

Clinica de ginecologie și obstetrică din Tg.-Mureș (cond.: conf. Octav Rusu),  
și Prosectura spitalului clinic (cond.: L. Schuller, medic primar)

## HEMORAGIA SUPRARENALĂ LA NOU-NĂSCUT

A. Pressler, I. Csató

Prima comunicare despre hemoragia suprarenală la nou-născut (h.s.n.n.) a fost făcută acum o sută de ani de Mattei (1) care considera că aceste hemoragii iau naștere prin creșterea presiunii sanguine, în urma contracțiilor uterine în timpul expulsiei care erau mai frecvente în partea dreaptă, deoarece suprarenala dreaptă este strinsă între ficat și planul osos.

De atunci problema acestor hemoragii a fost reluată și studiată pe larg în literatura medicală. În legătură cu câteva cazuri observate de noi, cit și pe baza datelor din literatură, lucrarea are ca scop să atragă atenția asupra acestei leziuni care, departe de a fi o raritate, cauzează un tablou clinic grav și pune probleme dificile de diagnostic și tratament.

### *Frecvența h.s.n.n.*

În 1901 Hamill (2) a găsit 87 de cazuri în literatură. În 1922 Browne (3) descrie 27 h.s.n.n. din 400 de autopsii, din care 6 la 153 născuți vii, decedați în vîrsta

n. n. *Lundquist* (4) găsește în 1930 în materialul de 12 ani al unei maternități din Stockholm 17 cazuri de h.s.n.n.

*Goldzieher* și *Gordon* (5) comunică 81 cazuri proprii, iar *Snelling* și *Erb* (6) în 1935 din 3637 autopsii de copii de toate vârstele, 38 hemoragii suprarenale. Din acestea 15 cazuri erau la nou-născuți.

*Dygve* (7) comunică în 1952 la 33.000 nașteri 38 cazuri de hemoragii suprarenale. *Buch* și *Thandrup* (8) 44 cazuri de hemoragie suprarenală în materialul de 10 ani al unei maternități din Copenhaga, *Tószegi* și *László* (9) în R.P.U. 4 cazuri de h.s.n.n. din 1718 autopsii la nou-născuți, din care 1292 născuți vii.

Considerind h.s.n.n. numai cazurile cu capsula suprarenală mărită ca volum și prezența focarelor masive de hemoragii vizibile cu ochiul liber, noi am găsit între 1960—63 în materialul clinicii noastre și al prosecturii spitalului nostru 8 cazuri de h.s.n.n.

În această perioadă au avut loc în clinica noastră 5.495 nașteri vii, iar prosectura a executat în total 1797 autopsii din care 105 la nou-născuți.

### Patogeneza h.s.n.n.

Structura normală a glandelor suprarenale la nou-născut predispune la hemoragii. Pe cind la adult suprarenala nu constituie decât 1/30 parte în comparație cu volumul rinichiului, la nou-născut suprarenala este 1/3 parte din volumul rinichiului. Suprarenala, organul cel mai vascularizat al nou-născutului, trece printr-o perioadă de involuție la sfârșitul sarcinii, fiind în această etapă hiperemiată, congestivă cu capilarele mult dilatate. Tesutul friabil al suprarenalei se poate destrăma sub influența unor factori mecanici fără să fie nevoie de intervenția vreunui factor toxic necrotizant (*Stainer*, 10).

H.s.n.n. poate fi cauzată de traumatismele nașterii, de distocii, asfixie, nașteri precipitate, precum și de manoperele brutale de reanimare.

Un traumatism poate provoca ruptura suprarenalei, fie prin acțiunea directă a traumatismului asupra glandei (tracțiune, compresiune, lovire), cit și prin ridicarea bruscă a presiunii sanguine în circulația venoasă tributară venei cave caudale.

După cum se vede din tabelul sinoptic alăturat, în 5 din cele 8 cazuri copilul s-a născut în asfixie lividă sau algidă. De asemenea se vede că este vorba de nașteri complicate, fie prin prezența pelviană care necesită intervenție manuală, fie cu stări care impun aplicarea forcepsului. După părerea noastră factorul decisiv în toate cazurile este leziunea hipoxică a pereților vasculari ce poate determina h.s.n.n. prin același mecanism, prin care produce și hemoragia intracraniană. În 3 din cele 8 cazuri ale noastre hemoragia intracraniană a fost prezentă alături de h.s.n.n.

Dintre factorii patogenetici favorizanți trebuie să luăm în considerare și boala hemoragică a nou-născutului. În două din cazurile noastre, hemoragia suprarenală a survenit la copii care prezentau fenomenele bolii hemoragice a nou-născutului. S-au mai descris cazuri de tromboză a venei suprarenale drept cauză de h.s.n.n., precum și septicemii ce realizau tabloul clinic al bolii lui Waterhouse-Frideriksen la nou-născut.

### Anatomia patologică

Intensitatea hemoragiilor întâlnite în suprarenala nou-născutului poate varia de la peteșii punctiforme pînă la hemoragii masive ce duc la ruptura capsulei și inundarea spațiului retroperitoneal și chiar peritoneal. Astfel *Siegel* și colab. (11) raportează un caz de h.s.n.n. care a fost operat cu sindrom acut de hemoragie intraabdominală. Ei subliniază că aceste hemoragii s-ar putea ivi chiar și după o naștere aparent normală.

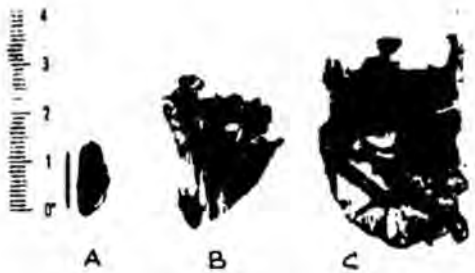


Fig. nr. 1: A: Secțiunea transversală a unei glande suprarenale normale de nou-născut în mărime naturală. B și C: hematoame ale glandelor suprarenale ale cazului I. Zs. (observația nr. 7)



Fig. nr. 3: Necroza centrală post-hemoragică a glandelor suprarenale (cazul Sz. Cs., observația nr. 3)

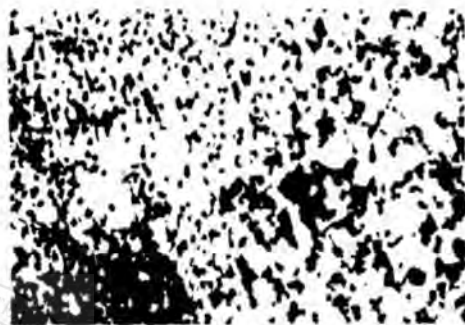


Fig. nr. 2: Hemoragia masivă a glandei suprarenale cu păstrarea unei părți din zona fasciculată a corticalei



Fig. nr. 4: Aspectul microscopic al cazului nr. 3. În zona nebulară necroză aproape omogenă cu depozite de hemosiderină. Structura zonei corticale păstrată.



Nr. curent	Inițialele copilului	Sexul	Greutatea la naștere	Prezența	Travailu						Intervenția obstetricală
					Durata per. expulsie	B. C. F.	Bosă seroasă	Lichid amniotic	Circulară de cordon		
1	O. S.	♀	3400	O.I.S.A.	2h15'	Tachi- apoi bradic.	+	verzui			Forceps Kielland In escavație
2	K. J.	♂	3750	O.I.S.A.	45'	Bradic.	++	verzui			Forceps Williet triada Nicolaev
3	M. A.	♂	2600	Pelviană	45'	Bradic.	++	—	+		Aux. man. după Tovianov- Bracht Manopera Mauriceau
4	S. J.	♀	1200	Pelviană						nu avem date	Nu avem date
5	Sz.Cs.	♂	3870	Vertex	1h30'	Bradic.	++	—	—		Forceps Williet, apoi forceps Kielland
6	P. L.	♀	2520	Pelviană	30'	Bradic.	—	—	—		Aux. man. după T. Bracht. (după deslipi- rea precoce a placentei)
7	J. Zs.	♂	3300	Pelviană	2h10'	Bradic.	—	—	—		Triada lui Nicolaev Extracția fătului
8	J. K.	♀	2820	O.I.D.A.	45'	—	+	—	+		—

Tablel sinoptic al cazurilor proprii

	Simptomele principale clinice							Decesul a survenit după	Diagnostic clinic	Diagnostic anatomic-patologic	Observatii
	Cianoză	Tulburări respiratorii	Tonus Musc.	Convulsii tonico-clonice	Nistagm	Semne de diat. hemoragipară	Gemete				
Starea copilului la naștere	Cianoză	Tulburări respiratorii	Tonus Musc.	Convulsii tonico-clonice	Nistagm	Semne de diat. hemoragipară	Gemete	Decesul a survenit după	Diagnostic clinic	Diagnostic anatomic-patologic	Observatii
Astixie algidă	++++	++	∅ ↑ +++	++	+	-	+	18 ore	Hemoragie l. cr.	Haemorrhagia suprarenalium	
Astixie lividă	+	+++	∅	++	+	-	-	49 ore	Hemoragie l. cr.	Bronchopneumonia confl. lob. inf. l. u. Haemorrhagia gl. supraren. l. d.	
Astixie lividă ce a trecut în algidă	+++	+++	∅	-	-	-	+	44 ore	Hemoragie l. cr.	Ruptura tenet cerebelli, haemorrh. subduralis, haemorrh. gl. suprarenal. l. s.	
Nu avem date	+	+++	∅	-	-	+	+	15 zile	Bronchopneumonie	Immunaritis, otitis media supp. l. u., haemorrh. gland. supraren. l. s. Bronchopneumonia l. u.	Născut la Timăveni
Stare gen. bună	-	-	-	-	-	-	-	-	Sânktos (cefal-hemalom)	Bronchopneumonia. Necrosis centr. l. u. posthaemorrh. gl. supraren.	Decedează la clinica pediatrică în urma unei bronchopneumonii la 3 luni de vîrstă.
Astixie lividă	++++	++++	+++	+++	++	+	-	27 ore	Hemoragie l. cr.	Ruptura falcis cerebri et tenet. cerebelli. Haemorrh. subduralis. Haemorrh. gl. supraren.	
Astixie lividă	++++	++++	∅ ↓ +++	-	+	-	+	-	Hemoragie l. cr.	Apoplexia gl. supraren. l. u. Hyperaemia leptomeningis. dysteleaasia pulm. partialis.	
Satisfăcătoare	+++	+++	∅	-	-	+	+	12 ore	S. aspiratiei masive	Hyperaemia leptomening. petechiae subepi- et subdendard. Aspiratio sang. in bronchis. Haemorrh. gl. supraren.	

Fig. nr. 1 reprezintă secțiunea transversală a unei glande suprarenale normale (A) în mărime naturală, alături de hematomul suprarenalei drepte (B) al cazului L. Zs. (Nr. 7. din tabel). „C” arată hematomul glandei suprarenale stg. al aceleiași copil cu ruptura capsulei ce a dus la formarea unui hematom retroperitoneal.

În fig. nr. 2 vedem tabloul microscopic al hemoragiei masive a suprarenalei, ce a dus la nimicirea totală a structurii glandei.

În fig. nr. 3 se mai poate distinge o parte din zona fasciculată a corticalei pe lângă hemoragia masivă a glandei.

Fig. nr. 4 arată necroza centrală posthemoragică a glandelor suprarenale în cazul Sz. Cs. (Nr. 5. din tabel), care a supraviețuit hemoragiei suprarenale, decedând la vârsta de trei luni în urma unei bronhopneumonii acvitate la această vîrstă.

Fig. nr. 5 reprezintă tabloul microscopic al acestui caz.

Aici corticala este păstrată, se văd bine cele trei zone: glomeruloasă, fasciculată și reticulată, iar în medulară structura este înlocuită cu o zonă necrotică mai mult sau mai puțin omogenă cu depozite de hemosiderină.

După cum se vede din tabloul sinoptic numai unul din cazurile noastre cuprinse în tabel prezintă hemoragie suprarenală unilaterală, 6 fiind cazuri bilaterale.

### Simptomatologia

Cianoza, hipotonia musculară ce trece în hipertonie, convulsii tonico-clonice, nistagm, gemete, efort respirator vizibil prin retracția intercostală, epigastrică, supra- și infraclaviculară, tahipnee, bradicardie — iată simptomele principale observate în cazurile noastre. Tabloul clinic amintește mai degrabă de hemoragia intracraniană decît de bronhopneumonie („pseudo-pneumonia” lui *Glodzieher și Gordon*); de aceea se poate înțelege de ce în 5 din cele 8 cazuri ale noastre am put diagnosticul de hemoragie intracraniană.

Trebuie remarcată lipsa totală a acestei simptomatologii severe în observația noastră nr. 5 (Sz. Cs.) în care copilul, născut în stare generală bună, pleacă din maternitate sănătos (doar cu un cefalhematom — semn de suferință fetală). Copilul decedează la vârsta de 3 luni în urma unei bronhopneumonii gripale intercurrente, iar la autopsie se găsește, în afara leziunilor care au dus la deces, hematumul vechi, organizat, al ambelor glande suprarenale mărite ca volum (fig. nr. 4). Absența simptomelor grave în acest caz noi nu o putem explica decît prin faptul că acest copil avea *corticossuprarenala intactă în structura ei* (fig. nr. 5).

Simptomatologia severă lipsește de obicei și în cazul hematoamelor unilaterale ale glandei suprarenale, care prezintă doar simptomele unei formațiuni tumorale în loje renală respectivă, combinată cu fenomene de compresiune și hemoragie retro- sau intraperitoneală. Aceste formațiuni tumorale, uneori foarte masive, au tendința de a se resorbi spontan, lăsînd o zonă subțire de calcifiere în glanda suprarenală respectivă [*Siegel* (11), *Haarscher A.* și colab. (12), *Corcoran* (13), *Marin* (14), *Emers* (15) și alții].

În cazul nostru, R. J. (foaia de observație nr. 3395/1961), etichetat inițial drept boală hemoragică a nou-născutului și hidro-nefroză, cu toată probabilitatea era vorba de un hematom al suprarenalei drepte:

R. J., de sex masculin, la naștere cu greutatea de 2.330 g, născut prematur în prezentație o.i.d.a., cu travaliu de 20 ore și perioadă de expulsie 25 minute din mamă terțipară sănătoasă. Copilul pare la naștere complet sănătos. În a 4-a zi de viață prezintă fenomene de boală hemoragică, cu sînge macroscopic în urină. În același timp apare în hipocondrul drept o tumoare de mărimea unui măr, cu contact lombar. Timp de 2 zile tumoarea prezintă încă tendințe de creștere, ajungînd în față în dreptul spinei iliace, ant. sup., iar posterior ocupînd toată regiunea lombară.

După cîteva zile tumoarea începe să scadă și dispăre complet în cea. 12 zile.

Copilul, reexaminat după 2 ani, nu prezintă nimic patologic, se dezvoltă normal și în cursul acestui timp nu a mai prezentat vreun semn de suferință din partea aparatului genito-urinar sau endocrin.

### Concluzii

Deși numărul de cazuri observate este mic, totuși credem pe baza observațiilor și a datelor din literatură că putem trage următoarele concluzii:

1. h.s.n.n. este departe de a fi o afecțiune rară;
  2. h.s.n.n. bilaterală masivă dă o simptomatologie ce imită hemoragia intracraniană și se asociază destul de des cu aceasta din urmă;
  3. cauza hemoragiei s.n.n. este de cele mai multe ori leziunea hipoxică a capilarelor acestui organ și ia naștere prin același mecanism ca și hemoragia i. cr. la nou-născut;
  4. între cauzele favorizante, pe lângă caracteristicile structurale reprezentate prin procesul de involuție a glandei, un rol de seamă îl are și diateza hemoragipară, atât de frecventă în perioada neonatală;
  5. simptomele grave pot lipsi în cazurile unilaterale și în cele bilaterale în condițiile când corticosuprarenala a rămas intactă.
- Sosit la redacție: 3 decembrie 1966.

### Bibliografie

1. MATTEI I.: *Archivo di Biologia sperimentale* (1863), 11, 28; 2. HAMILL: (cit. 8); 3. BROWNE: (cit. 8); 4. LUNDQUIST: *Acta Gyn. Obst. Scand.* (1930), 9, 331; 5. GOLDZIEHER and GORDON: *Endocrinology* (1932), 16, 165; 6. SNELLING C. E., ERB I. H.: *J. Pediatr.* (1935), 6, 22; 7. DYQGVE H. V.: *Under sgelser over K. vitaminets betydnng hos nyfde. Nyt Nordisk Forlag Kbenhavn* (1952); 8. BUCH N. H., THANDRUP E.: *Danish Med. Bull.* (1961), 8, 4, 97; 9. TÓSZEGI A., LÁSZLÓ A.: *Orvosi Hetilap* (1961), 102, 34, 1957; 10. STAINER B.: *Arch. Fr. Ped.* (1960), 17, 210; 11. SIEGEL B., DONALD R. și colab. *Adrenal hemorrhage in the Newborn. J.A.M.A.* (1961), 177, 263; 12. HAARSCHER A., BLOCH J., LEVY-SZILÁGY: *Pédiatrie, Lyon* (1961), 17, 2, 161; 13. CORCORAN W. J.: *Suprarenal hemorrhage in the Newborn. J.A.M.A.* (1921), 82, 626, 628; 14. MARIN N.: *Arch. Surg.* (1955), dec. 911; 15. EMERY J. L., ZACCHARY R. B.: *Brit. Med. Journ.* (1952), oct. 357; 16. MEDESAN F., DUMITRIU E.: *Nou-născutul, Edit. Medicală, București* (1961), 297; 17. SCHAFFER A. J.: *Diseases of the Newborn, W. B. Saunders, Co. Ed.* (1960), 462; 18. BERLIN-HEIMENDAL S. v.: *Die Krankheiten des Neugeborenen und Frühgeborenen. F. Enke Verlag, Stuttgart*, (1960), 43.