

# KASNO DIJAGNOSTIKOVANA KONGENITALNA DIJAFRAGMALNA HERNIJA

Stefanović V.<sup>1</sup>, Stefanović S.<sup>2</sup>, Marinković S.<sup>2</sup>, Bogdanović D.<sup>2</sup>,  
Tomić J.<sup>2</sup>, Stefanović V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Dom Zdravlja Novi Sad*

<sup>2</sup>*Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine*

**UVOD:** Kongenitalna dijafragmalna hernija je defekt dijafragme kroz koji prolabiraju organi trbušne u grudnu duplju gde vrše pritisak na pluća i guraju srce na kontralateralnu stranu. Pet puta je češća sa leve strane.

Sadržaj hernijske vreće čine želudac (60%), tanka creva (90%), debelo crevo i slezina (54%), pankreas (24%), bubrezi (12%), nadbubrežna žlezda, jetra. Učestalost javljanja je 1: 4000-5000 novorođenčadi.

Defekt dijafragme se formira do kraja 8. nedelje intrauterinog života, bilo usled dejstva teratogene nokse, što predstavlja sporadičan uzrok kongenitalne mane, ili se javlja usled multifaktorijalno uslovljenog naslednog poremećaja.

Zbog ranog nastanka anomalije pritisak abdominalnih organa na pluća onemogućava pravilno formiranje plućnog parenhima. Smanjen je broj bronhija i bronhiola, broj i veličina sakusa i alveola, broj preacinusnih i intraacinusnih krvnih sudova čiji je zid zadebljane strukture.

Upravo stoga, hipoplazija pluća sa konsekutivnom respiratornom insuficijencijom predstavlja glavni uzrok perinatalne i neonatalne smrti uprkos uspešnoj hirurškoj korekciji mane.

Izuzetno su retki slučajevi masivne kongenitalne dijafragmalne hernije koji imaju povoljnu prognozu quo vitam, a posebno su retki slučajevi kasno dijagnostikovane a uspešno korigovane mane sa dobrom životnom prognozom.

**MATERIJALI I METODI RADA:** Načinjen je klinički prikaz slučaja odojčeta sa kongenitalnom dijafragmalnom hernijom koja:

- a) nije bila dijagnostikovana pravovremeno tj prenatalno i/ili perinatalno i

- b) gde uprkos razvoju karakteristične kliničke slike, lekar iz primarne zdravstvene zaštite nije posumnjao u verodostojnost otpusne dijagnoze da je dete rodjeno zdravo tj bez pridruženih anomalija s obzirom da je pregledano od strane neonataloga
- c) gde je na rutinskom RTG snimku grudnog koša indikovanim zbog postojanja tegoba od strane respiratornog trakta u visoko specijalizovanoj ustanovi za 10 minuta postavljena dijagnoza iako nije postojala sumnja na kong. manu
- d) gde je zahvaljujući srećnim okolnostima dete odmah operisano jer je tog dana bio dežuran neonatolog i neonatalni hirurg
- e) gde je sve imalo svoj happy end

**CILJ:** Cilj rada je da se na konkretnom prikazu slučaja iz prakse pokaže da:

- a) i u uzrastu odojčeta treba pomišljati na postojanje kongenitalne anomalije a ne samo u neonatalnom periodu kada se većina istih otkriva, tj ne oslanjati se na prethodne dijagnoze kao 100% tačne već zadržati ekspektativni stav
- b) i da se uvek treba preispitivati.

**PRIKAZ SLUČAJA:** U prijemnu ambulantu Instituta za zdravstvenu zaštitu dece i omladine u Novom Sadu upućeno je 2. mesečno muško odojče A.S. zbog nedovoljnog napredovanja na težini i pojave kolika /“ grčiča “/odmah nakon obroka i tokom noćnog sna. Tegobe su uvek praćene pojavom cijanoze i oblivanjem deteta hladnim znojem. Ovi simptomi su prema rečima majke posebno počeli da bivaju izraženi u 2. mesecu života mada su bili prisutni od samog rođenja no uvek su objašnjavani greškom u tehnici ishrane. Iako je pokušano više načina ishrane deteta / na 2 h , na 4h, manje doze formule, promena formule /stanje deteta se pogoršavalo a napredovanje na telesnoj težini nije bilo zadovoljavajuće.

LIČNA ANAMNEZA otkriva uredno kontrolisanu trudnoću mlade i zdrave majke okončanu spontanom terminskim vaginalnim porođajem u porodilištu sa TM 4000gr, TD 55 cm, OG 36 cm /eutrofično za gestacijsku starost/. Otpušteno kući 3. dana života kao zdravo novorođenče sa dg Malposito in utero, kasnije redovno kontrolisano od strane pedijatra u savetovalištu Doma zdravlja.

Ishrana : prirodna tri nedelje a potom adaptirano mleko .

Porodična anamneza : negira bolesti od značaja za hereditet.

FIZIKALNI PREGLED otkriva da je to 2. mesečno muško odojče, redukovano potkožnog masnog tkiva na predilekcionim mestima, ”uskog“ abdomena u odnosu na grudni koš, sa TM 4550 gr(napredovalo svega 550 gr za 2 meseca !!!), TD 55 cm, OG 36 cm. Već pri inspekciji uočavaju se znaci izražene respiratorne insuficijencij: tahipneja (Res42/min), dispneja, korišćenje pomoćne respiratorne muskulature pri disanju, perioralna

cijanoza. Auskultatorni nalaz nad levim plućnim krilom otkriva nečujno disanje dok je prisutno pooštreno disanje nad desnim plućnim krilom. Srčana akcija se auskultuje desno od rebarnog luka, srčani tonovi su jasni, šum se ne čuje. Ostali fizikalni nalaz po roganima bez osobitosti. Odojče odaje utisak teškog bolesnika .

DIJAGNOSTIKA odmah ciljano sprovedena. RTG grudnog koša, PA i profilni, otkrivaju prisustvo crevnih vijuga ispunjenih vazduhom nad levim plućnim krilom i udesno potisnutu srčanu senku što ukazuje na postojanje kongenitalne mane u vidu dijafragmalne hernije. Odmah pozvan na konsultaciju dečiji neonatalni hirurg koji indikuje hitan operativni zahvat koji biva uspešno okončan.

KLINIČKI TOK bolesti u celosti posmatrano povoljan.

Postoperativni oporavak prolazi bez komplikacija uz postepenu ekspanziju levog plućnog krila koje u potpunosti preuzima svoju funkciju.

Dete se u odličnoj zdravstvenoj kondiciji otpušta kući i redovno kontroliše u nadležnom Domu zdravlja.

**ZAKLJUČAK:** a) uvek treba pažljivo pregledati pacijenta i obraćati pažnju na anamnestičke podatke koje daju zabrinuti roditelji

- a) da na svojim i tuđim greškama treba izvući pouku za budući rad te bez negativnih konotacija sučeljavati nalaze u otvorenim razgovorima unutar strukovnih organizacija
- b) i tema za razmišljanje, na koju smo dali odgovor, ali ipak je jos jednom naglašavamo – da li lekar sme da bude sujetan da ne prizna grešku i time ne nauči ničem novom ni sebe ni druge.

#### LITERATURA:

1. A. Kurjak “Fetus kao pacijent”, Naprijed Zagreb 1991
2. N. Robertson “Textbook of neonatology”, Churchill Livingstone 1989
3. Harrison MR Correctio of cong. diaphragmatic hernia in utero J. Pediatr Surg 1981 16:934
4. Goldbloom R: Pediatric Clinical Skills, 2003, Elsevier Science
5. Fanaroff A, Martin RJ: Neonatal-Perinatal medicine : diseases of the fetus and infant, 7 th edition,2003, Mosby Inc str 1537-1568