

OCLUZIILE NEONATALE PRIN OBSTACOL LA NIVELUL DUODENULUI

S.G. Aprodu, C. Botez, V. Munteanu, Doina Mihăilă, I. Iliev, F. Avasiloaiei
Clinica de Chirurgie și Ortopedie Pediatrică
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

CONGENITAL DUODENAL OBSTRUCTIONS (Abstract): The purpose of this study is to analyze a cohort of 46 cases of congenital duodenal obstruction, operated between 1996 and 2002, 23 of them being diagnosed in neonatal period. In one case, the diagnosis was made antenatally, by ultrasonography. There were 15 males and 8 females, 17 with duodenal atresia and 6 with duodenal diaphragmatic stenosis. Surgery was performed in all cases, consisting in lateral duodeno-duodenal anastomosis in 5 cases and “diamond-shape” duodeno-duodenal anastomosis in 18 cases. The survival rate in this study was 69.5%. 12 cases (52.1%) had other congenital pathologies: trisomy 21 (6 cases), multiple ileal atresia (2 cases), dextrocardy (2 cases), omphalocele (1 case), situs inversus (1 case). The complications of surgery were: anastomotic leaking with peritonitis, biliary fistula, intestinal adhesions with occlusion. Congenital duodenal obstruction (midgut volvulus, atresia, stenosis) remains a challenging issue for pediatric surgeons, especially in our country, due to limited possibilities of quick diagnosis and treatment of associated anomalies.

KEY WORDS: DUODENAL OBSTRUCTION, CONGENITAL PATHOLOGY

Correspondență: Dr. S.G. Aprodu, Clinica de Chirurgie și Ortopedie Pediatrică, Spitalul „Sf. Maria”, Str. Vasile Lupu, nr. 62, 700309, Iași.

INTRODUCERE

Nou născuții cu obstacol la nivelul duodenului (atrezie, stenoză, volvulus) continuă să creeze probleme chirurgilor pediatri. Progresele realizate de terapia intensivă neonatală, suportul respirator și nutrițional îmbunătățit și succesul înregistrat în tratamentul anomaliilor congenitale asociate au influențat favorabil evoluția cazurilor cu obstrucții duodenale. În 1989 Touloukian raportează 93% vindecări pe o serie de 55 pacienți [1]. Pentru autorii prezentei lucrări, rămân în continuare probleme de rezolvat în privința diagnosticului și soluțiilor terapeutice de adoptat. Lucrarea își propune analiza retrospectivă a unui material clinic privind obstacolele duodenale ale nou-născutului.

MATERIAL ȘI METODĂ

În perioada 1996-2002, 46 copii cu obstacol la nivelul duodenului au fost tratați în Clinica de Chirurgie și Ortopedie Pediatrică din Iași. Dintre acestea, 23 de cazuri au fost diagnosticate și tratate în perioada neo-natală. Au fost 15 pacienți de sex masculin și 8 de sex feminin. Vârsta la internare a fost de 1-7 zile. Toți pacienții au fost diagnosticați conform unui algoritm diagnostic cuprinzând: datele anamnestice, examenul clinic și explorările imagistice.

17 pacienți au avut atrezie duodenală iar 6 pacienți stenoză duodenală prin diafragm incomplet. Tratamentul a fost chirurgical în toate cazurile și a constat în duodeno-duodeno anastomoză latero-laterală, clasică, în 5 cazuri și duodeno-duodeno anastomoză „în diamant” în 18 cazuri. La 10 copii a fost lăsat tub de drenaj transanastomotic. Nu s-a practicat modelare de reducere a calibrului capătului proximal al duodenului.

REZULTATE

Vârsta la diagnostic a variat între 1 și 7 zile, dar de regulă simptomatologia s-a produs la 24-36 ore de la naștere, intervalul variind în funcție de gradul și severitatea obstacolului. La un singur caz s-a pus diagnosticul în perioada antenatală, prin ecografia uterului gravid, astfel

că, imediat după naștere, copilul cu atrezie duodenală a fost preluat în serviciul nostru (Fig.1).



Fig. 1. Echografie a uterului gravid evidențiind aspect de atrezie duodenală

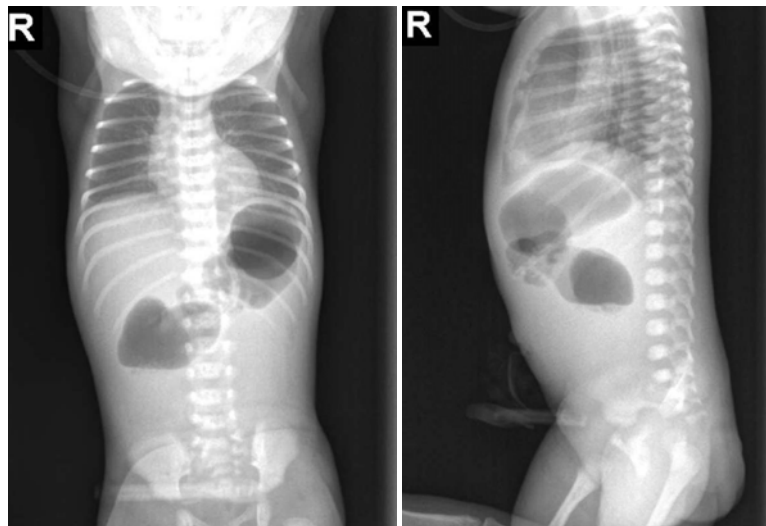


Fig.2. Imagine radiologică față și profil a unei atrezii duodenale.

S-a înregistrat întârziere diagnostică, peste vârsta de trei zile, la 12 din 23 copii (52,1%). Dintre cei 23 copii 13 au avut malformații asociate. Astfel, 6 copii cu trisomie 21, 2 cu atrezii ileale multiple, 1 omfalocel, 2 dextrocardie, 1 situs inversus incomplet, 1 defect septal ventricular. Examenul clinic a fost sugestiv pentru un obstacol duodenal la jumătate din pacienți (56,5%), iar ceilalți au avut un examen clinic fără modificări, cu perete abdominal normal conformat, depresibil, mobil cu mișcările respiratorii.

Diagnosticul s-a pus pe semnele radiologice în toate cele 23 cazuri, imaginea „în balanță” fiind semnificativă, dar am apelat și la opacifiere cu substanță de contrast în două cazuri. (Fig. 2)

Cei 23 copii au suferit 2 feluri de intervenții chirurgicale: duodeno-duodeno anastomoză „clasică” în 5 cazuri și duodeno duodeno anastomoză „în diamant” în 18 cazuri. Am obținut un număr de 16 vindecări (69,5%). Am avut complicații postoperatorii la 10 cazuri, după cum urmează: dezunirea anastomozei cu peritonită secundară în 4 cazuri și cu

fistulă biliară pe tubul de dren în 3 cazuri, eviscerație în 2 cazuri și ocluzie postoperatorie la un caz. Am reintervenit în toate situațiile enumerate și am înregistrat 4 decese, alte trei cazuri au decedat din cauze indiferente de leziunea chirurgicală (malformații cardiace). Mortalitatea în seria studiată a fost de 30%.

Asocierile malformative întâlnite în seria de față au întunecat evident prognosticul acestor bolnavi. Dacă trisomia 21 este frecvent întâlnită la bolnavii cu obstrucții duodenale, în seria de față am avut și o asociere mai rară: obstrucție duodenală și situs inversus parțial, în cadrul unui sindrom de mal rotație a mai multor organe [2,3].

DISCUȚII

Dacă pe plan mondial rămân de discutat doar aspecte privind modalitățile de abordare chirurgicală a acestor tipuri de afecțiuni, pentru autorii acestui studiu se ridică alte probleme. S-a constatat întârziere diagnostică de 4-5 zile datorită unor factori ce țin de pregătirea cadrelor medicale, dotare și modalități de diagnostic insuficiente. Numai un bolnav a fost diagnosticat antenatal, prin ecografia uterului gravid.

Criteriile anamnestice, caracterul vărsăturilor sau eliminarea meconiului nu au constituit elemente cu valabilitate clară pentru precizarea diagnosticului. Examenul clinic a fost elocvent în 50% din cazuri. În aceeași măsură, examenul radiologic “pe gol” poate sugera cu mare probabilitate diagnosticul.

Tratamentul chirurgical nu are în vedere decât duodenoduodeno-anastomoza căci nu se mai ia în discuție duodenojejuno-anastomoza. Există controverse și studii ce compară duodenoduodeno-anastomoza „clasică” cu duodenoduodeno-anastomoza „în diamant”, dar nu s-au găsit deosebiri între aceste două modalități tehnice [4,5].

De asemenea, se ia în discuție modalitatea modelării capătului proximal, dilatat, al duodenului deasupra obstacolului, dar nu s-a observat un avantaj net după modelare, în raport cu anastomoza simplă. Mai mult, există autori [6] care atrag atenția asupra pericolului lezării căii biliare în cursul modelării duodenului și datorită modificărilor anatomiei în cadrul malformației. Autorii prezentei lucrări nu exclud avantajele drenajului transanastomotic, dar nici nu-l consideră, în absență, o cauză de eșec a anastomozei.

CONCLUZII

Pentru studiile efectuate în străinătate, cifrele privind vindecarea pacienților cu obstrucții duodenale tind spre 100% și asta datorită progreselor înregistrate în modalitățile de stabilire a diagnosticului, modalităților de tratament și îngrijire postoperatorie, dar mai ales datorită posibilităților de tratament a malformațiilor asociate.

Pentru autorii prezentei lucrări, obstrucțiile congenitale duodenale ale nou-născuților constituie o „piatră de încercare”, datorită obstacolelor întâlnite în diagnostic și mai ales datorită posibilităților limitate de tratament a malformațiilor asociate.

BIBLIOGRAFIE

1. Touloukian R.J. Intestinal atresia and stenosis in *Ashcraft-Holder Pediatric Surgery*, ed.W.B.Saunders, second edition 1993, cap.25: 305
2. Adeyemi DS. Combination of annular pancreas and partial situs inversus: a multiple organ malrotation syndrome associated with duodenal obstruction, *J Ped Surg* 1988, vol. 23, no. 2: 188-191
3. Munteanu Mihaela, Aprodu SG, Munteanu V, Vlad A, Brumaru O. O asociere malformativă rară: situs inversus parțial și stenoză duodenală congenitală la o pacientă aflată în program de hemodializă cronică. *Jurnalul Român de Pediatrie* 2004; III(1): 56-59
4. Weber RT, Lewis EJ, Mooney D, Connors R. Duodenal atresia: a comparison of techniques of repair, *J Ped Surg* vol. 21, nr. 12., 1996: 1133-1136
5. Kimura K, Tsugawa C, Ogawa K. Diamond shaped anastomosis for congenital duodenal obstruction, *Arch Surg* 1977, 112: 1262
6. Bowen J, Dickson A, Bruce J. Reconstruction for duodenal atresia: tapered or non-tapered duodenoplasty. *Pediatric Surg Int*, vol. 11, no. 7, 1996: 474-476