

## OPȚIUNI DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE ÎN CHISTURILE MEZENTERIALE LA COPIL

Eva Gudumac, Irina Livșiț

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”

### Summary

#### *Options in diagnosis and treatment in mesenterial cysts in children*

Mesenteric cysts are a rare malformation of the abdominal cavity in children. In children, it affects equally both sexes. The diagnosis in most cases is only histological. Abdominal cavity cysts are often presents by the mesenteric cysts, especially of the small intestine. Mesenteric cysts classification is still under discussion. Mesenteric cysts clinics of is very poor and the children often go to the doctor when the formation reaches a large size, abdomen increases and its asymetry is determined visually or in case of complication (intestinal obstruction, formation's inflammation with or without symptoms of peritonitis). In some patients the cysts are found by accident during a routine ultrasound examination of different disease. Mesenteric cysts are treated surgically and consists of enucleation or resection of the part of the intestine along with the cyst, when the wall of the intestine is involved in the pathological process. The prognosis in most cases is favorable.

### Rezumat

Chisturile mezenterului reprezintă malformații rare ale cavității abdominale la copii. Afectează copii cu distribuție egală pe sexe. Diagnosticul în marea majoritate a cazurilor este strict histologic. Chistele abdominale mai frecvent sunt reprezentate de chisturi mezenterice în special cu implicarea intestinului subțire. Clasificarea formațiunilor chistice ale mezenterului este încă o chestiune dezbătută. Tabloul clinic al chisturilor mezenterice este foarte sarac și deseori copii se adresează la medic când formațiunea atinge dimensiuni mari, iar vizual este prezintă mărirea în dimensiuni și asimetria abdomenului sau în caz de dezvoltare a complicațiilor (ocizie intestinală, inflamația formațiunii cu sau fără semne de peritonită). La unii pacienți formațiunile chistice se depistează ocazional în timpul examinării ecografice de rutină sau în cazul altor maladii. Chisturile mezenterice sunt curabile prin tratament chirurgical și constă din enuclearea lor sau rezecția în bloc a chistului cu porțiunea intestinului implicat atunci când formațiunea este intim aderată la peretele intestinului. Prognosticul în marea majoritate a cazurilor este favorabil.

### Introducere

În ultimele două decade s-au făcut progrese importante în înțelegerea mecanismelor fiziopatologice implicate în formațiunile chistice abdominale și, în special, mezenteriale. Au intrat în practica curentă mijloace de diagnostic mai eficiente și se fac eforturi susținute în standartizarea managementului acestor afecțiuni în condițiile îmbunătățirii mijloacelor de terapie intensivă și implimentării tratamentului chirurgical miniinvaziv. Studiile denotă că prin termenul de formațiuni tumorale ale mezenteriei se înțelege orice afecțiune care se dezvoltă între cele două foițe ale mezocolonului indeferent de natura acestora, caracterul lor evolutiv, morfopatologic, etc. Chistul mezenteric este o colecție lichidiană acumulată în ulteriorul lui. Chistul mezenterului pentru prima dată a fost descris la autopsia unui copil în vîrstă de 8 ani de către anatomistul Florentin Benevieni în anul 1507. Rokitansky în 1842 pentru prima dată

descrie chistul hilod mezenterial, iar prima intervenție chirurgicală reușită pentru chistul mezenteric a fost efectuată de chirurgul francez Tillaux în anul 1880; în 1883 Pean a efectuat marsupilizarea unui chist mezenterial. În 1950 Beahr a devizat chisturile mezoului în patru tipuri:

- embrionale și de dezvoltare,
- posttraumatice sau dobândite,
- chisturi tumorale,
- chisturi infecțioase sau degenerative.

Cercetările recente relevă că chistul mezenteric este o malformație rară a cavității abdominale cu incidență estimată de 1:10000 printre afecțiunile copilului. Chistul de diverse dimensiuni poate fi localizat între foițele mezenterului, în centru, la rădăcina mezenterului sau aderă la peretele intestinal.

Așadar, chistele mezenterice pot fi depistate în orice porțiune a mezoului, dar mai frecvent, în 60% din cazuri, în mezoul intestinului subțire. Studiile arată că chistul se dezvoltă lent, atingând diverse dimensiuni. Chisturile mezenterice se întâlnesc de 5 ori mai frecvent decât cele ale omentului, iar la femei de 2 ori mai des decât la bărbați, pe când morbiditatea la copii constituie  $\frac{1}{3}$  din toți pacienții. Este demonstrat că copiii în vârstă 4 - 6 ani sunt afectați mai frecvent. Din punct de vedere embriologic etiologia chisturilor mezenteriale nu este încă bine cunoscută. Rămâne greu de explicat prezența diverselor varietăți ale afecțiunilor malformative, în special, care au la bază o displazie chistică a vaselor limfatice sau sunt rezultatul altor cauze complet diferite.

Chisturile mezenterice reprezintă formațiuni cu pereții subțiri, care nu au nici strat muscular și nici epitelial. Chisturile conțin un lichid seros, pe când cele ale jejunului - lichid hilio sau hemoragic.

Marea majoritatea a autorilor arată că formațiunile tumorale mezenterice pot fi chistice și solide, iar chisturile pot fi multicamerale, unicamerale, unice sau multiple.

Chisturile sunt prezentate prin trei tipuri:

- Chisturi dermoide de obicei uniloculare, cu pereți îngroșați și cu conținut seboreic;
- Limfoagioame chistice unice sau multiple, mai frecvent multiloculare, de o culoare albicioasă sau albăstrui, cu pereții subțiri, cu conținut seros sau lactescenț;
- Chisturi enteroide sau enterochistoame, de regulă uniloculare, de forma rotunjită sau tubulară, localizate juxtaintestinal și conțin lichid clar, pereții având aceeași structură cu cea a intestinului. Chistul poate fi continuu cu peretele intestinal sau poate fi inclus în peretele acestuia. Comunicarea chistului cu lumenul intestinal este prezintă în proporție de 20% din cazuri. Chistele mezenterului sunt asociate cu alte malformații ca atrezia intestinală, malrotația, imperforația anală, spina bifida anterioară etc. Afecțiunea este considerată ca o anomalie embrionară, diverticul sau dedublare a intestinului.

Tabloul clinic al chisturilor mezenterice este variabil și diagnosticul lor la toate etapele clinico-evolutive cât și a complicațiilor este dificilă.

Simptomatologia este dependentă de etapa clinico-evolutivă:

I etapă. Afecțiunea inițial se caracterizează prin lipsa semnelor clinice,

Etapa a II-a. sunt prezente acuze la dureri periodice abdominale, care simulează clinica apendicitei acute, ocluziei intestinale etc,

Etapa a III-a. Este cea critică în care simptomele clinice sunt rezultatul complicațiilor ca: ocluzia intestinală obturatorie, rupturile sau fisurarea chistului, supurația, hemoragia intrachistică, torsia chistului împreună cu ansa intestinală (volvulusul intestinal), aderențe la organele învecinate, tulburări de transit, etc.

La examenul fizic abdomenului chistul mesenteric poate fi mobil și formațiunea tumorală se va deplasa ușor în toate zonele cavității abdominale. Formațiunea dată poate avea conturi clare și netede, de regulă, mai frecvent sunt mobile chisturile mezoului intestinului subțire. La examenul abdomenului acesta este mărit în dimensiuni, dar formațiunea nu provoacă careva

discomfort pentru copil. Evolutiv odată cu creșterea chistului în dimensiuni se vor asocia vome repetate și durerile abdominale. Clinica ocluziei intestinale se va stabili destul de lent. În torsia chistului starea generală a copilului se va altera, durerile abdominale devin mai vii și intense, vomele vor fi frecvente.

Este demonstrat că chisturile mezenterice destul de frecvent pot mima clinica de apendicită acută, ocluzie intestinală, infecție intestinală, invaginație etc. Colectarea atentă a istoricului bolii, examenul ecografic, radiografia abdominală simplă pun în evidență o zonă de opacitate omogenă, sau prezența de lichide. Prin studiul ecografic poate fi suspectat limfomul chistic de diversă localizare fiind totodată și un diagnostic de prezumție. Tomografia computerizată și RMN a cavității abdominale pot confirma diagnosticul de chist abdominal.

Diagnosticul diferențial se va face în primul rând cu chisturile de mezou de altă genă, de tumorile solide (tumorile benigne: lipoame, neurinoame, mixoame, fibroame, leiomiome sau cele maligne: limfoame, adenocarcinoame, sarcoame etc), cu cele retroperitoneale sau de vezică urinară sau organe genitale etc.

Radiografia abdominală simplă în prezența unui chist de dimensiuni majore, ne indică la dislocarea anșelor intestinale, comprimarea intestinului învecinat, prezența nivelurilor hidroaerice, colecțiilor lichidiene, opacități etc.

Ecografia organelor abdominale ne indică la o formațiune lichidiană, bine delimitată cu pereții subțiri, care deseori conține septuri fine.

Tomografia computerizată a organelor abdominale cu angiografie concretizează țesutul din care provine formațiunea și permite diferențierea cu formațiunile chistice renale.

Examenul scintigrafic permite diferențierea cu chisturile coledocului.

Se cunoaște că pacienții cu chiste ale mezoului au un risc crescut de complicații la diferite etape clinico-evolutive.

Putem concluziona, că diagnosticul chistului mezoului este în funcție de localizare, gradul de dezvoltare al colecției lichidiene. Așadar, în perioada de debut practic diagnosticul clinic este imposibil întrecând nici un sindrom nu ne face să ne gândim cu cercetudine la o afecțiune abdominală, deoarece la etapa dată asistăm numai la unele tulburări funcționale. Simptomele digestive lipsesc și nu au nici ele nimic caracteristic. O dată cu creșterea chistului în dimensiuni el poate fi perceput la examenul clinic ( tumoră palpabilă, senzație de fluctuență, mobilitate, etc). Diagnosticul diferențial este dificil în hidronefroză, chistele rinichiului, glandei suprarenale, chistul hidatic, peritonită închistată, formațiuni tumorale chistice ovariene, pseudochistul posttraumatic al pancreasului, echinococoză peritoneală secundară, chistul splenic, duplicațiile de intestin, etc.

Când cu toate explorările clinico-paraclinice efectuate îndoiala persistă, se indică laparoscopia care permite atât precizarea diagnosticului cât și în unele cazuri aplicarea tratamentului. Prezența dificultăți și diagnosticul diferențial sugestiv între chistul mezoului și duplicației chistice al intestinului, deoarece ambele frecvent sunt intim legate la peretele intestinal. Duplicatura chistică intestinală are vascularizația, stratul muscular comun cu anșa intestinală apropiată și strat mucos bine diferențiat, ceea ce nu este caracteristic pentru chistul mezenchimal.

Sanctiunea terapeutică în chistele de mezou reprezintă excereza chirurgicală, dar cu risc major în funcție de localizarea și caracterul complicațiilor asociate. Enuclearea completă a chisturilor mezenterice reprezintă operația de elecție, iar în cazurile formațiunilor chistice gigante cu localizare în regiunea rădăcinii mezoului înlăturarea radicală devine imposibilă și astfel, intervenția va fi finisată cu excereza subtotală a chistului, drenarea cavității restante, capitonaj sau marsupializarea chistului.

Chistele mezoului sunt curabile numai prin tratament chirurgical. Următoarele posibilități terapeutice suprimarea chistelor mezenteriale:

1. Marsupializarea externă în cazul când starea gravă a pacientului nu permite efectuarea tratamentului radical sau chistul are localizarea la rădăcina mezoului, sau central, drenaj intrachistic extern;

2. Marsupilizarea internă (în ansa intestinală apropiată) se efectuează când chistul este localizat în rădăcina mezoului sau în prezența procesului aderențial agresiv difuz sau în inflamația peretelui chistic, drenaj extern peritoneal;
3. Chistectomie sau enuclearea este operația ideală prin care riscul recidivei este exclus, dar se va efectua când chistul se localizează la distanță de peretele intestinului;
4. Rezechția intestinului în cazul imposibilității aplicării enucleării chistului, în special atunci când chistul este intim aderat la peretele intestinului fiind și ultimul implicat în procesul patologic.

Toată aceasta gamă de intervenții poate fi aplicată în terapia chisturilor mezoului, așa cum reiese și din literatură de specialitate.

Prezintarea pe scurt observația clinică care ni s-a părut mai sugestivă: Pacienta **N.** în vîrsta de 10 ani, se prezintă în mod urgent în aprilie 2012 în spitalul raional cu acuze la dureri abdominale. Examenul ecografic decelază o formațiune chistica abdominală. Ulterior copilul a fost transferat în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”. Obiectiv la internare: pacient conștient, cooperant, afebril, starea generală de gravitate medie, acuze la dureri periodice abdominale preponderent în etajul inferior pe stînga. Abdomenul ușor distensiat, asimetric, fără defans muscular, sensibil la palpate în etajul inferior, unde se determină o formațiune tumorală de consistența elastică, bine delimitată, rotundă, mobilă. Simptomele de excitare a peritoneului negative. Copilul nu prezintă dereglări de micție sau defecație.

**Grupa de sînge** B(III), Rh pozitiv;

**Hemoleucograma:** hemoglobină – 119g/l; eritrocite – 3,9; hematocrită – 0,35; leucocite – 8,7; nesegmentate – 12; segmentate – 40; eozinofile – 6; limfocite – 46; monocite – 6; VSH – 6, trombocite -454, timpul coagulării – 4<sup>15</sup>.

**Biochimia sîngelui:** proteina totală – 75 g/l; bilirubină – 7,3-0-7,3; ALT -0,46; AST – 0,3, calciu – 5,7, natriu – 139; caliu- 2,32, clor – 94,6; Fe – 11,4; Mg – 0,84; protrombina - 92%; fibrinogenul – 2,2 g/l.

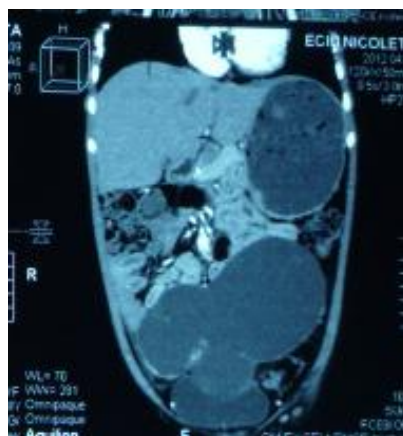
**Analiza sumară a urinei:** culoare – galbenă, transporeță, reacția acidă, proteine – negativ, epiteliu plat 2-3 în câmpul de vedere, leucocite 2-4 în câmpul de vedere, săruri –oxalați puțin.

Ecografia abdominală a decelat o formațiune chistică deasupra vezicii urinare cu dimensiunile de 127x51 mm, cu conținut lichid și cu multiple septuri (**Fig.1.**)



**Fig.1.** Ecografia pacientului N. preoperatorie

Tomografia computerizată multisețională a cavității abdominale în faza nativă și arterială pune în evidență o formațiune chistică multiloculară cu densitatea 12-17UH, care nu captează substanța de contrast, capsula ei subțire – 1,3-1,5mm. și captează intensiv substanța de contrast, contur boselat, clar. Dimensiunile chistului 15x12x8,3cm, deplasează intestinul subțire anterior și lateral, iar vezica urinară anterior. (**Fig.2.**) Se determină contrastarea suficientă a aortei abdominale și a ramificațiilor ei, a bifurcației, precum și vena cava, vena portă și aferențele lor.



**Fig.2.** pacientul N. Tomografia Computerizată cu angiografia

Ficatul – forma și poziția obișnuită, dimensiunile 10,5x17,0x9,4cm., structura omogenă, densitatea 50-70UH. Focare patologice nu se determină, căile biliare intra- și extrahepatice nu sunt dilatate. Vezicula biliară nu-i plină, de forma obișnuită, contur net, fără formațiuni intralumenale. Pancreasul -poziție obișnuită, cu dimensiunile: cap – 2,4cm., corp – 1,9mm., coada – 1,6mm., structura omogenă, densitatea 30-38UH. Splina cu forma neschimbată, dimensiuni 7,0x3,8x3,0cm., contur net, structura omogenă, densitatea 40UH. Suprarenale cu dimensiuni și forma obișnuită, structura omogenă, densitatea 30UH. Formațiuni sau focare patologice nu au fost depistate. Rinichiul drept de dorma și poziție obișnuită, dimensiunile- 7,3x4,3x5,4cm., contur net. Sistemul pielocaliceal este structurat, conturi regulate. Rinichiul stîng de forma și poziție obișnuită, dimensiunile – 8,0x4,0x4,8cm., contur net. Sistemul colector fără modificări patologice. Stratul corticomedular este neschimbat bilateral. Se evidențiază o bună diferențiere a parenchimului renal. Vena portă – 13mm, vena cavă inferioară – 20mm., vena lienală -7mm., aorta abdominală – 20mm, segmentul infrarenal al aortei abdominale -16mm. artera renală dreapta – 4,5mm, sînga – 46mm. ganglionii limfatici paracavali și paraaortali nu sunt măriți. Lichid liber intraabdominal nu se evidențiază.

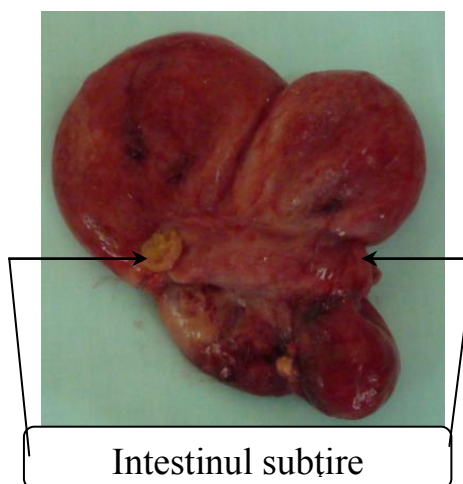
**Concluzie:** Formațiune chistică multiloculară intraabdominală, posibil de origine din mezou.

După pregătirea preoperatorie, sub anestezie oro-traheală, s-a intervenit chirurgical - laparotomie mediană inferioară. La deschiderea cavității abdominale s-a eliminat lichid seros fără culoare și miros. La revizia organelor abdominale la distanța de 30-35cm. de la ligamentul Treitz s-a găsit o tumoră chistică voluminoasă, multicamerală, care se localiza pe mezenterul intestinului subțire cu dimensiunile 8x6x5cm., conținând un lichid de culoare galbuie, nepurulent. (**Fig.3.**) La formațiunea chistică era aderat omentul, care parțial a fost rezecat.



**Fig.3.** pacienta N. (intraoperator)

Membrana chistului era translucidă, subțire. S-a procedat la o rezecție a intestinului subțire cu formațiunea multichistică a mezoului. Intestinul implicat în proces era ușor inflammat, hiperemiat pe o lungime de aproximativ 9-10cm.(**Fig.4.**) Restabilirea tranzitului intestinal s-a efectuat prin aplicarea anastomozei ileo-ileale latero-laterale. În mezou s-a introdus 10 ml. de Sol. Novocaini 0,25%, iar în cavitatea peritoneală 100 ml. 5% Sol. Acidi Aminocapronici și cavitatea peritoneală a fost drenată printr-o contrapertura separată în regiunea ileacă dreapta cu o lamelă de mânășă. S-au refăcut planurile anatomice și s-a aplicat pansament aseptice.



**Fig.4.** Pacienta N. (macropreparat)

Evoluția postoperatorie a fost simplă, favorabilă, pacientul prezentând toleranță digestivă bună.

**Examenul histopatologic** a confirmat diagnosticul de limfangiom cavernos-chistic multicameral al mezoului, cu implicarea parțială a peretelui intestinului subțire (ilion) și cu infiltrația limfo-histocitară în focar.

Postoperator hemoleucograma: hemoglobină – 104g/l; eritrocite – 3,3; hematocrită – 0,31; leucocite – 5,4; nesegmentate – 5; segmentate – 47; eozinofile – 5; limfocite – 40; monocite – 3; VSH – 5.

Examenul ecografic efectuat postoperator nu a decelat careva formațiuni patologice și lichid liber în cavitatea abdominală nu sau depistat.

Tratamentul conservator postoperator a inclus

- alimentația parenterală pe o perioadă de 3 zile;
- administrarea de fluide perfuzabile până la reluarea hidratării orale optime;
- antibioterapie intravenoasă minim 3 zile, urmată de antibioterapie pe calea orală;
- inhibitori de pompă de protoni intravenos, apoi per os minim 30 de zile;
- antialgice, sedative, prokinetice intestinale, antihipoxante, etc.

Sonda gastrică a fost suprimată la 12 ore postoperator.

Rehidratarea orală cu lichide clare (ceai, apă, supe, compot) s-a început la 72 de ore, urmată de lactate degresate. Alimentația enterală s-a reluat în prezența tranzitului pentru gaze, materii fecale. Pacientul a fost externat la a 8-a zi postoperator în condițiile în care a fost stabil hemodinamic, afebril, se mobiliza activ, avea toleranță digestivă optimă, tranzit intestinal prezent, plaga postoperatorie în curs de cicatrizare.

### Discuții

Am prezentat cazul clinic care ne-a părut mai semnificativ prin evoluție sa, prin modul de manifestare, împră când cele mai polimorfe expresii clinice: de la absența tabloului clinic a

suferinței date (limfangiom congenital) pînă la evoluția cu simptome de comprimare de intestine. Laparotomia a adus clarificarea respectivă și a reclamat cura operatorie. Studiile disponibile confirmă faptul că limfangiomul este o tumora benignă congenitală, care se referă la grupa dizembrioplazilor cu o incidență de la 5 la 10% din toate tumorile benigne la copii. Limfangioamele intraabdominale clinic se manifestă la o vîrstă fragedă chiar la sugari, și în 90% din cazuri pot fi diagnosticate înaintea vârstei de doi ani. După datele N.Anderson și J.Kennedy, 75% din limfangioame sunt localizate în regiunea cervicală, 20% - în regiunea subaxilară, 2% - intraabdomenală și retroperitoneală, 2% - afectează membrele și oasele, 1% - mediastinul. În 63% din toate limfangioamele, care sunt localizate mai inferior de diafragm, sunt situate în flangul stîng al abdomenului. În pofidă naturii sale benigne aceste formațiuni tumorale au o creștere infiltrativă și pot recidiva. Limfangioamele pot fi simple, cavernoase și chistice (Rauch 1959). Limfangioamele chistice constau din una sau cîteva formațiuni chistice cu un diametru de 0,3-15 cm, deseori pot comunica între ele. Histopatologic suprafața interioară a chistului este captușită de obicei de endoteliul și peretele conține țesut conjunctiv dens. Există și o grupă separată așa numitele – limfangioame mixte, care, în structura lor morfologică conțin și elemente ale altor tipuri de tumori ca limfhemangiomul, limfangiofibromul, etc. Limfangiomul cu sediul abdominal poate comprima organele învecinate cu dezvoltarea clinicii de ocluzie intestinală (sindrom ocluziv), hidronefroza secundară, etc. Limfangiomul cavernos este predispus la recidivare. Diagnosticul de limfangiom va fi confirmat prin ecografie, tomografia computerizată, RRM.

Tratamentul limfangiomului este cel chirurgical și constă în excizarea lui totală în formele chistice, iar în cel cavernos, cînd este intim aderat la țesutul adiacent va fi excizat subtotal cu suturarea țesuturilor restante sau diatermocoagularea. În cazuistica noastră a fost posibil de a înlătura limfangiomul chistic cu rezecarea segmentară de ilion și cu derivație ileo-ileală.

### **Concluzii**

1. Chistele mezenterice sunt entități clinice rar întîlnite la copil și în marea majoritatea sunt congenitale, dar care au cîștigat în ultimii ani o incidență în creștere. Aceasta este relativă, datorîndu-se depistărilor ecografice, computer tomografiei, RMN;
2. Manifestările clinic ale chisturilor mezenterice sunt nespecifice, iar în ciuda modalităților de diagnostic, diagnostic diferențial rămîn încă o afecțiune cauzătoare de complicații și de invaliditate. Marea majoritate a acestor chisturi sunt asimptomatice, constituind descoperiri întîmplătoare;
3. Semnul obiectiv dominant este palparea tumorii care depinde de dimensiunile chistului, de faza clinico-evolutivă, de gradul de deformare a peretelui abdominal, a anselor intestinale, altor organe, etc;
4. Dintre explorările paraclinice cele mai utile sunt ecografia abdominală, tomografia computerizată, RRM, cît și explorările cu izotopi, cele histopatologice, etc;
5. Tratamentul de elecție în chisturile mezenterice este cel chirurgical și depinde de dimensiunile, localizarea leziunii în mezenter, caracterul complicațiilor. Tratamentele chirurgicale în fazele precoce ameliorează radical prognosticul;
6. Opțiunile terapeutice ale limfangiomului chistic al mezoului variază în funcție de localizare, intervalul de la debutul simptomatologiei și inițierea tratamentului, caracterul complicațiilor gradul de rezacibilitate chirurgicală, etc. În limfangioamele cu localizare centrală în mezou, drenajul prelungit poate avea efecte salutare, utilizînd și soluții hipertone sclerozente pentru tratamentul endocavitar. Scopul este de a distruge capacitatea secretorie a epiteliu chistic;
7. Examenul histologic al piesei este obligatoriu;
8. Controalele tardive se vor efectua în perioade cuprinse între 6 luni și 3 ani, avînd ca scop de a verifica stabilitatea și eficiența rezultatului în timp.

## **Bibliografie**

1. Fane Ghelase, Ion Ceorgescu, Răducu Nemes, București, „Chirurgie generală”, 1999;
2. Eva Gudumac, Veaceslav Babuci, Alexandru Jalbă, Virgil Petrovici, Jana Bernic, Marcel Grăjdieru „Chisturile mezenterice gigante la copil”// Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, 3(12)2007, Chișinău, 2007;
3. Gudumac Eva, Babuci V., Petrovici V „Formațiunile chistice la copii”, Chișinău, 2008Булдаков В.Ф., Шерман С.В., Галятина Е.А., Гаврилов А.В. «Мезентериальная киста у ребенка 8 лет»//Мать и дитя, №2,2005;
4. Литовка В.К., Латышов К.В., Литовка Е.В. «Наблюдение бессимптомного течения лимфангиомы брыжейки кишечника у ребёнка» // Питання дитячої хірургії, інтенсивної терапії і реанімації у практиці педіатра, 3(30) 2011;

## **LIMFOMUL NON-HODGKINIAN AL INTESTINULUI LA COPIL.**

**Eva Gudumac, Irina Livșiț**

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”

### **Summary**

#### ***Bowel lymphoma non-hodgkin in children***

This article presents an observation of a patient with clinical and imaging dates of abdominal tumor with intestinal lesions, which caused the development of intestinal obstruction syndrome. The tumor was removed by laparotomy, resection of the intestinal segment bearing a tumor. The article discusses the incidence of these tumors, the difficulty of preoperative diagnosis and the possibility to determine histological type.

### **Rezumat**

Este prezentată observația unui pacient cu semne clinice și imagistice de tumor abdominal cu afectarea intestinului, care a dezvoltat un sindrom – ocluziv intestinal. Tumora a fost extirpată prin laparotomie, rezecție de segment intestinal cu tumora dată. Se discută incidența acestor tumori, dificultățile diagnosticului preoperator și posibilitățile explorărilor histologice.

### **Introducere**

Limfoamele maligne ocupă la copil locul al 3-lea ca frecvența, după leucemii și tumorile cerebrale. Conform clasificării ele pot fi hodgkiniene și non-hodgkiniene. Ele reprezintă o proliferare celulară malignă a țesutului limfo-histiocitar.

Limfomul non-Hodgkinian (LNH, limfosarcom) reprezintă o grupa eterogenă de tumori maligne ale sistemului limfoproliferativ, ale țesutului reticulo-limfocitar (mai exact, ale sistemului imun), care se deosebesc între ele clinic, morfologic, imunofenotipic și prin răspunsul la chimioterapie. Totodată ele reprezintă tipuri diferite ale tumorilor maligne. Această grupă include peste 30 de patologii înrudite. În ultimii ani incidența limfomului non-Hodjkinian are o tendință de creștere. Astfel, în țările dezvoltate s-a raportat o creștere pe parcursul ultimilor 20 de ani peste 50%. Copii și adolescenți sunt afectați în mai puțin de 5% din toate limfoamele non-Hodgkiniane, dar mai des de limfoame agresive.

Incidența la populația infantilă în vârstă de până la 15 ani constituie 1:700 - 750. Limfomul non-Hodgkinian constituie 7-8% din toate tumorile la copil. Morbiditatea maximă se înregistrează la copiii de la 3 până la 9-10 ani și mai frecvent sunt afectați băieții. Numai 10% din toate limfoamele non-Hodjkinian se întâlnesc la copiii în vârstă de până la 3 ani, fiind afectate mai frecvent fetele.