

MANAGEMENTUL CHIRURGICAL ÎN MALFORMAȚIILE CONGENITALE LA NOU-NĂSCUȚI

Academician Eva GUDUMAC

Dr. Aliona PISARENCO

USMF „Nicolae Testemițanu”

Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”

SURGICAL MANAGEMENT CONGENITAL MALFORMATIONS IN NEWBORNS

Summary. Management of congenital malformations treatment remains a surgical challenge. This scientific work evaluates a lot of 1420 newborns with congenital malformations treated in National Scientific and Practical Center of Pediatric Surgery, „Natalia Gheorghiu” IM and C in the period 2010 - 2013. The results show increased surgery. Lethality was 9.6%. Diagnosis of congenital malformations is now much easier. Congenital defects and complications, in particular inflammatory or occlusive disease have a medication or surgery treatment. The correlation of these two therapeutic modalities with establish a best surgical time is essential, especially in multiple malformations, neonatal associated pathology with prematurity, etc. Optimizing treatment reduces postoperative mortality, improve cost-effectiveness and quality indicator future adult life. Pre- and postoperative septic complications are the consequence of late diagnosed infection in pregnant women, inappropriate timing of surgery, surgical technique and tactical errors, evolving biological field malformation.

Keywords: malformation, newborn, prenatal diagnosis, surgical treatment.

Rezumat. Managementul tratamentului malformațiilor congenitale rămâne încă o mare provocare chirurgicală. Lucrarea evaluează un lot de 1420 nou-născuți cu anomalii morfologice ereditare, tratați în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” IM și C în perioada 2010 – 2013. Rezultatele studiului arată creșterea intervențiilor chirurgicale. Letalitatea a constituit 9,6%. Diagnosticul malformațiilor congenitale în prezent este mult facilitat. Tratamentul lor și cel al complicațiilor, în special inflamatorii acute sau ocluzive, este atât medicamentos cât și chirurgical. Corelarea celor două modalități terapeutice cu stabilirea unui moment chirurgical optim este esențială, mai cu seamă în malformațiile multiple, asociate cu patologia neonatală, prematuritatea etc. Optimizarea tratamentului reduce mortalitatea postoperatorie, îmbunătățește indicatorul cost-eficiență și calitatea vieții viitorului adult. Complicațiile septice pre- și postoperatorii sunt consecința infecției la gravide, a evoluției bolii tardiv diagnosticată, temporizarea inadecvată a operației, erorilor de tactică și tehnică chirurgicală, terenului biologic pe care evoluează malformația congenitală.

Cuvinte-cheie: malformație congenitală, nou-născut, diagnostic antenatal, tratament chirurgical.

INTRODUCERE

Malformațiile congenitale sunt abateri de la dezvoltarea embrionară normală și determină anomalii de structură, funcție sau metabolism. Unele se manifestă chiar de la naștere sau din prima vârstă a copilăriei prin handicap mental sau fizic și deseori pot fi fatale. Totodată, există afecțiuni malformative incompatibile cu viața și unele care nu au soluție terapeutică eficientă. Deci malformația congenitală reprezintă un defect în structura unui organ sau a unei părți de corp cauzat de un proces anormal de dezvoltare.

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, sunt identificate peste 4 000 de malformații congenitale, care variază de la forme minore până la grave și foarte grave. Malformațiile congenitale constituie o problemă importantă în chirurgia pediatrică, deoarece au frecvență relativ ridicată (1-3% din nou-născuți), o etiopatogenie puțin cunoscută, dar cu implicații

medico-sociale majore ce determină mortalitate prenatală și infantilă. Malformațiile congenitale provoacă mortalitate neonatală între 7-26%.

Viciile de conformație ereditară reprezintă o cauză majoră de morbiditate și mortalitate la nou-născuți, ca urmare a frecvenței, aspectelor etiopatogenice, particularităților clinico-paraclinice, impactului medico-social etc. Conform datelor OMS, malformațiile congenitale afectează aproximativ 1 din 33 nou-născuți și duc la circa 3,2 milioane nașteri de copii cu dezabilități în fiecare an. Se estimează că aproximativ 270 000 de nou-născuți decedază anual în primele 28 de zile de viață, având ca factor cauzal anomalii congenitale [1, 2].

Studiile efectuate în ultimii ani de către cercetătorii din lumea întreagă arată că malformațiile congenitale au impact semnificativ nu numai asupra nou-născuților, dar și al familiilor, sistemului de să-

nătate, societății și determină invaliditate pe termen lung [3]. Astfel, ele constituie cauze semnificative de mortalitate infantilă, maladii cronice, handicap în multe țări. Cele mai frecvente tulburări congenitale grave sunt malformațiile cardiace, defectele de tub neural și sindromul Down [2,3]. În numeroase rapoarte din literatură anomaliile congenitale pot avea origine genetică, infecțioasă sau de mediu, deși în cele mai multe cazuri este dificil de identificat etiologia lor [5]. Numeroase statistici internaționale, naționale și regionale atestă că frecvența globală a malformațiilor congenitale, vizibile la naștere și decelabile prin examen clinic la nou-născuții vii și morți, este cuprinsă, în medie, între 1,5 - 2% [4].

Cunoașterea nivelului prevalenței bolii și a factorilor etiopatogenetici este necesară pentru construirea unei imagini reale a fenomenului malformațiilor congenitale, imagine care va avea rolul de a sta la baza strategiilor și măsurilor ce se impun în acest domeniu.

Plăcuțele de argilă ale civilizației babiloniene și sumeriene din sec. I î.e.n. descriu 62 de malformații congenitale. Hipocrat a descris hidrocefalia. Polidactilia este cunoscută la romani ca «sedigitti». Mall și Hiss au alcătuit prima colecție de embrioni malformați. Harvey în anul 1631 a arătat că malformațiile congenitale se produc ca rezultat al opririi dezvoltării fetale într-un anumit stadiu. În anul 1907 Hippel a descoperit rolul malformativ al radiațiilor X, iar Wolf a obținut experimental malformații congenitale prin iradierea embrionilor. Greeg a relatat legătura între malformațiile congenitale și rubeola. Utilizarea pe scară largă la gravide în anii 1960 a thalidomidei a condus la nașterea a mii de copii cu agenezia membrilor superioare sau inferioare. În ultimii ani s-au înregistrat progrese importante în înțelegerea, diagnosticul, managementul medico-chirurgical al anomaliilor congenitale prin noi tehnici de ecografie, imagistice, care pot defini date despre circulația fetală cât și metode screening etc.

Cauzele erorilor în morfogeneză pot fi:

- A. Genetice sau endogene – 35%.
- B. Exogene (infecțioși, parazitari, medicamentosi) – 5%.
- C. Mecanice.
- D. Idiopatice (necunoscute).

Factorii genetici sau cei endogeni sunt reprezentati de mutațiile genetice și anomaliile cromozomiale.

1. Mutațiile genetice sunt condiționate de factori mutageni ca radiațiile ionizante, agenții chimici, care determină alterarea mesajului genetic și se manifestă sub două forme:

- mutația unei singure gene – afectarea genei de care depinde sinteza unuia sau mai multor inductori proteici ai embriogenezei, responsabilă de: distrofii condroectodermice, microcefalie, anomalii metabolice.

- mutația mai multor gene este cauza unor multitudini de malformații comune ca: fante palatine, malformații cardiace, spina bifida, luxația congenitală de șold.

2. Anomaliile cromozomiale. Ele afectează numărul sau structura cromozomilor și sunt decelabile prin stabilirea cariotipului:

- aberații de structură cromozomială – sunt rupturi cromozomice, care survin în diviziunea meiotică sau în timpul primelor diviziuni ale oului.

- aberații de număr ale cromozomilor, cel mai frecvent ca rezultat al nondisjuncției a 2 cromozomi sau a unei perechi, rezultând monosemie sau trisomie.

Factorii exogeni, care produc malformații congenitale, se numesc agenți teratogeni

a. Mecanismele de acțiune a agenților teratogeni:

- până la fecundare – agenții citostatici pot produce anomalii cromozomiale în timpul gametogenezei;

- până la implantare – între fecundație și implantare, din ziua a 6-a oul este susceptibil la acțiunea agenților teratogeni, în special la medicamente (thalidomida, barbiturice, tranchilizante etc.);

- în timpul organogenezei și embriogenezei (între ziua a 13-a și a 56-a după concepție). Aceasta este perioada producerii celor mai multe malformații congenitale. Fiecare organ are o perioadă de sensibilitate maximă la agenții externi în cursul organogenezei (mult mai frecvent după trei săptămâni de gestație).

- în perioada de maturare fetală (fetogeneza). După ziua a 56-a doar sistemul nervos și organele genitale pot fi sediul malformațiilor. La celelalte organe se pot observa alterări ale structurilor preexistente (amputații, deformații) sau anomalii histogenetice (ex. rinichiul polichistic).

b. Factorii ce influențează acțiunea agenților teratogeni:

- genetic – de exemplu, un agent teratogen nu va acționa la fel la diferite specii (thalidomida e teratogena la om, maimuță, iepure, dar nu și la șobolan);

- biologic – agentul teratogen acționează asupra embrionului, dar acțiunea lui este influențată de pasajul placentar și de organismul matern care se comporta ca un filtru;

- rolul placentei – pentru producerea unor malformații fetale este necesară trecerea transplacentară a unui agent agresiv sau a produșilor de degradare ai acestuia. Experimental s-a demonstrat ca injecția de Albastru-Trypan la șobolanul gravid colorează tot or-

ganismul cu excepția lichidului amniotic și a embrionului, antrenează însă anomalii ale fătului deși acesta nu conține Bleu-Trypan. Există posibilitatea trecerii transplacentare a virusurilor, microbilor, paraziților, agenților chimici în funcție de greutatea moleculară.

Majoritatea copiilor cu defecte congenitale se nasc de la părinți fără probleme semnificative de sănătate, care nu prezintă factori de risc în dezvoltarea sarcinii. Există cazuri în care viitoarea mamă urmărește pas cu pas indicațiile medicului obstetrician și cu toate acestea naște un copil cu malformație congenitală. În 60% cazuri cauzele malformațiilor congenitale sunt necunoscute. Obiceiurile personale, stilul de viață, expunerea la diferite substanțe toxice la locul de muncă, factorii de mediu pot contribui la apariția malformațiilor congenitale. Cu toate acestea, rămân multe întrebări fără răspuns despre natura exactă a factorilor predispozanți.

Metode de diagnostic al malformațiilor congenitale:

1. *Teste biochimice „screening”* ale sarcinii. Se efectuează când sunt antecedente familiale, personale (consumul de droguri, alcool, fumat etc.) sau polihidroamniosul, oligohidroamniosul care sugerează probabilitatea unor anomalii fetale. Dozarea markerelor în serul matern sunt printre cele mai utilizate metode de diagnostic al malformațiilor congenitale. Acestea nu pun viața mamei în pericol și nu pot provoca avort spontan. Un test de sânge frecvent folosit constituie estimarea alfa fetoproteinei serice materne, care este o glicoproteidă sintetizată în aria extraembrionară la începutul perioadei de gestație, iar mai apoi și de către ficatul fetal, fiind prezentă în lichidul amniotic, dar excretată de rinichi și creșterea nivelului căreia poate indica la o malformație congenitală (hidrops fetal, tumori, ocluzie intestinală etc.).

2. *Ultrasonografia* este o metoda neinvazivă, ce produce o imagine a fătului, placentei și lichidului amniotic chiar în primele 5 săptămâni de sarcină, tehnica Doppler, care estimează viteza și direcția circulației sangvine, apreciază fluxul sanguin între placenta și făt și poate depista malformația congenitală.

3. *Amniocenteza* este o metodă ce nu se aplică la toate femeile gravide, deoarece prezintă riscul de a produce un avort spontan. Prin această metodă se recoltează și studiază celule din lichidul amniotic.

4. *Rezonanța magnetică nucleară* a fătului.

SCOPUL

Studiul a urmărit identificarea tipului de malformație congenitală, stabilirea factorilor de risc în dezvoltarea lor și a complicațiilor, precum și atitudinea terapeutică medico-chirurgicală. Prin urmare, cerce-

tarea dată a avut ca obiectiv să prezinte unele repere științifice pentru formularea ipotezelor de lucru privind abordarea strategică a subiectului – malformațiile congenitale și impactul lor (morbid, social, economic etc.) asupra stării de sănătate a nou-născutului, viitorului copil, viitorului adult.

MATERIAL ȘI METODE

A fost evaluată activitatea medico-chirurgicală a Secției de chirurgie pentru nou-născuți din Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” IMSP IM și C pentru malformațiile congenitale internate și operate într-un interval de patru ani (2010 – 2013). Datele au fost obținute din fișele de observație clinică, protocoalele operatorii, explorările histopatologice. S-au caracterizat datele epidemiologice ale nou-născuților (vârsta, sexul, greutatea, termenul de gestație, starea generală la internare, tipul de malformație congenitală și de intervenții chirurgicale, comorbiditățile asociate). Morbiditatea și mortalitatea evaluată în studiu a fost cea intraspitalicească și postoperatorie. La toți pacienții a fost evaluată anamneza obstetricală a mamei, evoluția sarcinii, nașterii, diagnosticul clinic, imagistic, de laborator, patomorfologic etc.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

În perioada 2010 – 2013, în secția de chirurgie pentru nou-născuți a CNȘP „Natalia Gheorghiu” IMSP IM și C au fost operați 1 420 de nou-născuți cu malformații congenitale, care constituie 37% din totalul cazurilor tratate. Dintre aceștia au decedat 137 nou-născuți cu malformații congenitale, astfel letalitatea fiind de 9,6%. Repartizarea nou-născuților cu malformații congenitale chirurgicale conform greutății la naștere a arătat că în 40,5% din cazuri masa corporală a fost cuprinsă între 2000 – 2499 g, în 15,8% între 1500 – 1999 g, în 23,5% între 1000 – 1499 g, iar în 4 cazuri greutatea a fost mai mică de 1000 g. Reieșind din termenul de gestație, în 54,2% dintre cazuri nou-născuții au fost prematuri de diferit grad, iar retardul în dezvoltarea intrauterină a constituit 38,5% din cazuri. Dintre aceștia, 63,3% cazuri au fost de sex masculin și 36,7% de sex feminin.

Repartiția nou-născuților cu anomalii congenitale după mediul de proveniență indică o preponderență din mediul rural, comparativ cu cel urban. În 39,7% cazuri, nou-născuții cu anomalii congenitale aveau mame cu vârsta sub 20 de ani, iar în 17,4% cu vârsta peste 35 de ani.

În 47,4% din cazuri nou-născuții au fost internați din spitalele raionale, în 31,6% din maternitatea IM și C și în 15,3% din maternitățile municipale.

S-au determinat: la 50,2% din cazuri – malformații congenitale multiple, în 19,3% – unice, iar în 30,5% – asociate cu diferite patologii dobândite.

Studierea perioadei de graviditate a mamelor nou-născuților cu malformații congenitale a permis să stabilim că în 54,2% de cazuri a fost prezentă gestoza în I trimestru de sarcină, eminența de avort – în 65,1%, anemia s-a înregistrat în 83,7%. În perioada de gestație s-au manifestat viroze acute intercurrente – 28,1%, infecții ale căilor uro-genitale (pielonefrite, colpice etc.) în 50,9%, iar în 7,01% dintre cazuri infecții specifice cu trihomonadă, gonoree, sifilis, fiind supuse tratamentului medicamentos cu pericol vădit pentru copil. De menționat că în 59,6% cazuri a fost înregistrată hipoxia cronică intrauterină cu dereglări ale circulației fetoplacentare. Semnalăm că au fost determinate și patologii ale nașterii, precum: insuficiența forțelor de contracție, naștere rapidă, decolare prematură a placentei normal înserate. În 43,9% cazuri sarcina a evoluat cu polihidroamnios, iar în 68,4% apele amniotice au fost opalescente de la galben până la verde. În majoritatea cazurilor, atât la gravide cât și la nou-născuții cu malformații congenitale au fost diagnosticate infecții de citomegalovirus, herpes, toxoplasmoza.

Examenul histopatologic al placentelor nou-născuților cu malformații congenitale, pe lângă modificări discirculatorii și displastice menționate în 87% cazuri, a înregistrat modificări inflamatorii nespecifice de diferit grad: cronice – infiltrativ productive, subacute și acute, cu implicarea atât a membranelor placentare, cât și a corioamnionului placentar, inclusiv spațiile intervioloase de tip abscedant sau granulomatos. Cel mai frecvent au fost înregistrate modificările inflamatorii de tip ascendent, preponderent de caracter acut, manifestate prin infiltrație leucocitară sau polimorfocelulară, uneori cu tendință spre microabscedare în aria corioamnionului membranic și placentar cu antrenarea în divers raport a vaselor cordonului ombilical. În aceste cazuri s-au depistat tromboendovasculite și tromboembolii la nivelul membranei corioamnionale, precum și în rețeaua vasculară venoasă și arterială.

Analiza structurii nozologice a malformațiilor congenitale a demonstrat o incidență crescută a anomaliiilor de tract digestiv în 36,2% cazuri, cu evoluție anuală ondulantă, urmată de malformațiile peretelui anterior abdominal – 23%, pe când cele ale sistemului urogenital au fost în 13,1% cazuri. S-a constatat o creștere a incidenței malformațiilor congenitale ale sistemului nervos central în 9,5% cazuri, așa ca mielomeningocelul, cu dereglări neurologice periferice severe și asociate cu alte anomalii grave (artrogripoza,

malformații cardiace, renale etc.), rahischizisul, hidrocefalia progresivă, chisturi cerebrale agresive. Tumorile maligne congenitale au fost întâlnite în 7,9% din cazuri.

Diagnosticul antenatal al malformației congenitale și conduita corectă a sarcinii și nașterii trebuie să salveze cât mai multe vieți [6,7]. Cercetările recente demonstrează că scopul diagnosticului antenatal permite nu numai de a diagnostica malformațiile congenitale, dar și de a interveni în profilaxia lor (de multe ori pot fi corectate), în stabilirea unui prognostic corect, explicarea viitorilor părinți a esenței patologiei în termeni accesibili, determinarea conduitei sarcinii și nașterii (unde și cum?). Diagnosticul antenatal are următoarele etape:

- nivelul I – centrul medicilor de familie și consultativ;

- nivelul II – centrul medico-genetic;

- nivelul III – centrul de chirurgie al nou-născutului.

Principiile diagnosticului antenatal constau în:

- A colecta datele anamnezei obstetricale, informații referitor la statutul social al familiei și profesia viitorilor părinți.

- A oferi o informație complexă privind patologia identificată, metodele de diagnostic și tratament. Niciodată nu se expun factorii cauzali ai patologiei (întotdeauna sunt necunoscuți).

- A asigura părinții că pentru copil se va face tot posibilul.

- A pune la dispoziție informații obiective despre prognostic, cu accentuarea rezultatelor negative posibile, că toate malformațiile congenitale se corectează, dar unele sunt incompatibile cu viața.

Omfalocelul – hernia cordonului ombilical, este o malformație congenitală ce se caracterizează prin prolabarea organelor cavității abdominale printr-un defect al inelului ombilical în membranele embrionare, reprezentate de amnion, substanța Varton și peritoneul primitiv. În perioada 2010 – 2013 în CNȘP de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” au fost tratați 37 de nou-născuți, 10% din ei fiind prematuri de diferit grad și în 65% cazuri cu malformații congenitale asociate (cardiace, cerebrale, maxilofaciale). Tratamentul chirurgical s-a efectuat în 34 de cazuri, iar în 3 cazuri, de omfalocel mare, s-a tratat conservativ, cu epitelizare primară a defectului și ulterior plastia peretelui anterior abdominal la vârsta de 3 ani. Supraviețuirea nou-născuților cu omfalocel a fost de 100%. Diagnosticul antenatal este posibil la a 14-a – a 16-a săptămână de sarcină. Calea de naștere se determină în fiecare caz concret individual. Malformațiile asociate omfalocelului – anomaliiile de cariotip, fetale, prezența ficatului pot determina un

pronostic rezervat. Nașterea nou-născutului cu omfalocel mic și mediu poate fi pe cale naturală, iar cu omfalocel major, cu risc de rupere a foițelor embriolare subțiri, prin operație cezariană.

Gastroschizisul (laparochizisul) este un defect paraombilical al peretelui abdominal, de 2-6 cm în diametru, pe dreapta de ombilic (99%), prin care eventrează viscere libere, lipsite de sac (stomac, intestin subțire, intestin gros, vezica urinară, gonade), cordonul ombilical fiind de aspect normal, separat printr-o punte cutanată normală. În perioada 2010 – 2013 au fost tratați 15 nou-născuți. Tratamentul chirurgical s-a aplicat în 13 cazuri. Reducerea unimomentană a organelor eventrate cu plastia primară a peretelui abdominal s-a efectuat în 5 cazuri. În 8 cazuri de disproporție viscero-abdominală de grad înalt s-a efectuat tratamentul chirurgical etapizat: etapa I – siloplastia cu sac de silicon, etapa II – peste 7-9 zile plastia radicală amânată a peretelui abdominal sau formarea herniei ventrale artificiale. Letalitatea a fost de 65%. Diagnosticul ecografic intrauterin în gastroschizis poate fi realizat la a 12-a – a 14-a săptămână de gestație. De regulă, laparochizisul este rar asociat cu alte anomalii.

În perioada 2010 – 2013, în CNȘP de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” au fost internați 56 de nou-născuți cu *atrezii de esofag*, 78% din cazuri fiind asociate cu alte malformații concomitente (atrezie de duoden, atrezie anorectală, cardiace, renale, cerebrale). Diagnosticul antenatal este inconstant și depinde de varietatea anatomică de atrezie, este posibil după 26 de săptămâni de gestație, prin prezența semnelor relative de polihidroamnios, lipsa vizualizării ecografice a stomacului, prezența unei MC din VACTERL – asociație etc. Tratamentul chirurgical s-a efectuat în 48 de cazuri și s-a apreciat o letalitate de 62,5%, condiționată de malformațiile concomitente, comorbiditățile perioadei neonatale și complicațiile infecției intrauterine. Cazul de atrezie de esofag necesită diagnostic postnatal precoce, fără alimentarea enterală a nou-născutului imediat la naștere și corecție chirurgicală în primele 24 de ore de viață. Tratamentul chirurgical se realizează într-o etapă prin toracotomie extrapleură pe dreapta cu anastomoză primară a esofagului sau etapizat cu plastie amânată. După plastia esofagului, în scopul prevenirii stenozei zonei de anastomoză, copilul necesită tratament specializat de durată, anticatritical, bujare endoscopică.

Ocluzia intestinală congenitală înaltă poate fi diagnosticată prenatal la a 14-a săptămână de gestație prin prezența simptomului ecografic patognomonic – „double bubble”.

La prezența lui este indicat absolut: cordocenteza, cariotiparea (mai ales dacă este asociată malformația cardiacă congenitală), deoarece frecvent se asociază

cu sindromul Down. În perioada 2010 – 2013, au fost tratați 16 nou-născuți cu ocluzie intestinală congenitală înaltă, fiind supuși tratamentului chirurgical radical 12 nou-născuți. Supraviețuirea a fost de 45%, determinată de patologia concomitentă și malformațiile congenitale asociate.

O altă malformație congenitală severă rămâne *hernia de cupolă diafragmatică congenitală*, care a fost diagnosticată în 38 de cazuri, iar antenatal numai în 38,6%. Diagnosticul antenatal al herniei diafragmatice congenitale este posibil de la a 14-a săptămână de gestație, dar deseori este dificil a o diferenția de malformația adenomatoasă chistică pulmonară. Pronosticul este discutabil atunci când sunt prezente așa semne ecografice ca: polihidroamniosul, poziția stomacului sau ficatului în torace, deplasarea marcată a cordului în termenii mici de sarcină. Letalitatea rămâne înaltă, 20 – 50%, dependentă de forma herniei și infecția intrauterină sau malformațiile asociate deseori incompatibile cu viața. Intervenția chirurgicală amânată, după o pregătire preoperatorie individual adaptată reduce mortalitatea.

Malformațiile congenitale urologice au o incidență ridicată – de 13,1%. Diagnosticul prenatal este posibil la 13-14 săptămâni de gestație. Întreruperea sarcinii e recomandată în ureterohidronefroza bilaterală cu dilatarea marcată a sistemului calice-bazinete, oligoamnios. Postnatal se recomandă obligatoriu de a consulta chirurgical pediatru, examen ecografic specializat (chiar dacă a fost vreo suspexie intranatală și nu sunt semne clinice). Tratamentul este chirurgical prin metode de plastie radicală, uneori etapizat.

O incidență destul de crescută au *tumorile congenitale*, apreciate în 12,3% cazuri. Cele mai frecvente sunt teratoamele și chisturile ovariene. Diagnosticul prenatal este posibil la a 13-a săptămână de gestație. Teratomul este o malformație congenitală corijabilă și de regulă rar se asociază cu alte anomalii congenitale. În teratoamele de dimensiuni mari este indicată nașterea prin operație cezariană. Diagnosticul antenatal care confirmă nou-născut cu teratom de dimensiuni mari, dar în termeni de gestație mici, ne indică de a întrerupe sarcina.

Chisturile ovariene la fetițele nou-născute (mai ales cele diagnosticate intranatal) beneficiază de indicație absolută de spitalizare urgentă în chirurgia nou-născutului, pentru a evita complicațiile. Complicațiile chistului ovarian pot fi: torsia chistului, trompei uterine, necroza, ruperea spontană intraabdominală, torsia intestinului în caz de autoamputare și au un risc vital major. Chisturile ovariene de dimensiuni mari (mai mult de 3 cm și de 30 ml în volum, după datele ecografice) sunt rezolvate chirurgical în mod urgent.

CONCLUZII

1. Diagnosticul antenatal al malformațiilor congenitale, colaborarea interdisciplinară (ecografist, obstetrician, neonatolog, chirurg pediatru), conduita corectă a sarcinii și nașterii cu acordarea asistenței chirurgicale specializate în termeni optimi sunt direct proporționale cu rezultatul satisfăcător al tratamentului.

2. Instruirea personalului medical, asigurarea tehnico-materială corespunzătoare a asistenței medico-

chirurgicale indicată de la caz la caz permit un diagnostic precoce, un pronostic favorabil și supraviețuire a nou-născuților cu malformații congenitale.

3. Nașterea și îngrijirile copilului cu malformație congenitală este programată în instituția medicală de nivelul III, unde există serviciul de chirurgie neonatală și va fi monitorizată interdisciplinar, de comun cu chirurgul pediatru.

BIBLIOGRAFIE

1. Bembea M., Covic M., Macovei M., Jurca C. Malformațiile congenitale izolate. În: Editor Covic M. Genetica medicala. Iasi: Polirom, 2011, p. 487-492.

2. Covic M. Genetica medicală. Iași, I.M.F., 1981.

3. Oster M.E., Lee K.A., Honein M.A. et al. Temporal trends in survival among infants with critical congenital heart defects. În: Pediatrics, 2013, 131(5): 1502-8.

4. Pânzaru M. et al. Benefits of cytogenetic testing in diagnosis of plurimalformative syndromes with congenital heart defects. În: Revista Română de Medicină de Laborator, Vol. 20, nr. 3/4, Septembrie 2012, p. 265- 272.

5. Pierpoint M.E., Basson C.T., Benson D.W. Jr et al. Genetic basis for congenital heart defects: current knowl-

edge: a scientific statement from the American Heart Association Congenital Cardiac Defects Committee, council on cardiovascular disease in the Young: endorsed by the American Academy of Pediatrics. În: Circulation 2007, 115(23): 3015-3038.

6. Кондрашова С. П., Чуканов А. Н. Пренатальная диагностика и профилактика наследственных и врождённых заболеваний у детей: информ.-метод. материалы. Минск, 2005, с. 39.

7. Чуканов А. Н., Тихоненко И. В., Лобачевская О. С. Комплексный подход к совершенствованию пренатальной диагностики врождённых пороков развития человека. Неонатология, хирургия та перинатальна медицина. Т. I, №1, 2011, с. 21- 25.



Tudor Zbârnea. *Fără titlu*, 2005, ulei pe pânză, 70×75 cm