

4. Management of Asthma in Children. James P., Judith A. Kemp., American family Physician. Vol.63. Nr 7, 2001
5. Pediatrics.Nelson, 18.edition, vol.4. 2008
6. Protocolul Clinic Național “Astmul bronșic la copil”, Chișinău, 2008
7. www.msgov.md

PARTICULARITĂȚILE CLINICO-EVOLUTIVE ALE CELIACHIEI LA COPII DE VÂRSTĂ FRAGEDĂ

Ana Guragata *, Ala Jivalcovschi **, Tatiana Macaleț **, Petru Martalog *, Florin Cenușa *

*Departamentul Pediatrie USMF „Nicolae Testemițanu”

**Spitalul Clinic Republican pentru Copii „Em.Coțaga”

Summary

Clinical and evolutionary peculiarities of the celiac disease in early childhood

The work represents a retrospective study of a group of 28 children with celiac disease. Delayed diagnosis of celiac disease at the age of three was observed in 1% of patients. Nutritional peculiarities, such as intake of gluten-containing food wheat, cereals porridge were detected. Gluten-free diet in treatment of infants with celiac disease increased then weight within two weeks.

Rezumat

Lucrarea prezintă un studiu retrospectiv a unui lot de 28 copii cu boala celiacă. Diagnosticul tardiv către vârsta de trei ani a fost confirmat la 1% din cazuri. Erorile alimentare cu introducerea produselor cu conținut înalt de gluten: paste făinoase, terciuri din cereale, au fost detectate. Dieta agliadinică a sporit creșterea ponderală a copiilor cu boala celiacă în două săptămâni.

Actualitatea

Problema bolii celiace este actuală, deoarece primele simptome apar tardiv către vârsta de un an, stagnarea staturo-ponderală adesea se atribuie sindromului post-gastroenterocolitic sau malnutriției protein-calorice. Dereglarea comportamentului, schimbările psihomotorii se confundă cu patologia sistemului nervos central. Studiarea manifestărilor clinice la sugari, confirmarea diagnosticului pot ameliora starea bolnavului prin dietoterapie în timp relativ scurt.

Scopul

Evaluarea particularităților clinice și evolutive ale celiachiei la copiii de vârstă fragedă.

Obiectivele

1. Evaluarea particularităților clinice ale celiachiei la copiii de vârstă fragedă.
2. Aprecierea componentei alimentare în apariția primelor semne clinice de celiachie la copii.
3. Evoluția semnelor clinice și masei corporale după tratamentul dietetic.

Materiale și metode

În studiu au fost analizați 28 pacienți cu boala celiacă, cu vârsta cuprinsă între 0 luni și 2 ani, care în perioada anului 2011-2012 au fost investigați și ulterior tratați în SCRC “Em. Coțaga”.

Pentru realizarea obiectivelor studiului datele pacienților au fost analizate în baza unor criterii clinice și paraclinice particulare conform manifestărilor clinice, sporul masei ponderale

conform anamnezei, pe perioada internării și datelor paraclinice. Pentru fiecare pacient inclus în studiu au fost create grafice personalizate de dezvoltare staturo-ponderală.

Rezultate și discuții

Repartizarea bolnavilor diagnosticați cu boala celiacă au inclus 17 fete și 11 băieți. Vârsta copiilor cu boala celiaca la majoritatea din ei 12(42,8 %) a fost cuprinsă între 13-18 luni, cu vârsta 7-12 luni - 9 (32,2 %), 5 copii (17,8 %) între 19-24 luni, și doar un procent le-a revenit celor de 25-30 luni.

Masa la naștere sub 3000g s-a observat la 10 copii, peste 3000g la 18 pacienți, ce nu argumentează apariția bolii celiace în grupul copiilor cu masa mica la naștere.

Durata medie a spitalizării copiilor cu celiachie a fost de 12 zile în 92.9%, în cazuri unice până la 3 săptămâni- 7.14%.

În funcție de particularitățile evoluției sarcinii la mamă au fost decelate următoarele forme nozologice: anemie, naștere prematură, gestoze, iminență de avort, infecție intrauterină. Manifestările clinice la pacienții cu celiachie au avut la bază dereglări dispeptice ale tractului digestiv cu falimentul creșterii, fapt ce a determinat spitalizarea lor în secția de malnutriție. Concomitent cu acestea au evaluat și semne neurologice specifice patologiei date – hiperexcitabilitate, apatie, tristețe, semne de autoagresie (tabelul 1).

Tabelul 1

Manifestările clinice întâlnite la copiii cu celiachie

Manifestări clinice	Număr de cazuri	Frecvența
Diaree	14	50%
Anorexia	17	60,7 %
Vome	7	25 %
Meteorism	14	50 %
Erupții cutanate	2	7,2 %
Stomatită	1	3,6 %
Febră	3	10,7 %
Semne de deshidratare	13	46,4 %
Hiperexcitabilitate	19	67,8 %
Apatie, tristețe	21	75 %
Semne de autoagresie	9	32 %

Sporul pozitiv al masei ponderale pe perioada internării la 16 copii din 28 (50.7%), a confirmat efectul benefic al dietei agliadinice pe perioada internării, în mediu de 12 zile. Pierdere ponderală sau staționarea curbei ponderale au avut 30 % din copii cu boli concomitente: infecția căilor urinare, bronhopneumonie, infecție intestinală cu deshidratare.

Datele paraclinice: Anemie feriprivă de grad I a fost atestată la 42,9 % copii cu manifestări clinice de celiachie. Valorile Hb sub 88 g/l în un singur caz. Anemizarea moderată la copiii evaluați se poate lămurii cu vârsta apariției sindromului de malabsorbție între luna a 7 și 18 la majoritatea copiilor(75 %) și respectiv valori moderate de micșorare a hemoglobinei.

Tabelul 2

Indicii biochimici la copiii cu celiachie

Analiza biochimică.	Cazuri	Procente
Proteina totală < 60 g/l	5	17.85 %
Calciu < 2,2 mMoli/l	7	25 %
Fierul < 9 mcMoli/l	5	17,85 %
VSH > 10mm/oră	11	39.28 %

Valori normale ale leucocitelor au avut 21(75 %) copii. Leucocitoză moderată cu valori 10-15 x10⁹/l au fost decelate la 7 (25 %) pacienți, manifestată la copiii cu boli infecțioase concomitente indicate mai sus.

Analiza biochimică la copii investigați a avut următoarele particularități.

Masele fecale: semne de steatoree cu prezența acizilor grași, grăsimilor neutre și saponatelor în cantități medii s-au atestat la 24 copii din 28 luați în studiu, ce confirmă malabsorpția grăsimilor din cauza atrofiei vilozităților, insuficienței pancreatice secundare și inflamației intestinale, ce argumentează prezența fungilor de tip *Candida albicans* la 7 pacienți. Alimentația copiilor evaluați cu semne clinice de celiachie înainte de spitalizare în majoritatea cazurilor a fost artificială 15(53,6 %) copii cu aceeași frecvență cu formule neadaptate (53,4 %), fiind folosit laptele de vaci sau capre. La alimentație naturală au fost doar 5(17,9 %) copii. În alimentația mixtă au fost folosite atât amestecurile adaptate, cât și cele neadaptate. Diversificarea alimentelor conform anamnezei s-a efectuat pe baza pastelor făinoase la 11 copii (39.3%), mai rar s-au introdus brânza, carnea, peștele (19%).

La etapa spitalizării toți copiii cu alimentație mixtă sau artificială au fost transferați la alimentație cu produse adaptate (NAN, Nestogen). În 4 cazuri (14,28%) s-au indicat hidrolizate de cazeină (Clinutren Junior, ALFARE) din cauza persistenței diareei sau infecției intestinale cu vomă, deshidratare și meteorism marcat pe fondalul alimentației agliadinice.

Tratamentul dietetic cu produse fără gluten- terci de hrișcă, orez și porumb, carne și ulei vegetal a fost suplimentat la necesitate cu enzime pancreatice (Creon) și vitamine liposolubile A,E,D.

Reeșind din cele expuse mai sus este evident, că semnele clinice de celiachie sunt mai frecvent întâlnite la copiii alimentați artificial, cauzele principale de adresare la medic și spitalizare ale pacienților a fost anorexia și vomăle 24copii (85,7 %), fiind însoțite la ½ din copiii evaluați de diaree persistentă cu scaune steatoreice fetide și meteorism marcat. Semne clinice de malnutriție au fost confirmate la 18 copii în rezultatul duratei semnelor de diaree cronică mai mult de 2 luni și spitalizărilor repetate în spitalele de circumscripție.

În rezultatul prezenței diareei persistente și inflamației intestinale la copiii evaluați s-a instalat anemia ferodeficitară prin dereglarea absorbției fierului cu micșorarea valorilor serice sub 9 Mmoli/l la 5(17,85%)copii, iar datele hemogramei atestate au fost 90-110 g/l și mai puțin în aproximativ jumătate din cazuri 13(46,8%). Prezența semnelor clinice clasice, devierilor însemnate a valorilor hemogramei, coprocitogramei și metabolismului mineral concomitent cu manifestările clinice clasice ne-a permis argumentarea diagnosticului fără efectuarea biopsiei jejunale dat fiind dificultatea de a o performa la copilul mai mic de 2 ani. Efectul dietei agliadinice în tratamentul celiachiei la copiii evaluați ținând cont de adaos ponderal a fost atestat la 16 (57,14 %)copii. Eșecul creșterii ponderale în restul cazurilor este argumentat de prezența bolilor infecțioase concomitente care au avut impact negativ pentru creștere (bronhopneumonii, infecții ale căilor urinare etc.).

Caz clinic din arhiva secției de malnutriție: Copilul C.N., 2 ani 10 luni, a fost internat în secția de malnutriție a Spitalului Clinic Republican pentru Copii "Em.Coțaga"la 04.12.03 cu diagnosticul de Malnutriție de gr.III (Cașexie), consecințe ale afectării organice ale sistemului nervos central. Retard psihomotor sever. Imunodeficiență. Fermentopatie de genă nedeterminată. Polihipovitaminoză.

Copilul a fost transferat de la casa Municipală specializată a copilului, unde se află de la vârsta de 3,5 luni. Datele anamnestice anterioare nu sunt cunoscute. De la vârsta de 4 luni retard ponderal progresiv. Curba ponderală a copilului este prezentată în Fig.nr. 1.

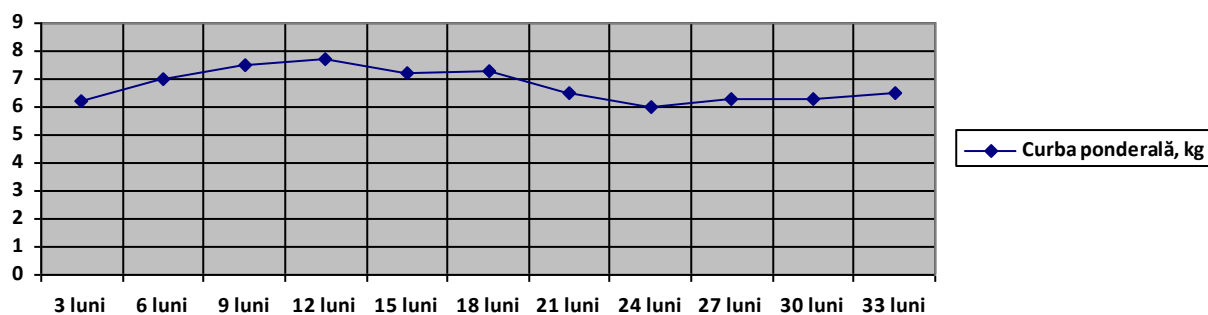


Fig.Nr.1.Dinamica masei corporale a copilului C.N.de la vârsta de 3,5 luni pînă la 33 luni.

Până la 8 luni dezvoltarea psihomotorie a copilului a fost corespunzător vârstei. Copilul a început a ține capul de la vârsta de 4 luni, menținea poziția așezat de la 8 luni, a început să se ridice de la 11 luni. De la 6-7 luni la copil au apărut scaunele voluminoase, 3-5 ori în zi, cu miros fetid, meteorism, a început treptat să piardă în greutate, a devenit inactiv, apatic, fără dispoziție, permanent trist, a început să piardă din achizițiile dobândite: poziția așezat o ținea cu greu, nu se sprijinea în picioare.

La vârsta de 13 luni a fost consultat de genetic, neurolog cu suspexie la distrofie musculară progresivă, fenilcetonurie, care au fost excluse.

Investigațiile paraclinice au evidențiat relații normale la ECG, EchoCG, examenul urinei, hemograma, glicemia, ureea, creatinina, transaminazele serice, calcemia, amilaza. S-a înregistrat diminuare a proteinemiei și fierului seric.

Ecografia transfontanelară (din 20.03.02) a constatat ventriculi laterali dilatați simetric la nivelul coarnelor anterioare. Ventriculii III-8-9 mm, în regiunea talamo-căudală microchisturi cu diametru de 2-3mm. La vârsta de 2 ani și 1 lună cu scop de diagnostic a fost efectuată tomografia computerizată a craniului, care a exclus proces de volum.

De repetate ori a fost tratat în staționare cu encefalopatie, infecții respiratorii virale acute, pneumonie, malnutriție. Retard psihomotor și malnutriția severă se interpreta ca patologie a sistemului nervos central. Starea copilului progresiv se agrava, se distrofia, rămânea tot timpul trist cu adinamie pronunțată.

La internare în secția de malnutriție a SCRC Em.Coța în 14.12.2003 - starea a fost apreciată ca foarte gravă, cu semne clinice de toxico-distrofie, aspect de bătrân, dispoziție rea, negativism, agitație, se bătea cu capul de pat, hipotonie musculară difuză, semne de deshidratare. Pulmonar-respirație aspră fără raluri. Zgomotele cardiace atenuate. Abdomenul mărit în volum cu rețea venoasă marcată pe abdomen. Ficatul proemina cu 3,0-3,5 cm, de consistență semidură, splina cu 1,5 cm. Scaunele erau voluminoase cu miros fetid, 2-3 ori în 24 de ore.

Examenul paraclinic a constatat anemie gr.I (Hb-100g/l), steatoree, testul sudorii fără patologie, transaminazele mărite (ALT-182 u/l, AST- 128u/l), hipoproteinemie-52,8g/l, hipokaliemie moderată-3,4 μmol/l, Hbs Ag, Anti HCV-negativi, proteina-C-reactivă- negativă.

În coprocultură a fost depistat Staphylococcus aureus 10^5 . Transaminazele efectuate în dinamică după tratament s-au normalizat.

Investigațiile instrumentale au constatat următoarele: la ultrasonografia organelor interne (USG) s-a constatat hepatomegalie cu ecogenitate ușor sporită, ecostructura parenchimului neomogenă cu schimbări unice de tip micronodular. Radiografia pulmonară- sindrom edematic. Gastroduodenoscopia-esofagul și stomacul fără schimbări patologice. Mucoasa duodenului și parțial a jejunului cu o paloare surie și o hiperplazie micronodulară. Examenul histologic (2 probe) din jejun au determinat schimbări corespunzător clasificării Marsh II-la nivel de pliu o alungire a criptelor neuniform bogate în celule caliciforme. Tunica mucoasă cu infiltrație limfo-histioplasmocitară cu amestec de granulocite de tip neutrofil, edem și hiperemia mucoasei.

În baza datelor clinice și paraclinice a fost stabilit diagnosticul de Boală Celiacă. Dismicrobism intestinal (Staphylococcus aureus). Hepatita metabolică. Anemia carențială gr. I-II. Rahitism carențial, evoluție subacută. Malnutriție protein-calorică severă. Stare toxico-distrofică.

A fost efectuat următorul tratament: dieta semi-elementară cu amestec "Alfare", regim fără gluten, în primele 5 zile terapie infuzională cu corecția lichidului iono-hidric, alimentația parțial parenterală (soluții de aminoacizi – Aminosol KE); preparate de fier, multivitamine per os, enzyme pancreatice(Creon), biopreparate. A fost externat la a 32-a zi în stare satisfăcătoare cu adaos în greutate 1000 g, activ, bine dispus.

Concluzii

1. Particularitățile clinice ale celiachiei la copii de vârstă fragedă din studiu au avut la bază dereglări dispeptice ale tractului digestiv: diaree, anorexie, vomă, meteorism, scaune voluminoase steatoreice. Cu aceeași frecvență au predominat semne neurologice specifice patologiei date: hipirexcitabilitate, apatie, tristețe, semne de autoagresie.

2. Rolul componentei alimentare în apariția primelor semne clinice de celiachie la copii în vârstă fragedă a fost primordială prin faptul că în majoritatea cazurilor copii au fost la alimentație artificială sau mixtă cu folosirea formulelor neadaptate și diversificare cu paste făinoase și terciuri din cereale. Erorile alimentare s-au soldat cu instalarea malnutriției marcate la 18 copii (64.3%).

3. Efectul dietei agliadinice în tratamentul celiachiei la copiii evaluați ținând cont de adaos ponderal a fost atestat în primele două săptămâni la 16 (57,14 %) copii. Eșecul creșterii ponderale în restul cazurilor a fost argumentat de prezența bolilor infecțioase concomitente care au avut impact negativ pentru creștere (bronhopneumonii, infecții ale căilor urinare etc.).

Bibliografie

1. Beattie R.M.. The changing of celiac disease. Arch.Dis.Child.,2006, vol.91, p.955-956.
2. Green P.H.,Jarbi B.Celiac disease.Annu Rev.Med.,2006,vol.57,p.207-221.
3. Laura Trandafir,E.Cârdei, Laura Bozomitu,M.Burlacu, Delia Asoltanei, Dina Mihailă, Dan Moraru. Aspecte evolutive ale bolii celiace la copil. Jurnal Român de pediatrie 2003,N1,p.47-51.
4. Țurea Valentin, Bologa Ludmila, Eșanu Galina, Dacin Maia, Șit Suzana, Rotari Adrian, Chiriac Adrian, Vicol Marian, Ciuntu Angela, Cîrstea Olga, Ombun Alina. Evaluarea paraclinică în pediatrie.Chișinău, 2009. p. 120
5. N.Miu ,Camelia Mărgescu, D.Gheban Algoritm diagnostic în sindromul de atrofie vilozitară-Jurnal Român de pediatrie 2005, nr. 3, p.3-8.
6. D.Matei Aspecte nutriționale în boala celiacă, Jurnal Român de pediatrie, 2002, N3, p.25-29.
7. Ion Mișu ,Viorica Pleșca ,Gastroenterologie pediatrică, 2007, p.217.

PARTICULARITĂȚILE CLINICO-EVOLUTIVE ALE MALNUTRIȚIEI LA COPII

Ana Guragata, Iana Pavlovshi, Ecaterina Borovic, Ala Jivalcovschi

Departamentul Pediatrie USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Clinical and evolutionary peculiarities of the malnutrition in early childhood

The work represents a retrospective study of a group of 50 children with moderate and severe malnutrition. There were determined risk factors, feeding errors, clinical and paraclinical data, Z-score in different stage of disease. Feeding peculiarities, anthropometric data and Z-score according WHO software program are predictive for evolution of malnutrition.