

## IZOLIRANO PREDRTJE ŽELODCA PRI NEDONOŠENEM OTROKU – PREDSTAVITEV PRIMERA

K. Sukič<sup>1</sup>, M. Miksić<sup>1</sup>, T. Jagrič<sup>2</sup>, S. Potrč<sup>2</sup>

*(1) Klinika za pediatrijo, Univerzitetni klinični center Maribor*

*(2) Klinika za kirurgijo, Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo, Univerzitetni klinični center Maribor*

### IZVLEČEK

**Izhodišča.** Predrtje želodca je v neonatalnem obdobju redek klinični pojav z visoko smrtnostjo. Najpogosteje so prizadeti nedonošeni otroci z nizko porodno težo, ki se zdravijo v neonatalnih intenzivnih enotah. Več različnih teorij skuša pojasniti etiologijo in patogenezo, npr. kongenitalna odsotnost želodčne mišičnine, regionalna hipoperfuzija ob hipoksičnem stresu, sepsi, mehansko predrtje želodca zaradi predihavanja s pozitivnim tlakom ali zaradi uporabe nCPAP brez dekompresije želodca ter predrtje ob transmuralni nekrozi stresnih ulkusov želodca. Opisani so tudi primeri izoliranega predrtja želodca pri otrocih, zdravljenih s steroidi zaradi bronhopulmonalne displazije. Najpogosteje se pojavi na veliki krivini želodca in večinoma v prvem tednu življenja. Drugi teden po rojstvu je pogosto posledica erozije sluznice zaradi vstavljenе nazogastrične sonde. Klinični znaki so hitro napredujoče raztezanje trebuha, neprebavljenost hrane ali bruhanje, letargija, dihalna stiska ter napredujoča hemodinamska nestabilnost. Zgodnja diagnoza ter kirurška oskrba izboljšata napoved izida bolezni.

**Prikaz primera.** Opisujemo pojav predrtja želodca pri fantku, rojenem v 29. tednu gestacije z urgentnim carskim rezom zaradi abrupcije predležeče posteljice. Deček s porodno težo 1200 gramov je bil ob rojstvu apnoičen, z bradikardijo, hipotonijo in blede barve. Opravljeni so bili ukrepi oživljanja, vključno s predihavanjem s pozitivnim tlakom in masažo srca, po čemer se je vzpostavila primerna srčna akcija. Ocena po Apgarjevi je bila 4/6/7. Nato je bil intubiran in mehansko predihavan ter premeščen v enoto za intenzivno zdravljenje, kjer je prejel endotrahealno surfaktant in zaradi hemodinamske nestabilnosti tekočinsko podporo, transfuzijo koncentriranih eritrocitov ter vazoaktivna zdravila. Po rojstvu je prišlo tudi do porasta vnetnih kazalcev. Deček je prejel zdravljenje z antibiotiki širokega spektra. Hemokulture so ostale sterilne. Ob opisanem zdravljenju se je stanje stabiliziralo in izboljšalo. Postopoma smo ga pričeli hraniti po nazogastrični sondi.

4. dan po rojstvu smo opažali neprebavljenost hrane ter hitro napredujočo raztezanje trebuha. Peristaltika je bila odsotna. Deček je bil hipotenziven in tahikarden, porasla pa je potreba po kisiku. Rentgenogram abdomna je potrdil pnevmoperitonej. Indicirana je bila urgentna kirurška eksploracija, s katero smo ugotovili predrtje velikosti 5 mm na mali želodčni krivini z okolnim nekrotičnim področjem med antrumom in kardijo. Opravili smo izrez nekrotičnega predela ter ezofagoantralno anastomozo. Globoko v dvanajstnik smo vstavili duodenalno cevko, sprva za dekompresijo ter kasneje za hranjenje. Pregled preostale trebušne vsebine ni pokazal drugih vidnih poškodb ali anomalij. Pooporeativno je naslednje 3 dni potreboval intenzivni nadzor in vazoaktivno podporo. Ob izboljšanju smo postopoma pričeli s hranjenjem. Po odpustu iz bolnišnice je deček ostal v multidisciplinarni specialistični obravnavi.

**Zaključek.** Predrtje želodca v neonatalnem obdobju je redko urgentno stanje z visoko smrtnostjo. Napoved izida je odvisna od pravočasne prepoznave ter kirurškega zdravljenja. Najpogosteje je potreben izrez predrtga dela ter prešitje preostalega dela želodca, odstranitev želodca ali gastrostoma sta potrebni redko. Med operativnim posegom je nujen pregled celotnih prebavil za izključitev morebitnih drugih predrtij ali pridruženih anomalij. Ob operativnem zdravljenju je nujna intenzivna podpora s tekočinami, vazoaktivnimi in inotropnimi zdravili, z antibiotiki širokega spektra ter z nazogastrično sukcijo.