

CONSIDERAȚII ASUPRA A TREI CAZURI DE PLICATURĂ GASTRICĂ LA SUGARI

C. Rusnac, B. Ieremiaș, Catrinel Rusnac, Martha Major

Plicatura gastrică este o entitate clinico-radiologică, întâlnită mai ales în cursul primului an de viață și constând dintr-o torsiune a stomacului, prin care o parte din fața sa posterioară tinde să devină anterioară, ca urmare a ridicării segmentului orizontal al marii curburi în fața și deasupra micii curburi.

Udaondo și *Maissa* (citați de 11) consideră că deosebirea între plicatura gastrică și volvulusul propriu zis al stomacului, din cadrul căruia a fost separată ca entitate aparte, constă în mărimea unghiului de rotire a organului (sub 180° în primul caz, peste 180° în al doilea caz).

După von *Haberer* și *Kocher* (citați de 10), rotirea stomacului se poate face fie în jurul unui ax oblic sau transversal, ce trece prin micul epiplon (fig. 1), fie în jurul axului longitudinal al stomacului (fig. 2).

Cauza declanșatoare a acestei rotiri se consideră fi aerocolia, mai rar aeroleia, până la un punct fiziologic la sugari, dar care pot fi accentuate prin exagerarea proceselor fermentative intestinale, în urma unui regim alimentar nepotrivit sau a unor infecții enterale ori parenterale. Ca urmare a acestui fapt, plicatura gastrică nu apare izolată, ci în cursul altor afecțiuni, în cadrul cărora colonul transvers, plin cu gaze, se ridică până sub cupola diafragmatică și trage după sine partea prepilorică a stomacului, determinând plicatura. Drept cauză ajutătoare s-a perimat mobilitatea anormală a porțiunii antrale a stomacului, datorită unor mezouri și ligamente mai lungi (11), care la necropsie nu s-au confirmat, atribuindu-se dilatației și unei hipotonii a stomacului care ar ușura plicaturarea lui (2).

Cel mai important simptom clinic îl constituie vărsăturile. Acestea pot să apară la scurt timp după naștere, la ambele sexe, atât la sugarii alimentați natural cât și artificial, după fiecare prinz sau numai după unele, uneori în jet, alteori lent, însă întotdeauna în prima jumătate de oră după masă, ducând la distrofierea sugarului.

Descrisă inițial (1, 5, 11, 13) numai la sugari cu vărsături, anomalia s-a întâlnit ulterior și în lipsa acestui simptom (4, 6), drept care unii autori (4) îi contestă, mai nou, legătura cauzală cu apariția vărsăturilor.

Examenul radiologic — singurul care permite diagnosticul — arată un stomac deformat (bilocular, „în pipă”, „în desagă” etc.), un cadru duodenal anormal divizibil și un colon transvers, dilatat și plin de gaze, care se ridică deasupra micii curburi, îndoind partea inferioară a stomacului (4, 5).

Diagnosticul diferențial se face cu stenozele și malformațiile esofagului, cu stenoza hipertrofică de pilor, stenoza duodenală etc.

Tratamentul este simplu: suspendarea copilului cu capul în jos, timp de 2—3 minute, imediat, după fiecare masă, între mese ținându-l culcat pe abdomen, cu capul mai jos decât corpul (3, 4, 5, 10).

Iată pe scurt observațiile noastre:

1. Sugarul S. A., de 7 săptămîni (f. obs. 879/1963), s-a internat în clinică pentru bronhopneumonie și vărsături. Născut la 7 luni cu 2500 g (la internare 3100), a fost alimentat la sân numai 3 săptămîni, după care a primit lacto 1/2. Vărsăturile (4—5 pe zi) datează de 2 zile, se produc la 10—15 minute după mese, uneori au caracter exploziv, alteori sînt fără efort. Scaunele normale, examenul ORL negativ, urina normală, lichidul cefalo-rahidian fără modificări patologice. Cum vărsăturile persistă și după vindecarea pneumopatiei, în a 14-a zi, se face un examen radiosopic gastric.

Radioscopia simplă arată ansele intestinului subțire mult destinse de gaze și colonul transvers foarte dilatat, ridicat sub bolta diafragmului.

La radioscopia baritată, pasajul esofagian este liber. Stomacul în timpul umplerii de tip hipoton, după 3—4 minute de la ingestie se deformează prin ridicarea marii curburi în fața și deasupra micii curburi.

Radiografia întîită (fig. 3), făcută după 10 minute, arată un stomac deformat „în desagă”, prezentînd pe marea curbură, la limita dintre antru și corp, o scobitură adîncă, cu concavitatea în jos, care-l împarte în 2 cavități inegale. Antrul de formă conică este așezat cu axul longitudinal în sens caudo-lateral drept. Colonul transvers, enorm dilatat și plin cu gaze este interpus între partea antrală a stomacului și diafragm. Pilorul este permeabil, evacuarea stomacului bună, cadrul duodenal în întregime vizibil.

2. Sugarul V. L. (f. obs. 1768/1966), născut la termen cu 3250 g, alimentat natural, s-a internat în a 12-a zi de viață, tot pentru o bronhopneumonie. Din a 3-a zi de internare (a 15-a de viață) începe să verse, aproape după fiecare supt, la 5—10 minute, mai frecvent în jet, scaunele fiind normale, examenul ORL negativ,

C. RUSNAC ȘI COLAB.: CONSIDERAȚII ASUPRA A TREI CAZURI
DE PLICATURĂ GASTRICĂ LA SUGARI



Fig. nr. 1.

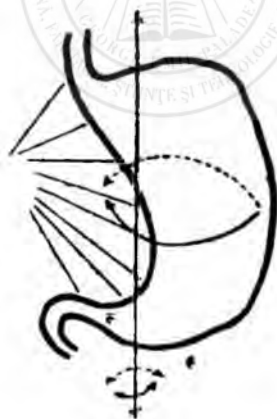


Fig. nr. 2.

C. RUSNAC ȘI COLAB.: CONSIDERAȚII ASUPRA A TREI CAZURI
DE PLICATURĂ GASTRICĂ LA SUGARI



Fig. nr. 3.



Fig. nr. 4.



Fig. nr. 5.

iar urina fără modificări patologice. După 5 zile de varsături, se face un examen radiologic al tubului digestiv.

Radioscopia simplă: aeroilele accentuată și poziție ridicată a transversului sub diafragm.

Radioscopia baritată: esofagian nimic deosebit. Stomacul prezintă o formă biloculară, fiecare pungă avind un nivel de lichid și fiind unite printr-un istm scurt, ușor traversat de substanța opacă. Evacuarea stomacului normală. Cadrul duodenal vizibil sub porțiunea prepilorică, ridicată.

Radiografia țintită (fig. 4), făcută după începerea evacuării pilorice, arată stomacul împărțit în 2 pungi inegale, de către o depresiune adâncă, regulată, situată în segmentul orizontal al mării curburi, la limita dintre corp și antru. Acesta din urmă are o formă conică și este îndroptat în sens caudo-lateral drept, continuându-se cu canalul piloric, complet permeabil. Cadrul duodenal în întregime vizibil, iar colonul transvers dilatat de gaze este situat înaintea și deasupra stomacului pe care-l plicaturează.

3. Sugarul H. T., de 3 luni (f. obs. 3044/1966), distrofic g II (deși născut cu 3300 g), alimentat artificial și cu enterocolite trenante în antecedente, s-a internat în clinică pentru varsături zilnice, repetate și precoce, datînd de la vârsta de 4 zile. Scaunul este normal, examenle clinice și paraclinice obișnuite (Rx. pulmonar, ORL) negative, urina fără modificări patologice. Examenul radiologic al tractului digestiv, fără substanță de contrast arată o aeroileie și aerocolie importantă. După ingestia de bariu se observă însă ridicarea mării curburi în regiunea prepilorică.

Radiografia țintită (fig. 5) făcută după 5 minute, arată un aspect de stomac „în pipă”, cu segmentul orizontal și prepiloric redus la dimensiunea unei benzi înguste și lungi, cu direcția oblică în sus și la dreapta. Cadrul duodenal este descoperit în totalitate, iar colonul transvers, plin de gaze, se află interpus între curbura mică și diafragm. Diagnostic radiologic: plicatură gastrică.

Cu tratamentul postural descris, varsăturile au dispărut spectacolar în toate trei cazurile.

Prezentarea de față a avut scopul de a atrage atenția asupra unui sindrom curios, uneori cauză de varsături rebele la sugari și al cărui tratament este pe cît de simplu, pe atît de original. Recunoașterea la timp a acestei anomalii poate constitui prin rezolvarea ei rapidă o măsură în plus de prevenire a distrofiei la sugar.

Sosit la redacție: 2. noiembrie 1966.

Bibliografie

1. ANTOINE M.: Sem. Hôp (1958), 36, 1529; 2. BARBUTA R., MARDARE D., BERCU M., ITICOVICI I.: *Pediatria Buc.* (1956), 5, 417; 3. CONSTANTINESCU C., PETRESCU-COMAN V.: *Indreptar de diagnostic și tratament în pediatrie*, Ed. Med. Buc. (1964), 141; 4. CONSTANTINESCU C., PETRESCU-COMAN V., FRUCHTER Z., SPODHEIM MELANIA, ENACHESCU LILIANA: *Pediatria (Buc.)* 1965, 4, 325; 5. DEBRE R., LELONG M.: *Pediatrie*, vol. 1., Ed. Flammarion (1958), 358; 6. DITTRICH J. K.: *Mshr. Kinderheilk.* (1959), 107, 2, 61; 7. FRUCHTER Z., NICOLAESCU N., TUDOSIU I.: *Atlas de radiologie pediatrică*. Ed. Med. Buc. (1965), 438; 8. LEMANN S.: *Schweiz. Med. Wschr.* (1955), 9, 143; 9. MARIE J., MIGNON M., SEE G., MARTIN DU PAN R.: *Arch. franc. Pediat.* (1948), 5, 274; 10. MUREȘAN AGNES, ZIBILEANU D., IONESCU-LUCHIAN VIORICA: *Pediatria (Buc.)*, 1959, 1, 61; 11. NICOLAU I., BURDEA M., BARBUTA R., MARDARE D., CHIPALL A., SEGAL B.: *Pediatria (Buc.)* 1952, 2, 34; 12. NORDIO S.; ROSCIOLI B.: *Minerva pediat.* (1957), 9, 753; 13. POLONOWSKI C.: *Sem. Hôp.* (1953), 38, 2011; 14. RAPA-PORT S.: *Pediatria (Buc.)*, 1954, 1, 54; 15. SIEGEL J.: *Wien. Klin. Wschr.* (1958), 3, 256.