

49. Яницкая М.Ю., Проклова Л.В., Бордиян С.Г. и др., К вопросу о ранней диагностике острого гематогенного остеомиелита у детей. // Материалы VI Российского Конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии», Москва, 2007, с. 332.

ASPECTE CLINICO-EVOLUTIVE A INVAGINAȚIEI INTESTINALE LA SUGAR

Natalia Andronic, Lilia Dogotari

(Conducător științific – Eva Gudumac, dr. hab., prof. univ., academician, Om emerit)

Catedra Chirurgie pediatrică USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Clinical and evolutionary aspects of the bowel intussusception in infants

The work represents a retrospective study of a group of 84 infants with bowel intussusception. The study includes the detailed analysis of the incidence, antecedences, clinical and evolutionary peculiarities of the bowel intussusception in children; as well as the identification of the factors that could influence the errors in the diagnostic and treatment of the bowel intussusception in children.

Rezumat

Lucrarea prezintă un studiu complex retrospectiv asupra unui lot de 84 sugari cu invaginație intestinală. Studiul include o analiză detaliată a incidenței, antecedentelor, particulari-tăților clinico – evolutive ale invaginației intestinale la copii; determinarea cauzelor, care ar influența erorile de diagnostic și tratament în invaginația intestinală la copii.

Actualitatea

Invaginația intestinală, telescoparea unui segment de intestin în segmentul imediat subadiacent, constituie una din formele complicate ale ocluziei intestinale acute la copil și până în prezent rămâne o problemă cu impact major asupra sănătății copiilor [1,3, 5]. Ocupând un loc important în cadrul patologiei chirurgicale urgente la copii, invaginația intestinală continuă să rămână o afecțiune de actualitate.[4, 6].

Studiile recente indică că până în prezent rămân discutabile și contraversate metodele de diagnostic și tratament a copiilor cu invaginație intestinal [2, 7].

Scopul studiului

Determinarea particularităților clinico - evolutive ale invaginației intestinale la copii în condițiile contemporane pentru a ameliora diagnosticul și rezultatele tratamentului.

Obiectivele studiului

- * studierea incidenței și particularităților clinico – evolutive ale invaginației intestinale la sugarii;
- * determinarea factorilor de risc în declanșarea și evoluția invaginației intestinale;
- * determinarea cauzelor, care ar influența erorile de diagnostic și tratament în invaginația intestinală la sugari

Material și metode de cercetare

Pentru realizarea scopului și obiectivelor trasate în actualul studiu s-a efectuat o analiză multilaterală prospectivă și retrospectivă a fișelor medicale a 84 pacienți cu vârsta cuprinsă între 2 luni 20 zile și 12 luni, cu invaginație intestinală, investigați și tratați în Centrul Național Științifico – Practic de Chirurgie Pediatrică “Natalia Gheorghiu” al Institutului de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului în perioada 2001 – .2008.

Au fost analizate dependența invaginației intestinale de vârsta, sexul copilului, localizarea mai frecventă a invaginatului. Studiul a inclus analiza antecedentelor, manifestărilor clinico – evolutive, metodelor de diagnostic și tratament a invaginației intestinale la copii.

Rezultate proprii și discuții

În Clinica Chirurgie pediatrică a CNPȘ “Natalia Gheorghiu” în perioada 2001 – 2008 s-au aflat la tratament 84 copii cu vârsta cuprinsă între 2 luni 20 zile și 12 luni cu invaginație intestinală, ce a constituit 97,6% din numărul sugarilor (copiii până la 12 luni) cu ocluzie intestinală dobândită în perioada analizată.

Repartiția pacienților după vârstă și sex este prezentată în *tabelul 1*.

Tabelul 1

Repartiția pacienților după vârstă și sex. (abs., %)

Vârsta / Sexul	2 – 4 luni	4 – 6 luni	6 – 8 luni	8 - 10 luni	10 – 12 luni	Total
Mascu - lin	4	16	24	9	7	60 (71,4%)
Feme – nin	1	6	11	4	2	24 (28,6%)
Total	5 (5,9%)	22 (26,2%)	35 (41,7%)	13 (15,5%)	9 (10,7%)	84 (100%)

Corespunzător datelor expuse în tabel incidența maximă a invaginației intestinale s-a înregistrat la vârsta de 4 – 8 luni - 57 (67,9%) copii.

Raportul masculin feminin a fost de 2,5 : 1, în favoarea sexului masculin: băieți au fost 60 (71,4%), fete - 24 (26,6%).

Pacienții au provenit în majoritate din mediul rural - 67 (79,8%) copii, din cel urban au fost 17 (22,2%) copii; 62 (73,8 %) copii au provenit din medii precare, copii neglijăți.

Incidența sezonieră a constatat o frecvență mai înaltă a invaginației intestinale în perioadele toamnă – iarnă și iarnă - primăvară (63,2% cazuri), ce poate fi explicat prin rolul favorizant în etiologia invaginației intestinale al virozelor, care produc adenite mezenterice, ce ar favoriza invaginația intestinală.

Datele referitor la tipurile invaginației (localizarea topografo – anatomică a invaginatului) au evidențiat localizarea: ileo – ceco – colică în 74 (88,1%) cazuri, ileo – ileală în 2 (2,4%), colo – colică în 3 (3,6 %) cazuri. La 5 (5,9%) copii au fost invaginate complicate cu 5 cilindri (3 copii) și cu 7 cilindri (2 copii). Deci, în lotul analizat a predominat localizarea invaginatului în regiunea ileo – ceco – colică.

Analiza datelor anamnestice a evidențiat că majoritatea bolnavilor s-au adresat la medicul de familie - 47 (55,9%) copii sau urgență – 32 (38,1%) bolnavi în primele 2 – 6 ore de la debutul bolii. La 73,5% copii au fost neglijate semnele anamnestice și clinice și s-au admis erori de diagnostic și tratament incorect.

Conform anamnesticii la sugari debutul invaginației intestinale a fost precedat de:

- modificări de alimentație – administrarea suplimentului, unui product nou (terci, biscuiți, fructe, legume, pâine, salam, apă gazoasă etc) la 66 (78,6 %) copii;
- boli diareice (1 – 7 zile) la 4 (4,8%) copii;
- viroze. 6 (7,1%) copii.

Doar la 8 (9,5%) copii nu sau depistat cauze ce au precedat debutul invaginației.

Intraoperator sau diagnosticat un șir de factori mecanici favorizanți ai invaginației intestinale la 49 (75,3%) copii (din 65 copii supuși tratamentului chirurgical):

- Lipsa de acolare a ceco – colonului la peritoneul posterior, ce –i crea o mobilitate sporită, favorizând astfel invaginația intestinului la 19 (22,6%) bolnavi;

- Persistența mezoului comun la 21 (25 %) copii;
- Lipsa de acolare a ceco – colonului la peritoneul posterior și persistența mezoului comun la 9 (10,7 %) copii.

Mărirea în dimensiuni a ganglionilor limfatici mezenterici, în deosebi în regiunea invaginatului, s-a depistat la toți bolnavii. La 52 (80%) copii (din numărul copiilor supuși tratamentului chirurgical – 65) în invaginat a fost implicat apendicele vernicular.

Majoritatea bolnavilor – 73 (86,9%) au fost transferați în Clinica de Chirurgie pediatrică din spitalele municipale sau raionale, 11 (13,1 %) sau adresat de sinestătător.

Invaginația intestinală a debutat brusc cu crize dureroase în plină stare de sănătate la toți (100%) copii, fiind indicat de părinți ora, caracterul acceselor dureroase, legătura cu alimen-tarea la 66 (78,6 %) copii. Durerile paroxistice, instalate brusc la 1,5 – 2 ore după alimentare, descrise de părinți la interogatoriu, se însoțeau de un plâns stringent, agitația copilului, paloarea neobișnuită a tegumentelor. Manifestările dureroase încetau peste 2 – 5 minute, reluându-se la 10 –15 minute, ulterior la toți copiii s-a constatat o alternanță a crizelor dureroase cu perioade de acalmie. În perioada de acalmie persista paliditatea tegumentară, refuzul alimen-tației – semnul biberonului – semn precoce, constant prezent la toți sugarii cu invaginație intestinală.

Vărsătura alimentară (1 – 2 ori) a însoțit primul acces de durere la 100% copiii sugari.

La 32, (32, 7%) sugari primul acces de durere a fost precedat de scaun abundent și emiterie de gaze, ulterior scaunul a lipsit în toate cazurile,

Rectoragia la copiii primului an de viață a fost prezentă, conform datelor din anamneză, de la debutul bolii după:

- 2 - 4 ore la 3 (3,06 %) copii;
- 6 - 12 ore la 38 (38,9 %)
- 12 - 18 ore 64 (65,3%)
- 18 - 24 ore 84 (100 %) bolnavi.

Rectoragia s-a manifestat sub diverse forme: serozități sangvinolente - 25 (29,8%) pacienți, striuri de sânge – 21 (25 %), hemoragie sub forma de “ peltea de coacăză” –12 (14,3 %), apa în care s-a spălat carnea – 26 (30,9%).

Starea generală la internarea pacienților a fost: medie gravă la 10 (11,9%) copii, gravă 38 (45,2 %), extrem de gravă 36 (42,9 %) copii

Deci, majoritatea copiilor – 74 (88,1%), au fost internați în stare gravă și extrem de gravă.

Majoritatea copiilor au fost internați mai târziu de 12 ore de la debut - 65 (77,4 %), chiar și peste 79 ore – 6 (7,2 %) copii, ce demonstrează gravitatea stării generale a copiilor în lotul analizat.

Semnele clinice la internarea bolnavilor cu invaginație intestinală sau aflat în corelație strânsă cu termenii de la debutul afecțiunii.

Tabelul 2

Manifestările clinice ale invaginației intestinale la sugari

Perioada afec- țiunii / Semne clinice	Primele 12 ore de la debut	12 – 24 ore de la debut	24 – 48 ore de la debut	Peste 48 ore de la debut
Durere colicativă	100 %	100 %	70,7 %	68,4 %
Vărsături	100 %	80,8 %	100 %	100 %
Rectoragie	36,8 %	88,5 %	100 %	100 %
Semnul biberonului	100 %	100 %	100 %	100 %
Semnul Dance	-	5,1 %	-	-
Palparea invaginatului	57,9 %	82,6 %	95,5 %	90 %

Analiza detaliată a datelor anamnestice, clinico – evolutive au evidențiat semne specifice ale invaginației intestinale la toți copiii în dependență de perioada de la debutul bolii și localizarea invaginatului.

Diagnosticul s-a stabilit în baza datelor anamnestice, clinico – evolutive, și s-a confirmat prin examen radiologic (96,7 %) și sonografic (39,7%) copii. La internare la toți copiii s-a efectuat radiograma abdominală în ortostatism. Semnele radiologice fiind în dependență directă de perioada de la debutul afecțiunii.

În 39, 7% din cazuri s-a efectuat examenul sonografic, la care s-a depistat invaginatul (la toți copiii examinați).

La 22 (26,2 %) bolnavi, internați în primele 12 - 14 ore de la debutul afecțiunii a fost aplicată pneumoerigografia și tratament conservator - dezinvinarea prin insuflare cu aer.

La 3 copii dezinvinarea prin insuflare de aer nu s-a produs. Acești 3 copii, la care dezinvinarea prin insuflare cu aer nu s-a produs, precum și bolnavii cu un debut al invaginației intestinale de peste 12 ore (62) au fost supuși intervenției chirurgicale după o pregătire preoperatorie. Calea de abord folosită la toți bolnavii operați - laparotomia transrectală pe dreapta cu dezinvinare prin stoarcere.

La 28 (33,3 %) copii la care ansa intestinală invaginată a fost devitalizată s-au efectuat rezecții intestinale cu anastomoză latero – laterală a anselor intestinale (11 copii) și cu aplicarea enterostomei terminale (17 copii, 20,2%) pentru 2 – 6 luni.

Tratamentul postoperator a fost complex intensiv.

Durata aflării în staționar a copiilor cu invaginație intestinală a fost în dependență directă de perioada afecțiunii la internare, forma invaginației, complicațiile asociate, metoda de tratament.

Concluzii

- * Invaginația intestinală, urgență chirurgicală, este una dintre cele mai grave și frecvente afecțiuni întâlnite la copilul primului an de viață;
- * Până în prezent este înalt procentul erorilor de diagnostic, cauzat de necunoașterea patologiei, lipsa vigilenței la medici în privința invaginației intestinale
- * În antecedente la majoritatea sugarilor cu invaginație intestinală se constată: modificări de alimentație, boli diareice, viroze;
- * Semnele clinico – evolutive a invaginației intestinale sunt suficiente pentru stabilirea diagnosticului pozitiv;
- * Tratamentul copiilor cu invaginație intestinală este diferențiat în dependență de perioada de la debutul afecțiunii, complicațiile asociate.

Bibliografie

1. Абушкин И.А., Зайцев Н.И., Беляков В.И., Губницкий А.Е., Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей. // Достижения и перспективы детской хирургии. Матер. онф. посвящ. 80 – ти летию со дня рождения чл. корр. РАМН Г.А. Баирова, Санкт Петербург, 2002, с. 30 - 31
2. Беляев М.К. Диагностика и лечение инвагинации кишечника в детском возрасте. // Педиатрия, 2006, № 1, с. 47 – 50.
3. Ефременко А.Д., Грибанов А.Г., Марочко Н.В., Ложкин В.С., Незатаенко Ю.Н., Махонич О.М., Тропивский А.М. “Эволюция подходов в диагностике и лечении инвагинации кишечника у детей”. // Материалы VI Российского Конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии», Москва, 2007, с. 253.
4. Котляров А.Н., Ершова Н.В. К вопросу о причинах инвагинации кишечника у детей. // Актуальные проблемы детской хирургии. Сборник научных трудов. Изд. Саратовского медицинского университета. Саратов, 2002, с. 98 – 99.
5. Пулатов А.Т. О щадящей тактике лечения острой илеоцекальной инвагинации у детей. // Детская хирургия, 2007, № 2, с. 20 – 22.

6. Халалеев В.Н., Кудренко С.К. Диагностика и лечение хирургических заболеваний у детей. // Материалы межобластной науч. Прак. Конф. детских хирургов. Кн. 2, Омск, 2005, с. 88 - 89.
7. Яницкая М.Ю., Проклова Л.В., Голованов Я.С., Крицкая М.В., Саяпина С.А., Беркаусова И.А. Диагностика и лечение острой инвагинации кишечника у детей. // Материалы VI Российского Конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии», Москва, 2007, с. 332 – 333.