

Prezentare de caz

PREZENTARE CLINICĂ ATIPICĂ LA UN COPIL CU MALROTAȚIE ȘI VOLVULUS INTESTINAL

Florin Filip, Cristina Hrustovici, Alina-Maria Nistor, Agata Petrescu

Secția Chirurgie Pediatrică
Spitalul Județean de Urgență „Sf. Ioan cel Nou” Suceava

Rezumat

Volvulusul intestinal asociat unei malrotații intestinale la copil se prezintă clinic ca o urgență chirurgicală, cu vărsături și dureri abdominale. Diagnosticul precoce și efectuarea unei intervenții chirurgicale adecvate sunt necesare pentru prevenirea unor complicații majore sau chiar a decesului pacientului. Prezentăm cazul unui băiat în vârstă de 4 ani care a fost adus de familie în Unitatea de Primire Urgențe a Spitalului Județean Suceava cu dureri abdominale, vărsături și stare confuzională, tabloul clinic având durata de aproximativ 48 de ore. Având în vedere durata simptomelor (48- 72 de ore) și riscul unei posibile suferințe intestinale cu risc de ischemie și necroză secundară, echipa chirurgicală a decis efectuarea unei laparotomii exploratorii de urgență în jurul orei 23.00, fără a mai temporiza intervenția prin investigații imagistice suplimentare (tranzit gastro-intestinal baritat, etc.). Intraoperator s-a identificat un volvulus intestinal având ca suport anatomic o malrotație cu mezenter comun și viciu de acolare posterioară. Cecul și apendicele identificați în cadranul abdominal superior stâng. S-au practicat devolvulare intestinală, apendicectomie incidentală, cecopexie în cadranul inferior stâng și re poziționare a întregului cadru intestinal. **Cuvinte cheie:** volvulus intestinal, malrotație intestinală, laparotomie.

Introducere

Volvulusul intestinal asociat unei malrotații intestinale la copil se prezintă clinic ca o urgență chirurgicală, cu vărsături și dureri abdominale. Diagnosticul precoce și efectuarea unei intervenții chirurgicale adecvate sunt necesare pentru prevenirea unor complicații majore sau chiar a decesului pacientului. Dacă la nou-născuți și sugari diagnosticul este tipic și relativ ușor de confirmat imagistic, există pacienți de vârstă mai mare (de obicei peste 1 an) la care prezentarea clinică este atipică și ridică probleme de diagnostic diferențial.

Prezentare de caz

Un băiat în vârstă de 4 ani, fără antecedente semnificative, a fost adus de familie în Unitatea de Primire Urgențe (UPU) a Spitalului Județean Suceava cu dureri abdominale, vărsături și stare

confuzională, tabloul clinic având durata de aproximativ 48 de ore. După evaluarea inițială s-a decis internarea copilului pe secția Pediatrie în jurul orei 02.00, cu diagnosticul de: Angina acută. Sindrom dispeptic. Deshidratare 10% prin vărsături. Analizele de laborator la internare: leucocitoză cu neutrofilie ($L = 22,1 \times 10^3/L$, $PMN = 19,6 \times 10^3/L$), hemoconcentrație ($Hb = 15,2 \text{ g/dL}$, $Ht = 45,8\%$), hiponatremie și hipocloremie ($Na^+ = 122 \text{ mEq/L}$, $Cl^- = 72 \text{ mEq/L}$, $K^+ = 4,9 \text{ mEq/L}$), profil biochimic și acido-bazic (uree = 168,04 mg/dL, creatinina = 1,248 mg/dL, AST = 50 UI/L, ALT = 38 UI/L, ALP = 253 UI/L, Amy = 56 UI/L, pH = 7,45, $pCO_2 = 21 \text{ mmHg}$).

S-a început tratamentul de reechilibrare volemică i.v. și Ceftriaxonă 1 g/zi i.v., dar copilul a menținut starea generală mediocră și a prezentat 2 episoade de convulsii tonico-clonice în afebrilitate (la orele 04.00 și 08.00), atribuite hiponatremiei de la internare. S-au administrat Diazepam i.v. și O₂ pe mască, cu răspuns parțial la tratament. Evoluția cazului a impus transferul pe sec-

* Adresă corespondență autor: Dr. Florin Filip, MD, PhD, Spitalul Județean de Urgență „Sf. Ioan cel Nou”, Suceava, România, E-mail: ffilip_99@yahoo.com

ția ATI, unde s-a decis intubarea oro-traheală a copilului, plasarea de sondă naso-gastrică și sondă urinară. Cu aceasta ocazie s-au eliminat aproximativ 700-800 mL lichid gastric de stază, ușor bilios. Pacientul a devenit febril ($T = 38,5^{\circ}\text{C}$). S-au recoltat probe toxicologice pentru a exclude prezența unei intoxicații (rezultatele au fost negative) și probe biologice (hemocultură și urocultura, secreție bronșică) pentru suspiciunea de sepsis. Prezența febrei cu vărsături și convulsii a ridicat suspiciunea unei meningite sau meningo-encefalite, motiv pentru care în urgență s-a efectuat consult de boli infecțioase. Examenul clinic al pacientului și aspectul LCR obținut prin puncție lombară (limpede, cu presiune normală) au exclus prezența acestor afecțiuni, lucru confirmat și de examenul CT cranian efectuat în completarea consultului. Prezența lichidului de stază gastric în cantitate mare (700 - 800mL) a determinat solicitarea, în jurul orei 09.15, a unui consult de chirurgie pediatrică pentru a exclude prezența unei ocluzii intestinale. Clinic s-a constatat prezența unui abdomen suplu la palpare, fără dureri aparente (pacientul intubat la momentul consultului!) sau semne de iritație peritoneală. La patul pacientului s-au efectuat un examen ecografic (aspect în limite normale) și o radiografie toraco-abdominală, care evidențiază moderată distensie gastrică fără nivele aeriice intraabdominale (Figura 1).

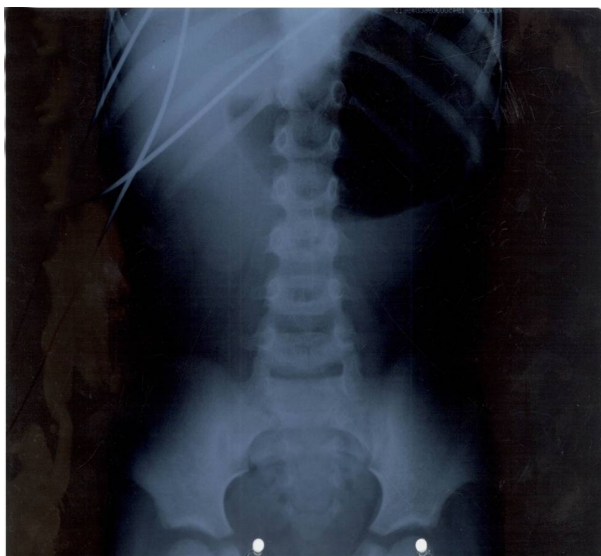


Figura 1. Moderată distensie gastrică fără nivele aeriice intraabdominale

Pacientul a rămas internat pe secția ATI cu diagnosticul de: Sindrom dispeptic cu deshidratare secundară. Hiponatremie severă. Convulsii subintrante. Obs. Aspirație pulmonară. S-a instituit tratament cu Manitol i.v., Dexametazonă, Hemi-succinat Hidrocortizon, Miofilin, Paracetamol, Arnetin, Osetron, Ceftriaxonă, reechilibrare i.v, cu evoluție clinică favorabilă. Copilul a fost detubat în jurul orei 19.00 și a rămas ventilat CPAP cu

SpO₂ = 98 - 99%, dar s-a constatat prezența unei stări de agitație cu dureri abdominale dificil de localizat. S-a solicitat din nou consult de chirurgie pediatrică, efectuat în dinamică la orele 21.00 și 22.00 împreună cu o nouă radiografie toraco-abdominală la patul bolnavului. Clinic se constată prezența unui abdomen suplu la palpare, fără semne de iritație peritoneală, iar aspectul radiologic este de abdomen opac (Figura 2).



Figura 2. Abdomen opac.

În absența unui diagnostic cert, dar fără a putea exclude o afecțiune chirurgicală, s-a reluat anamneza pacientului - mama copilului declarând ca astfel de episoade de dureri abdominale și vărsături bilioase intermitente s-au produs de 3- 4 ori în ultimii 2 ani, dar au cedat spontan sau la administrarea de Metoclopramid. Diagnosticul pus de fiecare dată a fost de Sindrom dispeptic, fără investigații imagistice suplimentare. În aceste condiții se reevaluează clinic și radiologic pacientul și se ridică suspiciunea de ocluzie intestinală intermitentă prin volvulus sau invaginație intestinală, care pot explica durerile abdominale pasagere și episoadele de vărsături. Având în vedere durata simptomelor (48 - 72 de ore) și riscul unei posibile suferințe intestinale cu risc de ischemie și necroză secundară, echipa chirurgicală a decis efectuarea unei laparotomii exploratorii de urgență în jurul orei 23.00, fără a mai temporiza intervenția prin investigații imagistice suplimentare (tranzit gastro-intestinal baritat, etc.). Intraoperator s-a identificat volvulus intestinal având ca suport anatomic o malrotație cu mezenter comun și viciu de acolare posterioară. Cecul și apendicele identificați în cadranul abdominal superior stâng. S-au practicat devolvulare intestinală, apendicectomie incidentală, cecopexie în cadranul inferior stâng și re poziționare a întregului cadru intestinal. Întrucât anse-

le intestinale și-au recăpătat viabilitatea după aceste manevre, nu a fost necesară efectuarea unei rezecții intestinale.

În primele 24 de ore postoperator copilul a prezentat drenaj nazo-gastric de 500 - 600mL și 3 - 4 scaune melenice, dar starea generală s-a ameliorat considerabil și a putut fi detubat. În a II-a zi postoperator pacientul a fost transferat pe secție cu abdomen suplu, fără drenaj naso-gastric sau sondă urinară. Tranzitul intestinal s-a reluat la 3 zile postoperator, iar copilul a fost externat la 7 zile postoperator fără complicații. Analizele de laborator cu tendință de normalizare postoperatorie: L = $10,4 \times 10^3/L$ cu PMN = $8,25 \times 10^3/L$; Hb = 11,7g/dL, Ht = 34,6%, ionograma sanguină (mEq/L): Na = 132mEq/L, Cl⁻ = 95mEq/L, K⁺ = 3,4mEq/L. Cultura din secreția bronșică a fost pozitivă pentru Stafilococul aureus (MSSA) și Candida spp, pentru care a primit tratament cu Meronem și Fluconazol i.v. până la externare. La controalele postoperatorii s-a constatat evoluție favorabilă a cazului.

Discuții

Volvulusul intestinal asociat cu malrotație este o afecțiune chirurgicală severă, manifestată prin dureri abdominale și vărsături bilioase. Diagnosticul de certitudine poate fi obținut prin tranzit gastro-intestinal baritat, care evidențiază nivelul ocluziei intestinale și eventual poziționarea anormală a ligamentului lui Treitz (1, 2, 3). Echografia intestinală în varianta simplă sau Doppler color este utilă pentru studiul relației anatomice modificate între artera (SMA) și vena mezenterică superioară (SMV) în caz de malrotație (2, 3, 4) sau prezența rotației SMV și a mezenterului în jurul SMA în caz de volvulus intestinal (4). Pacienții care prezintă simptomatologie clinică sugestivă dar rezultate imagistice neclare pot beneficia de o laparoscopie exploratorie pentru precizarea diagnosticului (5).

Deși afecțiunea se manifestă în special în perioada neonatală, există un număr semnificativ de cazuri în care diagnosticul se pune la copii mai mari sau chiar la adulți. Acești pacienți prezintă dureri abdominale cronice, simptome sugestive de reflux gastro-esofagian sau primesc alte diagnostice nespecifice (TBC abdominal, malabsorbție, enterocolita, etc.) (1, 2, 6, 7). Există situații în care diagnosticul nu se obține în timp util și evoluția cazului este grevată de complicații severe, inclusiv posibilitatea de deces (8). În ceea ce privește tratamentul acestei afecțiuni, există un consens în literatura asupra necesității intervenției chirurgicale în scopul prevenirii unor complicații severe, cum ar fi necroza intestinală sau sindromul de intestin scurt (1, 2, 3, 9). Se recomandă în

general abordul chirurgical deschis (laparotomie) pentru pacienții simptomatici (10); un număr crescând de articole subliniază avantajele abordului laparoscopic în tratamentul malrotației intestinale (1, 5, 10, 11, 12, 13): durată mai scurtă de internare, reluarea precoce a alimentației, rata redusă a complicațiilor postoperatorii (cu excepția riscului de revolvulare).

Tabloul clinic inițial în cazul prezentat de noi a fost atipic pentru o suferință chirurgicală, cu febră, inapetență, vărsături și deshidratare la un copil în vârstă de 4 ani. S-au exclus prin investigații repetate, unele invazive (puncție lombară, radiografii abdominale, CT craniu) o serie de afecțiuni nechirurgicale cu tablou clinic asemănător. La momentul intervenției chirurgicale nu am beneficiat de rezultatele imagistice considerate standard (tranzit intestinal baritat sau echografie Doppler color), iar decizia finală a luat în calcul riscurile majore (necroză intestinală, șoc sau sindrom de intestin scurt postoperator) pe care le-ar fi ridicat temporizarea laparotomiei.

Concluzii

Prezentăm cazul unui copil în vârstă de 4 ani, cu volvulus intestinal asociat unei malformații intestinale (mezenter comun cu viciu de acolare posterioară). Prezentarea clinică inițială a fost atipică pentru o urgență chirurgicală, dar se încadrează în descrierea din literatura acestei patologii la copilul cu vârsta de peste 1 an. Colaborarea interdisciplinară și monitorizarea atentă a cazului pe parcursul internării au permis luarea deciziei terapeutice optime și evitarea apariției unor complicații severe ale afecțiunii. Menționăm și rolul important al anamnezei în conturarea suspiciunii de diagnostic și a indicației chirurgicale finale.

Bibliografie

1. Youssef MA: *Laparoscopic Ladd's procedure in infants: Reports of three cases from a developing country. J Minim Access Surg* 2008 Jul- Sep; 4(3): 83- 4;
2. Nagdeve NG, Qureshi AM, Bhingare PD, et al: *Malrotation beyond infancy. J Pediatr Surg* 2012 Nov; 47 (11): 2026- 32;
3. Shah MR, Levin TL, Blumer SL, et al.: *Volvulus of the entire small bowel with normal bowel fixation simulating malrotation and midgut volvulus. Pediatr Radiol* 2015 Dec; 45 (13): 1953- 6;
4. Esposito F, Vitale V, Noviello D, et al: *Ultrasonographic diagnosis of midgut volvulus with malrotation in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014 Dec; 59 (6): 786- 8;
5. Hsiao M, Langer JC: *Value of laparoscopy in children with a suspected rotation abnormality on imaging. J Pediatr Surg* 2011 Jul; 46 (7): 1347- 52;

6. Stoeva M, Kirova G, Vloka M, et al: Diagnostic imaging of intestinal malrotation in association with other inborn malformations in children and adults-case presentations and a review of the literature on the subject. *Khirurgiiia (Sofia)*, 2014; 3: 37- 45;
7. Zellos A, Zarganis D, Ypsiladis S, et al: Malrotation of the intestine and chronic volvulus as a cause of protein- losing enteropathy in infancy. *Pediatrics* 2012 Feb; 129 (2): e515- 8;
8. Grusova K, Votava M, Zeman M: Two cases of sudden deaths of children with mesenterium commune- a case report. *Soud Lek* 2015; 60 (2): 17- 20;
9. Seashore JH, Touloukian RJ: Midgut volvulus: An ever- repress threat. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994; 148: 43- 6;
10. Lodwick DL, Minneci PC, Deans KJ: Current surgical management of intestinal rotational abnormalities. *Curr Opin Pediatr* 2015 Jun; 27 (3): 383- 8;
11. Martinez- Ferro M, Bignon H, Figueroa M: Laparoscopic Ladd' s procedure in the neonate. *Cir Pediatr* 2006; 19: 182- 4;
12. Bass KD, Rothenberg SS, Chang JH: Laparoscopic Ladd' s procedure in infants with malrotation. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 279- 81;
13. Fernandez MS, Vila JJ, Ibanez V et al: Laparoscopic transaction of Ladd' s bands: A new indication for therapeutic laparoscopy in neonates. *Cir Pediatr* 1999; 21: 41- 3.