

DISPLAZIA NEURONALĂ INTESTINALĂ TRANZITORIE LA PREMATUR CU RETARD SEVER: PREZENTARE DE CAZ

Maria Bejireanu¹, Jana Bernic², Aliona, Pisarenco¹,
Veaceslav Boian¹

¹Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova

²Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Natalia Gheorghiu”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. Displaziile neuronale intestinale tranzitorii (DNIT) sunt afecțiuni rare, caracterizate prin tulburări de dezvoltare a sistemului nervos enteric. Preponderent la prematuri, considerată o entitate reversibilă, datorită maturității progresive a plexurilor mezenterice și submucoase. Diagnosticul dificil, mimează boala Hirschsprung sau enterocolita necrozantă. **Scop.** Evidențierea particularităților clinice, diagnostice și medico-chirurgicale ale displaziei neuronale intestinale tranzitorii la prematur cu retard sever. **Material și metode.** Analiza datelor clinice, paraclinice și histopatologice la un prematur cu retard neuro-psiho-motor sever și simptomatologie obstructivă digestivă precoce. Evaluare prin examen clinic, investigații imagistice, manometrie anorectală și biopsie rectală. **Rezultate.** Băiat, SIII, NIII, 30S/G, m-1550 gr, L-39 cm, perimetre PC/PT/PA: 31/25/21 cm, sc. Apgar 7/8, cu circulară triplă de cordon. Postnatal stază gastrică, balonarea abdomenului, lipsa scaunului, doar după clister evacuator la a 3 zi, intoleranță alimentară, cu alimentație parenterală >1,5 luni și dezvoltarea herniei inghinoscrotae bilateral. La 1,5 luni prin *laparotomie, visceroliza, cura herniei inghinale bilateral*. Postoperator dinamică negativă cu sindrom ocluziv progresant. La a 12 zi, relaparotomie – aplicarea enterostomei terminale cu biopsie de intestin subțire și colon. Examenul histopatologic – plexurile nervoase Meisner solitari, plexurile Auerbach cu hiper celularitate glială și redusă neuronală, angioectazii vasculare disperse. Postoperator pasajul intestinal reluat, alimentat enteral deplin. La 3 luni – înlăturarea enterostomei, refacerea continuității tractului digestiv. Evoluție pozitivă, dezvoltare conform vârstei. **Concluzii.** Managementul prematurilor cu DNIT impune o abordare individualizată și multidisciplinară. Intervențiile chirurgicale timpurii, susținerea nutrițională adecvată și monitorizarea postoperatorie sunt esențiale pentru supraviețuirea și dezvoltarea copilului. **Cuvinte cheie:** displazie neuronală intestinală tranzitorie, prematur, motilitate intestinală, enterostomia temporară.

TRANSIENT INTESTINAL NEURONAL DYSPLASIA IN A PREMATURE INFANT WITH SEVERE RETARDATION: CASE REPORT

Maria Bejireanu¹, Jana Bernic², Aliona, Pisarenco¹,
Veaceslav Boian¹

¹Mother and Child Institute, Chișinău, Republic of Moldova

²Natalia Gheorghiu Department of Pediatric Surgery, Orthopedics and Anesthesiology, Nicolae Testemițanu University, Chișinău, Republic of Moldova

Introduction. Transient intestinal neuronal dysplasia (TIND) is a rare condition characterized by developmental disorders of the enteric nervous system. It occurs predominantly in premature infants and is considered reversible due to the progressive maturation of the mesenteric and submucosal plexuses. Diagnosis is difficult, as it mimics Hirschsprung's disease or necrotizing enterocolitis. **Purpose.** To highlight the clinical, diagnostic, and medical-surgical particularities of transient intestinal neuronal dysplasia in premature infants with severe retardation. **Material and methods.** Analysis of clinical, paraclinical, and histopathological data in a premature infant with severe neuropsychomotor retardation and early obstructive digestive symptoms. Evaluation through clinical examination, imaging investigations, anorectal manometry, and rectal biopsy. **Results.** Boy, SIII, NIII, 30S/G, m-1550 g, L-39 cm, PC/PT/PA perimeters: 31/25/21 cm, Apgar score 7/8, with triple cord entanglement. Postnatally, gastric stasis, abdominal bloating, lack of stool, only after an enema on the third day, food intolerance, with parenteral nutrition >1.5 months and development of bilateral inguinoscrotal hernia. At 1.5 months, laparotomy, viscerolysis, bilateral inguinal hernia repair. Postoperative negative dynamics with progressive occlusive syndrome. On day 12, relaparotomy – terminal enterostomy with small intestine and colon biopsy. Histopathological examination – solitary Meisner nerve plexuses, Auerbach plexuses with glial hypercellularity and reduced neuronal activity, scattered vascular angioectasias. Postoperatively intestinal passage resumed, fully enteral feeding. At 3 months – removal of enterostomy, restoration of digestive tract continuity. Positive evolution, age-appropriate development. **Conclusions.** The management of premature infants with DNIT requires an individualized and multidisciplinary approach. Early surgical interventions, adequate nutritional support, and postoperative monitoring are essential for the survival and development of the child. **Keywords:** transient intestinal neuronal dysplasia, premature, intestinal motility, temporary enterostomy.