



Ulcerul gastro- duodenal



Frecvența bolii ulceroase la copil
3,4- 4,4 / 10.000 pacienți

Frecvența bolii ulceroase adult
5-6 % din populație

Ulcerul gastric este de 2 ori mai frecvent decât cel duodenal la copil

Factori **Ulcerogeni**

(de agresiune)

ACIDUL CLORHIDRIC

- masa celulelor parietale
- tonusul vagal
- gastrina

PEPSINA

pepsinogenul I

REFLUXUL DUODENO- PANCREATIC

- sărurile biliare
- secreția pancreatică
- secreția intestinală

HELICOBACTER PYLORI

Factori **Protectori**

(de apărare)

INHIBIȚIA SECREȚIEI GASTRICE

MUCUSUL GASTRIC

BICARBONATUL DE SODIU

REFACEREA TESUTURILOR

- celule epiteliale
- prostaglandine
- microcirculație
- factorul epidermal de creștere



**75% din cazuri prima manifestare a bolii este complicația
(cel mai frecvent hemoragia)**

Alimentația nu influențează ulcerogeneza!

Nu există nici un aliment capabil să producă ulcerul!!!

Tratamentul chirurgical la copil are indicații excepționale.

**Terapia medicamentoasă constituie tratamentul de “primă linie”
asocieri de câte 4 medicamente**



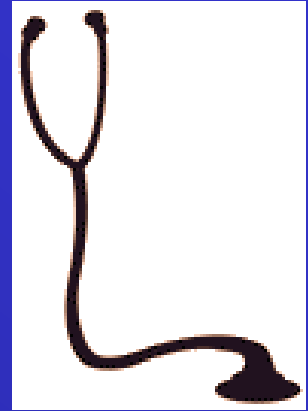
Stenoza hipertrofica de pilor



- **Afectiune caracteristica sugarilor**
- **Nu mai este intalnita dincolo de varsta de 4 luni !!!**

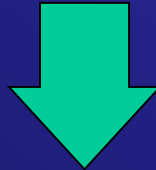


- **Simptomul cheie = Varsatura**



Caracteristicile varsaturii:

- **alba (nebilioasa) – lapte branzit**
- **“in jet”**
- **explozivă**
- **la scurt timp după masă**
- **“semnul biberonului”**



Deshidratare și denutritie





Varsatură albă + striuri sangvinolente

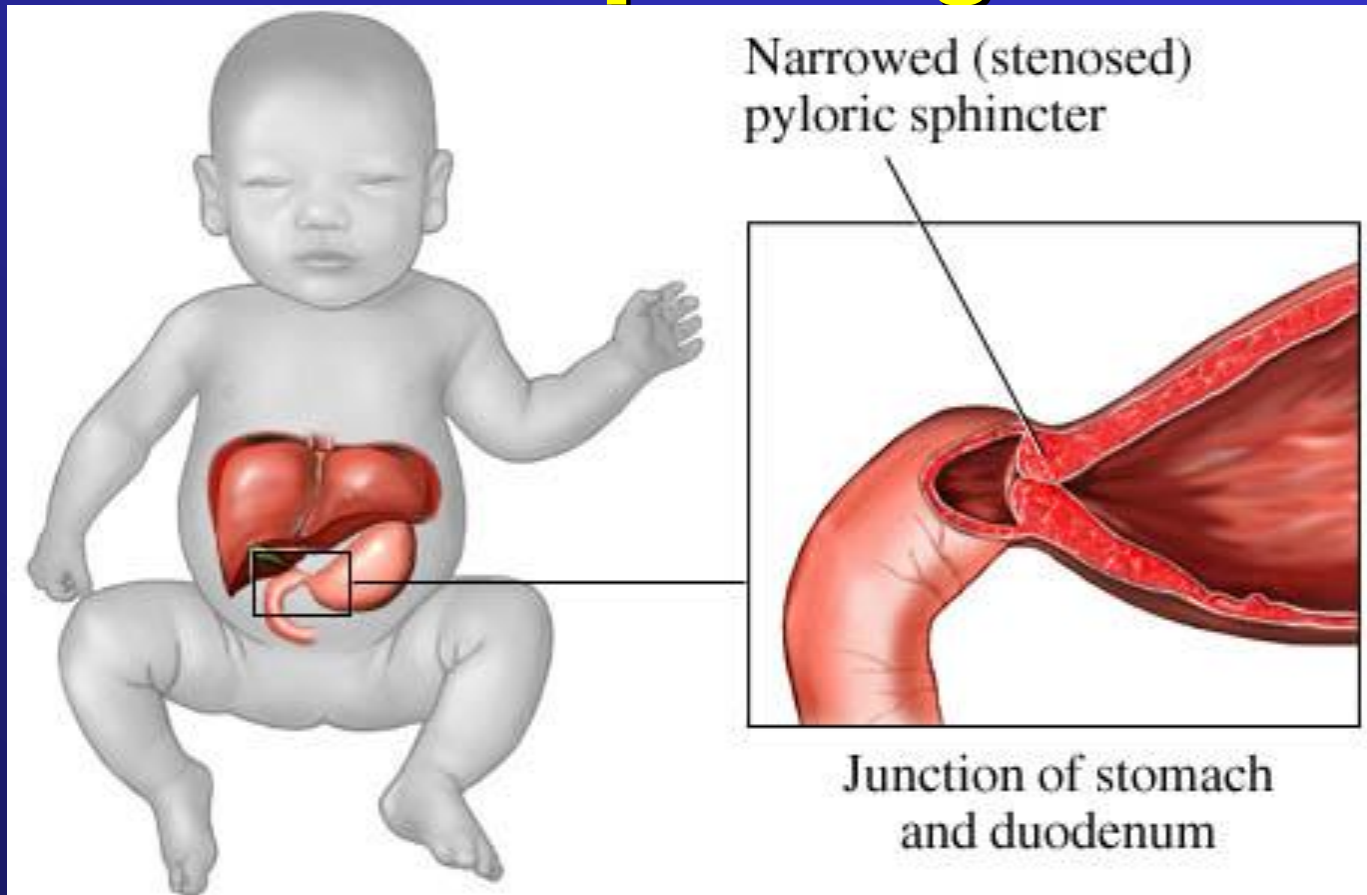
=

Sindrom Roviralta

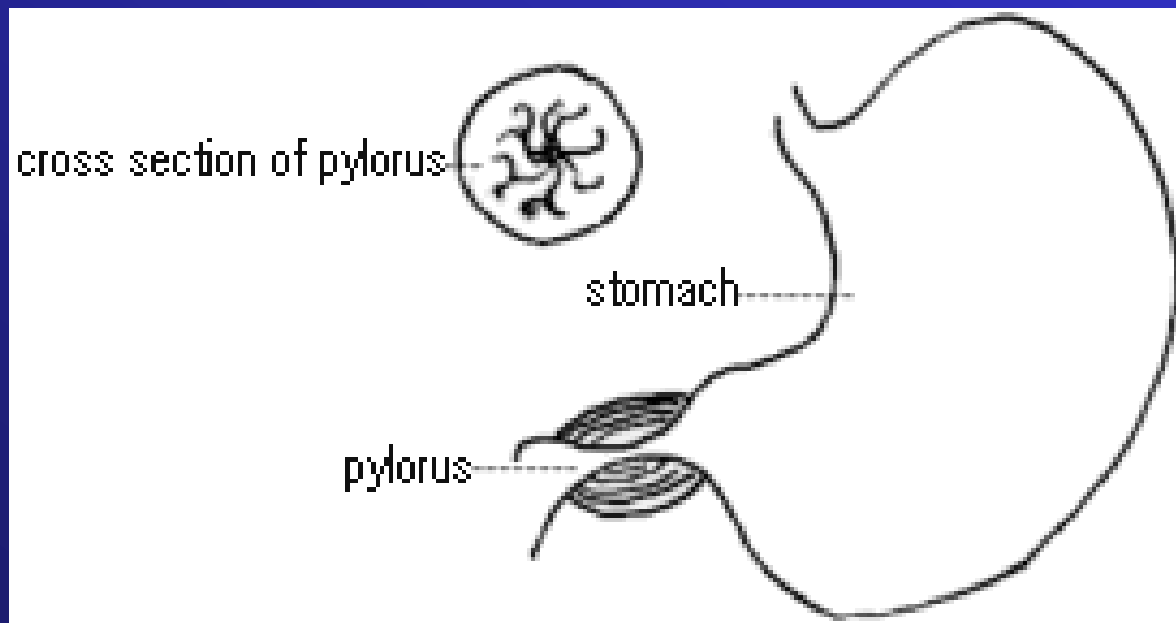
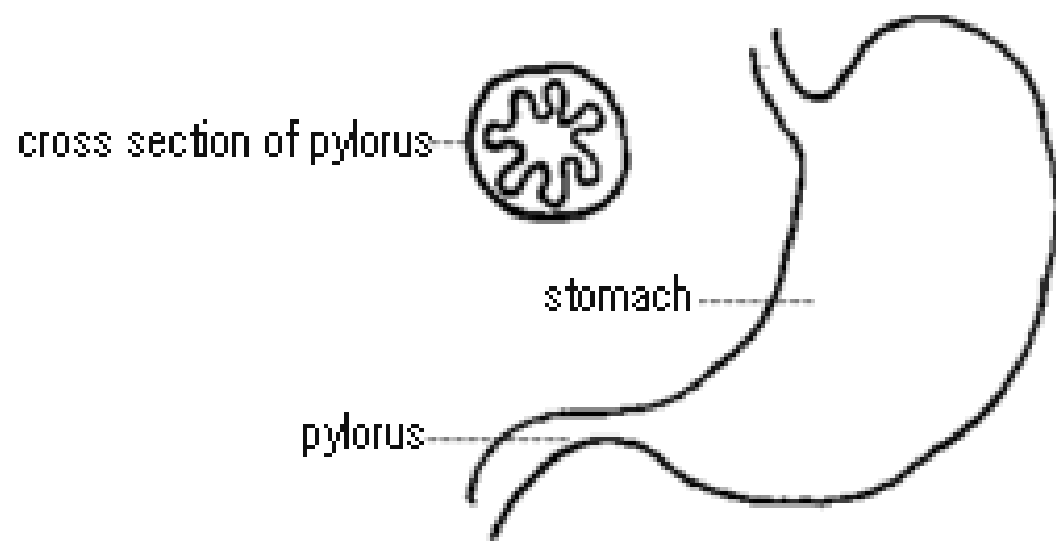
(SHP+HH)

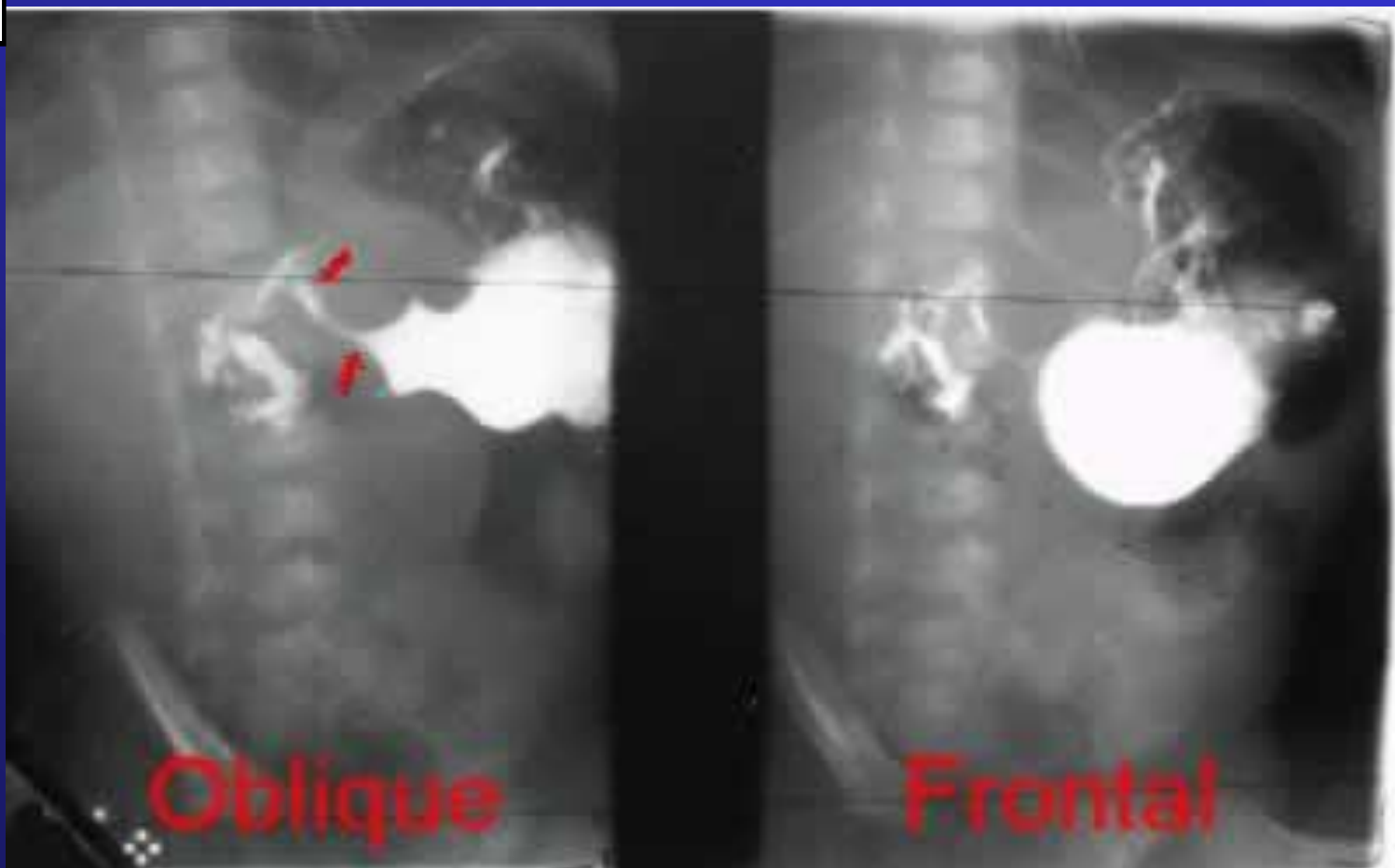


Anatomopatologic



Hipertrofia stratului muscular

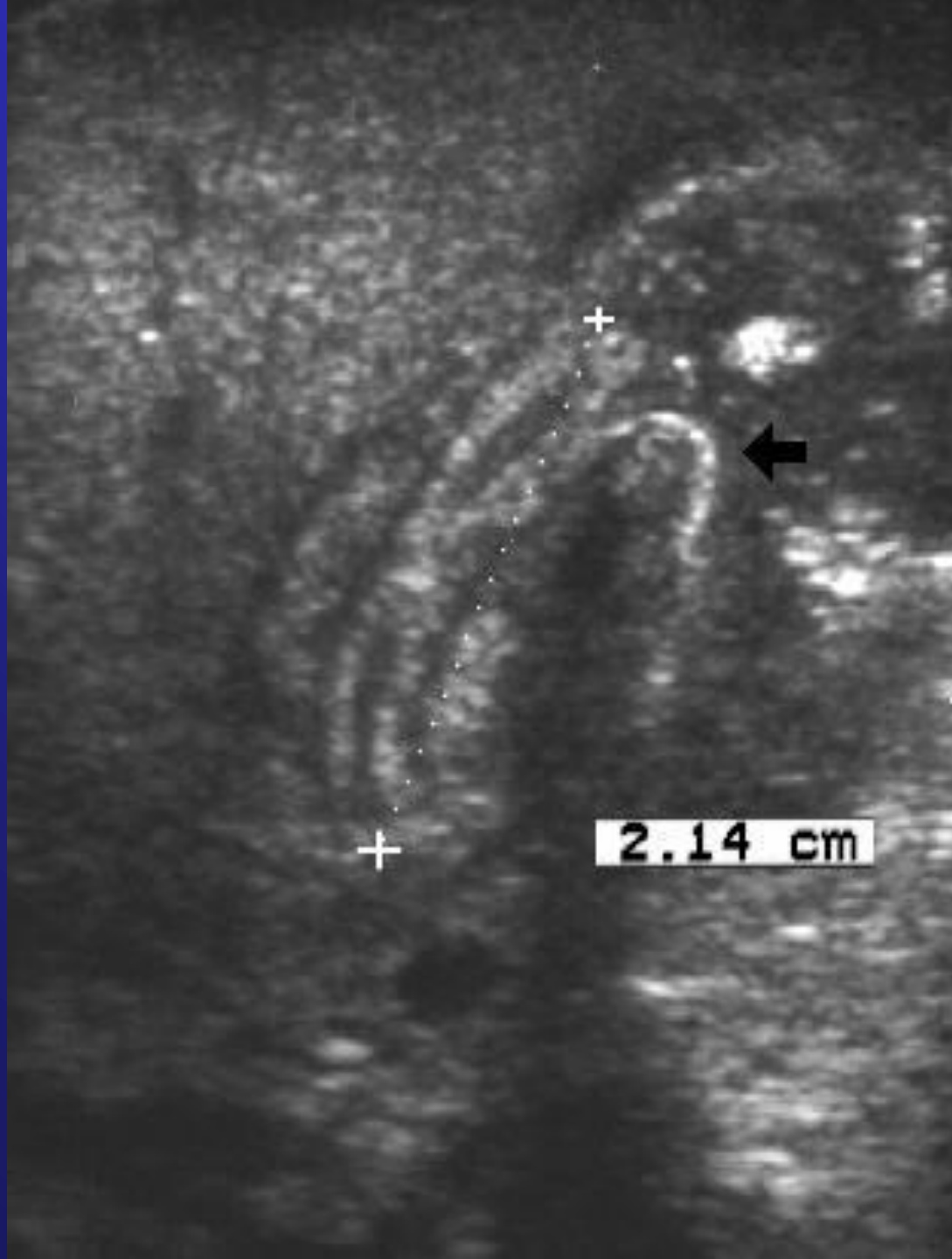






Etiopatogenia

- **Lynn** – laptele → spasm piloric, edem mucoasa și submucoasa
- **Marcowitz** - ulceratie pilorica → iritatie și spasm
- **Teoria Hipergastrinemiei** – eliberarea prin mecanism vagal a gastrinei ca răspuns la stress





Forme clinice

1. comuna (perioada latentă ~ 2 săptămâni)
2. Precoce
3. Tardivă
4. Sindrom Rovinalta
5. SHP + **icter** = deficit de glicuronil transferaza



Diagnostic diferencial

- 1. erori dietetice**
- 2. boli infecțioase**
- 3. reflux gastro-esofagian**
- 4. spasm piloric funcțional**



Tratament

Reechilibrare hidroelectrolitica



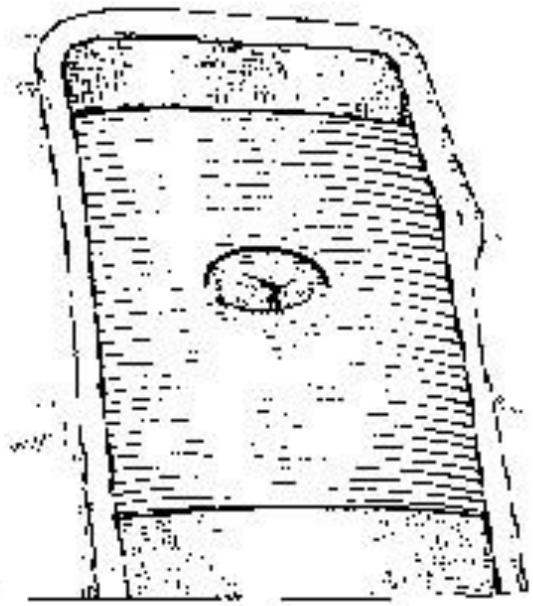
Piloro-mio-tomia extra- mucoasa Fredet



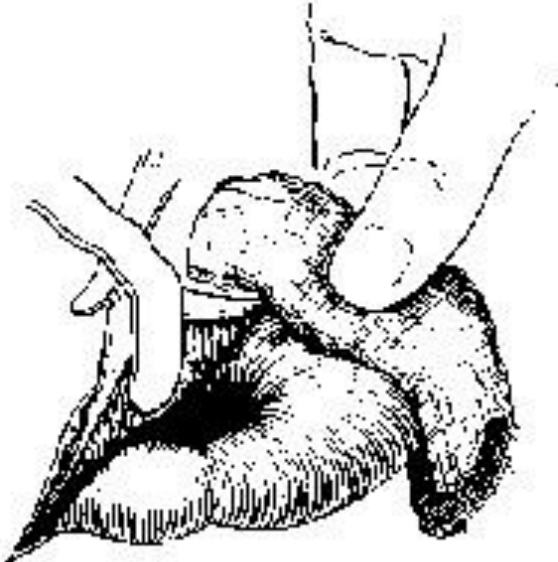
Postoperator realimentare precoce progresiva



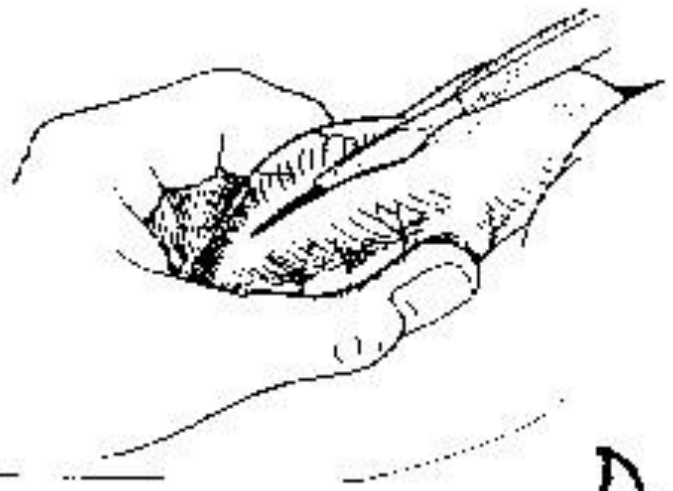
A



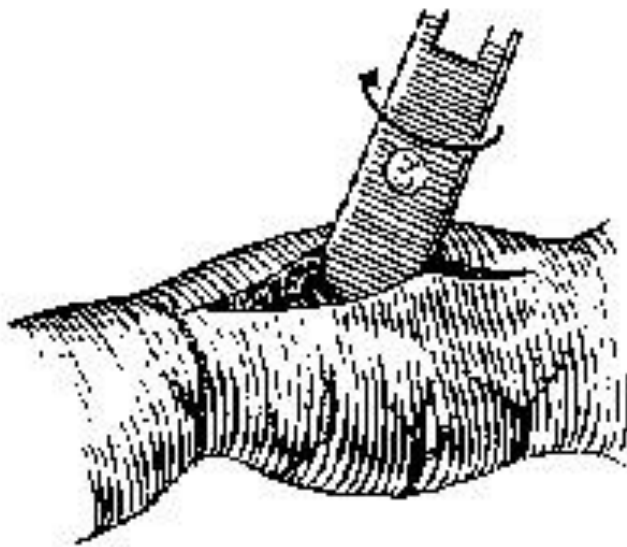
B



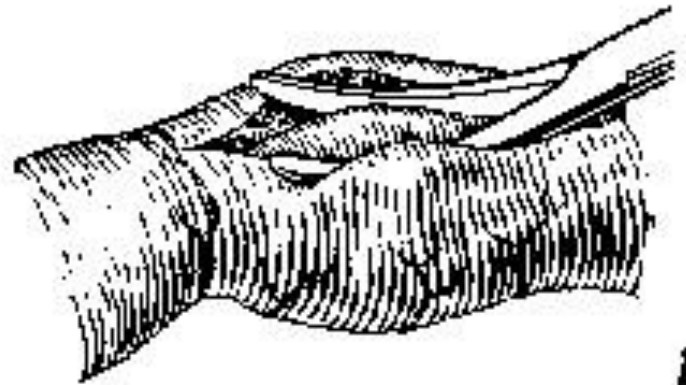
C



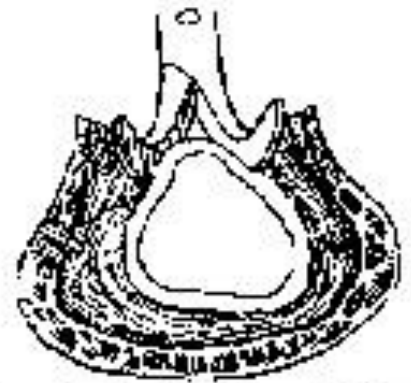
D



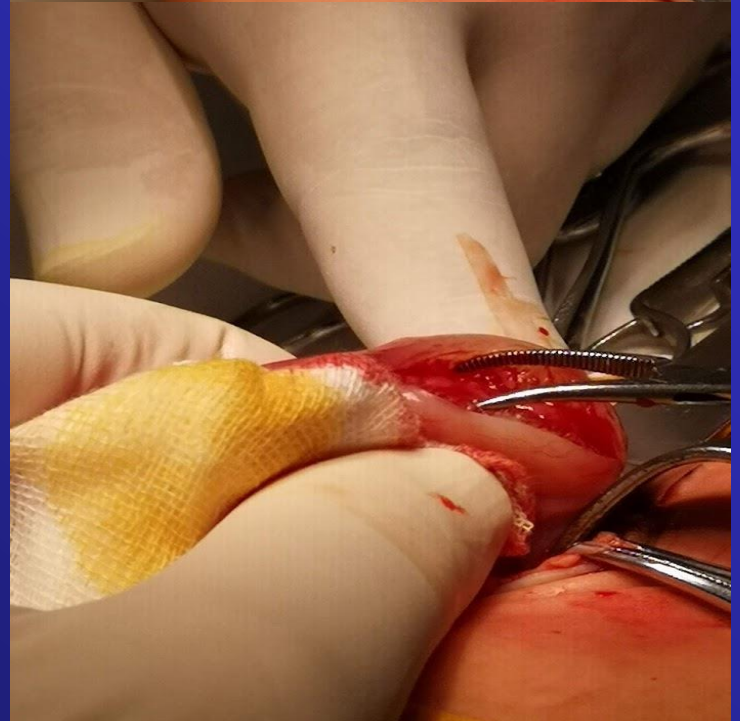
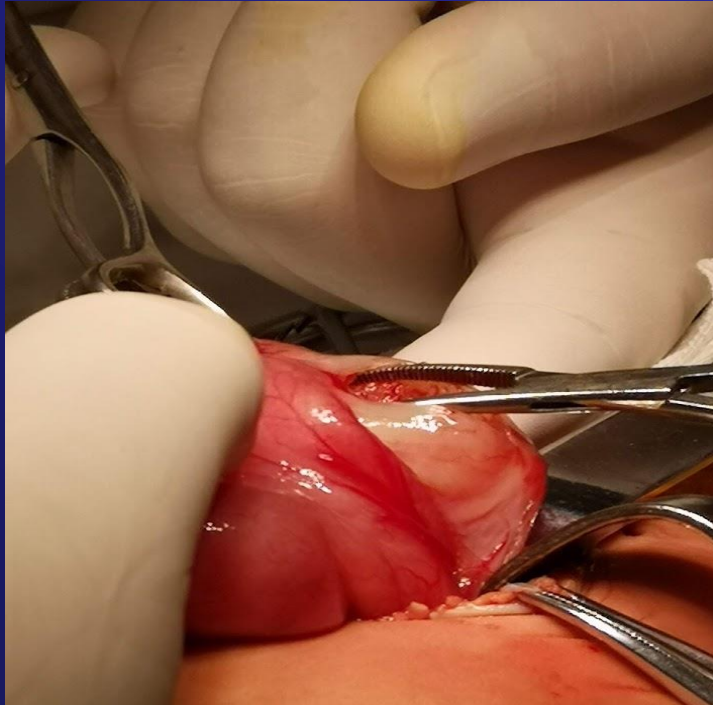
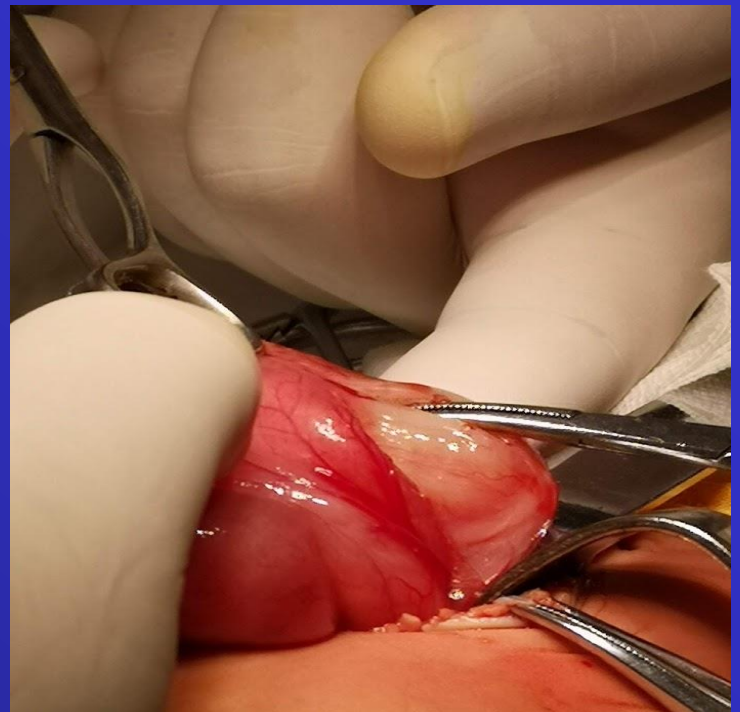
E

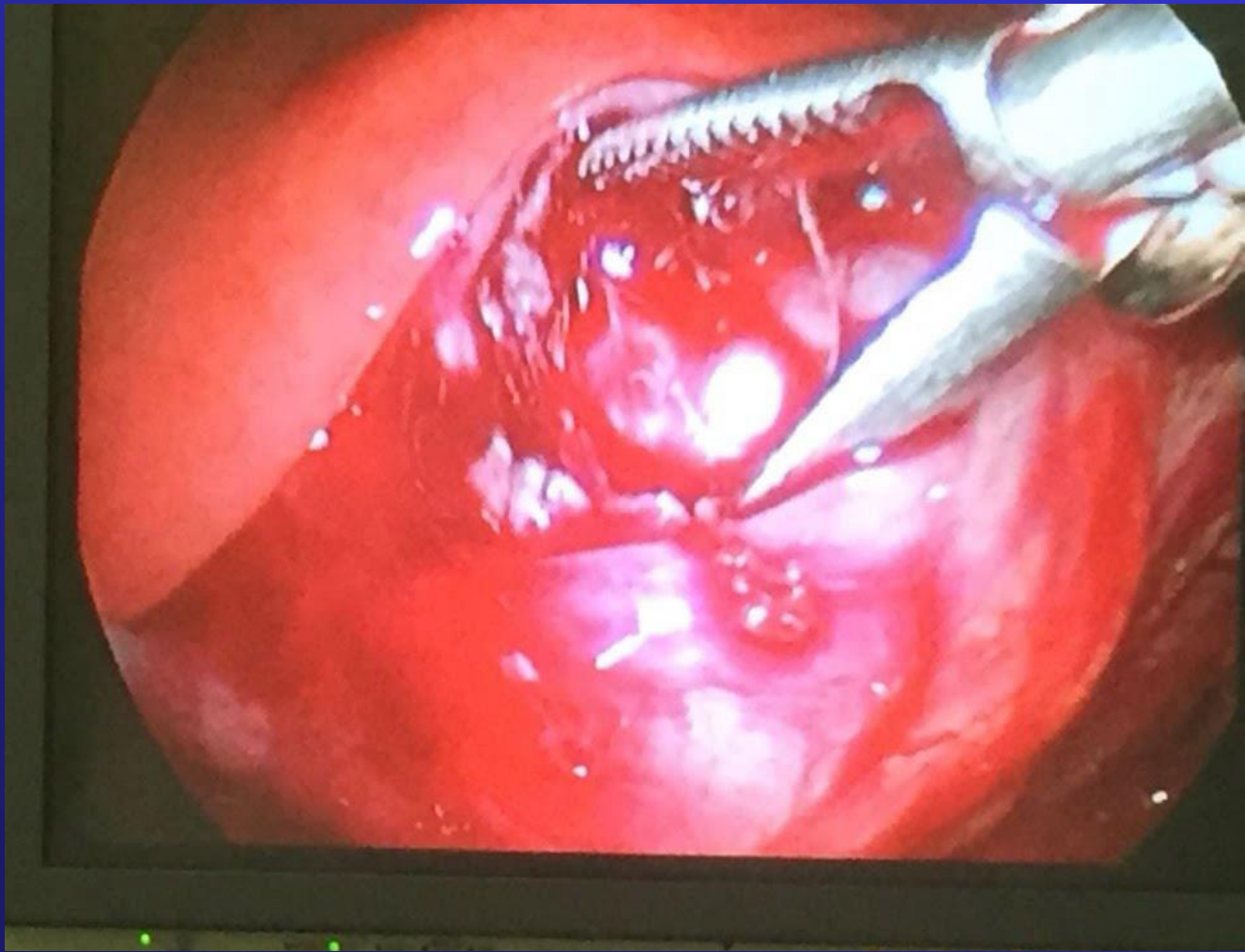


F



G







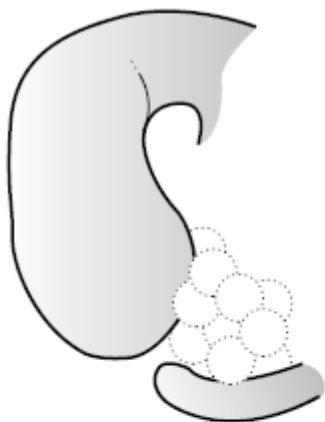
Stenozele duodenale



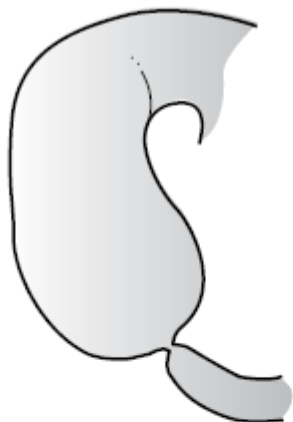
1. atrezii

2. obstacole

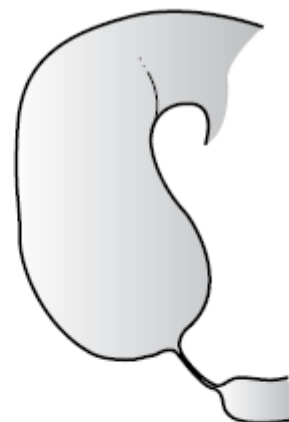
- **intrinseci** – diafragm complet / incomplet
- **extrinseci:**
 - bride Ladd
 - pancreas inelar



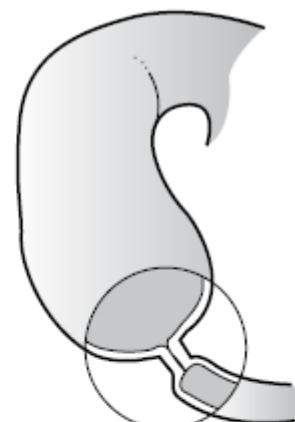
separare completă



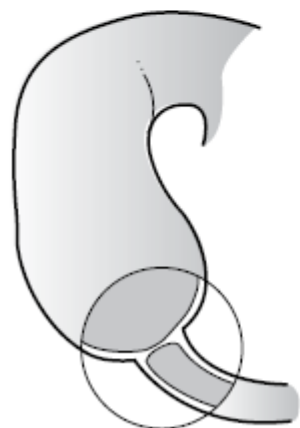
separare incompletă



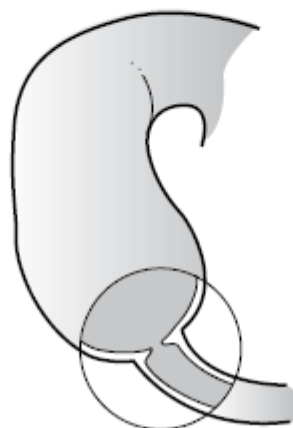
cordon fibros



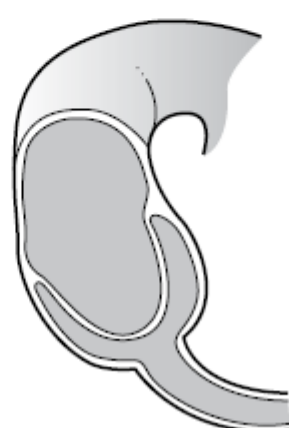
stenoză prin bridă Ladd



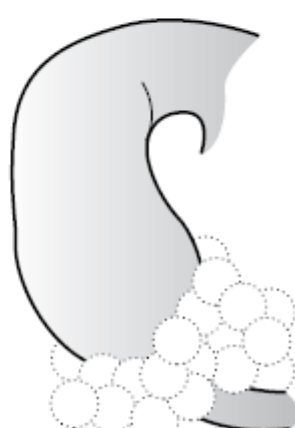
diafragm complet



diafragm incomplet



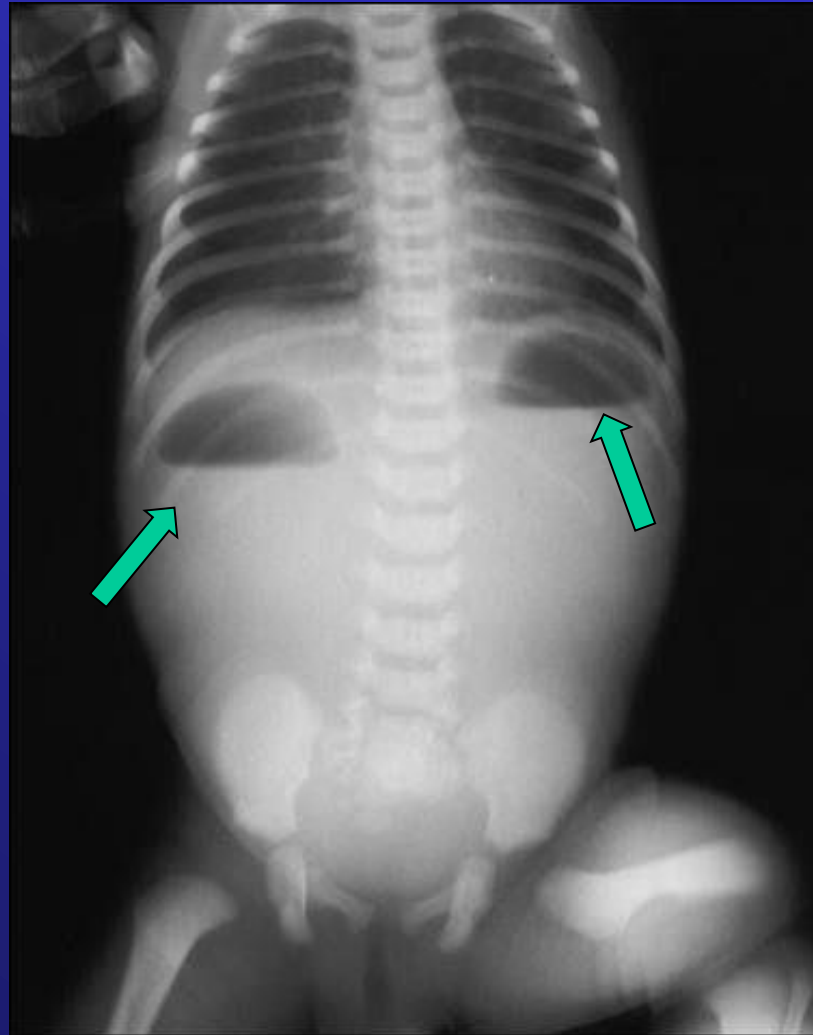
"windsocket " malformation



"pancreas inelar



**porțiunea
terminală a
duodenului
atrezic**



**camera de aer
a stomacului**

Imagini hidroaerice “ în talere de balanță”



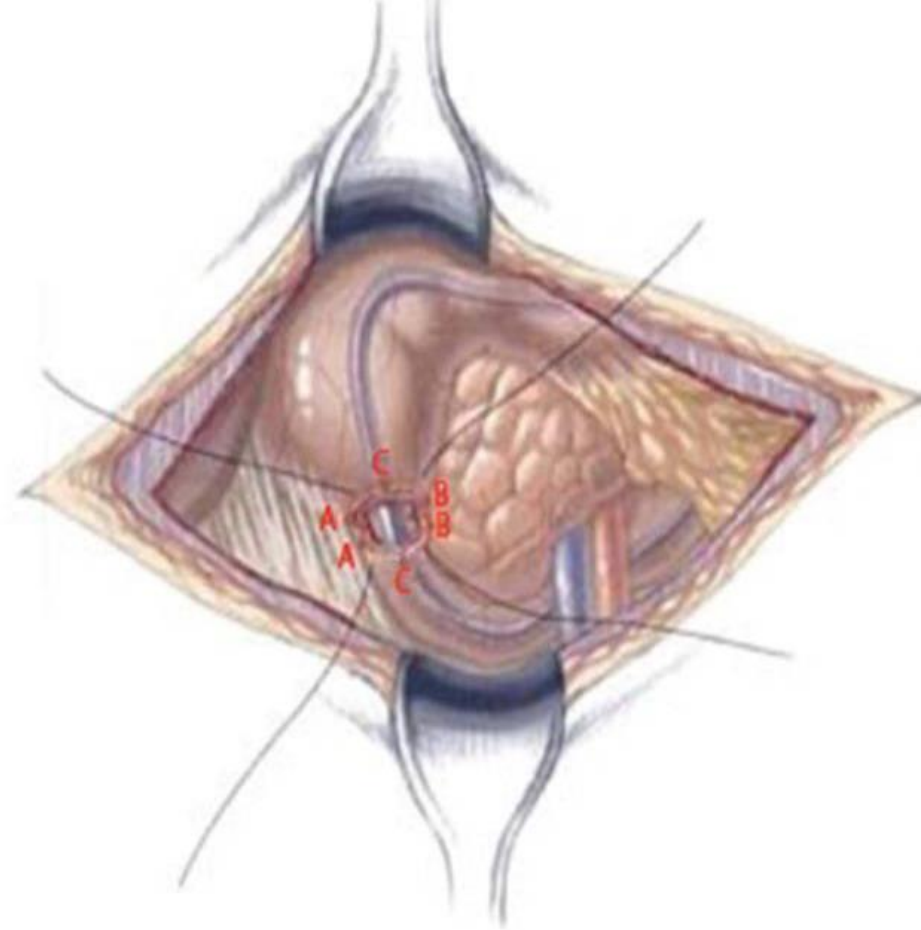
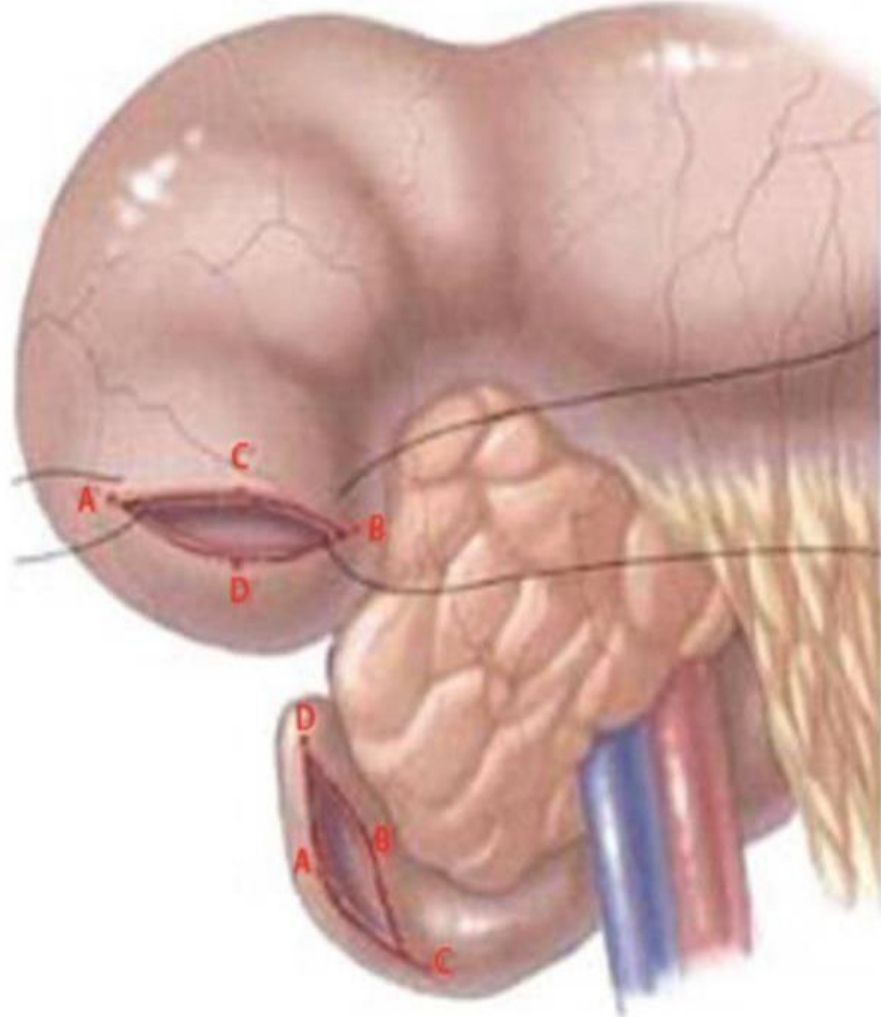
stenoză duodenală prin pancreas inelar

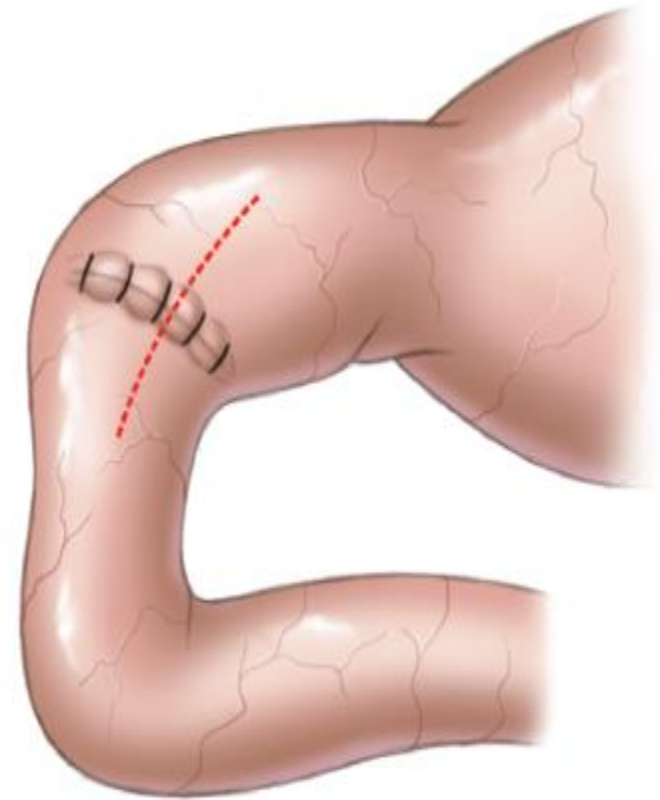
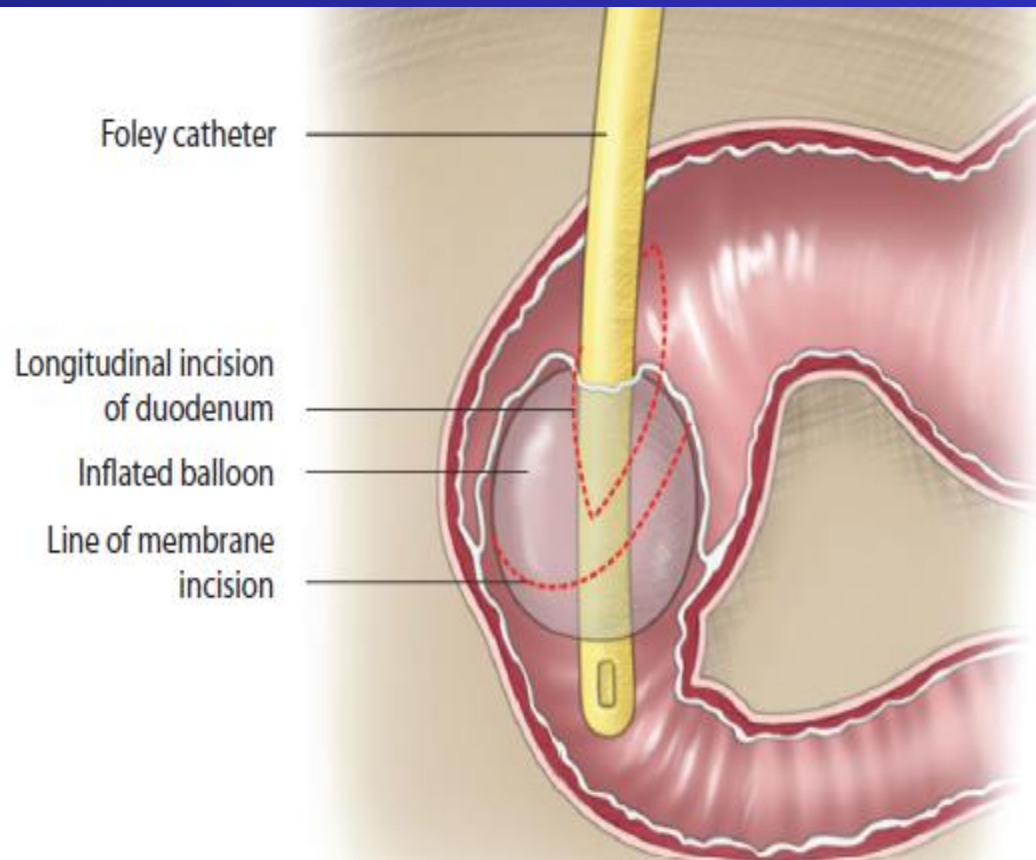




Clinic

semne de **ocluzie inalta “ a ventre plat “**







Atrezia de cai biliare



Definiție

- **Obstrucția căilor biliare datorată incapacității lor de a se dezvolta normal înainte de naștere**
- **Incidență : 1/10.000 - 1/12.000 de nou-născuți**
- **Ușoară predominanță a sexului feminin**



Embriologie

- **Căile biliare extrahepatice** ← **intestinul primitiv**
- **Căile biliare intrahepatice** **se dezvoltă odată cu ficatul**
- **Ambele sisteme** **trec printr-o fază de cordon plin** ↔ **canale cu lumen**



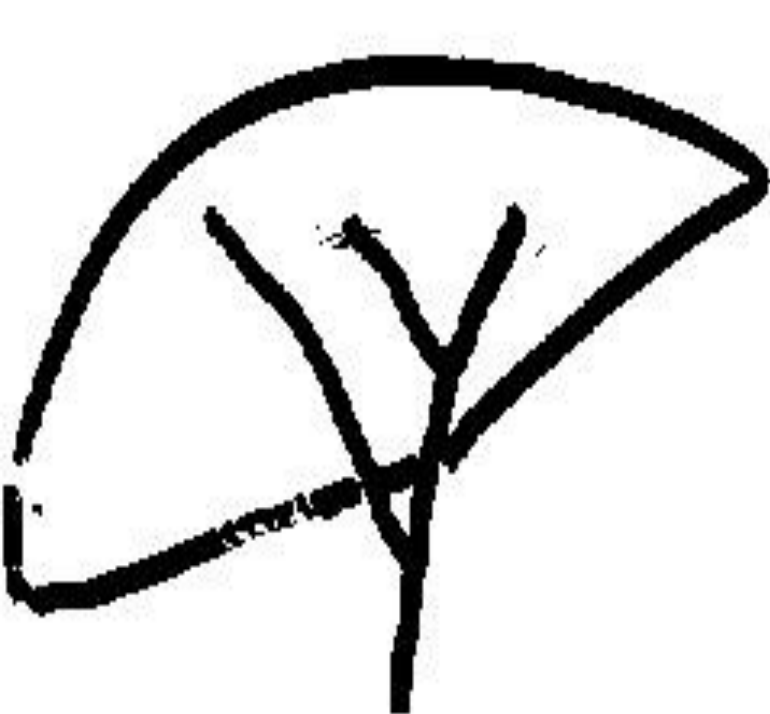
Istoric

- **1896** - Prima trecere în revistă - Thompson în Edinburgh Medical Journal
- **1916** - Holmes introduce termenii de ”corectabilă / necorectabilă ”
- **1928** - Prima operație reușită a unui tip corectabil – Ladd
- **1959** - Kasai dezvoltă tehnica portoenterostomiei
- **1963** - Primul transplant hepatic - Starzl

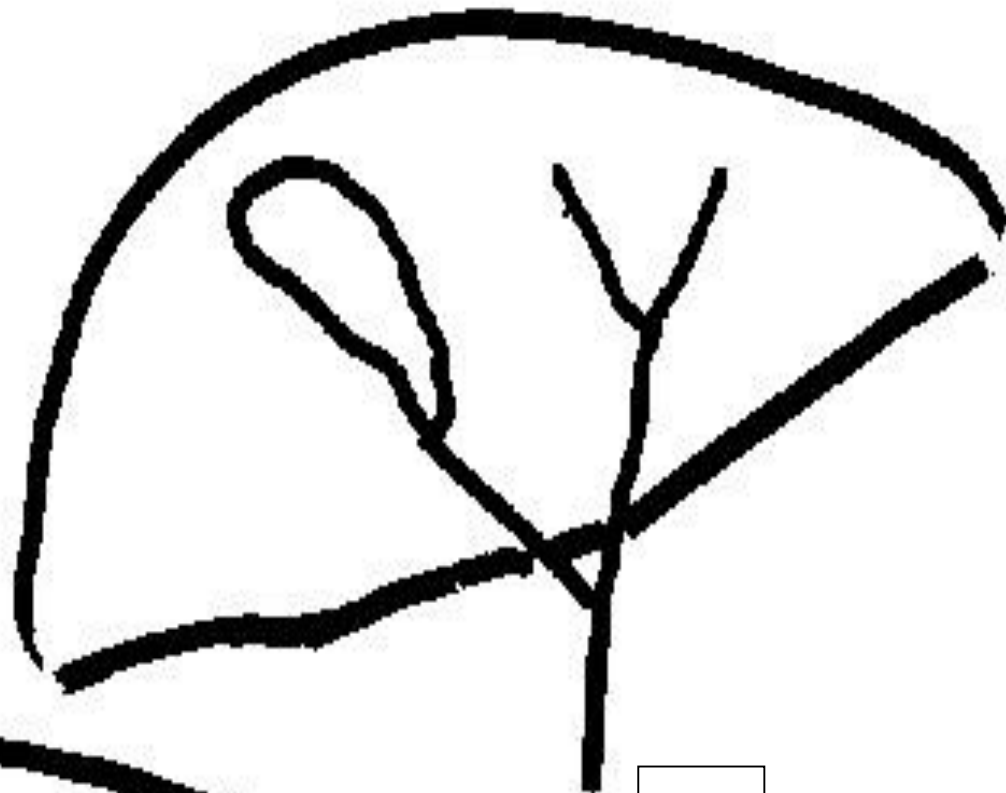


Clasificarea atreziei de căi biliare

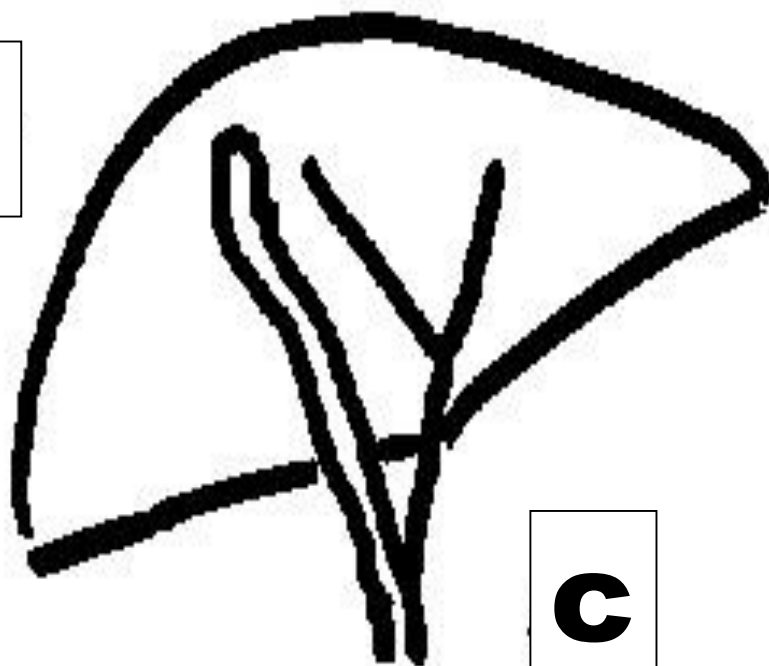
- **Variante incompatibile cu anastomoza :**
 - atrezie completă
 - schiță de colecist
 - schiță de colecist și coledoc
- **Variante compatibile cu anastomoza :**
 - schiță de canal hepatic
 - canal hepatic și colecist normale cu coledoc atrezic
 - coledoc atrezic doar în porțiunea finală



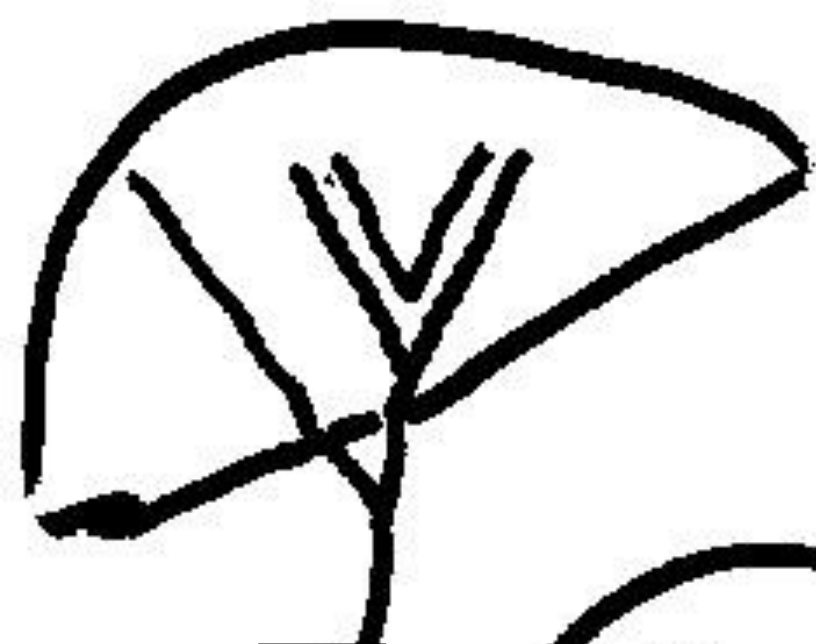
a



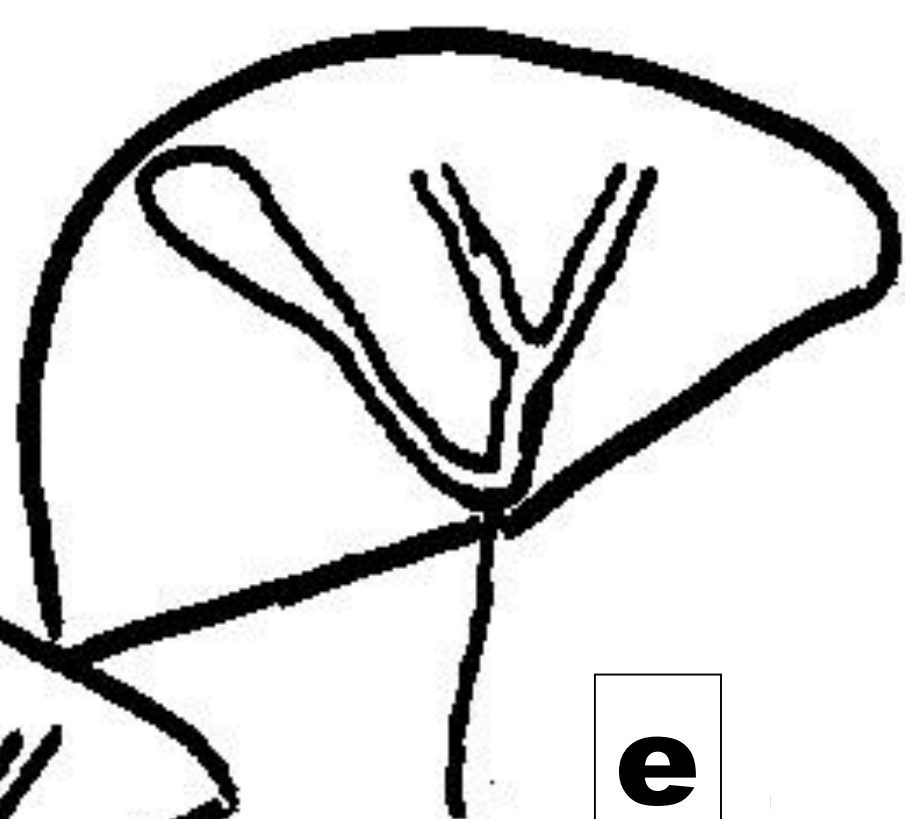
b



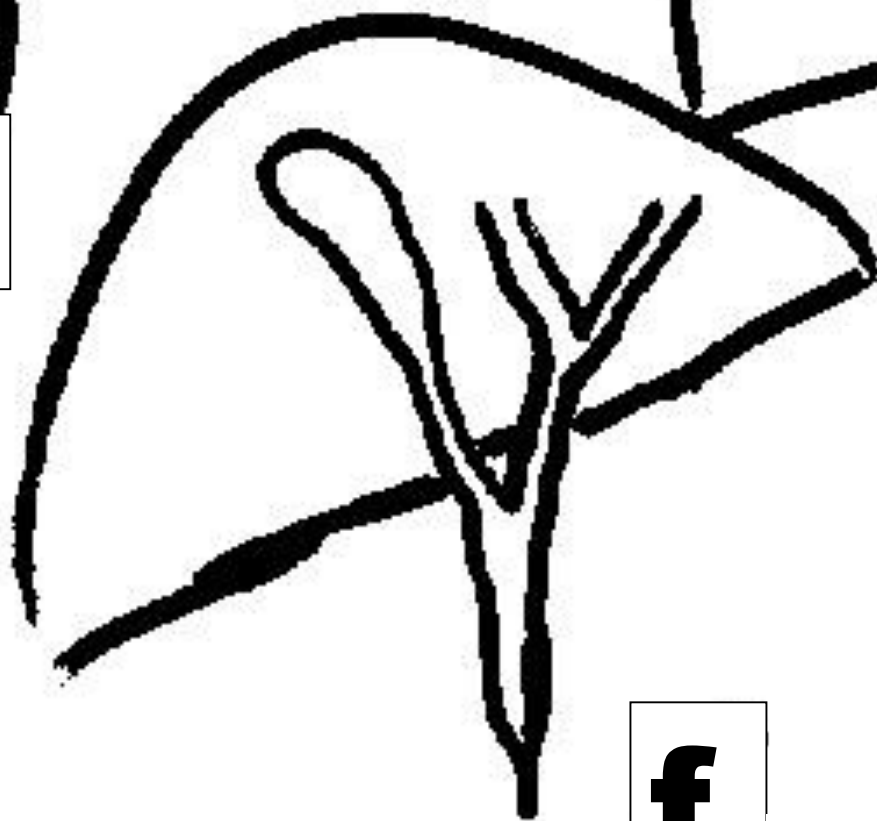
c



d



e



f

Tipuri principale

Tipul 1: Atrezia ductului biliar comun



(10%)

Tipul 2: Atrezia ductului hepatic



(2%0)

Tipul 3: Atrezie la nivelul hilului hepatic



(88%)

Subtipuri în funcție de aspectul ductelor distale:

a: Duct biliar comun patent



(19%)

b: Duct biliar comun fibrozat



(63%)

c: Aplazia ductului biliar comun



(14%)

d: diverse

(4%)

Subgrupe în funcție de aspectul canalelor hepatice la nivelul hilului hepatic

α : ducte hepatice dilatate



(5%)

β : ducte biliare hipoplazice



(4%)

γ : lacuri biliare



(3%)

μ:ducte hepatice fibroase



(15%)

V :masă fibroasă



(67%)

O: aplazia ductelor hepatice



(6%)



Diagnosticul atreziei de căi biliare - **semne clinice**

- **Icter persistent**
- **scaune gălbui**
- **anemie, malnutriție, întârzierea creșterii**
- **sângerări intracraniene**
- **hernii inghinale și ombilicale**



Luarea în evidență

- **Diagnostic de atrezie biliară**
- **Operația Kasai**
- **Evaluarea complicațiilor postoperatorii**
- **Pregătirea transplantului**
- **Supraveghere îndelungată**



Tratament preoperator

- **vitamina K**
- **antibiotice**
- **întreruperea alimentației**
- **clisme**



Tratament chirurgical

- **Operația Kasai**
 - ✓ de primă elecție
 - ✓ cât mai precoce
- **Transplantul hepatic**
 - eșecul operației Kasai
 - când este prea târziu pentru efectuarea acesteia
- **Transplant combinat ficat - pulmon** în cazul sindromului hepato-pulmonar



ATREZIA DE CĂI BILIARE

operatia Kasai

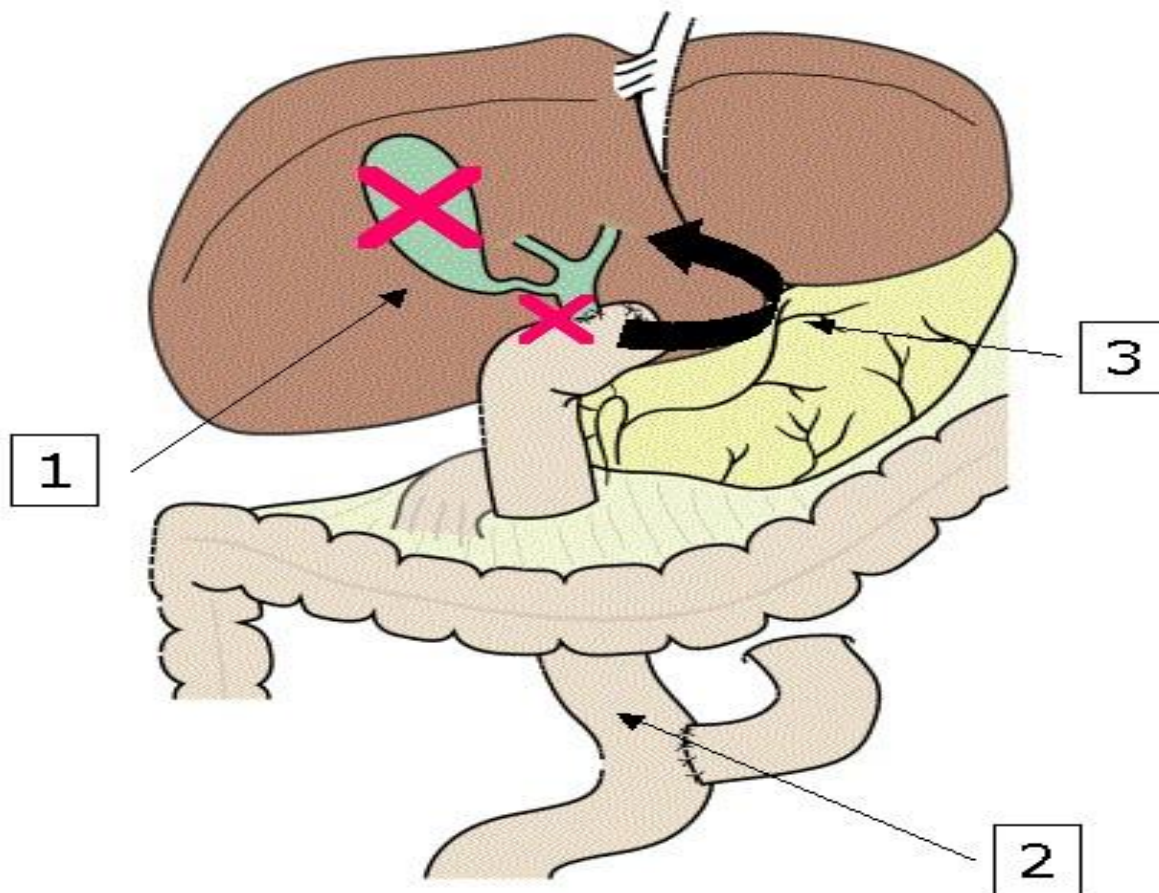
restabilirea fluxului

da

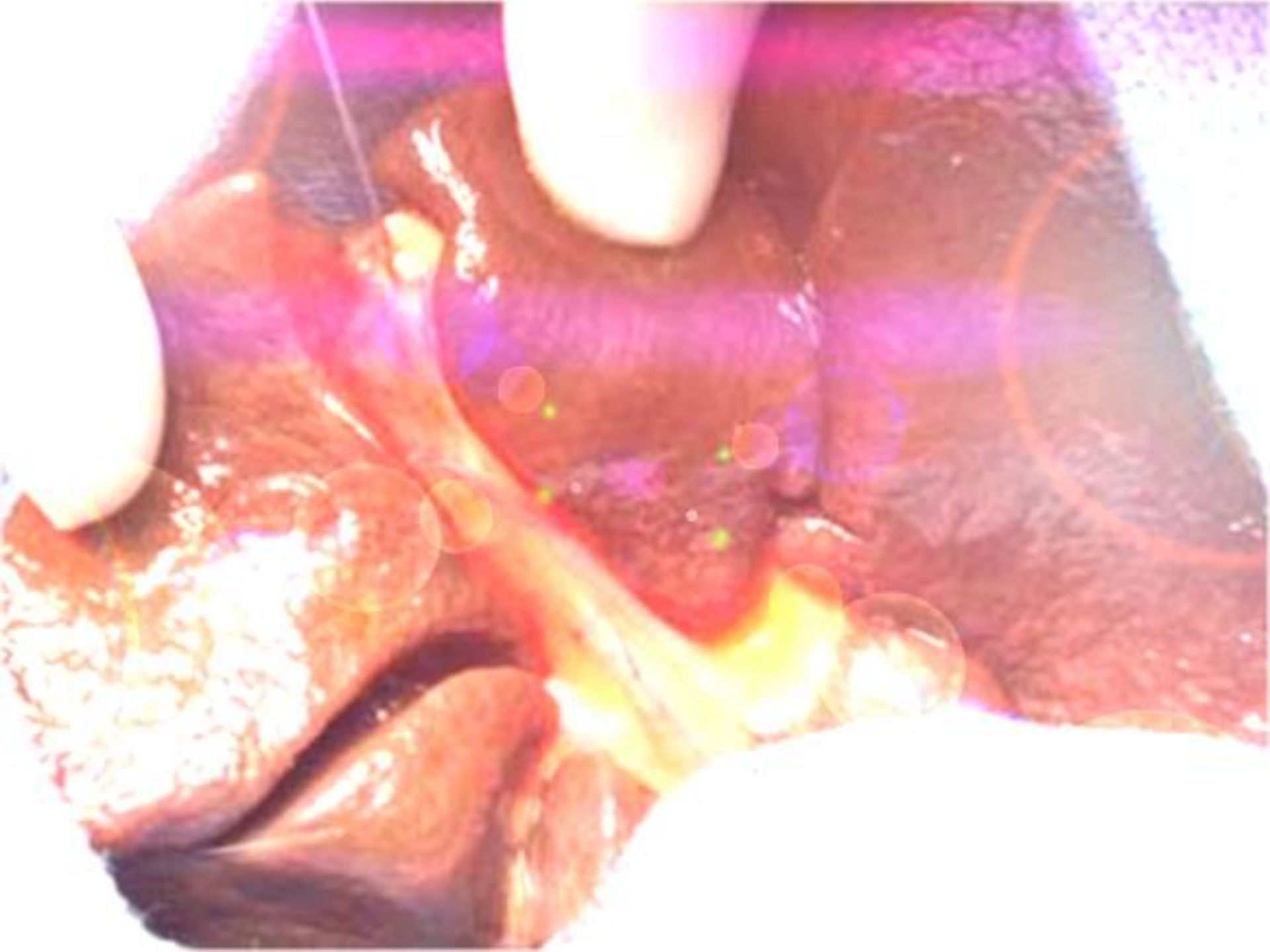
supraveghere

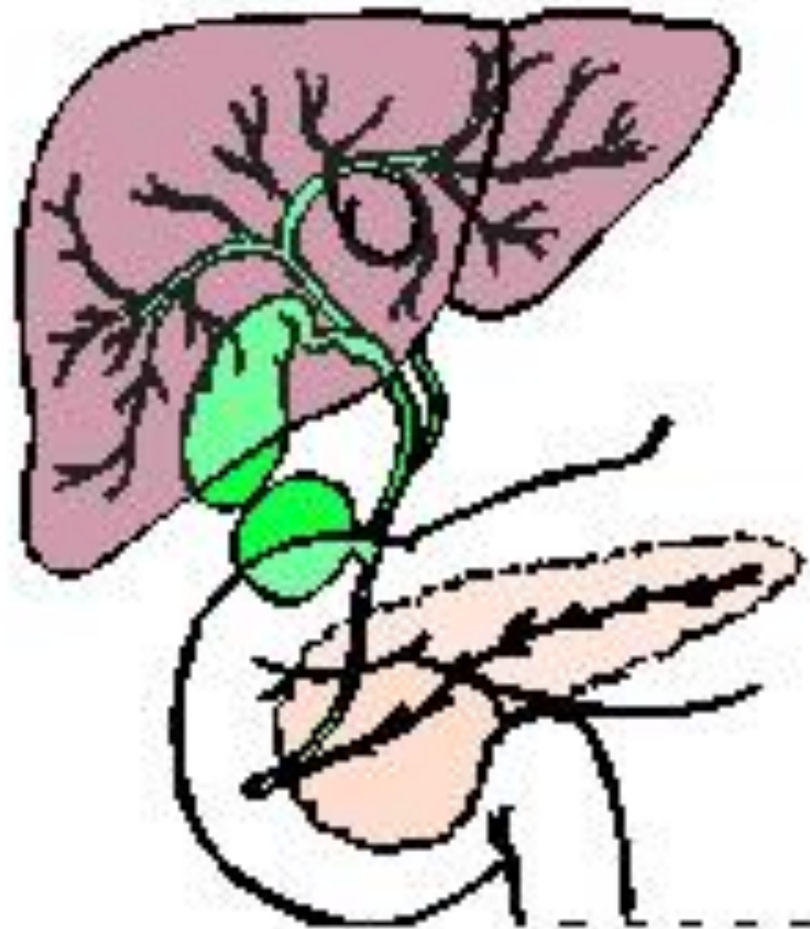
nu

transplant hepatic



1. Atrezie completă de căi biliare
2. Derivație în “Y”
3. Hepatp-porto-entero anastomoza







Malformațiile Congenitale ale **Intestinului**



- ***atrezii intestinale***
- ***anomalii de poziție***
- ***dedublări***



Atreziile intestinale

- ***aplazii intestinale***

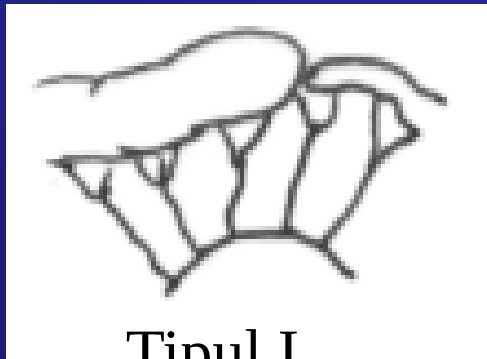
- ***atrezii cordonale***

- ***atrezii membranale***

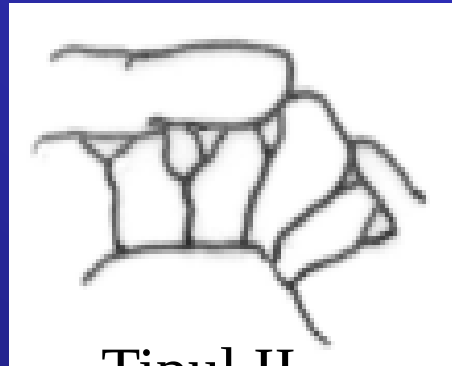
Testul Faber: decelarea celulelor scuamoase în scaun



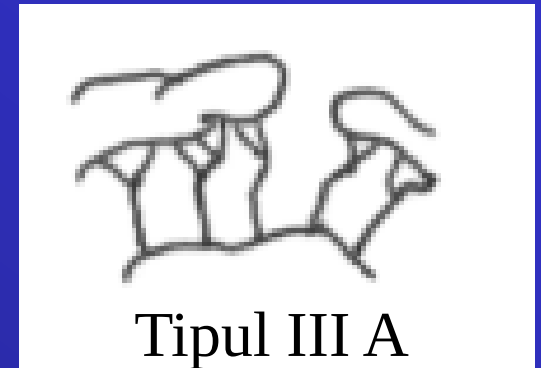
Clasificarea atreziilor de intestin



Tipul I



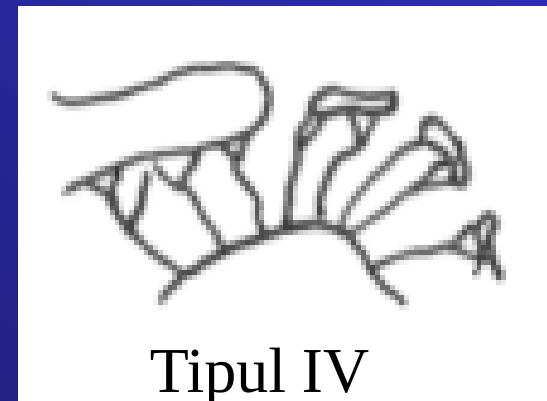
Tipul II



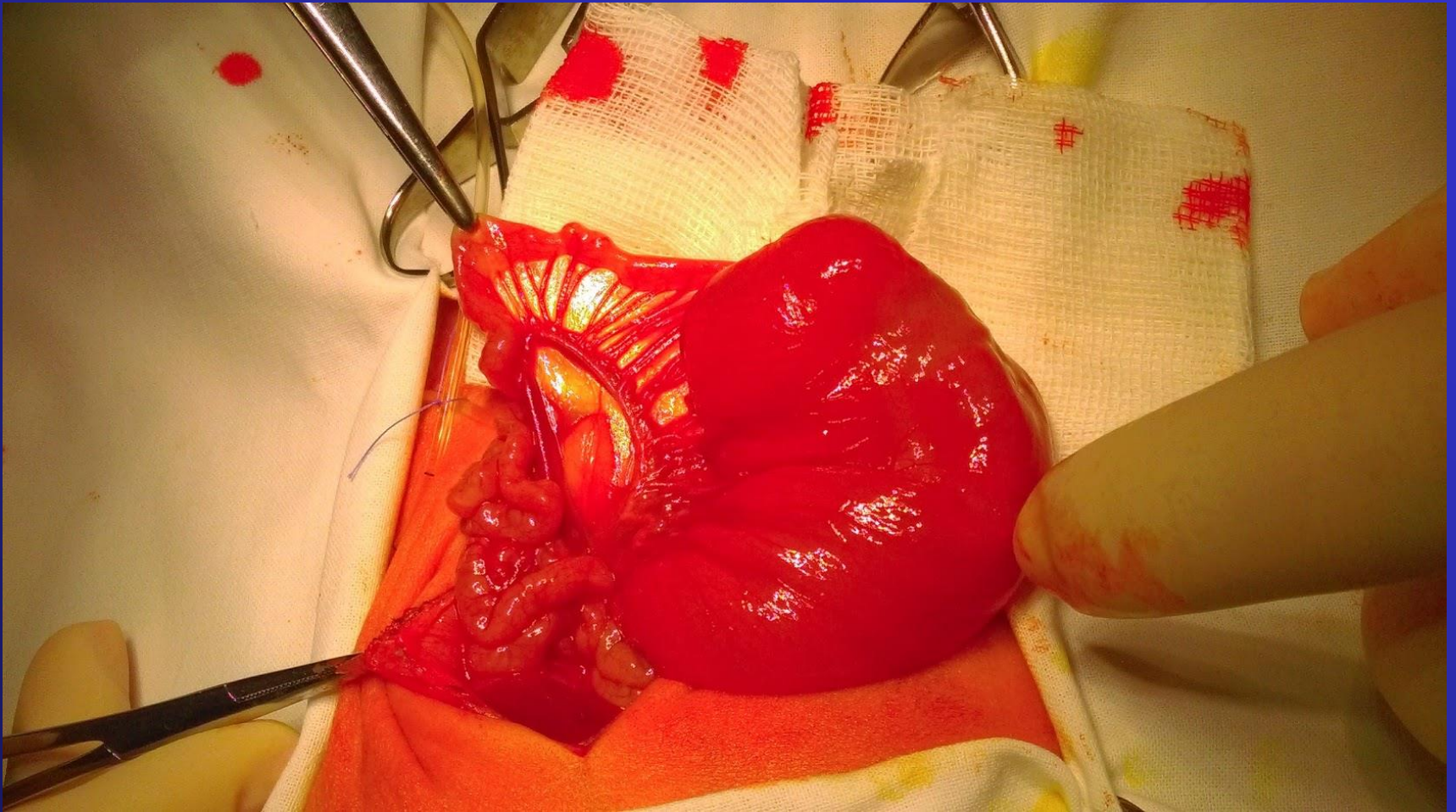
Tipul III A



Tipul III B



Tipul IV





Anomalii de poziție a intestinului

● **vicii de rotație:**

lipsă de rotație

rotație incompletă

rotație în sens invers

● **mezenter comun**



Dedublări și duplicații intestinale

- ***chisturi enterice***
- ***chisturi tubulare***



Ileusul meconial



Boala meconiala

- *Sindromul dopului de meconiu*
- *Ileusul meconial – de obicei asociat cu Fibroza Chistica*
 - *Peritonita meconiala*



Se manifesta ca obstructii intestinale neonatale



Fibroza chistică

(boala sistemică –autozomal recesivă)

Organe afectate

→ *Plămân* → *insuficiență respiratorie*

→ *Pancreas* → *ileus meconial*

→ *glande sudoripare* → *hiper concentrație
electrolitică a sudorii*

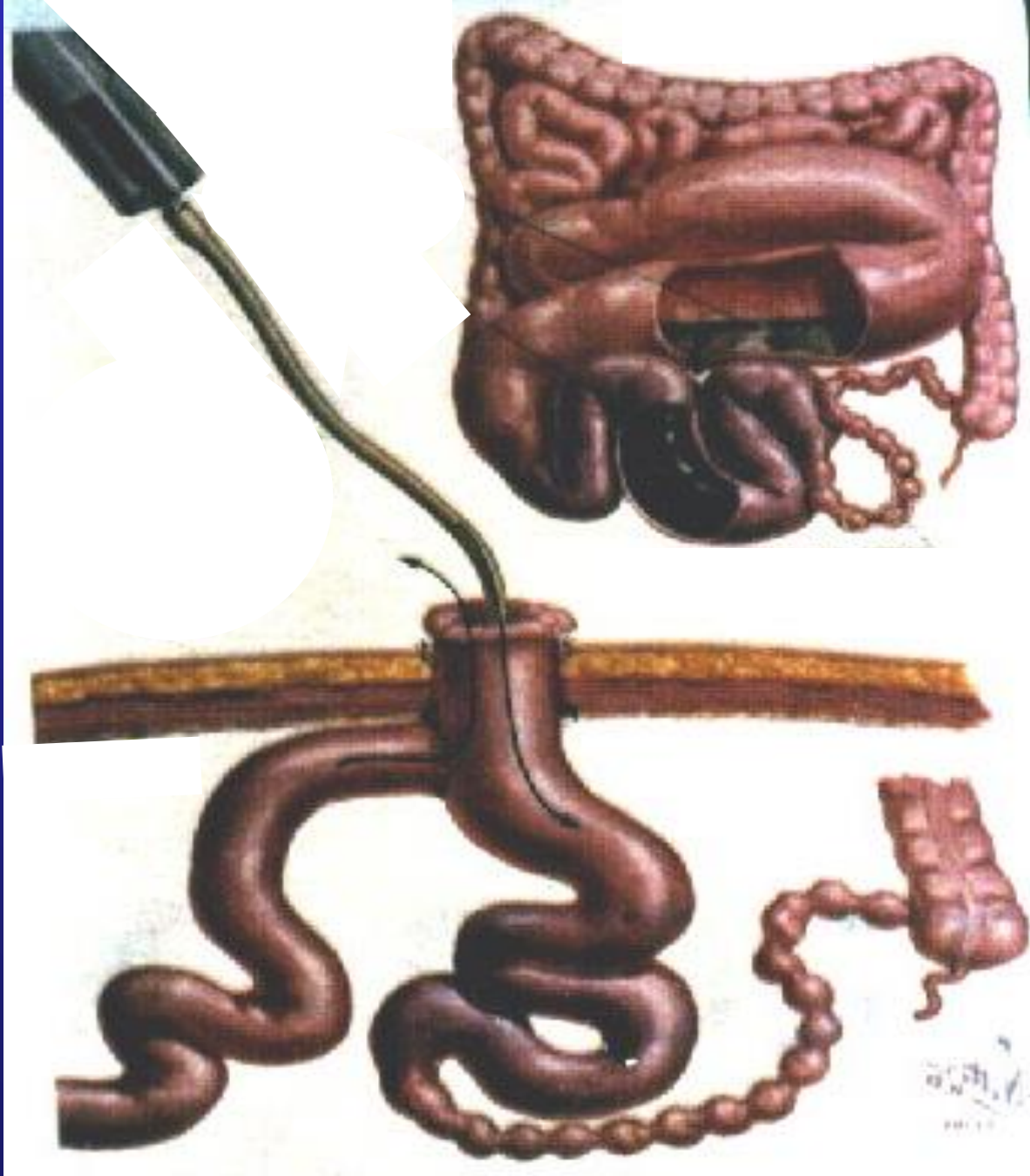
↓
deshidratare



Ileusul meconial

Poate fi diagnosticat antenatal-ecografic:

- **Mase hiperechogene (meconiu compactat)**
- **Anse intestinale dilatate (cel mai frecvent semn)**
- **Veziculă biliară nevizualizabilă**







Caracteristici:

- **Peritonită abacteriană, chimică**
- **Scurgere de meconiu în cavitatea abdominală prin perforație de tub digestiv**
- **Asociată cu fibroză chistică**
- **Asociată cu atrezii jejuno-ileale**



Clinică:

- **Debut imediat după naștere**
- **Distensie abdominală progresivă**
- **Edem al peretelui abdominal**
- **± masă tumorală la palpare**
- **Tulburări respiratorii**



Semne radiologice:

- **Calcificări abdominale**
- **Pneumoperitoneu**
- **Nivele hidroaerice**



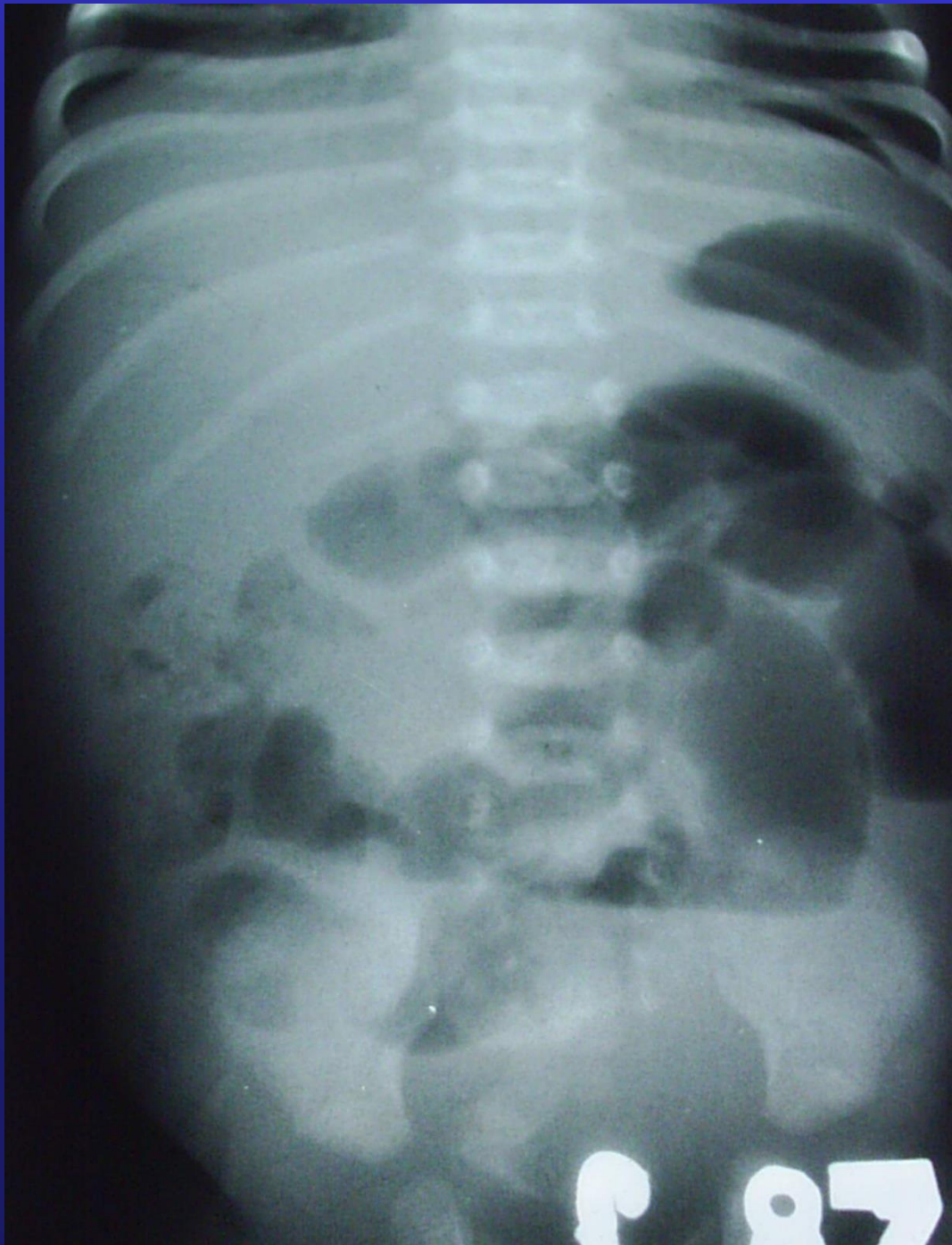
Forme clinice:

- ***Localizate***
- ***Generalizate***
- ***Particulare***
 - ***încapsulată***
 - ***ascită meconială***
 - ***cu descoperire tardivă***



Forme anatomo-clince:

- *Fibroadezivă*
- *Chistică*
- *Generalizată*





Clisma gastrografin – rol diagnostic + terapeutic

- *Semne de IM necomplicat*
- *După o pregătire adecvată*
- *Control fluoroscopic al coloanei de gastrografin*
- *Antibiototerapie de acoperire*
- *Supraveghere chirurgicală*



Clisma gastrografin – rol diagnostic + terapeutic

- ***Rx control 8-12 h***
 - *confirmarea înlăturării obstacolului*
 - *evidențiere perforații tardive*
- ***Clisme seriate – 6-24h***
- ***Succesul clismelor 63-83%***
- ***După succesul climei – administrare de N-acetil cisteină pe sonda nazo-gastrică***

