

P R I K A Z S L U Č A J A



Konzervativni tretman omfalocele

Lidija Banjac, Irena Marić, Arif Bajmak

*Institut za bolesti djece
Klinički centar Crne Gore*

dr Lidija Banjac, Ulica Đoka Miraševića M1 53/7, Podgorica drbanjac@t-com.me

Sažetak

Uvod u liječenju omfalocele je bitan inicijalni tretman u porodilištu. Novorođenče treba previti sterilnim gazama, natopljenim fiziološkim rastvorom. Neophodno je i plasiranje nazogastrične sonde, uspostavljanje intravenske linije, da bi se odmah počelo sa iv rehidracijom i antibiotskom profilaksom. Pored hirurškog liječenja, u posljednje vrijeme se preferira konzervativni tretman.

Prikaz slučaja Novorođenče premješteno iz porodilišta, neposredno nakon rođenja. Na srednjem dijelu prednjeg trbušnog zida vidljiva velika kesa (omfalocela), prekrivena providnom intaktnom opnom, ispunjena trbušnim organima. Na donjem dijelu omfalocele nalazi se polazište pupčanika. Konzervativni tretman podrazumijevao je toaletu opne i aktivno traganje za udruženim bližim ili udaljenim anomalijama. Cilj "konzervativnog" tretmana je prevođenje omfalocele u ventralnu herniju, čime se odlaže definitivna operacija.

Zaključak – Omfalocela sa perforiranom opnom je akutno, urgentno stanje koje zahtijeva neodložan, hirurški tretman. Omfalocelu sa intaktnim opnama treba tretirati konzervativno. Tretman omfalocele sa intaktnim opnama ima za cilj prevenciju rupture opne, sprečavanje gubitka tečnosti, elektrolita i toplote, kao i prevenciju infekcije, da bi se na najbolji način omfalocela prevela u ventralnu herniju.

Conservative treatment of omphalocela

Abstract

Background The inical treatment in maternity ward is very important when dealing with omphalocela. A newborn should be bandaged with steril gauze which are soaced with physiologic solution. It is also necessary to place a nasogastric sonda, making an intravenous line in order to start immediate intravenous rehidration and antibiotic prophylaxis. Beside surgical treatment, conservative treatment is preferred lately.

Case report – A newborn is transferred from maternity ward, immediatly after birth. A big beg is visible on a central part of a front abdominal wall (omphalocela), covered with intact transparent membrane, fiued with abdominal organs. On the lower part of omphalocela there is the beginning of a navel cord. Conservative treatment was based on membrane toilet and active tracing with associated close and distant anomalies. The purpose of "conservative" treatment of omphalocela turn into ventral hernia by which an ultimate surgery is postponed.

Conclusion – Omphalocela with perforated membrane is an acute, urgent condition which demands instant surgical tretment. Omphalocela with and intact membrane should be treated in a conservative way. The main aim of the tretment of omphalocela with an intact membran is prevention of the membrane rupture, loss of fluid, electrolyte, and heat, as well as prevention of an infection in order to omphalocela turn into ventral hernia in the best possibile way.

Key words: Surgery, Abdominal Wall, Neonatal Nursing, Peritoneal Cavity, Hernia Ventral, Membranes

Uvod

Omfalocela je anomalija razvoja, nastaje kao rezultat poremećaja organogeneze (5-10 nedjelja), što uzrokuje kongenitalnu hernijaciju organa trbušne duplje kroz centralni defekt trbušnog zida u mešak amnionskih omotača (3).

Veličina sakusa varira od 2-20 cm. Omotač omfalocеле čine peritoneum i amnionska membrana. Omotač je vrlo tanak i može rupturirati in utero ili za vrijeme porođaja. U početku je transparentan, ali se brzo zamuti i pojavljuju se mjesta nekroze (2).

Prvi opis omfalocеле dao je Ambrois Pare 1634. godine, a Benson je 1949. godine predložio da se ova anomalija nazove omfalocela.

Etiologija omfalocеле nije poznata.

Incidenca je 1-3 na 6000 živorođene djece. Češće obolijevaju muška novorođenčad i taj odnos je 1,5 : 1 (3).

Tipična omfalocela je centralno postavljena. Prema lokalizaciji se dijele na gornje, srednje i donje. Kod gornjih omfalocela, baza omfalocеле je postavljena superiorno, a ishodište pupka kaudalno. Od udruženih anomalija česti su defekti na srcu i dijafragmi. Kod srednjih omfalocela ishodište pupka polazi od sredine amnionske kupole, a praćene su gastrointestinalnim anomalijama. Kod donjih je pripoj pupčanika superiorno, a baza omfalocေး kaudalno i praćene su urogenitalnim defektima.

Prenatalna dijagnoza postavlja se ultrazvučnom sonografijom. Postnatalna dijagnoza je laka. Diferenciranje između gastrošize i rupturirane omfalocေး bazira se na centralno postavljenom otvoru kod omfalocေး, ostacima amnionske kese, neinduriranim crijevima i udruženim anomalijama, koje su češće kod omfalocေး.

Incidenca udruženih anomalija je visoka. Prema Grossu, taj procenat je veći od 50 odsto. Od udruženih anomalija dominiraju anomalije digestivnog sistema, kardiovaskularne anomalije, urogenitalne i anomalije skeletnog sistema. Oko 10 odsto novorođenčadi sa omfalocelom ima Beckwith-Wiedemannov sindrom, koji čine omfalocela, makroglosija, gigantizam, hipoglikemija.

Kod liječenja omfalocေး bitan je inicijalni tretman u porodilištu. Pupčanik treba kod svih omfalocela podvezati najmanje 10cm od njegovog jasnog početka. Ako su opne intaktne, manji su problemi gubitka tečnosti i toplote u odnosu na rupturiranu omfalocelu i gastrošizu, ali u svakom slučaju, novorođenče previti sterilnim gazama natopljenim fiziološkim rastvorom. Neophodno je i plasiranje nazogastrične sonde, uspostavljanje intravenske linije, da bi se odmah počelo sa iv rehidracijom i antibiotskom profilaksom. Transport se obavlja u portabl-inkubatoru do najbližeg centra za zbrinjavanje hirurškog neonatusa. Inače, pored hirurškog liječenja u posljednje vrijeme se preferira konzervativni tretman (1).

Prikaz slučaja

Novorođenče premješteno iz porodilišta, neposredno nakon rođenja, zbog omfalocေး. Majka zdrava, 29 godina, trudnoća prva, kontrolisana, urednog toka. Prenatalni pregledi

(ultrazvučni) nisu ukazivali na postojanje anomalija ploda. Zbog patološkog CTG-a trudnoća završena carskim rezom u 37-oj nedjelji gestacije, PTM 2900gr, Apgar score nije određivan. Neposredno po rođenju, zbog sumnje na omfalocelu sa perforiranom opnom, transport organizovan i najavljen kao "hitan" transport hirurškog neonatusa.

Na prijemu novorođenče blijedo, površnih respiracija, hipotonično, oskudne motorike. Na srednjem dijelu prednjeg trbušnog zidu velika kesa (omfalocela), veličine dječje glave, prekrivena providnom, intaktnom opnom, ispunjena trbušnim organima (konvolute crijeva, slezina). Na donjem delu omfalocေး nalazi se polazište pupčanika, dok u srednjem dijelu opna formira kesicu ispunjenu seroznom tečnošću (slika 1).



Slika 1 Transport novorođenčeta sa omfalocelom iz porodilišta u neonatalni centar

Po prijemu nakon pregleda (neonatolog, hirurg) potvrđena je dijagnoza omfalocေး (sa intaktnom opnom) otklonjena sumnja da se radi o perforiranoj opni i zauzet stav o daljem konzervativnom tretmanu omfalocေး, uz aktivno traganje za mogućim pridruženim anomalijama.

Konzervativni tretman podrazumijevao je toaletu opne (fiziološkim rastvorom i 10 odstopovidonom) i previjanje sterilnim gazama natopljenim fiziološkim rastvorom, da bi se spriječilo brzo sušenje i prskanje opne. Opna se postepeno sasušuje, nastavlja se toaletu rastvorom povodon joda, bez previjanja (slika 2). Cilj ovakvog "konzervativnog" tretmana je prevođenje omfalocေး u ventralnu herniju, čime se odlaže definitivna operacija do uzrasta od 3 do 4 godine.



Slika 2 Konzervativni tretman omfalocေး

Aktivno traganje za udruženim bližim ili udaljenim anomalijama podrazumijevalo je pregled kliničkog genetičara, kardiologa, oftalmologa, kardiopulzaciju, EHO abdomena i bubrega, EHO CNS-a, EHO kukova, rutinske laboratorijske i bakteriološke pretrage.

Novorođenče na prijemu (nakon uzetih laboratorijskih i bakterioloških nalaza), smješteno u izoletu, uključena iv infuzija i empirijska antimikrobna terapija, radi se redovna toaleta opne.

Nakon "zakašnjenje" pojave prve stolice, započelo se sa obazrivim enteralnim unosom, malim obrocima na nasogasatričnu sondu. Početak hranjenja obilježila je intermitentna intolerancija, koja se ispoljavala vraćanjem zelenog sadržaja na sondu ili rijetko povraćanjem. Nakon produžene, inicijalne intolerancije, u drugom dijelu hospitalizacije novorođenče toleriše ishranu na flašicu, potom i podoj, ne povraća, stolice uredne.

Lokalno, u početku providna opna omfalocela postaje neprovidna, suva, smanjuje se povlačeći okolnu kožu, koja ubrzano raste po obodu omfalocela (slika 3) i postepeno pokriva cijelu omfalocelu, formirajući ventralnu herniju.



Slika 3 Koža postepeno pokriva omfalocelu, opna smanjuje i sasušuje

Kada se sasušena opna (izgleda tvrde kruste) smanjila do veličine 4x4cm, aktivno je sljuštena, a u daljem toku plaža granulacionog tkiva, koja se nalazila ispod kruste, smanjuje se i nestaje. Novorođenče tada na prednjem trbušnom zidu ima ventralnu herniju, pokrivenu kožom (slika br. 4). Sem retencije testisa i ingvinalne hernije nisu evidentirane pridružene anomalije

Literatura

Baoree, M.M., Kala P.C. and Vijay, S.K. Exomphalos. Indian J. Pediatr. 1998; 45: 239.

Hutson J, Jones W. Omphalocele. Cl. Pediatr Surg. 2008; 17:6.

Krstić Z. i sar. Osnovi dečje hirurgije..U: Krstić Z.ur.Kongenitalni defekti prednjeg trbušnog zida. Beograd: BmG 1993. 184-90.



Slika 4 Ventralna hernija

Diskusija – Veličina omfalocela umnogome određuje da li će tretman biti hirurški ili konzervativni. Male omfalocele se zatvaraju urgentnim hirurškim tretmanom, a velike konzervativnim tretmanom sa kasnijom reparacijom ventralne kile (7). Pored standardnog tretmana, u posljednje vrijeme se primjenjuje i metoda trakcije za pupčanu vrpcu sa kompresijom, ali uz mišićne relaksanse i ventilaciju (5). Primjena rastvora srebra-sulfadiazina smanjuje procenat komplikacija (4).

U ovom slučaju mi smo uspješno, konzervativno zbrinuli veliku omfalocelu i preveli je u ventralnu herniju, koja će se u kasnijem uzrastu hirurški tretirati. U prvom dijelu liječenja imali smo problem sa uspostavljanjem enteralne ishrane. Problem smo riješili u početku parenteralnom ishranom, a kasnije malim obrocima na sondu i parcijalnom parenteralnom ishranom, do uspostavljanja dovoljnog oralnog unosa.

Zaključak

Omfalocela sa perforiranom opnom je akutno, urgentno stanje koje zahtijeva neodložan, hirurški tretman. Međutim, omfalocelu sa intaktnim opnama treba pokušati tretirati konzervativno. Tretman omfalocela sa intaktnim opnama treba da ima za cilj prevenciju rupture opne, sprečavanje gubitka tečnosti, elektrolita i toplote, kao i prevenciju infekcije, kako bi se na najbolji način omfalocela prevela u ventralnu herniju. U okviru tretmana omfalocela, značajno je i aktivno traganje za pridruženim anomalijama.

Lee SL. Initial nonoperative management and delayed closure for treatment of gigant omphaloceles. J Pediatr Surg. 2006; 41 (11):1846.

Morabito A. Traction – compression - closure for exomphalos major. J Pediatr Surg. 2006; 41(11): 1850.

Sinha S.C., Yادن F.L. Exomphalos, an analysis of 22 cases. Indian J. Pediatr 1981;48: 611-4.

Wakhlou A. The management of exomphalos. J Pediatr Surg 2000; 35(1):73.

Medical Journal of Montenegro

doi:10.5937/cma1-2839

Zivković M.S. Omfalocele i gastrošize A. Medica Pediatr. 1998;
2:2, 649-76.

Zivković M.S., Unusual Cases Of Gastroschisis and
Omphalocele, British Association Of Pediatric Surgeons. XLII
Anual International Conress; Sheffield, 1995. 47-9.