



Dr. Eugeniu Ilicea

Invaginația acută la sugar – Acute Invagination in Infants –

Dr. EUGENIU ILICEA

Șef Disciplina Medicina Familiei, Facultatea de Medicină,
Universitatea „OVIDIUS” Constanța

REZUMAT

Definiția ca penetrație a unui segment intestinal din aval, invaginația acută la sugar, se impune ca o veritabilă urgență chirurgicală prin brutalitatea manifestărilor clinice, ce poate ridica serioase probleme de diagnostic precoce dar impune intervenție chirurgicală promptă. În practica medicului de familie recunoașterea bolii, cu toate dificultățile diagnostice existente și internarea copilului în clinicile de specialitate sunt definatorii pentru prevenirea complicațiilor, intervențiilor chirurgicale tardive, laborioase și a efectelor secundare grave asupra sănătății sugarului.

ABSTRACT

Defined as a penetration of an intestinal sequent, acute volvulus of the new-born represents a real surgical emergency due to the brutal clinical manifestation that involves serious early diagnostic's problems but impose a proper surgical intervention. In the family doctor's practice, recognizing the disease with all the existing diagnostic problems and child's recovery in special clinics are important in order to prevent the complications, tardily surgical interventions, very difficult and of the severe side effects upon the newborn's health.

Invaginația acută definită prin penetrarea unui segment intestinal în segmentul din aval, este cea mai frecventă urgență chirurgicală a sugarului ce necesită diagnostic și tratament precoce.

CARACTERISTICI

- este cea mai frecventă afecțiune chirurgicală abdominală a sugarului;
- mai frecventă la băieți (2/3);
- apare la sugarul între 4-8 luni.

FORME CLINICE

- **invaginația primitivă:**
 - reprezintă 90% din cazuri
 - nu recunoaște la origine nici o leziune anatomică

- reprezintă răspunsul motricității intestinale la iritații neurologice sau la agresiuni microbiene
- martori-adenopatie vecina boudin-ului de invaginație
- existența în antecedente personale recente (rinofaringita, diaree, bronhopneumonie)
- caracter sezonier (martie-august)

- **invaginatia secundară:**

- reprezintă 10% din cazuri,
- are ca substrat lezarea peretelui intestinal (diverticul Meckel, polip intestinal, limfom malign)
- poate apărea postoperator
- în purpura reumatoidă, RAA

CLINIC

1. debut:

- brutal
- la sugar de 4-8 în stare de sănătate aparentă,
- cu dureri paroxistice în crize
- **crize dureroase**
 - denumite „furtună cu cer senin” când sugarul țipă, se agită, are fațes contractat, palid
 - neobișnuite
 - durează câteva minute,
 - dispar spontan și duc la liniștirea sugarului
 - reapar după variate intervale de timp mai violent și alternante cu perioade de acalmie, ce durează câteva ore cu intervale din ce în ce mai mici între ele
- **refuzul biberonului**
 - apare după vărsătură ce însoțește sau urmează prima criză
 - este total (indică intoleranța alimentară completă)
- **rectoragie**
 - nu se așteaptă apariția sa pentru evocarea diagnosticului
 - rară la debut
 - aspect variabil sânge-materii fecale diareice, glere sanghinolente sau materii fecale normale înconjurate de sânge)
- **Suspiciunea bolii este susținută de durerile paroxistice în crize**

2. Examenul clinic:

- **starea generală:**
 - inițial bună, temperatura normală
 - tardiv sugar obosit, palid, puțin reactiv
- **palparea abdomenului**
 - **boudin-ul** de invaginație
 - căutat pe tot cadrul colic,
 - apare ca o masă ovoidă, dură, mobilizabilă, dureroasă sau ca o simplă împastare
 - **fosa iliacă** dreaptă anormal depresibilă
 - **abdomenul** în rest este suplu, nedureros
- **tușeu rectal**
 - percepția boudin-ului la debut este rară,
 - prezența mucusului sanghinolent pe degetul explorator

3. Confirmarea diagnosticului

- **Radiografie abdominală simplă de față și culcat:**
 - arată boudin-ul (opacitate în hipcondrul drept sau în fața coloanei vertebrale),

- *evidențiază* uneori diminuarea gazului colic și sau nivele hidroaerice în intestinul subțire,
- *permite* evidențierea unui pneumoperitoneu (contraindicație pentru irigografia baritată)
- **...radiografia normală nu exclude diagnosticul de invaginație...**

• Radiografie abdominală cu insuflație aerică rectală:

- poate înlocui irigografia baritată în suspiciunea de invaginație

• Ecografie abdominală:

- vizualizează boudin-ul ca o imagine cu centrul hiperecogen, cu aspect de cocarda pe cupa transversală, sau de „hot dog” pe cupa longitudinală.

• Irigografia baritată

- efectuată cu tehnică riguroasă în scop:

a. diagnostic

- *imagini* cu aspect de cupolă trident, pensă de crab, cocardă
- *oprirea bariului* și sau absența de umplere a unui segment colic (cu valoare diagnostică în context clinic net),

b. terapeutic

- *dezinvaginarea* hidrostatică sub efectul irigografiei baritate (umplerea masivă și totală a intestinului subțire terminal confirmă eficiența tehnicii).

4. Alte forme clinice

• Invaginații necunoscute

- *diagnosticate* ronat inițial drept „gastro-duodenite”

- *dinamica tabloului clinic* evidențiază tabloul de ocluzie intestinală (vărsături bilioase sau fecaloide, meteorism, oprirea tranzitului de gaze și materii fecale, apariția de scaun sanghinolent); *evidențierea boudin-ului* prin tușeu rectal: *alterarea stării generale* (prostrație, hipotermie severă)

- confirmate radiologic

• Invaginații simptomatice

- Invaginația în cursul unei evoluții sezoniere (gastroenterita, diaree)
- Forme febrile prin asociere evolutivă cu otita sau rinofaringita
- Forma subacută, cu crize dureroase atenuate.
- Forme ileo-cecale, în care dominant este tabloul ocluziv.

- Formele copilului mare, diagnosticul este dificil și se caută o leziune organică determinantă
- Forme postoperatorii, rare, dificil de diagnosticat.

Tratamentul este chirurgical și se realizează prin două metode ce se completează:

- reducere hidrostatică prin irigografie sub control radiologic
- reducere chirurgicală. □□

CONCLUZII

- Invaginația acută este cea mai frecventă urgență chirurgicală abdominală a sugarului.
- Durerile abdominale paroxistice în crize împune diagnosticul.
- Rectoragia din „gastroduodenită” asociată cu crize dure-roase repetitive ridică suspiciunea de invaginație.
- Diagnosticată și tratată precoce evoluează favorabil.
- Diagnosticată tardiv poate împune intervenții chirurgicale de amploare (hemicolectomie dreaptă largită) cu riscurile și consecințele corespunzătoare asupra sugarului. □□

BIBLIOGRAFIE

1. **Berman WF, Holtzapple PG** – Gastro-intestinal hemorhage, *Pediatr Clin North Am* 1975; 22:885-892
2. **Boley SJ et Daum F, Rectal Bleeding, Ravitch MM et col.** – *Pediatric Surgery*, Third Edition, 1979; 1079-82
3. **Proca E** – *Tratat de Patologie Chirurgicală*, Editura Medicală, 1989