverticulului Meckel sunt vizualizate undele intestinale peristaltice sau acestea pot fi provocate prin excitarea superficială a pielii (semnul „clepsidra”).
- *La palpare* – defans muscular, fiind prezente și semne de excitare peritoneală. Palparea tumorii de invaginație este posibilă în 70–92,5% din cazuri, fiind un semn de certitudine.
- *La percuție* – poate fi pozitiv **semnul clopoțelului Mandel**.
- *Tușeul rectal* pune în evidență hipotonia sfîcterului anal (simptomul Hirschsprung), iar în alte cazuri – ampula rectală pustie sau proeminarea peretelui rectal anterior. La unii pacienți, tușeul rectal este foarte dureros (țipătul Douglasului).

Tușeul rectal este obligatoriu în examenul obiectiv al unui copil cu sindrom algic abdominal și suspecție la afecțiuni chirurgicale urgente!

La tușeul rectal, în caz de invaginație intestinală, este prezent sânge digerat (*fig. 4*), de culoare roșu-închis, cu mucozități sau serozități sangvinolente cu „aspectul apei în care s-a spălat carnea” (9, 14).



Fig. 4. Eliminări rectale sangvinolente cu „aspectul apei în care s-a spălat carnea”.

Cu care afecțiuni vom face diagnosticul diferențial?

1. Apendicita acută.
2. Hernia strangulată.
3. Volvulusul intestinal (ocluzia aderențială).
4. Tumorile intraabdominale.

Semnele radiologice pe care le puteți întâlni pe radiografia abdominală simplă

Radiografia abdominală „pe gol” în ortostatism, din față și în profil, este indicată în toate cazurile de suspectare a ocluziei intestinale la copil. Radiografia „pe gol” relevă imagini hidroaerice sau „tuburi de orgă” (*fig. 5*), opacitate în regiunea hipogastrică, care apar după 12–16 ore de la debutul bolii, dar nu sunt prezente în faza preocluzivă. La debut se poate depista o asimetrie a abdomenului, lipsă de aer și câteva niveluri orizontale, opacifieri în cadranel colic drept.

Alte explorări imagistice pentru certificarea diagnosticului

- **Ecografia abdominală.** Ecografia este un examen de rutină la copilul cu sindrom algic abdominal și la copilul cu o formațiune tumorală periombilicală. În caz de invaginație a diverticului Meckel, evidențiază semne caracteristice invaginației: semnul „șintei”, vizibil pe secțiune transversală, și semnul „pseudorenal” (sau semnul unei „rulade”) în secțiune longitudinală (*fig. 6*). În caz de peritonită, se poate depista o colecție lichidiană peritoneală în sacul Douglas și în spațiul Morrison. Este importantă posibilitatea de a efectua examenul ultrasonografic în dinamică.



Fig. 5. Radiografia „pe gol” pune în evidență imagini hidroaerice.

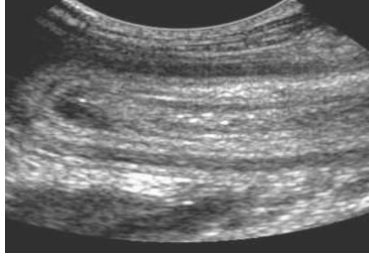


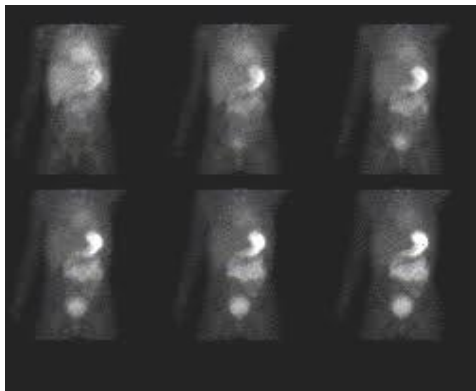
Fig. 6. USG evidențiază în invaginație: semnul „țintei” pe secțiune transversală și semnul „pseudorenal” în secțiune longitudinală.

- **Examenul CT.** Este o metodă modernă și utilă în confirmarea diagnosticului de diverticul invaginat (4, 6, 7). Dar este utilizată mai mult în efectuarea diagnosticului diferențial (*fig. 7*).



Fig. 7. CT abdominală indică o invaginație ileo-ileacă clasică.

- **Scintigrafia.** Cunoscând că diverticulul Meckel este cea mai frecventă cauză a hemoragiei digestive inferioare la copil, se poate de



efectuat explorarea scintigrafică cu Tc-99 pertechnetat (*fig. 8*). Utilitatea metodei este limitată, pe de o parte, din considerente tehnice (aparatură, laborator specializat, radiotrasor), iar pe de altă parte, uneori metoda poate da rezultate incerte sau chiar fals negative (6, 9).

Fig. 8. Explorarea scintigrafică cu Tc-99 indică o aglomerare de contrast.

- **Laparoscopia.** Laparoscopia este o metodă modernă, ce permite, în ultimă instanță, stabilirea diagnosticului și sancțiunea terapeutică, fiind net superioară laparotomiei sub aspectul morbidității postoperatorii. Această metodă se folosește pentru elucidarea unor situații clinice incerte și în situații de urgență (5, 14).

- **Angiografia.** O altă posibilitate de diagnosticare a hemoragiilor digestive inferioare ar fi angiografia selectivă de arteră mezenterică superioară, singură sau asociată cu utilizarea radiotrasorului [1, 6, 7].

Complicațiile care pot surveni în evoluția patologiilor diverticulului Meckel

- **Diverticulita.** Reprezintă un tablou cu leziuni anatomice asemănătoare apendicitei: diverticulita catarală, supurativă, abcedată, gangrenoasă, perforată (*fig. 9*).

Diagnosticul diferențial este, uneori, dificil față de apendicita acută. Sediul medial al durerilor ar putea uneori să ne facă să ne gândim la diverticulul Meckel. Diverticulita poate prezenta un tablou de peritonită localizată sau, uneori, de peritonită generalizată.

- **Hernia Littre.** A fost descrisă de Littre în 1700. Ea reprezintă diverticulul Meckel într-un sac herniar, care poate fi inghinal sau ombilical. Frecvența acestei patologii este apreciată diferit de către autori (11% – Moses, 1,2% – Soderlund) (11, 13). Simptomatologia este aceea a unei hernii, cu absența (adesea) a semnelor ocluzive, cu ireductibilitate. Fără un diagnostic precoce și un tratament chirurgical, această hernie se poate complica cu o fistulă intestinală și peritonită (*fig. 10*).



Fig. 9. Diverticulită.



Fig. 10. Prezența diverticulului Meckel într-un sac herniar.

- **Volvulusul.** Este imprevizibil și poate surveni la orice vârstă, realizând cel mai adesea o formă tipică de ocluzie acută de intestin subțire prin bride (*fig. 11*). Această bridă congenitală este o relicvă din canalul vitelin cu traiectul entero-ombilical de care este atașat diverticulul Meckel. Având o lungime de 2–3 cm în jurul acestei bride, poate avea loc torsiunea intestinului subțire. Întârzierea stabilirii diagnosticului și tratamentului chirurgical este gravă în orice caz, deoarece conduce la necrozarea intestinului (9,10,14).

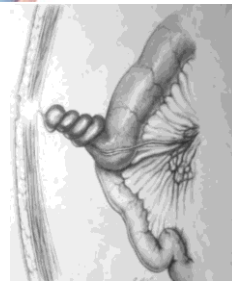


Fig. 11. Volvulus în jurul bridei entero-intestinale.

- **Hemoragia.** Este o complicație mai frecvent întâlnită la copilul mic (chiar și la nou-născut și sugar). Ulcerația peretelui diverticular are loc când mucoasa este căptușită cu insule heterotopice de mucoasă gastrică sau pancreatică, ce poate conduce la eroziunea peretelui vascular de calibru mare și la apariția unei hemoragii majore intralumenale. Hemoragiile diverticulare impun o intervenție chirurgicală de urgență.

• **Tumorile.** Acestea se întâlnesc mai frecvent la adulți (1,5% – Moses). Este vorba de tumorile benigne (neurofibroame) sau maligne (adenocarcinoame) de prognostic rezervat (2, 3). Ele pot realiza hemoragiile digestive inferioare și rareori se prezintă ca tumori palpabile. Diagnosticul se face prin tomografia computerizată și după intervenția chirurgicală cu examenul anatomo-patologic al piesei extirpate.

Obiectivele tratamentului pacienților cu diverticulul Meckel

Diverticulul Meckel trebuie să fie rezecat atunci când este depistat, fie că este sau nu complicat.

Revizia intestinului subțire este obligatorie în orice laparotomie programată sau în caz de apendicectomie, pentru a exclude prezența diverticulului Meckel.

În afara unor rezecții cuneiforme (*fig. 12*) practicate la baza diverticulului, rezecția segmentară a intestinului subțire cu anastomoză termino-terminală (*fig. 13*) reprezintă o posibilitate pentru diverticulele Meckel cu baza largă de implantare. Această atitudine realizează o mai bună situație anatomică a intestinului subțire, pentru a evita stenoza (12, 14).

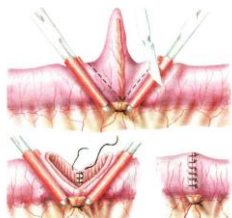


Fig. 12. Rezecții cuneiforme.

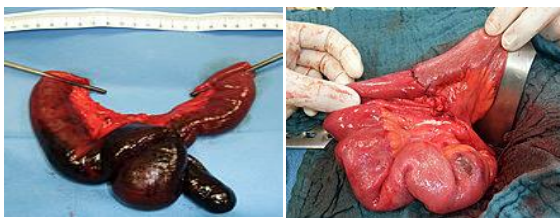


Fig. 13. Rezecție segmentară cu anastomoză termino-terminală.

Exereza totală de asemenea va înlătura o eventuală heterotopie de mucoasă, care poate să se extindă și să depășească limitele diverticulului, și va preveni complicațiile posibile.

Sunt și situații excepționale, când rezecția diverticulului Meckel poate fi amânată, dacă în momentul operației ea este contraindicată (peritonită apendiculară, chirurgie a nou-nascutului).

Ce tratament îi recomandați pacientului?

În cazul dat, terapia adecvată este cea chirurgicală. După examinarea și pregătirea preoperatorie, se vor efectua laparotomia transrectală

pe dreapta, revizia cavității abdominale și depistarea diverticulului Meckel. În funcție de localizare și întinderea bazei de implantare, caracterul lichidului intraperitoneal, se va efectua rezecția cuneiformă la baza diverticulului sau rezecția segmentară a intestinului subțire cu anastomoză termino-terminală.

Cu cât tratamentul chirurgical începe mai devreme, cu atât prognosticul pacientului este mai bun.

Pregătire preoperatorie

În caz de intervenție chirurgicală programată, copilul nu necesită pregătire preoperatorie specială, iar în caz de prezență a complicațiilor, se vor efectua măsuri de urgență:

- reechilibrarea hidro-electrolitică și acido-bazică cât mai rapidă;
- terapie dezintoxicantă;
- decompresiunea tractului digestiv.

Anestezie

Se va recomanda anestezie generală cu respirație dirijată pe tot parcursul intervenției chirurgicale.

Care este atitudinea postoperatorie?

Postoperator, este important să fie adoptate măsuri complementare terapiei chirurgicale, pentru consolidarea rezultatelor și profilaxia complicațiilor.

Se recomandă:

- întreruperea alimentației enterale pentru 4-5 zile;
- combaterea sindromului algic;
- continuarea reechilibrării hidro-electrolitice și acido-bazice, cu menținerea parametrilor biologici la valori stabile;
- tratament antibacterian;
- medicație pentru reluarea tranzitului intestinal;
- nutriție parenterală (reluarea alimentației trebuie făcută treptat și cu strictețe după cedarea parezei intestinale, iar reluarea pasajului intestinal – la a 4-a – a 5-a zi postoperator);
- prevenirea complicațiilor chirurgicale generale (septice, ocluzie aderențială etc.).

Alte complicații ce pot surveni în evoluția postoperatorie

- Dehiscenta anastomozei.

- Peritonita postoperatorie.
- Hemoragia.
- Fistule intestinale.

Prognostic

În majoritatea cazurilor, prognosticul este favorabil. Cauze ale deceselor pot fi un diagnostic tardiv, cu apariția necrozei de intestin și dezvoltarea peritonitei generalizate, și hemoragiile digestive inferioare abundente, cu dezvoltarea șocului hemoragic.

Persistența canalului omfalomezenteric poate să se manifeste sub forma mai multor tablouri clinice (11, 12):

1. **Granulom ombilical.** Este rezistent la tratamentul cu nitrat de argint. O investigație practică cu substanță de contrast arată trecerea substanței în intestinul subțire. Riscurile unui volvulus pe resturile canalului omfalomezenteric impun o intervenție chirurgicală.

2. **Fistule entero-ombilicale.** Se manifestă clinic prin scurgerea lichidului intestinal prin ombilic. Dacă fistula este largă, mucoasa intestinală poate prolaba. Tratamentul este cel chirurgical.

3. **Sinus ombilical.** Reprezintă o fistulă oarbă care se deschide la ombilic și are aspectul unui mugure mucos, care granulează. Fistulografia exclude posibilitatea unei comunicări cu tubul digestiv. Tratamentul este cel chirurgical – înlăturarea fistulei.

4. **Polip ombilical.** Este o mică masă de culoare roșiatică, care sângerează la contactul cu îmbrăcămintea la nivelul ombilicului. Dacă nu există posibilitatea unei comunicări entero-ombilicale prin fistulografie, se practică o exereză chirurgicală.

Bibliografie

1. Cucu A. *Diverticulul Meckel*. În: Angelescu N. (editor). *Tratat de patologie chirurgicală*. Vol. I, București: Editura Medicală; 2001, p. 1540-1541.
2. Bines J. E., Ivanoff B., Justice F., et al. *Clinical case definition for the diagnosis of acute intussusception*. J Pediatr Gastroenterol Nutrition. 2004; 39(5):511-8.
3. Baldisserotto M., Spolidoro J. V., Bahu Mda G. *Graded compression sonography of the colon in the diagnosis of polyps in pediatric patients*. AJR. 2002;179(1):201-5.
4. Greess H., Nömayr A., Wolf H. et al. *Dose reduction in CT examination of children by an attenuation-based on-line modulation of tube current (CARE Dose)*. Eur Radiol 2002;12 :1571 –1576.

5. Foutch P. G., Zimmerman K. *Diverticular bleeding and the pigmented protuberance (sentinel clot): clinical implications, histopathological correlation, and results of endoscopic intervention*. Am J Gastroenterol 1996; 91:2589-93.
6. Mortensen N. J., Jones O. *The Small and Large Intestines*. In: Russel R. C. G., Williams N. S., Bulstrode C. J. K., editors. *Bayley & Love's Short Practice of Surgery*, 24-th edition. Arnold; 2004, p. 1159-1160.
7. Pollak R. *Adjunctive Procedure in Intestinal Surgery*. In: Fisher JE, editor. *Master of Surgery*, 5-th edition; 2007, p. 1392-1393.
8. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. *Детская хирургия* / Пер. с англ. - СПб.; Хардфорд, 1996. -Т. 1. - 384 с.; 1997. -Т. 2. -387 с.; 1998. -Т. 3. -382 с.
9. Баиров Г. А. *Срочная хирургия детей*. СПб.; Харьков; Минск: Питер, 1997. - 450 с.
10. Гераськин А.В. *Детская хирургия: клинические разборы*/ М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 216 с.
11. Гераськин А. В., Смирнов А. Н., Дронов А. Ф., Августовский П. М. *Патология дивертикула Меккеля: современный подход к диагностике и лечению* // *Анналы хирургии*. - 2007. - № 2. - С. 21-28.
12. Горбатюк О. М., Димо С. М., Жежера В. М. *Клініко-морфологічні паралелі при дивертикулі Меккеля у дітей* // *Хірургія дитячого віку*. - 2009. - № 4. - С. 56-58.
13. Тихомирова В. Д. *Детская оперативная хирургия: Практическое руководство* / М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. - 872 с.
14. Исаков Ю. Ф. *Абдоминальная хирургия у детей*. - М.: изд. «Медицина», 2004, т. 1, 2.

EVENTRAȚIA

Caz clinic

Pacienta S., 3 luni, se prezintă pentru încetinirea tranzitului intestinal. Examenul clinic evidențiază o masă tumorală la nivelul unei cicatrice postoperatorii situată în regiunea abdomenului pararectal pe dreapta, de consistență elastică, fără sensibilitate la palpare, ireductibilă.



Fig. 1. Aspectul clinic al pacientei.

Din anamneză reținem că pacienta a suferit o intervenție chirurgicală pentru o ocluzie intestinală în urmă cu 3 luni. Masa corporală – 6200 g.

Care este diagnosticul la această etapă?

Cel mai probabil diagnostic este cel de hernie postincizională sau eventrație. Această părere este susținută de aspectul clinic și de antecedentele patologice ale sugarului.

Ce numim eventrație?

Eventrație – ieșirea unuia sau a mai multor viscere abdominale, acoperite de peritoneu parietal, sub tegumente, printr-o breșă a stratului musculo-aponevrotic, apărută posttraumatic (rareori) sau postoperator (cel mai frecvent).

Care sunt factorii de risc pentru această afecțiune?

1. Factorii generali:

- Prematuritatea.
- Hipoproteinemia.
- Starea catabolică.
- Anemia severă consecutivă unei afecțiuni septicemice generale sau unei afecțiuni cronice.
 - Defectele majore ale procesului de cicatrizare tisulară (imuno-deficiența congenitală, imaturitatea tisulară, dereglările de adaptare post-natală precoce etc.).
 - Coagulopatia postnatală sau congenitală (crește incidența hematoamelor în plaga postoperatorie).
 - Complicațiile bronhopulmonare postoperatorii.
 - Tratatamentul cu steroizi în scop imunosupresor.

2. Factorii locali (care țin de actul chirurgical):

- Supurația plăgii – factorul cel mai frecvent incriminat – apare prin nerespectarea regulilor de asepsie (30–40% din evențrății sunt cauzate de supurația plăgii operatorii.), hemostaza deficitară cu formarea unui hematom subcutanat, care se infectează secundar sau datorită naturii septice a afecțiunii chirurgicale (peritonită, chirurgie recto-colică).

Aspecte elementare de profilaxie ale acestui factor de risc:

- incizie și disecție cu bisturiul, pentru a evita constituirea plăgilor zdrobite;
- hemostază îngrijită pentru profilaxia hematoamelor și seroamelor și „știtită”, pentru a nu lăsa în plagă mult țesut devitalizat în ligaturi;
- izolarea atentă a marginilor plăgii parietale, deoarece, în chirurgia digestivă, contaminarea se face, de obicei, de la procesele septice intraabdominale sau timpii operatori septici;
- lavajul plăgii până la suturarea tegumentelor, pentru a îndepărta detritusurile necrotice, sângele și corpii străini;
- în cazul unei contaminări sigure este preferabil de a nu sutura tegumentele, efectuând o sutură în ziua a doua sau a treia (sutura întârziată) sau per secundam, după stingerea suprafeței;
- evitarea suturilor în tensiune și a celor ischeminate;
- exteriorizarea drenajelor, colostomelor, ileostomelor etc. prin contraincizie, și nu prin plaga operatorie;

- antibioterapia adecvată, mai ales în cazurile cu risc de supurare (6 ore preoperator, intraoperator și postoperator asigură concentrația tisulară maximă în momentul contaminării (operația)).
- Drenajele largi, multiple, de lungă durată, mențin îndepărtate marginile musculoaponevrotice, favorizează procesul supurativ local.
- Laparotomiile oblice și verticale paramediane dau cel mai înalt procent de eventrații prin interesarea inervației, secțiunii planurilor anatomiche și prin dezorganizarea liniilor de forță. În laparotomiile subombilicale, apariția eventrațiilor este favorizată de absența foitei posterioare a tecii mușchilor abdominali drepti și de presiunea intraabdominală crescută la acest nivel. Cel mai des, eventrațiile apar după inciziile:
 - verticale pararectale (Jalaguier);
 - mediane subombilicale;
 - mediane epigastrice;
 - subcostale Kocher.
- Tensiunea înaltă în suturi, cu defecte de închidere (utilizarea materialului de sutură resorbabil, sutură ischemiantă, afrontare incorectă, fire prea „rare” sau prea „în margine”). Postoperator, distensia viscerală paretică și eforturile repetate de vomă, necontrolată prin aspirație nazogastrică, complicațiile bronhopulmonare prin eforturile de tuse etc. pot duce la „tăierea” țesuturilor cu fire de sutură.
- Complicațiile postoperatorii imediate, zise „minore”, ca retenția acută de urină, ileusul paralic, vărsăturile, tusea etc., care cresc presiunea intraabdominală, punând sutura planului aponevrotic în tensiune. Pentru evitarea complicațiilor postoperatorii sunt indicate:
 - utilizarea sondei nazogastrice;
 - mobilizarea din pre- și postoperator;
 - utilizarea antibioticelor;
 - gimnastica respiratorie.

Cum se clasifică eventrațiile?

1. În funcție de topografie:

- eventrații după laparotomii mediane și paramediane (mai frecvent după inciziile verticale subombilicale);
- eventrații după laparotomii subcostale (oblice), care pot îmbina aspectele eventrației paralitice (prin secțiunea filtrelor nervoase) cu cele ale eventrației cicatriceale;
- eventrații lombare;

- eventrații perianale, după amputație de rect cu rezecția largă a planșeului pelvin și supurație locală de durată.
- 2. În funcție de dimensiunile breșei musculoaponevrotice:
 - eventrații mici (cu diametrul sub 2,5 cm);
 - eventrații mijlocii (cu diametrul sub 5 cm);
 - eventrații mari (cu diametrul peste 5 cm).
- 3. Eventrații complexe, cu orificii parietale multiple, de dimensiuni diferite, separate între ele prin punți aponevrotice de dimensiuni variabile.

Care sunt elementele componente ale eventrației?

1. Orificiul de eventrație:
 - de dimensiuni variabile;
 - cu margini fibroase, de care aderă sacul peritoneal al eventrației;
 - cu elemente musculoaponevrotice mai mult sau mai puțin îndepărtate.
2. Sacul peritoneal:
 - de dimensiuni variabile;
 - cu cavitate unică sau poate fi multicompartimentat prin cloazoni intrasaculare;
 - în mod obișnuit, cu epiploon sau/și cu anse intestinale.
3. Tegumentele ce acoperă zona de eventrație poartă urmele cicatricei operatorii și sunt subțiri. Țesutul adipos subcutanat este redus. În unele cazuri, tegumentele pot prezenta tulburări trofice (ulcerații, infecții).

Care sunt semnele clinice?

- Bosenura eventrației apare sub tegumente, cu tendința de a se mări progresiv.
- Apare în cursul primului an postoperator.
- Dureri locale exacerbate de efortul fizic.
- Senzație de tracțiune.
- Balonări, mai accentuate postprandial.
- Fenomene subocluzive.
- Constipație.

Ce teste diagnostice cunoașteți?

- Examenul obiectiv este concludent pentru diagnosticul pozitiv.

La inspecție:

- cicatrice postoperatorie, de obicei vicioasă, purtând urmele unor supurații prelungite sau drenaje multiple;

- bosenelura eventrației – mai mult sau mai puțin vizibilă, în funcție de mărimea sacului și de grosimea paniculului adipos ce o poate masca;
- pulsiunea și expansiunea sacului de eventrație la efortul de tuse și la contractarea peretelui abdominal;
- sub tegumentul subțire se pot vizualiza unde de peristaltică ale anselor intestinale.

La palpare:

- formațiune pseudotumorală (forma, dimensiunile, localizarea, consistența, reductibilitatea, mărimea defectului musculoaponevrotic).

La percuție:

- precizarea conținutului (în epiploon – matitate, în ansele intestinale – sonoritate).

Nu există o relație directă între mărimea orificiului aponevrotic și cea a sacului de eventrație.

Eventrațiile cu orificiu mic au simptomatologie dureroasă, în timp ce unele eventrații foarte voluminoase, cu defect parietal mare, pot fi bine tolerate.

Eventrațiile reductibile pot fi:

- 1) coercibile (după reducere se mențin în cavitatea abdominală și nu se exteriorizează decât la efort);
- 2) incoercibile (odată reduse, ele reapar atunci când mâna examinatorului nu mai obturează orificiul de eventrație).

Eventrațiile ireductibile devin prin mai multe mecanisme:

- prin încarcerare: constituirea unor aderențe viscerosaculare împiedică reducerea conținutului eventrației și poate duce la instaurarea ocluziei intestinale;
- prin strangulare: este o complicație gravă, produsă de orificiul rigid al breșei aponevrotice; în punea de eventrație sau în cavitatea abdominală, strangularea se produce prin volvulus pe bride aderențiale sau prin compresiune extrinsecă prin bridă sau coarda epiploică;
- prin pierderea „dreptului la domiciliu”: la tentativele de reducere a eventrației, ele refulează pe lângă mâna examinatorului, deoarece cavitatea peritoneală s-a remodelat pe un conținut mai mic visceral. Acest tip de eventrații pune probleme terapeutice complexe.

- Examenle imagistice: ecografia abdominală, radiografia tractului digestiv cu tranzit baritat etc.

Cu care afecțiuni se face diagnosticul diferențial?

În fața unui astfel de caz trebuie să facem diagnostic diferențial între afecțiunile care pot interesa continuitatea peretelui abdominal, ca: eventrație, hernie, eviscerație.

Eventrația – protruzia mezenterelor și viscerelor la nivelul unei zone cu o laxitate dobândită a peretelui abdominal (posttraumatică, postoperatorie).

Hernia – ieșirea spontană, parțială sau totală, permanentă sau tranzitorie, a unui viscer din cavitatea abdomino-pelvină printr-un orificiu, traieci preexistent.

Eviscerația – ieșirea viscerelor abdominale printr-o breșă completă a peretelui abdominal (inclusiv tegumentul), în urma unui traumatism postoperator.

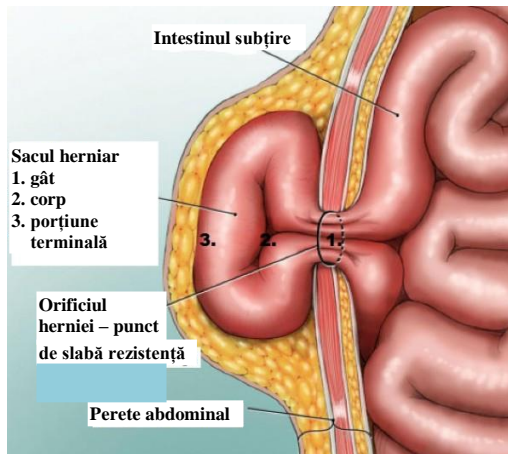


Fig. 2. Reprezentarea schematică a unei eventrații.

Ce complicații pot surveni în absența unui tratament corespunzător?

Evoluția naturală a unei eventrații este spre creșterea progresivă în volum, atât a sacului, cât și a breșei parietale, cu instituirea complicațiilor, dintre care accidentele ocluzive sunt cele mai frecvente.

Cele mai frecvente complicații care pot apărea în lipsa tratamentului sunt:

- 1) strangularea cu ocluzie intestinală;
- 2) traumatizarea sacului de eventrație cu lezarea viscerelor conținute;
- 3) necrozarea ischemică prin compresiune și ulcerarea tegumentelor supraincinate eventrației și/sau ruptura acestora, cu constituirea unei eviscerații.

Eventrația majoră poate conduce la insuficiență respiratorie, cardiovasculară, la modificări musculare sau dermatologice.

Care este atitudinea terapeutică în acest caz?

- Tratament conservator (centură de contenție).
- În eventrațiile strangulate intervenția chirurgicală are caracter de urgență.

- Intervenția chirurgicală elective este indicată după minimum 6 luni de la operația primară sau după stingerea oricărui focar supurativ parietal.

Obiectivele tratamentului chirurgical sunt comune oricărei afecțiuni protruzive:

- excizia cicatricei operatorii;
- disecția sacului;
- tratarea conținutului, adezioliza și reintegrarea viscerelor în abdomen;
- refacerea peretelui abdominal.

Procedeele de refacere a peretelui abdominal:

- sutura directă a marginilor orificiului, practicabilă în eventrațiile mici sau suprapuse în „redingotă”, procedeul Judd;
- autoplastiile cu grefe din elementele aponevrotice învecinate (teaca dreptilor);
- aloplastiiile, care s-au impus pe scară largă odată cu obținerea unor materiale sintetice noi și foarte performante ca biocompatibilitate și fiabilitate.

Anestezia trebuie să asigure o bună relaxare musculară. Este de preferat anestezia generală prin intubație oro-traheală.

Tratamentul chirurgical al eventrațiilor mici și mijlocii trebuie să respecte principiul clasic – îndepărtarea tuturor structurilor cicatrizate și refacerea peretelui, folosind planuri aponevrotice sănătoase.

Tratamentul chirurgical al eventrațiilor mari

Eventrațiile voluminoase, cu defect parietal mare, cer o tactică chirurgicală adaptată atât implicațiilor fiziopatologice respiratorii, cât și condițiilor locale, în care structurile anatomice normale sunt mult mai reduse. Particularitățile tratamentului chirurgical sunt determinate de rezolvarea a două deziderate majore:

A. Reintegrarea viscerelor să nu determine tulburări respiratorii. Reducerea anselor intestinale, la care se adaugă pneumoperitoneul și durerea postoperatorie, poate declanșa o insuficiență respiratorie de tip restrictiv prin limitarea excursiilor diafragmatice. Pregătirea preoperatorie trebuie să împiedice apariția tulburărilor respiratorii, eventual prin pneumoperitoneu terapeutic și reducere ponderală.

B. Refacerea solidă a peretelui abdominal, ținând cont că acest lucru nu poate fi obținut decât folosind material aponevrotic sănătos, evitând suturile în tensiune. Diferite artificii de tehnică și folosirea plastiilor (alo- și heteroplastii) au îmbunătățit substanțial rezultatele tratamentului chirurgical.

Este necesară o pregătire preoperatorie?

Da. Pregătirea preoperatorie constituie un subiect principal în terapia eventrației și presupune:

- reducerea factorilor sistemici;
- informarea corectă și completă a părinților;
- tratamentul modificărilor pulmonare sau cardiovasculare;
- profilaxia cu antibiotice.

Ce complicații pot surveni postoperator?

- Supurația plăgii.
- Hematoame.
- Complicații pulmonare.
- Recurență.

Bibliografie

1. Daschievici S. *Chirurgie. Specialități chirurgicale*. Editura Medicală, București, 2007.

2. Angelescu N. *Tratat de patologie chirurgicală*. Editura Medicală, București, 2003.
3. Allen M. S. *Perioperative antibiotics: when, why?* // *Thorac. Surg. Clin.* 2005. Vol. 15, №2. - P. 229 - 235.
4. Bratzler D. W., Houck P. M., Richards C., Steele L. et al. *Use of antimicrobial prophylaxis for major surgery: baseline results from the National Surgical Infection Prevention Project* // *Arch. Surg.* 2005. - Vol. 140, №2. P. 174- 182.

EVISCERAȚIA

Caz clinic

Pacientul S., 5 luni, a fost supus intervenției chirurgicale în baza invaginației intestinale. La a 9-a zi postoperator s-a efectuat relaparotomia în baza ocluziei intestinale aderențiale. La a 5-a zi după relaparotomie s-a dezvoltat eviscerația plăgii postoperatorii, cu eventrarea anselor intestinului subțire. Examenul clinic a pus în evidență dehiscența plăgii postoperatorii cu eventrarea anselor intestinale, acoperite cu fibrină.



Fig. 1. Aspectul clinic al pacientului.

Ce numim eviscerație?

Eviscerația reprezintă exteriorizarea viscerelor abdominale prin toate straturile peretelui abdominal, inclusiv prin tegument, venind în contact direct cu exteriorul în circumstanțe posttraumatice sau postoperatorii.

Care este etiologia?

1. Eviscerație posttraumatică.
2. Eviscerație postoperatorie.

Care sunt factorii de risc pentru aceste afecțiuni?

1. *Eviscerația posttraumatică* este consecința plăgilor abdominale penetrante, produse de arme albe sau de foc, care interesează toate straturile peretelui abdominal, inclusiv seroasa peritoneală, însoțite sau nu de leziuni viscerale, care generează o stare de șoc, și de infecția peritoneului. Se remarcă apariția prin plagă, la exterior, a unui viscer abdominal (franș epiploic, ansă intestinală, mai rar colon sau stomac), iar în leziunile parietale mari se poate constata exteriorizarea masivă a viscerelor (de exemplu, întreaga masă de intestin subțire). De multe ori, eviscerația este însoțită de exteriorizarea prin plagă fie a sângelui, fie a conținutului digestiv, mărturie a leziunilor asociate.

2. *Eviscerația postoperatorie* reprezintă o complicație redutabilă a celiotomiilor. Profilul biologic al candidatului la eviscerație postoperatorie a fost definit de Mailet astfel: „un bolnav infectat, denutrit, deficient pe plan cardiac și hepatic, cu dificultăți în reluarea tranzitului intestinal și totodată cu insuficiență respiratorie, hipoxic și tușitor”.

Cauzele favorizante ale acestei complicații se împart în trei categorii:

1. Cauze generale, reprezentate de stările patologice asociate bolii chirurgicale de bază și care pot influența direct sau indirect cicatrizarea peretelui abdominal:

- deficiențele organice cu hipoproteinemie și anemie;
- diabetul zaharat;
- infecțiile nespecifice generale (sterile, septice);
- neoplaziile viscerale sau bolile de sistem prin acțiunea lor hipoproteică și anemizantă.

2. Tehnici chirurgicale:

- unele tipuri de incizii (laterale, oblice, pararectale), cu caracter denervant și devascularizant;
- folosirea inadecvată a materialelor de sutură, în special a celor resorbabile;
- afrontarea incorectă a planurilor parietale;
- hemostaza precară;
- sutura parietală cu spații largi.

3. Cauze locale:

- infectarea plăgii;
- reintervențiile precoce pe aceeași cale de abord;
- sângerarea parietală postoperatorie precoce.

Cum se clasifică eviscerațiile?

Anatomo-clinic se determină:

1. Eviscerații libere, precoce, de tip mecanic:
 - survin în primele 3–5 zile postoperator în mod brusc, după efort (tuse, vomă), după intervenții aseptice;
 - sunt cauzate de o deficiență a suturii parietale;
 - viscerale exteriorizate sunt libere, cu colorație normală și pot fi integrate cu ușurință în cavitatea abdominală.
2. Eviscerații fixate, tardive, infectate:
 - survin între a 8-a și a 10-a zi postoperator, în mod progresiv;
 - sunt precedate de o supurație profundă a plăgii, după intervenții septice;
 - sunt cauzate de o infecție profundă;
 - viscerale exteriorizate sunt aglutinate, acoperite cu puroi și membrane false, aderente la marginile breșei parietale.

Care sunt elementele componente ale eviscerației?

Elementele anatomice componente ale unei eviscerații sunt:

- dehiscența peretelui abdominal, care poate fi parțială sau totală;
- viscerale exteriorizate, reprezentate, de obicei, de epiploon și ansele subțiri.

Care sunt semnele clinice?

- Exteriorizarea viscerelor.
- Tulburările respiratorii și cardiovasculare.
- Starea de șoc (prin durere, pierdere de lichide la suprafața anseilor, tracțiunea pe mezou).
- Semnele subocluzive.

Ce teste diagnostice cunoașteți?

- Examinarea obiectivă.
- Examenul bacteriologic de pe organele eventrate, cu aprecierea agentului bacterian și a antibiogramăi.

Ce complicații pot surveni în absența unui tratament corespunzător?

- Perforația intestinului eventrat cu formarea de fistule intestinale.
- Ocluzie intestinală prin aderențe.
- Dereglări hidro-electrolitice severe.
- Septicemiemie (multiple focare septice).

- Hernie ventrală.

Care este atitudinea terapeutică în acest caz?

Tratamentul este exclusiv chirurgical:

- reintroducerea în cavitate a organelor eviscerate;
- închiderea peretelui abdominal anterior;
- susținerea hidro-electrolitică și antibioterapie masivă continuă postoperator;
- decompresiunea tractului gastrointestinal (sondă nazogastrică, clistere evacuatorii).

Notă. În eviscerațiile fixate și infectate, în absența unei supurații profunde, se recomandă abținerea chirurgicală sau instalarea unui dispozitiv tubular de lavaj continuu și drenaj aspirativ, dacă există un focar supurativ profund.

Etapele intervenției chirurgicale:

- Deschiderea largă a cavității peritoneale.
- Controlul în totalitate al viscerelor abdominale, luându-se atitudine față de eventualele leziuni: hemostază, suturi, rezecții.
- Toaleta cavității prin lavaj abundent cu ser fiziologic steril.
- Închiderea peretelui abdominal anterior prin suturare în plan total, cu fire neresorbabile.
- Tensiunea strângerii firelor trebuie reglată, pentru a nu produce necroze tisulare parietale.

Ce complicații pot surveni postoperator?

- Necroze tisulare parietale.
- Ocluzie intestinală aderențială sau datorată stenozelor cicatriceale după reducere.
- Hernie ventrală.
- Recidivă de eviscerație cu fistulizare concomitentă.

Prognosticul depinde mult de precocitatea tratamentului chirurgical.

Tratamentul profilactic presupune combaterea preoperatorie a tuturor factorilor favorizanți.

Bibliografie

1. Allen M.S. *Perioperative antibiotics: when, why?* // Thorac. Surg. Clin. 2005. Vol. 15, №2. - P. 229 - 235.

2. Angelescu N. *Tratat de patologie chirurgicală*. Editura Medicală, București, 2003.
3. Bratzler D.W., Houck P.M., Richards C., Steele L. et al. *Use of antimicrobial prophylaxis for major surgery: baseline results from the National Surgical Infection Prevention Project* // Arch. Surg. 2005. - Vol. 140, №2. - P. 174- 182.
4. Daschievici S. *Chirurgie. Specialități chirurgicale*. Editura Medicală, București, 2007
5. Буязнов В.М., Мишин С.С. *Профилактика микробной контаминации операционных ран* // Клиническая хирургия. 1990, № 1, с. 1-3.
6. Каншин Н.Н., Воленко А.В. *Послеоперационные раневые осложнения: проблемы и перспективы*: Тез. докл. 8 Всероссийского съезда хирургов. Краснодар, 1995. 492 с.
7. Кузин М.И., Костюченко Б.М. *Раны и раневая инфекция*. М.: Медицина, 1990. 591 с.

FORMAȚIUNEA OVARIANĂ CONGENITALĂ

Caz clinic

Pacienta P., în vârstă de 5 luni.

Antenatal, la termenul de 27–28 săptămâni de gestație, la ecografia uterului gravid a fost depistată o formațiune intraabdominală. Copilul s-a născut la termen (39 săptămâni), pe cale fiziologică, cu masa corporală de 3200 g.

Postnatal, copilul a fost supravegheat de pediatru în baza formațiunii chistice abdominale și a pneumoniilor frecvente. În perioada de remisiune, copilul a fost îndreptat la chirurgul pediatru și a fost internat la Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu” cu diagnosticul prezumtiv de chist ovarian.

Se prezintă la chirurg pentru:

- o formațiune abdominală vizibilă și palpabilă;
- dereglări de micțiune;
- dereglări de defecație;
- formațiune tumorală abdominală suspectată la ecografia intra-uterină.

Ce diagnostic suspectați?

Cel mai probabil diagnostic la etapa dată este cel de chist ovarian.

Epidemiologia formațiunilor ovariene

La nou-născuți și sugari, chistul ovarian se întâlnește rar. Chistul ovarian la un copil născut mort, depistat în timpul necropsiei, a fost descris pentru prima dată în anul 1889. În anul 1975, Valenti și coautorii săi au descris pentru prima dată în lume, în literatura de specialitate, un caz clinic de diagnosticare prenatală a chistului ovarian prin metoda ecografică.

Frecvența chistului ovarian constituie 1:2500 de nou-născuți. Conform datelor din literatura de specialitate, formațiunile ovariene apar la

făt în perioada de 26–33 săptămâni de viață intrauterină. Deseori, chisturile ovariene congenitale sunt formațiuni benigne, unilaterale și unicamerale, localizate, de obicei, în ovarul drept.

Etiopatogenia formațiunilor ovariene congenitale

Factori cauzali ai dezvoltării formațiunilor ovariene congenitale sunt:

- 1) stimularea ovarelor fătului de către:
 - hormonii estrogeni ai mamei;
 - gonadotropina corionică umană placentară;
 - gonadotropina fetală;
 - imaturitatea mecanismului gonadoblastic la făt;
- 2) diabetul zaharat la mamă;
- 3) rezus-imunizarea;
- 4) preeclampsia;
- 5) hipotireoza fătului;
- 6) hipoplazia suprarenalelor la făt.

Formațiuni ovariene congenitale pot fi:

- chistul retențional:
 - chistul funcțional;
 - chistul corpului vitelin;
- tumorile ovariene:
 - chistul tecolutein
 - teratomul ovarian
 - chistadenomul.

Ce va decela examenul obiectiv?

La examenul obiectiv pot fi descoperite semne importante pentru stabilirea diagnosticului.

La inspecție:

- asimetria abdomenului;
- palparea abdomenului – nedureroasă;
- la palpație se determină o formațiune patologică de consistență elastică, mobilă.

Tușul rectal este obligatoriu în examenul obiectiv al unui pacient suspectat la formațiune abdominală!

Cu care afecțiuni se va efectua diagnosticul diferențial?

Va fi pusă în discuție diferențierea de:

- malformațiile congenitale obstructive ale tractului digestiv;
- malformațiile congenitale obstructive ale sistemului renourinar;
- chistul marelui epiploon;
- chistul mezoului;
- sinusul urogenital persistent;
- chisturile și tumorile renale;
- duplicațiile peritoneale;
- pseudochistul meconial;
- tumorile abdominale;
- meningocelul anterior;
- hidrometrocolpox etc.

Semnele ecografice pe care le puteți observa în perioada prenatală:

- *chistul ovarian de tipul A* – o formațiune unilaterală, unicameră, cu contur clar, ecogenitate uniformă.
- *chistul ovarian de tipul B* – o formațiune chistică cu septuri interne.
- *chistul ovarian tipul C* – o formațiune chistică cu componentă ecogenă.

Semnele ecografice pe care le puteți observa în perioada postnatală:

- formațiune chistică rotundă și unicameră;
- formațiunea este localizată în etajul inferior al abdomenului;
- uneori, formațiunea reprezintă niște septuri fine.

Semnele radiologice prezentate de radiografia abdominală simplă

Radiografia abdominală simplă poate indica opacifiere în proiecția chistului sau niveluri hidroaerice, în cazul dezvoltării ocluziei intestinale mecanice – consecință a compresiunii anselor intestinale de către chistul ovarian gigant.

La ce explorări imagistice mai puteți apela pentru stabilirea diagnosticului?

Alte explorări care pot fi indicate pentru stabilirea diagnosticului sunt:

- 1) CT abdominală;
- 2) RMN abdominală;
- 3) scintigrafia pulmonară.

Enumerați complicațiile care pot surveni în evoluția chistului ovarian

- Ruperea formațiunii ovariene congenitale, mai des pre- și intra-natal.

- Torsiunea formațiunii ovariene congenitale,

În urma alungirii ligamentului lat, torsiunea poate provoca:

- hemoragie intrachistică;
 - infarctarea peretelui chistic;
 - ruperea chistului;
 - hemoragie intraperitoneală cu dezvoltarea hemoperitonitei;
 - ascită (transsudat);
 - calcificarea peretelui;
 - aderarea la organele învecinate;
 - necrotizarea ovarului;
 - autoamputare;
 - migrarea ovarului.
- Ocluzia parțială a tractului digestiv.
 - Ocluzia parțială a sistemului renourinar.
 - Compresiunea v. portă la făt, care provoacă dereglări în vascularizarea membrelor inferioare și a organelor pelviene, cu stabilirea stării de replețiune sangvină în exces și micșorarea fluxului sangvin renal.
 - Dereglările funcționale de hemodinamică intracardiacă la făt.
 - Hipoplazia pulmonară secundară ca urmare a relaxării (eventrației) diafragmei și a compresiunii intrauterine.
 - Hidroamnios în 10–18%.

Care sunt obiectivele terapiei la pacienții cu formațiuni ovariene congenitale?

Tratamentul corect al unui nou-născut cu formațiune ovariană trebuie să includă următoarele obiective:

- tratamentul chirurgical;
- profilaxia complicațiilor.



Fig. 1. Deschiderea cavității peritoneale.



Fig. 2. Chist ovarian la pedunculul vascular lung.



Fig. 3. Macropreparat.

Cu cât tratamentul începe mai devreme, cu atât prognosticul pacientului este mai favorabil.

Ce tratament îi recomandați pacientei?

Tratamentul adecvat este cel chirurgical.

Variante de tratament chirurgical în formațiunile ovariene:

- aspirația prenatală a chistului ovarian;
- enuclearea chistului ovarian;
- rezecția cuneiformă a ovarului afectat;
- chistovarectomia.

Care este atitudinea postoperatorie?

Postoperator, este important să fie adoptate măsuri complementare terapiei chirurgicale, pentru consolidarea rezultatelor și profilaxia complicațiilor.

Se recomandă:

- menținerea parametrilor biologici la valori stabile;
- tratament antibacterian;
- medicație pentru reluarea tranzitului intestinal;
- prevenirea complicațiilor chirurgicale generale (septice, pulmonare etc.).

Ce complicații pot surveni în evoluția postoperatorie a chistului ovarian?

- Ocluzie intestinală aderențială precoce sau tardivă.
- Dereglări ale funcției reproductive.

Prognosticul în chisturile ovariane netratate

- Prematuritatea.
- Boala pulmonară cronică.
- Anomaliile majore asociate, în special cele cardiace, pot fi cauza deceselor.

Prognosticul după tratamentul corespunzător este favorabil.

Care motive majore pot îmbunătăți supraviețuirea?

- Diagnosticul prenatal al formațiunii ovariene congenitale.
- Îngrijirile de sprijin în centrul regional de neonatologie.
- Stabilirea cât mai devreme a timpului adecvat pentru operație la prematuri și la cei cu anomalii asociate.
- Operația primară folosind tehnici chirurgicale moderne.

Bibliografie

1. Веропотвелян Н. П., Бондаренко А. А., Смородская Е. П., Рубан Н. К. *Пренатальная аспирация большой осложненной кисты яичника у плода* // «Медицинские аспекты здоровья женщины». 2012, № 6/7 (58), стр. 18-24.
2. Веропотвелян Н. П., Бондаренко А. А., Усенко Т. В. *Пренатальная ультразвуковая диагностика и тактика ведения тератомы яичника у плода и новорожденного* // «Неонатология, хирургия та перинатальна медицина». 2011, т.1, №2, с. 98-104.

3. Марухно Н. И., Шапкин В. В., Черныш А. Н., Голиченко Т. Н., Вилисова Л. В., Ларионова М. В. *Кисты яичников у новорожденных*. Pacific Medical Journal, 2005, №3, p. 85-88.

RINICHI DUBLU PE DREAPTA CU LIPSA FUNCȚIEI PIELONULUI RENAL INFERIOR, REFLUX VEZICO-URETERAL GRADUL I PE STÂNGA

Caz clinic

Pacientul G., 11 ani, f. med. nr.7922, provenient din mediul rural, se prezintă pentru modificări în analizele sumare de urină, manifestate prin leucociturie, periodic piurie, subfebrilitate (37,5°C), febră (38,5°C), dureri în abdomen – regiunea lombară pe dreapta, care apar în timpul micțiunii. Diagnosticul primar a fost stabilit la vârsta de 11 ani.

Ce va decela examenul obiectiv?

Examenul obiectiv a constatat următoarele: starea generală a copilului – gravă-medie. Tegumentele și mucoasele – curate, palide. În plămâni – respirație aspră. Bătăile cordului sunt ritmice. Abdomenul este de formă obișnuită, moale. Rinichiul pe dreapta – sensibil la palpare, dolor. Micțiunile – libere.

Ce patologii presupuneți în acest caz?

Luând în considerație modificările în analizele sumare de urină, subfebrilitatea, febra, cel mai probabil este vorba de o malformație congenitală a sistemului urinar. Pentru confirmarea diagnosticului se recomandă: 1) analiza sumară a urinei; 2) hemoleucograma; 3) proba Neciporenco; 4) urocultura; 5) examenul ecografic al sistemului urinar.

Examinările obligatorii în acest caz sunt: hemoleucograma (27.12.07): Hb – 137 g/l, i. c. – 0,97, Er – $4,2 \times 10^{12}/l$, L – $5,9 \times 10^9/l$, tromb. – 244,0, n/s – 8, s/e – 62, limf. – 25, mon. – 4, eoz. – 4, VSH – 11; analiza biochimică a sângelui (27.12.07): proteina totală – 72 g/l, ureea serică – 6,2 mcmol/l, creatinina serică – 0,068 mcmol/l, bilirubina generală – 10,0 mcmol/s.l, AlAT – 0,34 nmol/s.l., AsAT – 0,34 nmol/s.l, K – 4,73 mmol/l, Na – 137 mmol/l; analiza sumară a urinei: (28.12.07): transp., reacție acidă, densitatea relativă – 1019, epiteliu plat – 1–2 c/v, leucocite – 2–5 c/v, microoxalați – moderat; examenul cantitativ al sedimentului urinar (metoda Neciporenco): L – 0,7 în 1 ml de urină; Er – 0 în 1 ml de urină; urocultura (29.12.07): *Enterobacter* și *Pseudomonas aeruginosa*.

Cu care afecțiuni veți face diagnosticul diferențial?

1. Hidronefroza.
2. Chistul renal solitar.
3. Refluxul vezico-ureteral.
4. Megaureterul cu reflux.

Ce investigații paraclinice propuneți?

Propunem următoarele investigații imagistice:

- 1) ecografia sistemului urinar;
- 2) urografia intravenoasă;
- 3) cistouretrografia micțională.

Ecografia sistemului urinar (2007) a decelat rinichi dublu pe dreapta. Megaureterohidronefroză a pielonului renal inferior pe dreapta. R. drept – 100x27 mm, parenchimul – 7 mm, bazinetul polului superior – 6 mm, cel inferior – 16 mm, calicele – 5–6 mm. R. stâng. – 100x39 mm, parenchimul – 12 mm, bazinetul – 4 mm, v. urinară – goală. Proba cu sol. furosemid 1,0 ml i/m, 15 min., v. urinară – plină, ureter jos pe dreapta – 10 mm, cu sept sinuos, ureter sus – 7–8 mm, bazinet drept jos – 16 mm, sus – 9 mm, stângul – 9 mm, calicele drept – 5–6 mm, stâng – 4–5 mm, 30 min., v. urinară – plină, uretere – date precedente, bazinet drept jos – 23 mm, sus – 10 mm, calicele pe dreapta – 6 mm, pe stânga – 4–5 mm. După micțiune ureter drept jos – 9 mm, sus – 5 mm, bazinet pe dreapta jos – 26 mm, sus – 10 mm., calicele pe dreapta – 6 mm, pe stânga – 4 mm. Diagnosticul: rinichi dublu pe dreapta cu megaureterohidronefroză a polului inferior pe dreapta (*fig. 1*).

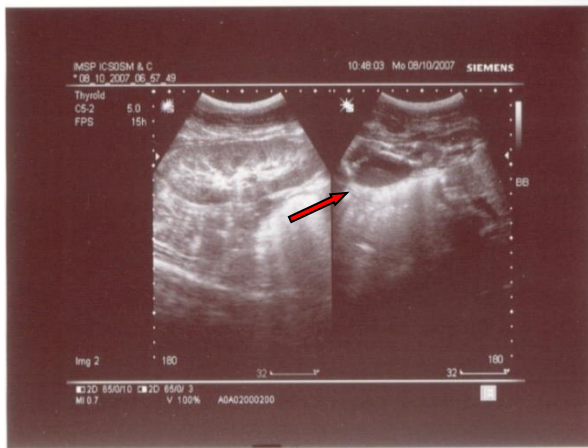


Fig. 1. Ecografia sistemului urinar. Rinichi dublu pe dreapta. Megaureterohidronefroză a pielonului renal inferior pe dreapta.

În cazul copiilor mai mari diagnosticați cu infecție de tract urinar și al fetițelor diagnosticate cu pielonefrită acută, se recomandă inițial efectuarea unei ecografii reno-vezicale. Dacă există modificări sonografice, se va continua evaluarea tractului urinar cu cistouretrografie micțională, pentru a exclude un reflux vezico-ureteral.

Luând în considerație modificările determinate la ecografia sistemului urinar, următorul pas este efectuarea urografiei intravenoase, pentru a concretiza diagnosticul.

Ce semne radiologice pune în evidență examenul imagistic prin radiografie?

Urografia intravenoasă. Când rinichiul respectiv este funcțional, vor apărea cele două pieloane renale, iar ureterul pielonului superior, de obicei mai dilatat, se va vedea coborând sub nivelul trigonului vezical. Uneori, pielonul respectiv este afuncțional, dar existența sa poate fi presupusă. În acest caz, pielonul inferior este ceva mai jos, mai depărtat de coloana vertebrală și aplecat, semn descris ca „floare ofilită”. Imaginea urografică, în acest caz, este formată doar din două grupe pielo-caliceale, care alcătuiesc, de obicei, pielonul inferior, amănunt important pentru diagnostic. Imaginea se datorează depășirii pielonului inferior de către cel superior, transformat hidro- sau pionofoctic.

Cistouretrografia micțională este de asemenea utilă, deoarece ea poate evidenția refluxul în unul sau în ambele pелоane renale. În unele cazuri, se determină doar funcția pелonului renal superior.

Urografia intravenoasă permite conturarea anatomică a sistemului renal colector și reprezintă o investigație utilă în evaluarea preoperatorie a unor pacienți cu malformații congenitale renourinare.

Copilul a fost examinat prin *urografie intravenoasă* (fig. 2).

Deoarece urografia intravenoasă indică absența funcției pелonului renal inferior pe dreapta, se recomandă efectuarea cistouretrografiei micționale, pentru a exclude refluxul vezico-ureteral. Efectuarea cistouretrografiei micționale standard este recomandată oricărui sugar cu o primă infecție de tract urinar documentată, febrilă, cu o pielonefrită acută, iar în multe cazuri, oricărui copil cu pielonefrite repetate, până la vârsta de 3 – 5 ani.

În cazul pacientului nostru, cistouretrografia micțională a decelat: reflux vezico-renal pasiv de gr.V în ambele pелоane renale pe dreapta, pe stânga – reflux vezico-ureteral de gr. I. Megaureterohidronefroză refluxantă în rinichi dublu pe dreapta (fig. 3).



Fig. 2. Urografie intravenoasă: calicele superioare pe dreapta sunt contrastate, cele medii și inferioare nu se depistează; funcția rinichiului pe stânga nu este dereglată.



Fig. 3. Cistouretrografie micțională: reflux vezico-renal pasiv de gradul V în ambele pелоane renale pe dreapta, reflux vezico-ureteral de gradul I pe stânga. Megaureterohidronefroză refluxantă în rinichi dublu pe dreapta.

Rinichiul dublu se caracterizează prin două sisteme pielo-caliceale separate, drenate de două uretere care intră în vezică printr-un orificiu (ureter bifid) sau prin două orificii (ureter dublu). Rinichiul dublu este, de obicei, mai mare, alungit și prezintă un șanț transversal, care separă cele două segmente. Vascularizația este separată pentru cele două segmente, deși există anastomoze intrarenale. Segmentul superior este drenat de un grup caliceal și un bazinet mic, aproape inexistent, care se continuă cu un ureter ce se deschide mai caudal în vezică. Segmentul inferior cuprinde două grupuri caliceale și un bazinet mai mic. Ureterul său se deschide în vezică, mai caudal decât cel superior (principiul Weighert-Meyer).

Tabloul clinic poate să nu se manifeste. În unele cazuri, anomalia este însoțită de deschiderea ectopică a unuia din uretere, megaureter, toate aceste situații complicându-se, de cele mai multe ori, cu infecție urinară.

Investigații. Ecografia sistemului urinar indică prezența a două sisteme pielocaliceale: hidronefroză a unui pelon renal (superior sau inferior,) sau a ambelor pieloane și ureter dilatat.

Care este atitudinea terapeutică recomandată în acest caz?

Tratamentul adecvat cuprinde două etape:

- 1) tratamentul medical;
- 2) tratamentul chirurgical;

Strategia terapeutică în infecțiile de tract urinar în uropatiile malformative presupune: în primul rând, minimalizarea afectării renale în timpul episodului acut; în al doilea rând, scăderea riscului cicatricelor datorate recurenței infecției de tract urinar.

Tratamentul medical. Tratamentul infecției de tract urinar depinde de vârsta copilului și de severitatea infecției. În infecția de tract urinar pe fondal de malformație congenitală renourinară, în care pacientul apare grav bolnav, cu febră înaltă, stare toxică și se află în imposibilitatea de a primi lichide per os în cantitate de 1,5 l sau mai mare față de normalul vârstei, necesitând administrare parenterală de fluide, dar și în cazul pacienților imunocompromiși, se recomandă tratament în spital. Tratamentul se va începe cu antibiotic cu spectrul larg (ex. aminoglicozid asociat cu ampicilină, o cefalosporină de gen. III sau aminoglicozid cu cefalosporină).

În cazul copiilor mai mari, febrili, dar cu stare generală satisfăcătoare, capabili să primească lichide per os, dacă familia este cooperantă și poate menține contactul cu spitalul, tratamentul antibiotic poate fi aplicat ambulatoriu, cu o cefalosporină de gen. III, 1–2 doze/zi. Majoritatea cefalosporinelor de gen. III sunt active pe speciile de *Enterobacter* și *Pseudomonas aeruginosa*. Tratamentul parenteral se menține 2–4 zile, până când uroculturile sunt disponibile și starea pacientului se ameliorează. În aceste condiții, tratamentul poate fi continuat sau schimbat în funcție de sensibilitatea germenului și starea pacientului, cu un antibiotic administrat pe cale orală. Orice infecție de tract urinar febrilă va fi tratată 7–10 zile cu: aminoglicozide (tobramicină – 7,5 mg/kg/zi, sulfat de amikacin – 0,25 g, 2 ori pe zi), peniciline (ampicilină – 50–100 mg/kg/zi), cefalosporine (cefazolin – 25–50 mg/kg/zi, cefotaxim – 50–180 mg/kg/zi, ceftriaxon – 50–75 mg/kg/zi, ceftazidim – 90–150 mg/kg/zi). Administrarea preparatelor se modifică în funcție de valoarea retenției azotate.

Chinolonele (acid nalidixic – 5–7 mg/kg/zi, Palin – 15 mg/kg/zi) sunt utilizate cu succes în special în infecțiile cu *P. aeruginosa*. În ultimul timp, mai multe studii, efectuate pe loturi mari de copii de diferite vârste, au arătat că utilizarea limitată a acestei medicații nu este toxică pentru cartilajul osos și, prin urmare, s-a dovedit a fi eficientă și la copil în anumite tipuri de infecții.

Fluorchinolonele (norfloxacin – 0,2 g, 2 ori pe zi; ofloxacin – 0,2 g, 2 ori pe zi, pe o durată de 7–10 zile) sunt active asupra mai multor germeni grampozitivi și gramnegativi și s-au dovedit extrem de eficiente clinic în infecțiile cu *Enterobacter*, *Serratia*, specii de *Pseudomonas* și anumite tulpini de stafilococi. În anumite situații se recomandă a fi utilizate în combinație cu beta-lactamine sau aminoglicozide, determinând sinergism.

Tratamentul chirurgical pleacă de la premisa că gradele mari de reflux vezico-ureteral persistent nu au nicio șansă să se rezolve prin tratament medical, corecția chirurgicală reprezentând cea mai sigură modalitate terapeutică. Tratamentul este orientat de funcția rinichiului respectiv și de prezența și calitatea celui opus. În cazurile ureterului ectopic, cu implantarea sa în vezică, disecția de ureterul alăturat nu este ușoară, vascularizația fiind comună și planul de clivaj inexistent, ceea ce face ca, uneori, ambele uretere din partea respectivă să fie izolate și implantate „în bloc”. Când pielonul respectiv este afuncțional, este indicată heminefrurectomia cu abord bipolar, lombar și hipogastric, pentru li-

gatura joasă a ureterului. Dacă ambele pieloeane sunt afectate și rinichiul controlateral este normal, se va practica nefrectomia.

În cazul pacientului nostru, s-a efectuat lombotomia pe dreapta S-a decelat rinichi dublu pe dreapta cu dilatarea sistemului pielocaliceal pe dreapta, parenchim renal redus în ambele pieloeane renale. A fost efectuat consiliu intraoperator. S-a hotărât de a efectua nefrectomia. Deoarece la copil era prezent refluxul vezico-renal în ambele pieloeane renale, s-a efectuat ureterectomia supravezicală prin abord hipogastric (*fig.4*).



Fig. 4. Rinichi dublu pe dreapta. Nefrurctomie pe dreapta (macropreparat).

Copilul a fost programat pentru intervenție chirurgicală după un tratament conservator timp de 5 zile, care a inclus: ascorutin, vicasol, riboxină, vitaminoterapie, almagel A, linex, Sedo-Mag, Sedalac, susp. Pylomid etc.

Tratamentul postoperator a inclus antibioterapie (Cefazolini), analgezice, perfuzii. Evoluție postoperatorie favorabilă, cu externarea pacientului a 9-a zi.

Examenul histopatologic confirmă diagnosticul macroscopic, punând în evidență și o inflamație nespecifică. Controlul clinic-paraclinic, efectuat după 3 luni, 6 luni, un an, doi ani de la rezolvarea chirurgicală, relevă un rezultat terapeutic favorabil. După 3 luni de la intervenția chirurgicală, copilul a fost supus unei intervenții chirurgicale în bază de reflux vezico-ureteral de gradul I pe stânga. S-a efectuat operația antireflux după procedeul Gregoir pe stânga.

Tratamentul chirurgical în refluxul vezico-ureteral este indicat în următoarele cazuri:

- tratamentul conservator nu este eficient timp de 6–24 luni;
- scăderea progresivă a funcției renale, rinichi „cicatrizat”, retractsat, redus în dimensiuni;
- decurgerea recidivantă a pielonefritei pe fondal de tratament antibacterian îndelungat;

- confirmarea ireversibilității dereglării funcției ureterelor;
- tratament chirurgical efectuat în baza refluxului vezico-ureteral în antecedente, dar care a dus la recidivă, funcția căilor urinare superioare și inferioare fiind satisfăcătoare.

Cauze ale refluxului vezico-ureteral pot fi:

1) refluxul vezico-ureteral primar (congenital), cauzat de implantarea structurilor anatomice în regiunea ostiurilor ureterale:

- insuficiența mușchilor longitudinali ai segmentului submucos al ureterului;
- laxitatea trigonului;
- scurtarea traiectului submucos al ureterului;
- ectopia ostiumului ureteral;
- dublarea sistemului urinar (legea Wieghert-Meyer);
- ureterocelul;
- diverticuli vezicii urinare;

2) refluxul vezico-ureteral secundar, cauzat de disfuncția neurogenă a vezicii urinare:

- obstrucția infravezicală.

În efectuarea operațiilor antireflux în baza refluxului vezico-ureteral, trebuie să ne conducem de următoarele principii:

1. Ureterul trebuie să fie îndreptat, iar orice obstacol ce stă în calea evacuării urinei pe traiectul dintre bazinet și vezica urinară – înlăturat.
2. Vascularizarea ureterului trebuie să fie păstrată.
3. Lungimea porțiunii intramurale a ureterului trebuie să fie nu mai mică de 20–30 mm.
4. Ureterul trebuie să fie așezat în vezica urinară sub un unghi oblic, între stratul muscular și mucoasă.
5. Ureterul trebuie să meargă înăuntru și median la colul vezical, astfel încât să se finiseze la baza vezicii urinare.
6. Raportul dintre lungimea intramurală a ureterului și diametrul său trebuie să fie nu mai mic de 4:1.
7. Anastomoza uretro-vezicală trebuie să fie liberă.
8. Porțiunea intravezicală a ureterului trebuie să fie elastică.
9. Toate obstrucțiile situate distal în raport cu anastomoza trebuie să fie înlăturate.
10. Dacă diametrul ureterului este mai mare de 1 cm, trebuie să aplicăm nefrostomia.

Ce include urmărirea postoperatorie?

Se recomandă ultrasonografia renală după 2–3 luni de la intervenția chirurgicală și apoi anual, timp de 3 ani, o cistogramă nucleară după 6 luni și monitorizarea periodică a pacienților prin măsurarea tensiunii arteriale, examene de urină, uroculturi și evaluarea funcției renale.

Tratamentul postoperator a inclus antibioterapie (Cefazolini), spasmolitice.

Ce complicații postoperatorii pot surveni?

Obstrucția ureterală precoce poate fi datorată cheagurilor sau depozitelor de mucus intraureterale, spasmelor vezicale sau unui hematom vezical submucos. Angularea ureterului sau diferite deficiențe tehnice pot determina în egală măsură obstrucție ureterală acută. Ischemia locală sau un tunel incorect construit poate cauza obstrucție ureterală cronică. Diagnosticul de obstrucție ureterală este confirmat de ecografia sistemului urinar și urografia intravenoasă. Majoritatea obstrucțiilor postoperatorii se rezolvă spontan, iar altele necesită corecții chirurgicale prin repetarea reimplantării ureterale. Urosepsisul este consecința infecției de tract urinar netratate sau a obstrucției ureterale. Pentru a preveni această complicație, este necesară sterilizarea uroculturilor până la intervenția chirurgicală și rezolvarea promptă a obstrucției sub acoperire antibiotică adecvată. Hipertensiunea arterială este diagnosticată la pacienții cu cicatrice segmentare, focale, unilaterale sau bilaterale, indiferent de intensitatea acestora.

Evoluție, pronostic

Este important să constatăm că nefrurerectomia nu este o intervenție chirurgicală fiziologică. În ceea ce privește rinichiul rămas, el este mereu încordat, ceea ce duce la decompensarea funcției sale. Funcționalitatea rinichiului este influențată de:

- vârsta la care s-a efectuat nefrectomia;
- caracterul procesului patologic în rinichiul înlăturat;
- gradul mecanismelor de compensare în rinichiul cotrolateal rămas;
- prezența sau absența procesului patologic în rinichiul controlateral (Пугачев А. Г., 1976, 2009; Чернецова Г. С., 2006).

În condițiile în care reimplantările uretero-vezicale sunt efectuate de echipe chirurgicale experimentate, rata reimplantărilor ureterale reușite în refluxul vezico-ureteral depășește 95%.

Care investigații pot îmbunătăți supraviețuirea?

Cu ajutorul ecografiei fetale pot fi decelate anomalii severe de tract urinar începând din săptămâna a douăzecea de viață intrauterină. Valvele de uretră posterioară pot fi diagnosticate cu certitudine ultrasonografic doar în al treilea trimestru de sarcină. În cazul patologiei renale în care sunt precizate mecanismele de transmitere genetică sunt importante cunoașterea și evaluarea situației nașterilor anterioare, precum și a avorturilor. Diabetul matern poate fi asociat la copil cu malformații structurale severe (agenezia de sacru) sau cu alte anomalii renale (displazia renală multichistică).

Malformația congenitală renourinară trebuie recunoscută și corijată cât mai timpuriu.

Concluzii

Ne-am permis prezentarea acestei observații clinice în parte, dat fiind tipul de leziune renourinară. Cazul pe care l-am prezentat ilustrează problemele de diagnostic, terapeutice și unele modalități specifice de rezolvare chirurgicală. În condițiile prezentării acestui caz clinic, prelucrarea statistică a datelor paraclinice nu ar avea relevanță, permițându-ne doar să facem unele observații pe care le supunem atenției.

- Prima ar fi aceea că, din punct de vedere diagnostic, rămânem încă, în baza datelor din anamneză și a celor clinice, la nivelul de prezumție clinică.

Explorările paraclinice, îndeosebi ecografia sistemului urinar, completată de urografia intravenoasă, întregeste diagnosticul.

- A doua observație este legată de obiectivele și modalitățile chirurgicale de rezolvare a leziunilor. În acest caz clinic, intraoperator s-a acționat asupra câtorva leziuni, entități patologice asociate, fiind rezolvate individual. Rezolvarea incorectă, insuficientă sau nerezolvarea acestui caz putea să compromită rezultatul final, chiar dacă una sau două leziuni erau rezolvate corect.

Principial și extrem de rezumativ rămâne faptul că tratamentul medico-chirurgical trebuie să fie complex, individualizat și diferențiat.

Analizând aceste observații clinice, putem conchide că diagnosticul de uropatie malformativă și infecție urinară s-a pus pe etape, evaluând din anamneză antecedentele, semnele clinice, imagistice, biochimice etc. Cu părere de rău, diagnosticul a fost stabilit prea târziu, ceea ce a condus la rezolvarea chirurgicală tardivă a uropatiei în cauză – nefrectomie.

Bibliografie

1. Bălgrădean M. *Rinichiul în patologia copilului*. București, Editura Universitară „Carol Davila”, 2011, 213 p.
2. Zamfir T., Bâscă I. și alții. *Chirurgie viscerală, urologie și ortopedie pediatrică*. București, Editura Științifică, 1996, p. 227-298.
3. Sabetay C. *Patologie chirurgicală pediatrică*. Craiova, 2008, p. 505-511.
4. Пугачев А. Г. *Детская урология*. Москва, Издательская группа ГЭОТАР-Медия, 2009, стр. 213-372.

TERATOMUL SACROCOCCIGIAN LA NOU-NĂSCUT

Caz clinic

Pacienta G., de o zi, se prezintă pentru:

- o formațiune tumorală majoră în regiunea sacrococcigiană;
- deformarea regiunii anale.

Ce sindrom și ce diagnostic suspectați?

Cel mai probabil diagnostic la etapa dată este cel de formațiune tumorală a regiunii sacrococcigiene – teratom.

Specificați epidemiologia teratomului sacrococcigian

Teratomul sacrococcigian este o tumoră rară. În 50% din cazuri este prezent la nou-născuți. Mai frecvent sunt afectate fetițele, raportul fete:băieți fiind 3–4:1. În 70% din cazuri, tumora este reprezentată de o formă benignă – teratomul matur.

Majoritatea studiilor epidemiologice distribuie teratomul la două grupe de vârstă: cu un vârf – la copiii sub 3 ani și cu al doilea vârf – la copiii după 12 ani.

Clasificarea etiopatogenică a teratomului

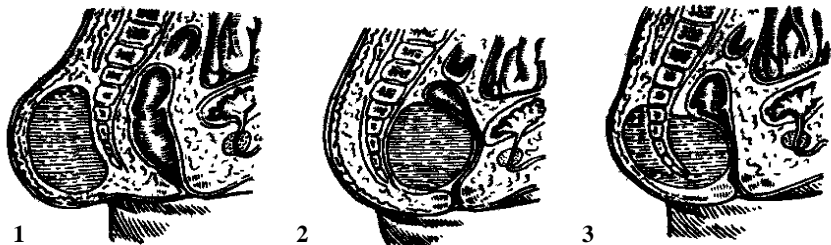
Această afecțiune malformativă se produce în perioada embrio- și organogenezei între zilele 16 și 60 de gestație, sub acțiunea diferitor agenți exogeni:

- mecanici;
- fizici: radiație, hipoxie, infecții, alimente etc.;
- chimici: substanțe chimice, medicamente, hormoni, vaccinuri, tutun, alcool, droguri etc.

Clasificarea teratoamelor

În funcție de direcția creșterii:

- 1) extern;
- 2) intern:
 - a) pelvin;
 - b) pelviabdominal;
- 3) mixt.



În funcție de formele clinice:

- benign;
- malign.

În funcție de consistență:

- chistic;
- solid;
- mixt.

Riscul malignizării este crescut. După 2 luni de viață, malignizarea apare la ½ din bolnavii de sex feminin și la 2/3 din cei de sex masculin.

Ce va decela examenul obiectiv?

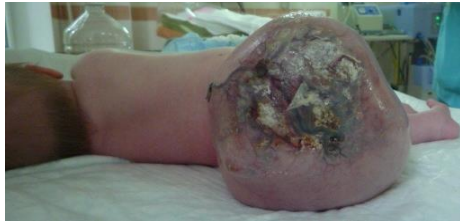
Examenul obiectiv va descoperi un șir de semne importante pentru stabilirea diagnosticului.

La inspecție:

- prezența unei formațiuni tumorale în regiunea fesieră;
- de regulă, formațiunea tumorală este acoperită cu piele normală, uneori sub tensiune, mai rar cu ulcerări sau cu modificări hemangiomatoase, zone de necroză prin compresiune;
- în formațiunile gigante – deformarea regiunii perineale;
- tulburări de motilitate în membrele inferioare – teratoame aderate la coccis.

Tușeul rectal este indispensabil în precizarea limitelor intrapelvine și relațiilor cu organele adiacente interne.

N.B. Sunt foarte rare cazurile când tumora nu este decelabilă clinic, având o localizare strict presacrală – sindromul Curarino.



Cu care afecțiuni se va face diagnosticul diferențial?

Se va lua în discuție diferențierea de:

- tumorile neurogene ale pelvisului și perineului;

- meningocelul sacral cu localizare joasă;
- chisturile enterogene și alte derivate din membrana cloacală;
- ordoanele care apar în copilărie (rareori);
- tumorile cu celule gigante ale osului;
- lipoamele mari, hemartoame, hemangioame;
- neuroblastom;
- duplicația rectului;
- imperforația anală;
- sindromul țesuturilor moi: condrom, tumora celulelor glandulare, anomaliile sacrale.

Ce anomalii asociate pot fi depistate?

- Spina bifida.
- Malformații de coloană vertebrală.
- Omfalocel.
- Laparoshizis.
- Malformație congenitală de șold.
- Picior strâmb congenital.
- Sindrom de regresie caudală.
- Palatoschizis etc.

Semnele radiologice puse în evidență de radiografia abdominală simplă incluzând pelvisul

Radiografia abdominală simplă poate prezenta caracterul mixt al tumorii – cu zone solide și cu lichid, calcificări în masa tumorală (mai frecvent în formele benigne), leziuni distructive pe sacru (sugerează malignizarea tumorii) – și integritatea coloanei vertebrale (făcând posibilă diferențierea cu meningocelul) (*fig.1*).



Fig. 1. Radiografia abdominală de ansamblu simplă.

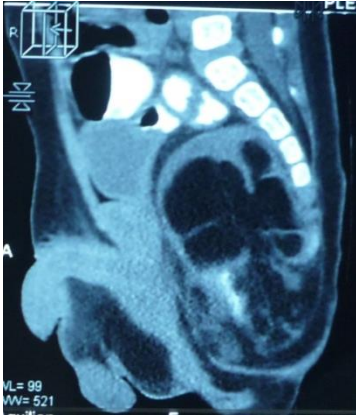


Fig. 2. Radiografia tractului digestiv și a bazinului.

Atenție! La necesitate, se efectuează radiografia după clisma baritată (din față și din profil), care poate determina deplasarea antero-laterală a rectosigmoidului și îngustarea canalului ano-rectal, cu pereți neinfiltrați (fig. 2).

Ce alte explorări paraclinice puteți solicita pentru certificarea diagnosticului?

1. Analiza generală a sângelui (VSH cu valori înalte, anemie).
2. Ecografia abdominală (evaluează o extensie intrapelviană și retroperitoneală).
3. Examenul CT sau RMN.
4. Urografia (arată dislocarea și compresiunea ureterelor cu diferite grade de hidronefroză).



5. Cistografia (indică modificările de poziție și formă ale vezicii urinare – un semn indirect al tumorii, care apare în urma compresiunii vezicii urinare).
6. Radioscopia abdominală completă (depistează deplasarea spre anterior a rectului umplut cu gaz).
7. Analize imunologice: β -HCG, AFP.

Explorările indicate pentru stabilirea diagnosticului prenatal de teratom

1. Amniocenteza (determinarea cromatinei sexuale amniotice).
2. Amnioscopia.
3. Ecografia.
4. RMN.
5. Fotografia.
6. α -fetoproteina.

Complicațiile ce pot surveni în evoluția preoperatorie a teratomului sacrococcigion

- Comprimarea tractului digestiv (constipație, tulburări de defecație, ocluzie intestinală joasă).
- Compresiunea vezicii urinare (deregări de micțiune: disurie de diferite grade, tenesme, retenție de urină).
- Comprimarea rădăcinilor nervilor sacrali (deregări neurologice).
- Ulcerații, necrozarea pielii care acoperă teratomul.
- Supurarea porțiunii chistice a teratomului.

- Hemoragia activă din tumora cu ulceratii etc.

Obiectivele terapiei în cazul teratomului sacrococcigian

Tratamentul corect al unui nou-născut cu teratom sacrococcigian trebuie să includă următoarele obiective:

- reechilibrarea hidro-electrolitică și acido-bazică (la necesitate);
- decompresiunea tractului digestiv;
- tratamentul chirurgical adresat etiologiei obstrucției;
- profilaxia complicațiilor.

Evaluarea actelor fiziologice este obligatorie.

Ce tratament îi recomandați pacientului?

Tratamentul adecvat este cel chirurgical.

Variante de tratament chirurgical în teratomul sacrococcigian:

- prin abord perineal – excizia completă a tumorii cu extirparea coccisului (*fig. 3a*);
- prin abord dublu abdomino-perineal – extirparea teratomului și a coccisului (*fig. 3b*);
- drenajul cu tuburi de dren de cauciuc.

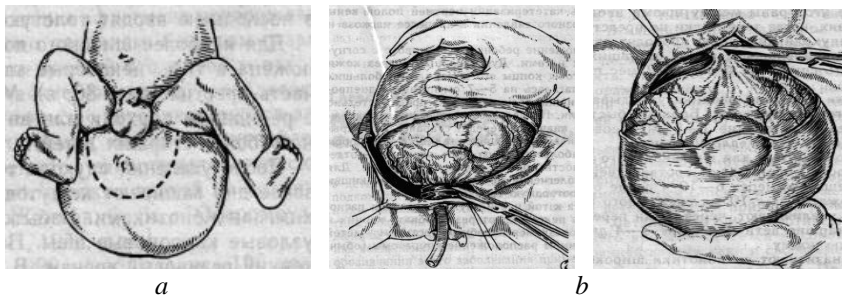


Fig. 3 (a, b). Tratament chirurgical (schemă).

Care este atitudinea postoperatorie?

Postoperator, este important să fie efectuate măsuri complementare terapiei chirurgicale, pentru consolidarea rezultatelor și profilaxia complicațiilor.

Se recomandă:

- continuarea reechilibrării hidro-electrolitice și acido-bazice, cu menținerea parametrilor biologici la valori stabile;

- tratament antibacterian;
- educație pentru reluarea tranzitului intestinal;
- prevenirea complicațiilor chirurgicale generale (septice, pulmonare etc.).

Prognostic

Prognosticul este favorabil în tumorile benigne. Dacă pe parcursul a 2 ani tumora nu a recidivat, copilul se consideră sănătos.

În tumorile maligne prognosticul este discutabil.

Ce măsuri trebuie să luăm pentru a îmbunătăți supraviețuirea?

1. Diagnosticarea prenatală a teratomului sacrococcigian.
2. Recunoașterea cât mai devreme a timpului adecvat pentru operație la prematuri și la cei cu anomalii asociate.
3. Refacerea primară folosind tehnici chirurgicale moderne.
4. Evaluarea postoperatorie conform schemei: prima dată – după 2 luni de la operație, apoi după 4 luni. În următorii 3 ani – la fiecare 6 luni.

Bibliografie

1. Sabetay Corneliu. *Patologie chirurgicală pediatrică*. P. 658.
2. Boia Eugen, Boia Mărioara. *Urgențe chirurgicale neonatale*. Timișoara, 1995, p. 286.
3. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. *Детская хирургия*. Санкт-Петербург, 1997, с. 392.