

PSEUDOTUMOARE OVARIANĂ LA SUGAR

Doina Draşoveanu, Z. Pap, E. Balint

În literatura de specialitate (7) „mesele” abdominale ale copilului din primul an de viaţă au în esenţă trei caracteristici distinctive: sînt dominate net de patologii malformativă, tumorile maligne sînt rare şi cu un prognostic relativ bun faţă de alte vîrste.

Tumorile genitale şi în general „masele” abdominale cu localizare pelvină au o frecvenţă considerabilă (20% din „masele” abdominale ale copilului).

Tumorile propriu-zise genitale, apanajul fetiţelor, sînt în esenţă dominate de două etiologii: tumorile ovariene (în majoritate chistice, benigne, mai rar tumori solide, maligne) şi hidrocolposul ce poate apărea la vîrstă mai mică prin obstacol distal al tractului genital.

Chisturile displazice ale ovarului, care fac parte de fapt din grupul pseudotumorilor ovariene (9), după clasificarea O.M.S. din 1973 a lui *Serov, Scullyrie, Sobin*, apar rareori în perioada de linişte hormonală, în schimb frecvenţa lor creşte în perioada prepuberală şi puberală. Cu totul neobişnuit apare însă situaţia în care chistul ovarian se manifestă la sugar. Literatura de specialitate consemnează doar patru cazuri în statistica serviciului de ginecologie infantilă din Bucureşti (1) pe o perioadă de 10 ani.

Cazul de faţă îl prezentăm pentru a detalia particularităţile simptomatologice ale chistului ovarian la un sugar.

Este vorba de M.L., de 10 luni, sugar de sex feminin din Reghin, trimisă de Policlinica de Copii Reghin în 3 iunie 1990 cu diagnosticul: sindrom de malabsorbţie, hepatită cronică, meteorism.

Este al treilea copil, născut la termen, cu greutatea de 3300 gr, fără semne de suferinţă fetală, după o sarcină normală; alimentat natural, diversificat conform normelor dietetice. Calendarul vitaminizărilor şi vaccinaţiilor a fost respectat corespunzător vîrstei.

Din antecedentele heredocolaterale se semnalează că mama are 26 de ani, S:III, N:III, Ab.: —, sănătoasă; tatăl 35 de ani, sănătos. Ambii muncitori. În mediul familial nu se remarcă infecţii cronice specifice sau nespecifice, precum şi alte maladii.

Condiţii de viaţă corespunzătoare.

Din relatările aparţinătorilor reiese faptul că boala actuală debutează sesizabil în urmă cu 10 zile înainte de internare cu creşterea progresivă a volumului abdominal. În acompanierea acestui simptom alarmant se mai adaugă apariţia inapetenţei, a unei agitaţii psihomotorii şi a unei hernii inghinale dr. etc.

Examenul clinic la internare arată un sugar distrofic. IP=0,78, cu o stare generală influenţată, subfebril, irascibil, cu facies suferind, cu semne uşoare de deshidratare, cu un faringe uşor hiperemic, cu tuse rară, uscată, pulmonar: murmur vezicular înăspriţ, zgomote cardiace ritmice, tahicardice, cu un abdomen voluminos, ce proemină mult deasupra

planului xifopubian, fără posibilitatea palpării formațiunilor subiacente peretelui abdominal, cu semnul „valului“ prezent și o hernie inghinală dr.

Tranzit abdominal prezent.

Examenle de laborator relevă următoarele: hemograma: $L: 5000/mm^3$, Hgb: $13,5 g\%$, Htc: 44% ; VSH: $2/5 mm$; probe hepatice: Tymol: 3 UML, Takata: 80% ; Uree, creatinină: valori în limite normale; ex. sumar de urină: negativ; radiografia pulmonară: desen hilifugal; proteinograma: hipoproteinemie; proteine totale: $5,65 g\%$, alb: 52% , alfa 1: 5% , alfa 2: 27% , beta: 10% , gama 7% . Imunograma: IgA: $0,32 g/l$, IgG: $3,83 g/l$, IgM: $1,32 g/l$. Proteina C reactivă absentă; IDR 2u PPD: 0 mm; coprocultura: negativ pentru bacterii enteropatogene; ex. coproparazitologic: negativ.

În primele 24 ore, în plus față de analizele efectuate, se execută o urotomografie care evidențiază căile urinare superioare și inferioare fără modificări anatomopatologice. În cadrul acestei examinări tomografice s-a putut constata o masă tumorală care umplea omogen cavitatea abdominală conducând spre suspiciunea clinică de mezoteliom.

Tensiunea intraabdominală fiind foarte accentuată, ce îi determina sugarului o alterare progresivă a stării generale cu inapetență rebelă, agitație psihomotorie și mai ales tulburări de respirație, ne determină să solicităm consult chirurgical, cu ocazia căruia se efectuează totodată o paracenteză abdominală. La paracenteză se elimină un lichid galben-portocaliu, lăptos, în cantitate de aproximativ 750 ml, cu Rivalta pozitiv, iar din punct de vedere bacteriologic era steril.

Ca urmare a puncției, teziunea peretelui abdominal dispare, permițând palparea unei formațiuni dure, sferice, de mărimea unui pumn de adult, bine delimitată, netedă, situată periombilical, nesensibilă la palpăre, ficatul 5 cm sub rebordul costal dr., splina, polul inferior palpabil.

De remarcat faptul că în următoarele 24 ore după puncție abdominală se reinstalează abdomenul voluminos aflat sub tensiune, fapt pentru care sugarul este transferat la Clinica de Chirurgie Infantilă, după 6 zile de internare în Clinica de Pediatrie nr. 2 din Tg.-Mureș, cu diagnosticul de tumoare abdominală. Pe timpul internării sugarul a primit zilnic perfuzii pentru rehidratare (reechilibrare hidroelectrolitică și acido-bazică), la care s-au adăugat vitamine și albumină umană (având în vedere inapetența rebelă din ultima perioadă).

În cadrul Clinicii de Chirurgie Infantilă suspiciunându-se un teratom ovarian se intervine efectuându-se o laparotomie mediană supra și sub-ombilical. În cavitatea peritoneală se evidențiază o cantitate de aproximativ 1,5 l ascită care se evacuează.

Se găsește un chist ovarian stîng gigant de aproximativ 15/10 cm diametru care se izolează și se extirpă. Ulterior se respectă timpii operatori de refacere a planurilor anatomice.

Examenul anatomopatologic al piesei postoperatorii evidențiază Dg de chisturi foliculare multiple (nr. 436, 187, 188, 189). Se descriu chisturi de 150—120—100 ml cu lichid serocitrin.

Postoperator evoluția clinică este favorabilă, se externează după 10 zile revenind la control după o lună. Clinic era asimptomatic în afară de o ușoară anemie feriprivă.

Importanța acestui caz rezidă în primul rând din raritatea chistului ovarian la sugar, literatura de specialitate nedescrind decît un număr redus de cazuri.

Karrer și Swenson, 1961 (1) au reușit să adune din literatura de specialitate 25 comunicări de tumori ovariene și au adăugat una personală de chist ovarian (la copii pînă la un an).

În al doilea rînd simptomatologia pe care a impus-o se încadrează într-o problemă de urgență abdominală la sugar, diagnosticul putînd fi stabilit cu precizie abia după laparatomie.

Avînd în vedere cele de mai sus iată că specialistului pediatru practica fi pune o problemă de diagnostic diferențial a abdomenului acut la sugar.

Față de chistul ovarian al sugarului ca diagnostic diferențial al abdomenului acut la această vîrstă deosebim o serie de alte entități cum sînt: peritonita încapsulată, peritonita tuberculoasă, ascita.

Așa cum am remarcat în cazul chistului ovarian era prezentă pe lingă o mîrire de volum a abdomenului, o rigiditate a peretelui abdominal pe cînd în peritonita încapsulată primitivă — deseori de origine pneumococică — faza de colecție purulentă, pe lingă mărirea de volum abdominal (prin metrorisim și revărsat) se conservă o oarecare suplețe a peretelui abdominal.

Referitor la peritonita încapsulată considerăm necesar a specifica și faptul că ea poate fi secundară unei perforații apendiculare — formă foarte rar întîlnită la sugar.

Avînd în vedere că puncția abdominală a evidențiat în cazul nostru un lichid de ascită, sîntem obligați să ne delimităm față de cauzele generale ale ascitei. Este bine știut faptul că cele mai des întîlnite cauze în practică ale ascitei sînt în ordinea frecvenței în neoplazii 50%, ciroze 30%, cauze cardiace 10%, alte cauze 10%; bineînțeles acestea excluzîndu-se din capul locului în cazul nostru.

Ceea ce merită a fi luat în considerare e aspectul pseudochilos al ascitei. Ascita chiloasă adevărată e consecința unei întreruperi a circulației în canalul toracic, respectiv în vasele limfatice intestinale, iar ascita pseudochiloasă se întîlnește în rupturile chisturilor ovariene. În cazul nostru aspectul lactescent al lichidului este determinat în special de modificări proteinice și nu de un conținut anormal în grăsimi, ceea ce confirmă în plus diagnosticul.

În concluzie chistul ovarian este o raritate la sugar, dar poate îmbrăca simptomatologia unui abdomen acut chirurgical. Specialistul pediatru indiferent din ce serviciu, fiind obligat să ia măsuri urgente și adecvate.

Bibliografie

1. Filipescu I., Birloiu R., Nateș V., Orădeanu L.: Ginecologie infantilă. Ed. Medicală, București, 1969;
2. Geormăneanu M.: Tratat de pediatrie. Ed. Medicală, București, 1984, vol. II;
3. Gligore V.: Semiologie medicală. Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1977;
4. Hegglin R.: Diagnosticul diferențial al bolilor interne. Ed. Medicală, București, 1969;

5. Moraru I., Falei Lidia: Tumori ovarului — orientări în diagnostic. Ed. Acad. R.S.R., București, 1988; 6. Popescu O.: De la simptom la sindrom în patologia pediatrică. Ed. Medicală, București, 1980; 7. Popescu V., Dragomir D., Balaban I. N., Arion C., Bălășoiu Doina, Bleahu D.: Masele abdominale la copil — probleme de diagnostic. *Pediatria* (1987), 36,2, 97; 8. Rădulescu C.: Ginecologie. Ed. Medicală, București, 1988; 9. Tărăbuță G., Cernea M.: Tumori și pseudotumori de ovar. Ed. Medicală, București, 1983.

cu: ^{pseudo}infant; tumor; ovaric tumor
pediatric;

