

**INSTITUTUL MAMEI ȘI COPILULUI**

# **Craniostenozele**

## **Protocol clinic instituțional**

**Chișinău 2013**

## **CUPRINS:**

### **Abrevierile folosite în document**

## **PREFAȚĂ**

### **A. PARTEA ÎNTRDUCTIVĂ**

A.1. Diagnoza

A.2. Codul bolii

A.3. Utilizatorii

A.4. Obiectivele protocolului

A.5. Data elaborării protocolului

A.6. Data revizuirii următoare

A.7. Lista și informațiile de contract ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului

A. 8. Definițiile folosite în document

A. 9. Informația epidemiologică

### **B.PARTEA GENERALĂ**

B.1. Nivel de asistență medicală spitalicească IMșiC

C.1. Algoritm de conduită

C.1.1. Algoritm general de conduită al pacientului cu craniostenoze

### **C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR**

C.2.1. Clasificarea

C.2.2. Etiologia craniostenozelor

C.2.3. Factorii de risc

C.2.4. Conduita pacientului cu craniostenoze

C. 2.4.1. Anamneza

C.2.4.2. Examenul neurologic

C.2.4.3. Investigații paraclinice

C.2.4.4. Diagnosticul diferențiat

C.2.4.5. Criteriile de spitalizare

C.2.4.6. Tratamentul

C.2.4.6.1. Tratamentul conservativ

C.2.4.6.2. Tratamentul chirurgical

C.2.4.6.2.1. Etapa preoperatorie

C.2.4.6.2.2. Intervenția chirurgicală

C.2.4.6.2.3. Etapa postoperatorie

C.2.4.7. Supravegherea pacienților

C.2.5. Complicațiile (subiectul protoalelor separate)

### **D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

D.1. Secțiile de neurochirurgie și neurologie a IMșiC

### **E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI**

### **F. ASPECTELE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE**

### **ANEXE**

Anexa 1. Informație pentru pacient cu craniostenoze la copil și părinții lui

### **BIBLIOGRAFIE**

## Abrevierile folosite în document

USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
AȘ RM	Academia de Științe a Republicii Moldova
MS RM	Ministerul Sănătății a Republicii Moldova
ECG	Electrocardiograma
CT	Tomografia computerizată
EEG	Electroencefalografia
SNC	Sistemul nevos central
HIC	Hipertensiune intracraniană

### PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional “Craniostenozele” a fost elaborat de specialiștii Catedrei Neurochirurgie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, catedra Chirurgie, Ortopedie, Anesteziologie Pediatrică USMF “Nicolae Testemițanu”, Clinicii de Neurochirurgie Pediatrică a Centrului Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică “Natalia Gheorghiu”.

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința grupului de lucru pentru elaborarea și implementarea protocoalelor clinice Consiliul Calității din cadru IMȘiC, președinte Mihai Rotaru.

#### A. PARTEA ÎNTRODUCTIVĂ

##### A.1. Diagnoza:

Exemple de diagnostic clinic:

1. Craniostenoză. Dolicocefalia
2. Craniostenoză. Acrobrahicefalia
3. Craniostenoză. Plagiocefalia
4. Craniostenoză. Trigonocefalia
5. Craniostenoză. Pahicefalia
6. Craniostenoză. Oxicefalia

##### A.2. Codul bolii: (CIM 10):

##### A.3. Utilizatorii: IMSP IMȘiC

- secția de neurochirurgie
- secțiile de neurologie
- secția reanimare și terapie intensivă
- secția anesteziologie
- secția radiologie
- laboratorul clinic și biochimic
- farmacia spitalului
- secția internare
- policlinica consultativă pentru copii

*Notă:* protocolul poate fi utilizat și de alți specialiști.

##### A.4. Obiectivele protocolului:

1. A îmbunătăți calitatea diagnosticului, evidenței și tratamentului craniostenozei la copil
2. A reduce numărul de complicații.
3. A spori numărul pacienților, care beneficiază de educație în domeniul craniostenozelor la copii în instituțiile de asistență medicală de staționar.

A.5. Data elaborării protocolului: 2013

A.6. Data revizuirii următoare: 2015

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția
Dr. Eva Gudumac, academician a AȘM doctor habilitat în medicină, profesor universitar, Om emerit.	director Clinică Chirurgie Pediatrică în Centrul Național Științifico-practic de Chirurgie Pediatrică „Academicianul Natalia Gheorghiu”, șef catedră Chirurgie, Ortopedie, Anesteziologie Pediatrică USMF “Nicolae Testemițanu”
Dr. Ala Bajurea, doctor în medicină, conferențiar universitar	Catedra Neurochirurgie, USMF “Nicolae Testemițanu”
Dr. Anatol Litovcenco, doctor în medicină	Șef secție Neurochirurgie IMSP IMȘiC

### A.8. Definițiile folosite în document

Craniostenozele sunt afecțiuni caracterizate prin închiderea prematură primitivă a uneia sau a mai multor suturi craniene.

### A.9. Informație epidemiologică

Etiopatogenia craniostenozelor -Frecvența este de aproximativ 0,6 la 1000 de nașteri de noi născuți, predominanța craniostenozelor la sexul masculin. De remarcat că datele actuale relevă o afectare preponderentă a suturii metopice din numărul total de craniostenoze.

## B.PARTEA GENERALĂ

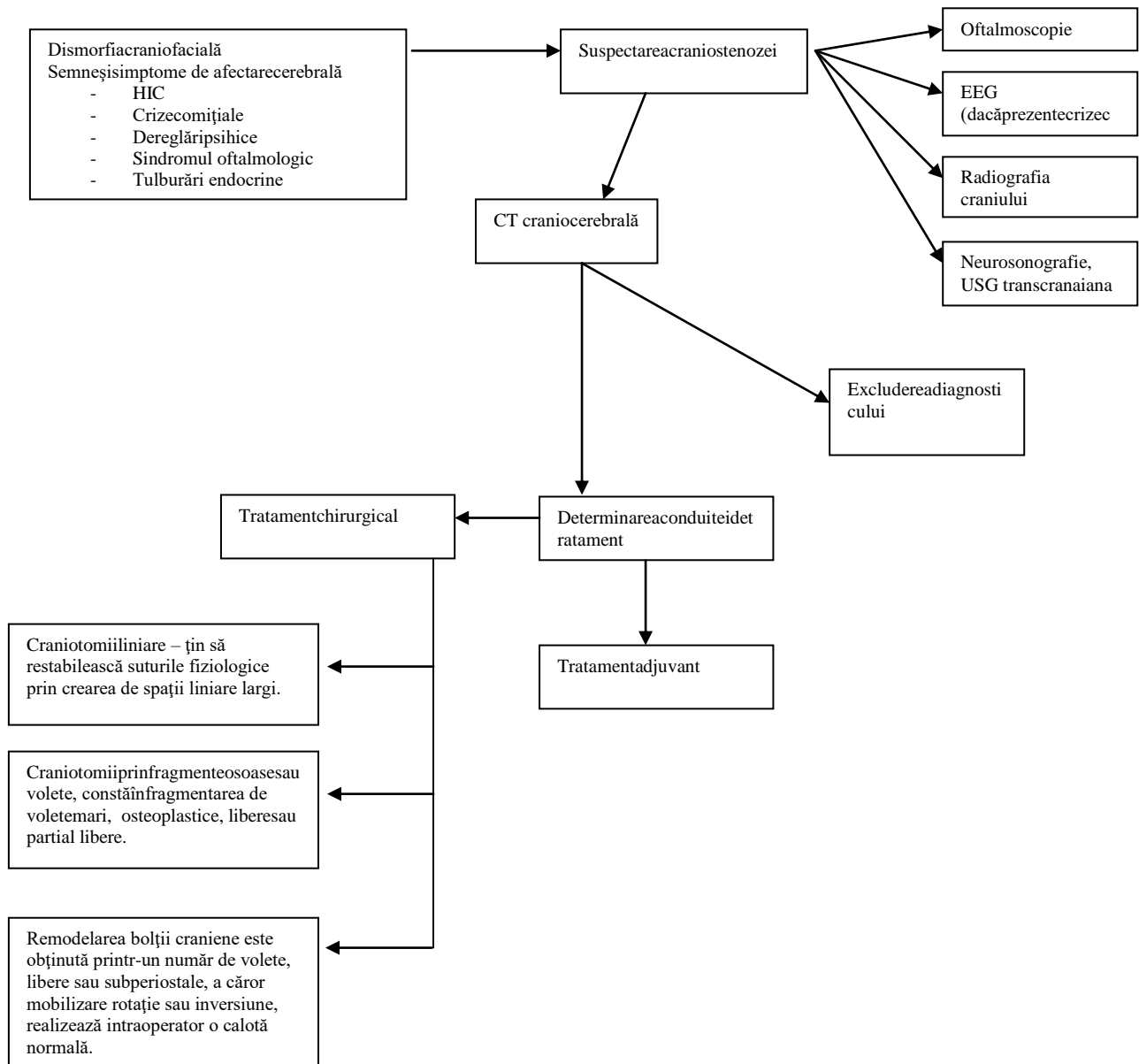
### *Nivelul de staționar (IMSP IMȘiC)*

Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
<b>1. Diagnosticul</b>		
1.1 Confirmarea diagnosticului	Confirmarea diagnosticului precoce a <b>Craniostenozei</b> permite inițierea timpurie a tratamentului și reducerea ratei complicațiilor	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza(caseta 4)</li> <li>Examenul neurologic (caseta 5;6)</li> <li>Examenul paraclinic și de laborator: (tabelul 1)</li> <li>Diagnosticul diferențial (caseta 7)</li> <li>Evaluarea riscului</li> <li>complicațiilor</li> </ul>
<b>2. Tratamentul</b>		
2.1 Tratamentul chirurgical	Este indicat în <b>Craniostenoze</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Craniectomii liniare,</li> <li>- Craniectomia pri fragmentare osoasă sau volete.</li> <li>- Remodelarea bolții craniene.</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluarea indicațiilor pentru tratamentul chirurgical(caseta 10)</li> <li>Pregătirea preoperatorie (caseta 11)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenția chirurgicală (caseta 12,)</li> <li>• Conduita postoperatorie (caseta 13)</li> </ul>
2.2 Tratamentul conservator al craniostenozei	Tratament multifactorial	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antiedimatos,</li> <li>• Anticonvulsivant,</li> <li>• Tratament simptomatic</li> <li>• (caseta 9)</li> </ul>
<b>3.Externarea</b>		
3.1 Externarea cu referire la nivelul primar pentru tratament și supraveghere	Rezultatele tratamentului multimodal în Craniostenoze trebuie urmărite continuu clinic și paraclinic asociat cu examen hematologic și biologic general.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliberarea extrasului care obligatoriu va conține: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosticul exact detaliat</li> <li>- Rezultatele investigațiilor efectuate</li> <li>- Tratamentul efectuat</li> <li>- Recomandări explicite pentru pacient</li> <li>- Recomandări pentru medicul de familie (caseta 14;15)</li> </ul> </li> </ul>

## C.1. ALGORITMUL DE CONDUITA

### C.1.1 Algoritm general de conduita a pacientului cu cranoistenoze



## C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

### C.2.1. Clasificarea.

#### Caseta 1 Clasificarea craniostenozei

În funcție de sutura sinostozată, principalele forme anatomo clinice sunt:

- Pahicefalia - sinostozasuturiilambdoide; craniul plat posterior cu dezvoltare normală în rest; extrem de rară.
- Dolicocefalia - sinostozasuturiisagitale, craniul în formă de carenă de vapor răsturnat.
- Acrobahicefalia - sinostozabilaterală a suturii coronare, cu fruntea înaltă și largă precum și diminuare a diametrului anteroposterior.
- Plagiocefalia - sinostozaa unilaterală a suturii coronare.
- Trigonocefalie - sinostozasuturiimitopice cu fruntea în formă triunghiulară, creastă frontală.
- Oxicefalieadevarată - sinostozaa tuturor suturilor sau a suturii coronaresagitale și lambdoidă, capul este tuguat
- Sinostozaa suturilor sagitală și coronară - turicefaliacând craniulea aspectul unui "turn de șah".

### C.2.2. Etiologia Craniostenozei

**Caseta 2** Pentru explicarea originii craniostenozelor au fost emise o multitudine de teorii, dintre care:

- Teoria endocrino-metabolică. - presupune o serie de tulburări metabolice ca: rahitismul, hipofosfatazemia, hipertiroidismul neonatal.
- Teoria embrionară: Sensul teoriei constă în aceea că în stadiul embrionar timpuriu există încălțări rudimentare ale oselor bolții craniului.
- Teoria ereditară - Craniostenozele au o vedită determinantă genetică autosomal dominantă în aproximativ 10-20% din cazuri. (Cohen 1988; Pillar 1995).
- Compresiunea intrauterină a craniului fetal.

Aceste date arată, prin multiplicitatea teoriilor, că problema patogeniei Craniostenozelor nu este încă soluționată. Cercetările experimentale lasă să se întrevadă, că, în cazul sinestozelor premature centrele de osificare primară dintre două oase învecinate ale suturii sau suturilor respective sunt prea aproape unul de altul ca urmare a unei osificare premature în acest punct și abia ulterior, pornind de aici, se închid toate sutura

### C.2.3. Factorii de risc

**Caseta 3** Factorii de risc în dezvoltarea craniostenozelor

Devieri în perioada de dezvoltare antenatală ( la mamă: procese inflamatorii a organelor genitale externe, dereglări hormonale, endomitrioza, infecții respiratorii acute în I trimestru de dezvoltare intrauterină, primire a medicamentelor, avort habitual, naștere prematură.

- Prezența factorilor nocivi profesionali la tată și mamă: factori fizici (vibrația, radiația); factori chimici (vopseli, lacuri); factori biologici (serviciu în laboratoarele bacteriologice, virusologice, secțiile cu patologii infecțioase și al.).
- Decurgerea patologică a sarcinii și nașterii: gestoze, eminența întreruperii sarcinii; infecții bacteriene și virale; hipertensiunea arterială și hipotonia, anemia; acutizarea patologiei cronice cu caracter somatic; nașterea prematură, accelerată;
- Frecvența craniostenozei este crescută la copiii proveniți din sarcini gemelare.

### C.2.4. Conduita pacientului cu craniostenoze

#### C.2.4.1. Anamneza

**Caseta 4** Acuze: Dismorfia craniofacială – semnul care atrage atenția, dismorfia, se prezintă sub diferite tipuri, după sutura sinostozată. Cefaleea, agitație, scăderea acuității vizuale, deficit intelectual, epilepsia

#### C.2.4.2. Examenul neurologic

**Caseta 5** Semnele funcționale sunt dificil de evaluat la sugar și la copilul mic, la care Cefaleea localizată sau difuză, este expresia HIC, Vărsăturile sunt rare. Semnele neurologice sunt rare. Crizele epileptice, apar mai ales la copiii mari, fiind excepțională la 0-3 ani. Suferința nervilor cranieni se traduce prin: Paralizii oculare perechea III, IV, VI. Anosmia (I), tulburări otice de tipul hipo- sau anacuziei, nestagmus (VIII). Tulburările psihice sunt mult mai frecvente și se manifestă sub forma unui deficit intelectual cu instabilitate psihomotorie. Sindromul oftalmologic - se prezintă sub două forme: Tulburări de origine mecanică interesând poziția și mișcările globilor oculari - exoftalmia, hipetelorismul, strabismul convergent sau divergent. Tulburări ale funcției vizuale - modificări ale fundului de ochi care duc la scăderea acuității vizuale, tulburări de câmp vizual, tulburări de refracție. Tulburările endocrine sunt destul de frecvente. Se manifestă variat, întârziere în dezvoltare astato ponderală, sindrom adipozogenital, infantilism, diabet insipid, acromegalia.

#### C.2.4.3. Investigații paraclinice

**Tabelul 1.**

Investigațiile paraclinice	Semnele sugestive pentru craniostenoză	Nivelul acordării asistenței medicale		
		AMP	Nivelul consultativ	Staționar
Examenul oftalmoscopic	Poate decela modificări ale fundului de ochi de la simpla ștergere a marginilor papilare (edem papilar stadiu I) până la atrofie optică poststază (stadiul IV) sau atrofie optică primitivă.		+	+
EEG	Prezintă anomalii bioelectrice difuze în toate derivațiile ambelor emisfere, sau focar epileptogen		+	+
Ecografia transfontanelară	La sugarii cu fontanela peste un centimetru poate preciza mărimea deplasării liniei mediane, dimensiunile ventriculilor,		+	+
Ecografia transcranială	La copii cu vârsta după 1 an prin bregma osoasă temporal se vizualizează mărimea deplasării liniei mediane, dimensiunile ventriculilor		+	+
Radiografia craniană simplă	Rezenografiacranului - radiologic la nivelul bolții apar: dismorfie craniană caracteristică fiecărui tip de craniostenoză corespunzător suturii sinostozate, semne indirecte de HIC, se constată impresii indigite.		+	+
CT - scan	Tomografiacompuniterizată – furnizează date asupra modificărilor		+	+



	osoase cît și asupra conținutului intracranian.			
Analiza generală a sîngelui		+	+	+
Analiza biochimică a sîngelui			+	+
Grupa de sânge și RH factor			+	+
ECG			+	+

#### C.2.4.4.Diagnosticul diferențiat

##### Caseta 7 Diagnosticul diferențiat al Craniostenozei

Se face cu afecțiunile care simulează o dismorfie craniofacială.

Vom enumera câteva afecțiuni cu care putem face diagnosticul diferențiat:

- Microcefalia-constitue un defect de creștere a întregului encefal, ceea ce duce la reducerea dimensiunilor capului.
- Traumatismele obstetricale.
- Procesele expansive intracraniene congenitale (chisturi arahnoidiene)
- Procesele expansive orbitare și hemiatrofia facială.

#### C.2.4.5.Criteriile de spitalizare

##### Caseta 8 Criteriile de spitalizare a copiilor cu Craniostenoză

- La copii la care clinic și paraclinic sa stabilit diagnosticul de Craniostenoză
- La copii la care clinic și paraclinic sa depistat recidivă de Craniostenoză.

#### C.2.4.6.Tratamentul

##### C.2.4.6.1.Tratament conservator

###### Caseta 9

- Diuretice (Furosemid 0,1 ml/kg/24 ore i/v; Acetazolamid 0,06-0,25mg o singură doză dimineața, schema 3-2-1, 3-4 săptămâni)
- Preparatele kaliului (Asparcam 1-2 pastile zi)
- Corticoterapie (Dexametazon 0,5-1,9 mg/kg/24 ore i/v sau i/m; Prednizolon 2mg/kg/24 ore i/v sau i/m)
- Anticonvulsivante (sol Diazepam 0,5%- 0,1-0,2 ml/an sau 0,3-0,5 ml/an; sol Hidroxibuterat de sodiu 20%- 50-150mg/kg ( in absenta tulburarilor respiratorii); Fenobarbital 10mg/kg cu sol Clorura de sodiu 0,9% i/v (in 10-15min)

##### C.2.4.6.2.Tratamentul chirurgical

###### Caseta 10

Indicații pentru tratamentul chirurgical în Craniostenoză - Este stabilirea diagnosticului de Craniostenoză. Singurul tratament care previne sau suprimă HIC și asigură o dezvoltare encefalică normală este cel chirurgical. Principiul general al intervenției operatorii este craniectomia decompresivă fiziologică, menită să desfacă sutura sinustozată și să întârzie sau să supime reosificarea până la vârsta de închidere normală a suturii.

##### C.2.4.6.2.1Etapa preoperatorie

Scopul etapei preoperatorii este pregătirea pacientului pentru intervenție chirurgicală.

**Caseta 11** Pregătirea preoperatorie:

Examinarea obligatorie (examenul general al sângelui, durata sângerării, urina sumară, ECG, Grupa sângelui și RH factor, analiza biochimică a sângelui)

**C.2.4.6.2.2. Intervenția chirurgicală**

**Caseta 12**

Etapile intervenției chirurgicale la pacienții cu Craniostenoză

1. Premedicație
2. Introducerea în anestezia generală
3. Poziționarea pacientului.
4. Craniotomii. Variante:
  - Craniotomiiliniare – țin să restabilească suturile fiziologice prin crearea de spații liniare largi.
  - Craniotomiiprinfragmenteosoasesauvolete, constăînfragmentarea de voletemari, osteoplastice, liberesau partial libere.
  - Remodelarea bolții craniene este obținută printr-un număr de volete, libere sau subperiostale, a căror mobilizare rotație sau inversiune, realizează intraoperator o calotă normală.
5. Ieșirea din anestezia generală

**C.2.4.6.2.3. Etapa postoperatorie**

**Caseta 13**

- Regim alimentar
- Examen obiectiv zilnic
- Antibioterapie (Cefotaxim 100mg/kg/24 ore la fiecare 8 ore i/v sau i/m sau Ceftriaxon 100mg/kg/24 ore i/v sau i/m)
- Antipetice (Metamizol 50% 5-10 mg/kg x 2-3 ori pe zi; Paracetamol- doza maxima 25mg/kg, apoi 12,5mg/kg fiecare 6 ore 2-3 zile)
- Antihistaminice (Difenhidramina 1% 5mg/kg/24 ore, Clorpiramina 2% - 1ml x 1 priză).
- Diuretice (Furosemid 0,1 ml/kg/24 ore i/v 1-2 zile; Acetazolamid 0,06-0,25mg o singură doză dimineața, schema 3-2-1.
- Preparatele kaliului (Kalii Clorid 4% - 2,5/500ml NaCL10,9%: Asparcam 1-2 pastile zi)
- Anticonvulsivante (sol Diazepam 0,5%- 0,1-0,2 ml/an sau 0,3-0,5 ml/an; sol Hidroxibuterat de sodiu 20%- 50-150mg/kg ( in absenta tulburarilor respiratorii); Fenobarbital 10mg/kg cu sol Clorura de sodiu 0,9% i/v (in 10-15min)
- Hemostatice (Acid aminocaproic 0,25/kg corp /24h; sol Etamsilat 12,5% 2 ml i/v 10-15mg/kg – 24 ore).
- Corticoterapie (Dexametazon 0,5-1,9 mg/kg/24 ore i/v sau i/m; Prednizolon 2mg/kg/24 ore i/v sau i/m)
- Analgetici (Metamizol 50% 5-10 mg/kg x 2-3 ori pe zi; Tramadol 1-2mg/kg; Promidol – la copii până la 2 ani nu se folosește, > 2 ani – 0,003 – 0,01 g)

**Terapie intensiva postoperatorie ( la indicatii, in cazuri severe)**

- Dextran 40 100-200ml, i/v, 10 ml / kg
- Plasma nativa 100-200ml i/v sau congelată 10 ml/ kg în 24 ore
- sol Clorura de Natriu 0,9% 5-10 mg/kg/24 ore, i/v
- sol Glucoza 5-10% 5-10 mg/kg/24 ore, i/v

**Caseta 14****Criterii de externare**

- Lipsa febrei
- Lipsa complicațiilor anestezice, postoperatorii.

**C.2.4.7. Supravegherea pacienților****Caseta 15**

Supravegherea pacienților cu craniostenoză

- Controlul neurochirurgului peste-o lună
- Evidența medicului de familie
- Evidența neurologului
- CT în dinamică

**C.2.5. Complicațiile** (subiectul protocoalelor separate)**D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

<b>D.1. Policlinica pentru copii IMSP IMșiC</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medic neurochirurg</li> <li>• Medic neurolog</li> <li>• Medic oftalmolog</li> <li>• Medic pediatru</li> <li>• Medic imagist</li> <li>• asistente medicale</li> <li>• laborant</li> </ul> <b>Aparate, utilaj:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• instrumente pentru examen neurologic</li> <li>• Oftalmoscop</li> <li>• Ultrasonograf</li> <li>• ECHO</li> <li>• EEG</li> <li>• Aparat rentghenologic</li> <li>• CT-scan</li> <li>• laborator clinic</li> </ul>
<b>D.2. Nivel de staționar: Secția de neurochirurgie IMSP IMșiC</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medici neurochirurghi</li> <li>• Medic anesteziolog</li> <li>• Medici reanimatologi</li> <li>• Medic pediatru</li> <li>• Medic oftalmolog</li> <li>• Medic imagist</li> <li>• Asistente medicale</li> <li>• Medic de laborator</li> <li>• laborant</li> </ul> <b>Aparate, utilaj:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• instrumente pentru examen neurologic</li> <li>• Oftalmoscop</li> <li>• Ultrasonograf</li> <li>• ECHO</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EEG</li> <li>• Aparatrentghenologic</li> <li>• CT-scan</li> <li>• laborator clinic</li> <li>• aparatajpentruexamen histologic</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparate antiedematoase</li> <li>• Preoarate anticonvulsivante</li> <li>• Preoarate corticosteroide</li> <li>• Preparate hemostatice</li> <li>• Preparate antiperetice</li> <li>• Preparate antioxidante</li> <li>• Preparate antihistaminice</li> <li>• Preparate antimicotice</li> <li>• Preparate antibacteriale</li> </ul>

#### E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopurile protocolului	Măsurile atingerii scopului	Metoda de calcul al a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori numărul de pacienți, care beneficiază de educație în craniostenoză la copii în policlinica pentru copii și la nivel de staționar	1.1. Proporția pacienților cu risc de dezvoltare a craniostenozei luați la evidență	Numărul pacienților cu vârsta de până la 3 ani luați la evidență cu riscul de dezvoltare al craniostenozei	Numărul total al pacienților cu vârsta de până la 3 ani luați la evidență cu craniostenoză pe parcursul ultimului an
2.	A spori diagnosticul craniostenoză la copii stabilit în timp	2.1. Proporția pacienților diagnosticați și luați la evidență cu craniostenoză	Numărul pacienților cu vârsta de până la 18 ani luați la evidență cu craniostenoză, stabilit la timp	Numărul total de pacienți luați la evidență cu craniostenoză pe parcursul ultimului an
3.	A spori calitatea examinării și tratamentului pacienților cu craniostenoză	3.1. Proporția pacienților cu craniostenoză examinați și tratați	Numărul pacienților cu vârsta de până la 18 ani cu diagnosticul de craniostenoză, care au fost supuși examenului și tratamentului recomandat	Numărul pacienților cu vârsta de până la 18 ani care se tratează sub supravegherea medicului neurochirurg cu diagnosticul de craniostenoză pe parcursul ultimului an
4.	A micșora numărul de complicații al craniostenozei	4.1. Proporția pacienților cu craniostenoză care au dezvoltat complicații	Numărul de pacienți cu vârsta de până la 18 ani cu craniostenoză care au dezvoltat complicații	Numărul pacienților cu vârsta de până la 18 ani care se tratează sub supravegherea medicului neurochirurg cu diagnosticul de craniostenoză pe parcursul ultimului an

## **Anexe**

### **Anexa 1. Craniostenozele la copii**

(Ghid pentru pacienți, părinți și persoane de îngrijire)

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul copiilor cu craniostenoză în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. În ghid se explică indicațiile adresate pacienților cu craniostenoză, dar și familiilor acestora, părinților și tuturor celor care doresc să cunoască cât mai mult despre această maladie. Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire și tratament al craniostenoză. Nu sunt descrise în detalii maladia, analizele și tratamentul necesar. Despre acestea veți afla de la medicul de familie.

1. Pericolul reducerii capacității craniene și prin aceasta, al instalării mai devreme sau mai târziu a HIC mai mul sau mai puți intense cu dismorfii craniofaciale, leziuni oftalmologice și tulburări psihice, impune ca fiecare sugar cu o formă dubioasă a craniului să fie prezentat la un examen neurochirurgical pentru măsurarea perimetrului cranian și investigații paraclinice necesare pentru stabilirea diagnosticului de craniostenoză: Renghenografia craniului - radiologic la nivelul bolții apar: dismorfie craniană caracteristică fiecărui tip de craniostenoză corespunzător suturii sinostozate, semne indirecte de HIC, se constată impresiuni digitate. Tomografia compiuterizată – furnizează date asupra modificărilor osoase cât și asupra conținutului intracranian. Examenul oftalmologic și a unui bilanț neuropsihic complex.
2. Dispanserizația copiilor ce suferă de craniostenoză, sau care au suportat o intervenție chirurgicală în patologia dată se efectuează de neurolog și neurochirurg. Examenul CT – scan sau R-grafia craniului, repetate, ce permite de a exclude recidiva craniostenozei.

Respectați regimul tratamentului prescris, recomandările medicului și control regulat. Toate aceste măsuri sunt direcționate către însănătoșirea copilului D-voastră și previn dezvoltarea complicațiilor grave.

## **BIBLIOGRAFIE**

1. Arseni C., Ienke H., Ciurea A. Craniostenozele, Edit.Acad. R.S.R. România, București, 1985.
2. Ciurea A. Ghid de neurochirurgie. București, 2000.
3. Dimov V., Curs de neurochirurgie pediatrică, Editura Contact Internațional Colecția ATMA 22, Iași, 2001.
4. Gherman D., Moldovanu I., Zapuhlîh Gr. Neurologie și neurochirurgie, Chișinău, 2003.
5. Ianovici N. Curs de neurochirurgie. Iași, 1996.
6. Lundar T., Nornes H.L. Steady-state lumbar infusion tests in the management of children with craniosynostosis, Child's Nerv. Syst., 1991
7. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурб Г.С. Неврология и нейрохирургия. Медицина, 2000.