

5. Дергачев И.С., „Уродства и аномалии развития внутренних органов новорожденных и грудных детей”. Многотомное руководство по патологической анатомии. – М.: Медгиз, 1960.
6. Калмин О. В., Калмина О.А., „Аннотированный перечень аномалий развития органов и частей тела человека”: Учебно-методическое пособие. Пенза: Изд-во ПГУ, 2000.
7. Калмин О.В. et al., „Аномалии развития органов и частей тела человека”. Саратов, Изд-во СГМУ, 1999.
8. Клосовский Б.Н., „Уродства, пороки и задержка развития мозга // Многотомное руководство по патологической анатомии”. М.: Медгиз, 1962, Т. 2.
9. Козлова С.И. et al., „Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование”. Изд. 2-е: Москва, “Медицина”, 1996.
10. Лазюк Г.И. et al., „Наследственные синдромы множественных врожденных пороков развития”. М.: Медицина, 1983.
11. Лазюк Г.И., Черствой Е.Д., „Основные этиологические группы врожденных пороков развития и некоторые вопросы диагностики и патогенеза”. Архив патологии, 1986, № 9.
12. Сперанский В.С. „Анатомические варианты и аномалии черепа человека: Аннотированный перечень”, Саратов, 1993.
13. Лазюк Г.И., *Тератология человека*. Руководство для врачей., М.: Медицина, 1991.
14. Ромеро Р., Пилу Д., Дженти Ф., „Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода”, пер. с англ., М.: Медицина, 1997.
15. Станек И., „Эмбриология человека”, Пер. со словац. Братислава: Изд-во Словацкой Акад. наук «Веда», 1977.

RECTOCOLITA NESPECIFICĂ ULCEROASĂ LA SUGARI

(caz clinic)

Ala Slobozeanu¹, Tatiana Raba², Ludmila Vocearova¹, Maria Neaga³, Tatiana Macaleț²

Catedra Pediatrie Nr. 1 USMF „Nicolae Testemițanu”¹

IMSP Spitalul Clinic Republican pentru Copii „Em. Coțaga”²

IMSP Spitalul Clinic Municipal de boli infecțioase pentru copii³

Summary

Nonspecific ulcerative rectocolitis in infants

This article deals with clinical evolution of the diagnosis and properties of nonspecific therapy in infants. The development, stages of difficult diagnosis and principles of etiopathogenetic therapy as well as symptomatic ulcerous rectocolitis in infants are demonstrated based on a clinical case.

Rezumat

În această lucrare este reprezentat diagnosticul clinico-evolutiv și proprietățile terapiei nespecifice la sugar. Pe baza unui caz clinic este demonstrată evoluția, etapele diagnostice dificile și principiile terapiei etiopatogenetice și simptomatice ale rectocolitei ulceroase la sugari.

Actualitatea temei

Rectocolita nespecifică ulceroasă (RNU) la copiii sugari se întâlnește foarte rar. RNU este o maladie inflamatorie cronică nespecifică a intestinului gros cu afectare preponderentă a părții terminale a colonului – rectul, cu caracter ulcero-purulent [6]. În unele cazuri severe procesul inflamator poate să se extindă pe toată suprafața mucoasei intestinului gros cu dezvoltarea pancolitei. RNU poate evolua cu perioade de remise, uneori îndelungată. În Franța se estimează în jur de 40 000 de persoane afectate de această maladie, dintre care 4% sunt copii de vârstă

mică și adolescenți [3]. Maladia afectează în măsură egală ambele sexe. Raportul RNU către boala Crohn este de 1:10 [7]. Mortalitatea în colita ulceroasă la copii după datele O.A. Kanșina și N.N. Kanșina (1999) e de 1,4%.

Etiopatogenia rectocolitei ulceroase este încă necunoscută. S-au făcut numeroase studii, dar încercările de a-i găsi o etiologie bacteriană, alergică, imunitară sau enzimatică au rămas neconfirmate. Deși nu există certitudine, se admite ca unii factori ca cel genetic, infecțios, enzimatic, psihosomatic și imunologic, pot interveni în instalarea și dezvoltarea bolii. Factorul genetic este acreditat de incidența familială crescută a rectocolitei ulcero-hemoragice. Este probabil expresia unei hiperreactivități familiale crescute a mucoasei colonului față de diferiți factori. S-a constatat că există predispunere ereditară, legată de cromozomii 6X și 12X și de antigenul HLA – B5, DR2, B27, B35 și A24.

Factorul infecțios este controversat. Deși antibioticele cu spectru larg sunt ineficiente în puseu, este totuși incontestabil faptul ca infecția nespecifică reprezintă un element important în întreținerea și dezvoltarea leziunilor inflamatorii [2]. Este demonstrat ca factorul enzimatic intestinal joacă rol important în îndepărtarea sau digerarea mucusului protector. Este justificată importanța factorului psihosomatic prin existența unor stări conflictuale în etapa premergătoare primului puseu al maladii [7].

În ultimele decenii tot mai frecvent este incriminată geneza mecanismelor imune și, în special, a celor autoimune în dezvoltarea RNU cu decelarea la acești bolnavi a anticorpilor autoimuni anticolon [7]. Cea mai frecventă complicație a RNU este pseudopolipoza, care reprezintă de fapt starea precanceroasă propriu-zisă. Se pare că cel mai mare factor de risc pentru dezvoltarea cancerului intestinului gros este rectocolita totală și evoluția îndelungată a maladii [4].

Scopul lucrării

Prezentarea unui caz de rectocolită nespecifică ulceroasă la un copil sugar în vârstă de 10 luni și elucidarea dificultăților clinico-diagnostice și terapeutice.

Materiale si metode

Pacientul A.G., 11 luni, de gen feminin, care a fost transferat în secția de malnutriție a IMSP SCRC „Em. Coțaga” din Spitalul Municipal de Boli Infecțioase or. Chișinău unde s-a aflat la tratamente repetate pentru sindromul de diaree persistentă. Deoarece examenul clinico-paraclinic și imuno-serologic efectuat a exclus geneza infecțioasă a diareii, dar la copil persistau scaunele frecvente până la 10-12 ori/24 de ore, periodic cu elemente muco-sanguinolente, copilul continua să refuze alimentarea, s-a instalat staționarea curbei ponderale cu diagnosticul de „Enterocolită ulceroasă cronică, dismicrobism intestinal (Enterobacter agromerans), malnutriție gr. I, anemie de gr. II, infecție a cailor urinare” a fost realizat transferul pentru examinări suplimentare și corecții ale tratamentului.

Rezultate obținute

Starea generală a copilului la internare - gravă, cu subfebrilitate persistentă, negativism la examinarea clinică, agitație, capricios, fără vome, apetit și sete păstrată. Examenul obiectiv a constatat la internare deficit de greutate 11%, tegumente uscate, palide, turgorul elasticității scăzut, mucoasa cavității bucale umedă, limba saburată, istmul faringian roz, fără depuneri. Fontanela mare 1,5x1,5 cm., respirație aspră, frecvența 36/min, raluri nu s-au depistat, zgomotele cardiace ritmice cu FCC 146/min, atenuate, suflul sistolic la apex. Abdomenul la palparea superficială excavat și sensibil în regiunea proiecției sigmei. Ficatul proiemină cu 2,0 - 2,5 cm sub rebordului costal drept, splina fără proieminare. Scaune sangvinolente, cu mucus și puroi, cu tenesme și diaree, cu frecvența de 7-8 ori/ 24 de ore.

Conform antecedentelor maladii copilul de la naștere prezenta crampe abdominale, cu stări periodice de agitație. Fiind alimentat la sân, de la vârsta de 3 luni i se introduce în alimentare biscuiți din făină de grâu, la 5 luni apar primar scaune cu strie de sânge după diversificare alimentării cu terci din legume, însoțite de febră 38,⁰C și vomă fără semne catarale ale cailor respiratorii timp de 3 zile. După efectuarea tratamentului ambulator cu Co-trimoxazol,

Creon starea generală a copilului s-a ameliorat, scaunele au devenit păstoase fără eliminări muco-sangvinolente cu o frecvență de 2-3 ori/zi.

La vârsta de 7 luni și 3 săptămâni starea copilului repetat s-a agravat cu reapariția febrei până la 38,5-39 °C fără semne de infecție respiratorie acută, vomă repetate timp de 3 zile, scaune frecvente până la 7-8 ori/zi cu mucus. Fiind tratat ambulator, la 5-a zi de maladie au apărut scaune diareice cu mucus și strie de sânge în cantități mici. A primit ambulator terapia antibacteriană cu Zinacef timp de 5 zile i/m, Enterofuril, Pancreatin, Bactisubtil, Creon, dar starea generală a copilului se agrava, cu instalarea scaunelor frecvente până la 15-20 ori/24 ore însoțite de tenesme, mucozități și strie de sânge. A fost spitalizat în SCM Boli Infecțioase pentru Copii din or. Chișinău cu diagnosticul de „Gastroenterocolită acută cu S. aureus, forma gravă. Anemie gr. I - II. Infecție a căilor urinare?”. După tratamentul efectuat starea generală s-a ameliorat, dar persistau scaunele dese 7-8 ori/zi, cu tenesme, mucus și strie de sânge a fost externat pentru continuarea tratamentului dietetic cu Nan fără lactoză și cel medicamentos în condiții de ambulator. Peste 5 luni de zile de la ultima externare în alimentarea copilului a fost introdus laptele de vaci, s-a fost observată o diminuare a frecvenței scaunelor până la 2-3 ori/24 ore, de consistență păstoasă și fără strie de sânge. Peste 8 zile starea generală a copilului s-a agravat, cu reapariția febrei de etiologie nedeterminată, scaune sangvinolente, cu mucus, puoi în cantități mari, cu o frecvență de 8-10 ori /24 ore, cu pierdere în greutate ponderală, după care a survenit reinternarea în mod urgent în SMCBI. După inițierea tratamentului antibacterian și simptomatic, din motivele persistenței sindromului hemoragic și lipsa efectului tratamentului indicat a fost solicitată consultația chirurgului-pediatru și efectuată rectoromanoscopia diagnostică. În rezultatul examenului endoscopic s-a constatat lumen intestinal pe tot parcursul porțiunii examinate fără tonus modificat. În mucoasa rectului și parțial al sigmei au fost determinate multiple ulceratii polimorfe acoperite cu hematină, mucoasa la palparea instrumentală ușor traumatizantă și ușor sângerândă. Mucoasa rectului cu edem nepronunțat, cu hiperemie și desen vascular îmbogățit. Concluzie: rectocolită erozivă. Pentru tratament etiopatogenetic copilul a fost transferat în secția de malnutriție a CSRC „Em. Coțaga”.

Anamnesticul vietii. A fost născut la termen de 40 săptămâni fără semne de asfixie, din I sarcină fiziologică, cu eminență de avort pe parcursul întregii sarcini, cu greutatea la naștere 3540 gr., talia 52 cm., a țipat deodată. Până la vârsta de 7 luni și 3 săptămâni dezvoltarea psihomotorie a copilului a fost corespunzător vârstei: a început a ține capul de la vârsta de 1 lună, a menține poziția așezat de la 5 luni, la vârsta de 3 luni au apărut primii dinți, a fost alimentat la sân până la vârsta de 9 luni. Vaccinare a fost conform calendarului. Curba ponderală este exprimată în fig.1., unde se atestă o diminuare a creșterii ponderală începând cu vârsta de 3 luni când apar primele încercări de a diversifica alimentarea copilului.

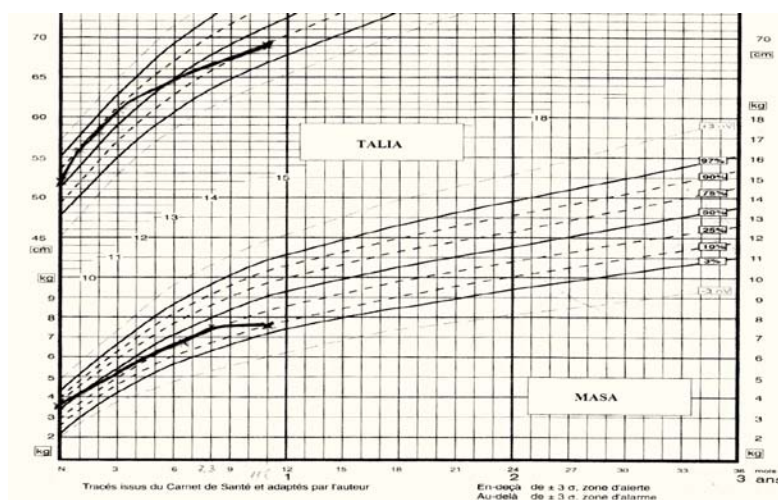


Fig.1. Dinamica masei corporale a copilului A.G. de la vârsta de 1 zi până la 11 luni.

În sângele periferic a fost constată anemia progresivă posthemoragică, leucocitoză de la moderată până la reacții leucemice cu deviere în stânga, limfocitoză moderată și viteza exagerat sporită a hematiilor. În hemogramă - anizocitoză, macro, micro, poichilocitoză ++; policromafilie -, hipocromie +++, prezența eritrocitelor în țintă 1-3 în preparat, Ht - 0,29%.

Examenul biochimic a determinat hipoproteinemie, nivelul Fe scăzut (3,0), iar cel imunologic hiper IgM 1,90 g/l (norma 0,51- 1,53 g/l), atunci când celelalte valori se aflau în limita normei.

Proteina C- reactivă – pozitivă 48 mg/ml. CIC – 100 un.(N- 76un.). Cercetarea sistemului de hemostază nu a constata modificări patologice: timpul activ de recalcificare 47 sec.(norma 40-70 sec.); indicele protrombinei 96% (norma 95-105%). Hemocultura la candida - negativ. În coprocultură a fost depistat *Staphylococcus aureus* 10⁵. Examinarea digecțiilor la candida nu a dat creștere.

Investigațiile instrumentale suplimentare au constatat următoarele: ultrasonografia abdominală - mărirea în volum a ficatului neînsemnat, schimbări reactive în pancreas, dilatarea și deformație neînsemnată a sistemul de calicele a rinichiului stâng. În baza datelor descrise mai sus a fost confirmat diagnosticul de bază de „Colită cronică ulceroasă nespecifică, forma medie- gravă. Malnutriție de gr. II. Anemie posthemoragică gr. II. Dismicrobism intestinal secundar de gr. I.”. S-a indicat tratamentul dietetic cu Alfare, regim fără gluten, deasemenea au fost administrate antiinflamatoare Salofalc în forme de clister apoi în formă de supozitorii în doza 250 mg/24 ore cu creșterea dozei pe parcursul tratamentului până la 375 mg, feriprive, biopreparate, simptomatice. La a 3-a zi de la spitalizare starea generală a copilului s-a agravat cu asocierea IRA și apariția apatiei, agitației, subfebrilității, rinoreei seroasă, tusei productive, refuzul alimentării, persistau scaunele de 3 - 4 ori, dar sangvinolente, cu mucozități și nefermentate. Cu scop diagnostic a fost efectuată radiografia cutiei toracice care a determinat un sindrom edematic și semne radiologice ale bronșitei, după ce a urmat administrarea terapiei antibacteriene cu Amoxiclav, Metronidazol. Lipsa efectului terapeutic se impunea discutarea problemei de administrare a terapiei hormonale cu Budesonid sau administrarea corticosteroidelor. Copilul a fost transferat în ICSOMC la supravegherea în comun de către chirurgul-proctolog pediatru și gastroentelolog.

Discutii

RNU la copilul inclus în studiu a debutat la vârsta de 3 luni și a coincis cu momentul introducerii în alimentare a biscuiților, fapt ce a declanșat primele manifestări clinice. Conform datelor de literatură, primul puseu durează de la 2 - 3 săptămâni până la 2 - 3 luni, apoi intervine o perioadă de liniște relativă, în care bolnavul mai are doar mici tulburări a stării generale. Puseul următor are o durată mai lungă, tangențial cu agravarea stării generale la pacientul nostru care a prezentat o stare de agaravre la diversificare alimentarii și introducerea laptelui de vaci. Evoluția maladiei la pacientul dat cu crampe abdominale, agitare, febra, sindrom de diaree sangvinolentă și purulentă, staționarea ponderală impune problema examinărilor bacteriologice pentru diferențierea cu maladiile infecțioase, acestea până la fine fiind excluse. Radiografia baritată a intestinului și rectoromanoscopia cu scop diagnostic la copilul de vârstă fragedă, mai cu seamă la cel de vârstă 3-6 luni deseori este neglijată și este privită de negativismul familiei copilului bolnav. Neefectuarea acestor exploarari de mare importanță diagnostică la copilul mic creează dificultăți în alegerea tacticii corecte a tratamentului, iar administrarea empirică a preparatelor antibacteriene și a remediilor simptomatice cu mecanism de suprapunere medicamentoasă deseori suferă eșec terapeutic. Constatarea multiplelor ulcerații polimorfe acoperite cu hematină, mucoasa traumatizată și sângerândă ușoară, fragilă „mucoasa plânge cu sânge” la palparea instrumentală este criteriul de bază pentru confirmarea diagnosticului de rectocolită ulceroasă nespecifică. În 46% de cazuri copiii ce suferă de colită cronică ulceroasă se dezvoltă anemia normo sau hipocromă. În scurt timp se instalează hipoproteinemia, hipoalbuminemia, hipergamaglobulinemia, scăderea concentrației de lipide generale, a colesterolinei, fosfolipidelor și beta-lipoproteidelor, sporirea cantității serice a acizilor grași nesaturați [5].

Biopsia rectosigmoidiană necesită multă prudență și se face doar când există o suspiciune la cancer intestinal, extrem de rar întâlnită la vârsta copilăriei. Coproculturile și sensibilitatea microbiană la antibiotice se fac sistematic și repetat, deoarece pe ele este bazată antibioterapia. Evoluția RNU la copii este gravă, cu perioade de acutizare din ce în ce mai lungi și mai accentuate, cu mers către cașexie și exitus, iar complicațiile sunt numeroase și pot să provoace chiar decesul copilului. Complicațiile intestinale acute apar mai ales în formele grave: colectazia acută este o dilatație enormă și brutală a intestinului și necesită o intervenție chirurgicală imediată; perforația colonului poate fi spontană sau după corticoterapie și impune un tratament chirurgical prompt; hemoragiile mari, brutale, dictează intervenția chirurgului și terapia intensivă. Complicațiile intestinale cronice survin mai ales în formele de lungă durată: abcesele și fistulele sunt foarte frecvente; stenoza intestinală este o complicație severă și poate surveni aproape în toate cazurile; poate să se realizeze cancerogeneza care este caracteristică pentru vârsta copilului adult sau a adultului, după o perioadă îndelungată a maladiei (4 - 6%).

Complicațiile extraintestinale ale RNU sunt și ele numeroase: hepatice, articulare, cutanate și ale mucoaselor, oculare, renale, rar - cardiovasculare; amiloidoza renală și hepatică, stări septică, polihipovitaminoze. Diagnosticul pozitiv se bazează pe aspectul scaunelor, pe alterarea stării generale, pe caracterul periodic progresiv și pe examenele paraclinice, în special rectosigmoidoscopia.

Actualmente tratamentul RNU este rezervat. Strategiile terapeutice includ asocierea tratamentului dietetic, medicamentos și chirurgical. Regimul dietetic în RNU la copii este dependent de vârsta copilului la care s-a declanșat boala. Regimul alimentar va înlătura toate alimentele iritante, laptele, glutenul, legumele și fructele bogate în celuloză, va fi bogat din punct de vedere caloric, având conținut suficient de proteine și vitamine. Se vor recomanda iaurtul, supe de zarzavat cu griș, orez, ouă moi, brânză de vaci, unt proaspăt, carne fiartă, pește slab, sucuri de fructe, dulciuri puțin concentrate, cartofi pușini, piureuri de dovlecei, morcovi, suficientă sare, și, la nevoie, adaos de clorură de potasiu.

Tratamentul medicamentos este de lungă durată și va consta în reechilibrare hidro-electrolitică, transfuzii cu sânge și plasmă la indicații clinice, perfuzii cu proteolizate, analgice, antibiotice, antiinflamatoare, imunosupresoare, pre și probiotice, polivitamine. Preferabile sunt medicamentele în formă de pliculețe per os sau în formă de supozitorii, clistere. Cele mai utile sunt mesalazina (Salofalk, Pentasa, Rowasa) sau corticosteroizii (Cortancyl, Budesonid, Solupred) care vor fi administrate pe o perioadă de 6 luni sau 2 ani. În caz de eșec terapeutic sau de dependență hormonală uneori pot fi indicate imunosupresoarele (Imurel, Neoral, Sandinun). Ținând cont de posibilele reacții la utilizarea pe termen lung a preparatelor sus indicate este necesară supravegherea pacientului la medicul gastroenterolog cu mare acuratețe, individualizarea dozelor preparatelor indicate sau anularea acestora. Tratamentul local prevede clistere medicamentoase, care pot conține: prednison 5-10 mg/clister, salazopirina, dermatolul, tanina, vitamine, tinctura de opiu, antispastice.

În unele cazuri tratamentul conservativ este ineficace și poate surveni necesitatea de implicații chirurgicale cu rezectarea colonului.

Concluzii

1. Primele semne clinice ale rectocolitei ulceroase nespecifice pot fi declanșate în primele luni de viață prin scaune diareice purulente și sanguinolente o dată cu diversificarea regimului dietetic, iar staționarea curbei ponderale este unul dintre semnele ce trebuie să fie în atenția majoră a medicilor de familie.
2. Modificările patologice ale mucoasei intestinului gros exprimate prin fragilitate a mucoasei, sângerare sangvinolentă la palparea instrumentală a mucoasei intestinale, confirmate prin examinări morfo - histologice în timpul rectoromanoscopiei diagnostice au importanță decesivă pentru RNU.
3. Strategiile terapeutice la copilul sugar cu RNU confirmat includ un regim dietetic individual, tratament antiinflamator cu mesalazină, iar la eșec terapeutic – administrarea corticosteroizilor și, sau a imunosupresoarelor.

4. La apariția complicațiilor RNU este necesară implicația chirurgicală.

Bibliografie

1. Ana – Maria Orban-Schiopu. Ghid practic de gastroenterologie. București, 1996
2. Ciofu Eugen, Ciofu Carmen „Esențialul în pediatrie” , București, 2002
3. Navarro J, Schmitz J. Gastroentérologie pédiatrique, 2ed : Paris ; 2000
4. Morson B.C.:Genesis of colorectal cancer. Clinical Gastroenterology.,1976
5. Shinya H.: Colonoscopy.diagnosis and treatment of colonic Diseases.:Igaku- Shoin,1982
6. Ревнова О. М.. Клинические аспекты целиакии у детей, Педиатрия N 5 ,2000
7. M. Miu „Aspecte evolutive în Boala celiacă” Jurnal Român de Pediatrie, Anul I, N 3/septembrie 2002

PARTICULARITĂȚILE MALNUTRIȚIEI LA PREMaturi

Eudochia Galușca

(Conducător științific: conferențiar universitar Ana Guragata)
Catedra Pediatrie Nr.1 USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Peculiarities of malnutrition in infants

The malnutrition in infants needs a prominence of the main parameters compromising the development of their weight and height. The evaluation of a group of 29 premature children with several degree of malnutrition indicate a maximum presence of malnutrition of children till 12 month(86%), a artificial feeding of infants(72%) among which 7 were twins(24%).

Rezumat

Malnutriția la prematuri necesită o evidențiere a principalilor indici ce compromit dezvoltarea staturo-ponderală a lor. Evaluarea celor 29 copii prematuri cu diferit grad de malnutriție a indicat prevalența maximă a ei la sugari pînă la 12 luni(86%), alimentați artificial(72%) dintre care și 7 copii din duplex(24%).

Actualitatea temei

Malnutriția - stare care rezultă dintr-un dezechilibru între necesarul organismului și aportul de nutrimente. Ea include supranutriția și subnutriția. Subnutriția ca formă aparte se caracterizează prin încetinirea sau stoparea creșterii pe o perioadă mai mare de o lună, cu o abatere de două deviații standart față de normalul vârstei sau cu o deficiență mai mare de 10% față de valorile medii pentru vîrstă.

Prematuritate – proces de întrerupere intempestivă a cursului sarcinii la o vîrstă prestațională cuprinsă între 22-36 săptămîni, rezultînd un nou-născut cu greutate de minim 500 gr și lungime de 25 cm.(OMS).

Prevalența malnutriției printre rîndurile prematurilor prezintă o continuitate a lanțului patologic apărut înainte de naștere, care variază în limite largi (2,5-30%) după Fl. Stamatina (București 1998), fiind un indicator al stării de sănătate.

Reprezentată drept cauză majoră din start, prematuritatea subliniază dezvoltarea staturo-ponderală în primele 12 luni, în special la cei alimentați artificial incorect (diluarea incorectă a amestecurilor adaptate, lapte de vaci, capre), divergența calitativă și cantitativă a alimentației, nelichidarea consecințelor prematurității. Elucidarea acestor factori inductori și favorizanți permite dezvoltarea satisfăcătoare pe parcursul perioadei de sugar.

Scopul lucrării

Aprecierea particularităților de evoluție ale malnutriției la prematuri.

Materiale și metode

Studiul s-a efectuat în secția Nr.3 de Malnutriție IMSP SCRC „Em.Coțaga”, pe un lot de 29 copii prematuri spitalizați în perioada anilor 2006-2007, în vîrstă de la 1 lună – 2 ani 4 luni, cu