

10. Gallai V, Sarchielli P, Carboni F, Benedetti P, Mastropaolo C, Puca F. Applicability of the 1988 IHS criteria to headache patients under the age of 18 years attending 21 Italian headache clinics. Juvenile Headache Collaborative Study Group. *Headache* 1995; 35:146-53.
11. Wober-Bingol C, Wober C, Wagner-Ennsgraber C, et al. I.H.S. for migraine and tension-type headache in children and adolescents. *Headache* 1996; 36:231-8.
12. Aromaa M, Sillanpaa M, Rautava P, Helenius H. Childhood headache at school entry. *Neurology* 1998; 50:1729-36.
13. Anttila P, Sourander A, Metsahonkala L, et al. Psychiatric symptoms in children with primary headache. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 2004; 43:412-9.
14. Bille B. Migraine in childhood and its prognosis. *Cephalgia* 1981; 1:71-5.
15. Donald W. Lewis, MD, Yeisid F. Gozzo, MD, and Marc T. Avner, MD. The „other,” Primary H. in C. and Adolescents *Ped. Neurol.*, vol 33, iss 5, November 2005, pag. 303-313
16. Lampl C. Childhood-onset cluster headache. *Pediatr Neurol* 2002; 27:138-40.
17. Ekblom K., Ahlborn B, Schele R. Prevalence of migraine and cluster headache in Swedish men of 18. *Headache* 1978; 18:9-19.
18. Freitag F. Cluster headache. *Prim Care* 2004; 31:313-29.
19. Freitag F. Cluster headache. *Prim Care* 2004; 31:313-29.
20. Pareja J., Sjaastad O. SUNCT syndrome: A clinical review. *Headache* 1997; 37:195-202.

ASPECTE EPIDEMIOLOGICE ALE MALADIILOR INFLAMATORII INTESTINALE LA COPIII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Ion Mihu, Olga Tighineanu, Svetlana Bădărău

Departamentul de gastroenterologie, IMSP Institutul Mamei și Copilului

Summary

Epidemiological aspects of inflammatory bowel diseases in children in the Republic of Moldova

The role of this editorial is to conduct a prospective study in order to evaluate the share of inflammatory bowel diseases in the pediatric population that seeks specialized medical services, as well as demographic peculiarities of the two clinical entities. Improvement of the diagnostic criteria of inflammatory bowel diseases during the last 3 decades has led to the increase of incidence of this pathology worldwide. In the Republic of Moldova there are not yet national data on epidemiological features of both diseases - ulcerative colitis and Crohn's disease.

Rezumat

Rolul acestui editorial a fost realizarea un studiu prospectiv care sa evalueze ponderea maladiilor inflamatorii intestinale, în rândul populației pediatrice ce apelează la serviciile medicale de specialitate, precum și particularitățile demografice ale celor două entități clinice. Ameliorarea criteriilor de diagnostic ale afecțiunilor inflamatorii intestinale, pe parcursul ultimelor 3 decenii, a dus la creșterea incidenței pe plan mondial pentru aceasta patologie. Pentru Republica Moldova nu există, încă, date la nivel Național despre particularitățile epidemiologice ale celor două afecțiuni – colita ulceroasă și boala Crohn.

Actualitate

Bolile inflamatorii intestinale, colita ulceroasă și boala Crohn, sunt entități patologice considerate comune, în special, țărilor industrializate, cu o ascensiune considerabilă a incidenței

după anii 50 ai secolului XX, afectând 1 din 1000 de persoane [2,5,7,8], preponderent în nordul Europei și în SUA. Însă, în ultimele două decenii, au fost remarcate oscilații semnificative în epidemiologia bolilor inflamatorii intestinale (BII), tendințele recente indicând o metamorfoză, cu stabilizarea indicilor epidemiologici sau o creștere neesențială în țările industrializate și o creștere progresivă a incidenței în Europa de Est, Asia și în țările în curs de dezvoltare [2,4,5,9]. Molodecky, 2012, analizând datele MEDLINE (1950-2010; 8103 citații) și EMBASE (1980-2010; 4975 citații) fundamentate pe 167 studii din Europa (1930-2008), 52 studii din Asia și Orientul Mijlociu (1950-2008), precum și 27 studii din America de Nord (1920-2004), remarcă o ascensiune constantă a BII, indiferent de regiunea geografică. Astfel, CU în Europa – 24,3 la 100.000 de persoane pe an, în Asia și Orientul Mijlociu – 6,3 la 100.000 de persoane pe an și în America de Nord – 19,2 la 100.000 persoane pe an, iar BC 12,7 la 100.000 de persoane pe an în Europa, 5.0 persoane/an în Asia și Orientul Mijlociu și 20,2 la 100.000 persoane/an în America de Nord.

Însă, Morten H. Vatn, 2012 sugerează că expansiunea ponderii BII este fundamentată pe implementarea colonoscopiei în anii 70 ai sec. XX și elaborarea criteriilor de diagnostic unanime, facilitând astfel managementul de diagnostic și creșterea estimării cazurilor noi de BII. La fel, acest cercetător fracționează evoluția naturală a BII în trei perioade: pre-endoscopică, endoscopică timpurie și post-endoscopică. Etapa pre-endoscopică include anii 1940-'70, 1970-1990 constituie etapa endoscopică timpurie, în care se inițiază multiple studii demografice, deși perioada post-endoscopică (după anii 70) rămâne a fi cea mai prețioasă sub aspect epidemiologic, ce-a ramplasat ipoteza de gradient nord-sudic. Elaborându-se protocolul unic European, pentru un studiu prospectiv (1991-1993) „European collaborative study on inflammatory bowel disease (EC-IBD)”, ce-a inclus 20 centre având ca obiectiv major evaluarea distribuției geografice s-a evocat stabilizarea ponderii BII în regiunile nordice și creșterea treptată în zonele sudice, fără evidențierea impactului factorilor de mediu (fumatul, nivelul de instruire, factorul alimentar, administrarea contraceptivelor).

Incidența colitei ulceroase (CU) este similară cu cea observată în America de Nord și Europa de Vest, în timp ce incidența bolii Crohn (BC) în țările în curs de dezvoltare este diminuată, sugerând impactul factorilor de mediu ce pot acționa mai rapid sau în mod diferit în CU decât în BC [2, 3, 5], ipoteză ce necesită cercetări suplimentare. Însă, alți autori neagă rolul factorului alimentar, medicamentos, evenimentelor perinatale, a stresului în etiopatogeneza BII [8].



Figura 1. Incidența globală a maladiilor inflamatorii intestinale, Vatn, 2012.

Actual, neomogenitatea distribuției geografice, referitor la tendința de „vesternizare” a bolilor inflamatorii intestinale (BII) (fig. 1), este evaluată de European Crohn’s and Colitis Organization, inițind (2010) un studiu internațional multicentric prospectiv, fiind inclusă și

Republica Moldova [1], antrenând atât populația adultă, cât și cea pediatrică. Studiu cu impact major, deoarece date epidemiologice ce vizează populația pediatrică sunt insuficiente și rezervate, deși, incidența, la fel, se caracterizează printr-o progresie evidentă, de la 5 la 100.000 în 1987 la 15 la 100.000 în 2003, cu o rată medie de creștere anuală de 6,5% [6].

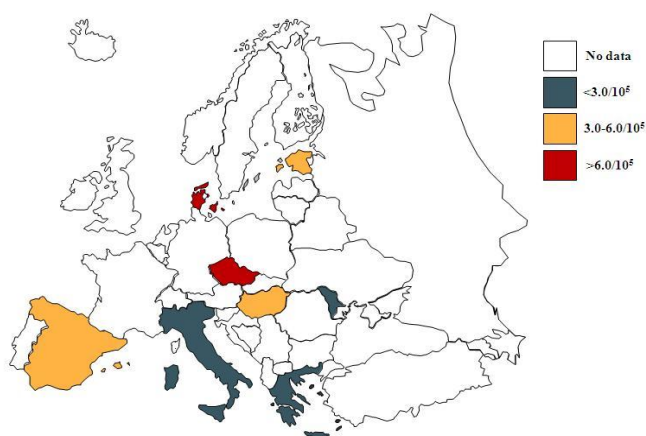


Figura 2. Incidența pediatrică (la 100.000) a BII în Europa

Turunen *et al.*, 2003 au documentat aproape o dublare a incidenței BII, la copii și adolescenții din Finlanda în perioada ultimilor 2 decenii, identificând 604 de cazuri noi (CU – 317 cazuri și BC – 203 cazuri), cu creșterea incidenței de la 3,9 la 100 000 în 1987 la 7,0 la 100 000 în 2003, cu debut predominant între 12 și 15 ani și doar în 5% cazuri la copii pînă la 3 ani. Deși, Heyman *et al.*, 2005 în urma unui studiu prospectiv asupra a 1370 copii cu BII, au remarcat că CU și BC este la fel de răspîndită printre copii de vîrstă fragedă (0-2 ani), ba mai mult diagnosticul de BII este stabilit definitiv într-un 1% cazuri, la copii cu vîrsta de pînă la 1 an. Ca și în studiile anterioare, CU a fost mai frecventă, în 47% cazuri la copii cu vîrstă de 3-5 ani, în timp ce incidența BC a crescut odată cu vîrsta, atingînd un nivel de 66% la vîrsta de 13-17 ani, iar agregarea familială a BII a fost observată la 3% din frați, 9% dintre părinți și de 22% la rudele de gradul doi, anamneza eredocolaterală fiind pozitivă, în special la copii cu CU (44%). Ultimele decenii se caracterizează nu doar prin creșterea indicilor de morbiditate ai bolilor inflamatorii intestinale în unele țări, dar și prin modificarea caracterului evolutiv al maladiilor, prin sporirea numărului de forme de boală, rezistente atât la terapia standard, cât și la tratamentul cu preparate imunomodulatoare moderne [5, 11].

Scopul studiului a fost analiza datelor epidemiologice ale bolilor inflamatorii intestinale în Republica Moldova, printre populația pediatrică, comparativ cu alte centre de supraveghere a copiilor cu boli inflamatorii intestinale înrolate în studiu internațional multicentric prospectiv inițiat de *European Crohn's and Colitis Organization, 2010*.

Material și metode

Cercetarea a fost fundamentată pe un studiu prospectiv, ce-a inclus toți pacienții internați în secția gastroenterologie a IMSP Institutul Mamei și Copilului în perioada 2010–2012, cu diagnosticul de colită ulceroasă, boala Crohn și colita nedeterminată (CN), stabilit în rezultatul anamnezei, examenului clinic, examenului endoscopic și histologic.

Rezultate

Studiul a fost bazat pe cercetarea a 41 copii cu maladii inflamatorii intestinale, dintre care 36 (87,8%) cu colită ulceroasă și 5 (12,2%) cu boala Crohn, cu vîrsta cuprinsă între 4 luni și 17 ani, cu vîrsta medie de $72 \pm 23,93$ luni, pe cînd vîrsta medie de debut a constituit $51 \pm 19,91$ luni, denotînd lacune la diagnosticarea precoce a copiilor cu această maladie.

Incidența pediatrică în Europa, 2010 [1]

Western European centres	BII	CU	BC	CN
Denmark, Funen	7,1	2,4	4,7	0,0
Denmark, Herlev	8,1	2,0	2,0	4,0
Greece, Ioanninia	0,0	0,0	0,0	0,0
Italy, Northern Italy	1,5	1,1	0,4	0,0
Spain, Vigo	5,4	2,7	2,7	0,0
All Western European centres	5,4	2,0	2,0	0,0
Eastern European centres				
Czech Republic, Prague	8,0	2,7	2,7	2,7
Estonia, Southern Estonia	5,6	0,0	5,6	0,0
Hungary, Veszprem	4,7	2,3	2,3	0,0
Moldova, Chisinau	2,9	2,7	0,2	0,0
All Eastern European centres	5,1	1,3	2,7	0,0
All European centres	5,4	2,0	2,7	0,0

Repartiția pe sexe a copiilor a relevat prevalența feminină în CU cu 14 fete și 12 băieți, *sex ratio* fiind de 1,16, iar în boala Crohn printr-o prevalență nesemnificativă domină băieții cu 3 cazuri și 2 fete, *sex ratio* fiind de 1,5.

După repartiția mediului de reședință domină copii din mediul urban 18 (58,06%), comparativ cu 13 (41, 93%) copii din regiunea rurală, date importante pentru elucidarea factorilor trigeri, care au fost evaluați prin analiza datelor demografice (mediul de proveniență), rolul anamnezei familiale, impactul factorilor de mediu (factorul igienic, alimentar), factorul medicamentos.

Particularitățile de debut ale MII sunt dictate de entitătatea nozologică, vârsta de debut, extinderea procesului și severitate.

La 6 (14,63%) copii boala a debutat pînă la 1 an, la 10 (24,39%) copii pînă la vârsta de 3 ani și la 25 copii după vârsta de 3 ani (60,97%). Caracterul debutului clinic al maladiilor inflamatorii intestinale, la 28 copii (68,29%) a fost treptat, cu activitate clinică minimă, conform indicelui de activitate PUCAI, activitate moderată la 9 (21,95%) copii. Însă, la 4 (9,75%) copii, debutul a fost acut, cu un grad înalt de activitate clinică.

Discuții

Ponderea maladiilor inflamatorii intestinale, în Republica Moldova, 2010, rămînea a fi neelucidată, dacă în cadrul populației adulte existau anumite cercetări, atunci incidența printre populația pediatrică rămînea incertă complet. Actual, studiul confirmă că Republica Moldova este o țară cu o incidență mică a maladiilor inflamatorii intestinale printre populația pediatrică, în raport cu alte țări europene.

Distribuția este heterogenă, păstrîndu-se gradientul est-vest și mai puțin bine cel nord-sud.

Concluzii

Bolile inflamatorii intestinale constituie o problemă de sănătate publică, în special în țările industrializate, afectînd tot mai mult adulți tineri, dar caracterizîndu-se și prin creșterea ponderii printre populația pediatrică, chiar și la copii de pînă la 1 an. Iar pentru a identifica tendințele evoluției naturale a colitei ulceroase și bolii Crohn, precum și impactul lor asupra calității vieții se impune demararea unui Program Național de supraveghere prospectivă a acestor

afecțiuni, însă pentru aceasta inițial este necesar de un Registru Național ce-ar include toți pacienții diagnosticați, conform indicilor epidemiologici, ce ar dezvălui anumite aspecte etiopatogenitice importante în menținerea remisiunii acestor maladii.

Bibliografie

1. Burisch J, Cukovic-Cavka S, Kaimakliotis I, Shonová O, Mihi I, Magro F, Belousova E, Fernandez A, Almer S, Halfvarson J, Hart A, Munkholm P. Construction and validation of a web-based epidemiological database for inflammatory bowel diseases in Europe An EpiCom study. *J Crohns Colitis*. 2011 Aug;5(4):342-9. doi: 10.1016/j.crohns.2011.02.016. Epub 2011 Apr 2.
2. Colombel JF, Vernier-Massouille G, Cortot A, Gower-Rousseau C, Salomez JL. [Epidemiology and risk factors of inflammatory bowel diseases]. *Bull Acad Natl Med*. 2007 Jun;191(6):1105-18; discussion 1118-23.
3. Jacques Cosnes, Corinne Gower-Rousseau, Philippe Seksik, Antoine Cortot. Epidemiology and Natural History of Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology* 2011;140:1785–1794.
4. Lakatos L, Lakatos PL. Changes in the epidemiology of inflammatory bowel diseases. *Orv Hetil*. 2007 Feb 4;148(5):223-8.
5. Lakatos PL. Recent trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases: up or down? *World J Gastroenterol*. 2006 Oct 14;12(38):6102-8.
6. Lehtinen P, Ashorn M, Iltanen S, Jauhola R, Jauhonen P, Kolho KL, Auvinen A. Incidence trends of pediatric inflammatory bowel disease in Finland, 1987-2003, a nationwide study. *Inflamm Bowel Dis*. 2011 Aug;17(8):1778-83. doi: 10.1002/ibd.21550. Epub 2010 Nov 15.
7. Lofthus EV. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*. 2004;126:1504–17.
8. Munkholm P, Langholz E, Nielsen OH, et al. Incidence and prevalence of Crohn's disease in the county of Copenhagen, 1962–87: a sixfold increase in incidence. *Scand J Gastroenterol*. 1992;27:609–14.
9. Shivananda S, Lennard-Jones J, Logan RFA, et al. Incidence of Inflammatory bowel disease across Europe: Is there a difference between north and south? Results of the European collaborative study on inflammatory bowel disease(EC-IBD). *Gut*. 1996;39:690–7.

SINDROMUL SYLVER-RUSSELL SUB ASPECT DE MALABSORBȚIE INTESTINALĂ

Ion Mihi¹, Olga Tighineanu¹, Natalia Barbova¹, Diana Clichici²

¹Departamentul de gastroenterologie, IMSP Institutul Mamei și Copilului,

²Departamentul Pediatrie, USMF Nicolae Testemițanu

Summary

The Sylver-Russel syndrome with underlying intestinal malabsorption

This article is a clinical case of a patient aged 3 years and 7 months, repeatedly examined and primarily diagnosed with Silver-Russell syndrome, with underlying secondary malabsorption of intestinal origin. The authors mention that in both pathological entities the staturo-ponderal retardation is primarily a clinical criterion and only combination of various developmental abnormalities (stigma) suggest the presence of genetic disease, which mandatorily requires a multidisciplinary clinical exam of gastroenterologist, genetics specialist,