



Program transplantacije jetre u djece u Republici Hrvatskoj – od 2001. do danas

Matea Kovačić Perica (matea.kovacic77@gmail.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Nedo Marčinković (nedo.marcinkovic@gmail.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Ivana Todorčić (ibilicmef@gmail.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Petra Džepina (dzepina.petra@gmail.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Mirna Natalija Aničić (mirnaananic@gmail.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Lana Omerza (lanamadercic@yahoo.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Irena Senčić-Čala (isenevic@yahoo.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Duška Tješić-Drinković (duska.td@gmail.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Ivona Hanžek (ivonabiskup@gmail.com) (Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu i terapiju boli, KBC Zagreb), Karolina Režek Tomašić (carolinarezek@gmail.com) (Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu i terapiju boli, KBC Zagreb), Miram Pasini (miram.pasini@kbc-zagreb.hr) (Klinika za kirurgiju, KBC Zagreb), Dino Papeš (dino.papes@kbc-zagreb.hr) (Klinika za kirurgiju, KBC Zagreb), Danko Mikulić (danko.mikulic@kb-merkur.hr) (Klinika za kirurgiju, KB Merkur), Tomislav Luetić (tomislav.luetic@kbc-zagreb.hr) (Klinika za kirurgiju, KBC Zagreb), Jurica Vuković (juricav1961@yahoo.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Transplantacija jetre jedina je mogućnost za izlječenje i normalan život u bolesnika s terminalnom bolesti jetre. Program transplantacije jetre u djece u Republici Hrvatskoj utemeljen je u rujnu 2001. godine i provodi se u KBC-u Zagreb.

CILJ

Prikazati 21-godišnje iskustvo našega programa.

METODE I ISPITANICI

Analizirana je medicinska dokumentacija djece kojoj je do 31.4.2023. godine učinjena transplantacija jetre u KBC-u Zagreb. Analizirali smo preživljenje 1,5 i 10 godina nakon transplantacije, rane i kasne komplikacije.

REZULTATI

56 bolesnika (23 djevojčice) transplantirano je u dobi od 3 mjeseca do 18 godina (15 u prvoj godini života). Indikacije za transplantaciju bile su: bilijarna atrezija (24 bolesnika), progresivna obiteljska intrahepatalna kolestaza u četvero, nedostatak alfa-1 antitripsina, autoimunosti hepatitis i akutno zatajenje jetre u po troje bolesnika, Alagilleov sindrom i kriptogena ciroza u po dvoje bolesnika, dok je preostalih 15 bolovalo od različitih bolesti (fulminantni hepatitis, tirozinemija tipa 1, Wilsonova bolest, itd.). Učinjeno je 56 transplantacija i osam retransplantacija (u sedam bolesnika). Od ukupno 64 presatka, 43 su bila s kadaveričnog donora (16 cijelih jetri, 16 lijevih lateralnih segmenata, devet lijevih režnjeva, dva desna režnja), a 21 od živih donora (17 lijevih lateralnih segmenata, tri lijeva režnja, jedan desni režanj). Još je dvoje bolesnika nakon punoljetnosti retransplantirano u KB-u Merkur. Jednogodišnje preživljenje iznosi 67,9%, petogodišnje 60%, a desetogodišnje 62%. Od 23-oje umrlih, deset je umrlo unutar mjesec dana od transplantacije, zbog kirurških komplikacija ili primarne afunkcije grafta, četvero od infekcija u mjesecima nakon transplantacije, a petero nakon više godina (kronično odbacivanje, tromboza vene porte, infekcije). Dvije su bolesnice razvile posttransplantacijsku limfoproliferativnu bolest, a jedna je bolesti i podlegla.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Nakon 21 godine postojanja, rezultati našeg transplantacijskog programa usporedivi su s onima u svjetskim centrima. Ima još prostora za napredak, a preduvjeti za to su suradnja multidisciplinarnog tima, pravodobni pristup organima, što nam olakšava članstvo u Eurotransplantu, te briga o dugoročnoj kvaliteti života bolesnika.

Promjena uhranjenosti osoba s cističnom fibrozom tijekom godine dana liječenja modulatorima transmembranskog regulatora provodljivosti za cističnu fibrozu

Ivana Todorić (ibilicmef@gmail.com) (Centar za cističnu fibrozu za djecu i odrasle – KBC Zagreb), Lovro Hrvoić (lovro.hrvoic@gmail.com) (Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet – Zagreb), Lana Omerza (lanamadercic@yahoo.com) (Centar za cističnu fibrozu za djecu i odrasle – KBC Zagreb), Ivan Bambir (ivan_bambir@hotmail.com) (Centar za cističnu fibrozu za djecu i odrasle – KBC Zagreb), Duška Tješić-Drinković (duska.td@gmail.com) (Centar za cističnu fibrozu za djecu i odrasle – KBC Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Narušeno stanje uhranjenosti obilježje je osoba s cističnom fibrozom (CF). U djece s CF-om treba nastojati postići z-vrijednost indeksa tjelesne mase (ITM) ≥ 0 .

CILJ

Istražiti povezanost primjene modulatora transmembranskog regulatora provodljivosti za CF (CFTR) luma-kaftora/ivakaftora (LUM/IVA) i eleksakaftora/tezakaftora/ivakaftora (ELX/TEZ/IVA) s promjenom ITM-a tijekom jednogodišnje terapije, ovisno o stanju uhranjenosti pri uvođenju terapije.

METODE I ISPITANICI

Uključena su djeca s CF-om liječena CFTR-modulatorima tijekom godine dana. Prema početnom stanju uhranjenosti, podijeljena su u 4 kategorije: odlično uhranjeni (11/37, z-vrijednost ITM-a ≥ 0), blago pothranjeni (15/37, $-1 \leq z$ -vrijednost ITM-a < 0), umjereno pothranjeni (6/37, $-2 \leq z$ -vrijednost ITM-a < -1) i teško pothranjeni (5/37, z-vrijednost ITM-a < -2). Daljnje su procjene uhranjenosti provedene na tromjesečnim kontrolnim pregledima. Prikupljeni podatci obrađeni su metodama deskriptivne statistike.

REZULTATI

37 bolesnika (3 – 17 god., medijan 14 god.) uključeno je u istraživanje; njih 26 liječeno je primjenom ELX/TEZ/IVA, a njih 11 primjenom LUM/IVA. U svim je kategorijama uhranjenosti bio vidljiv trend porasta z-vrijednosti ITM-a tijekom 12-mjesečnog razdoblja, a najveći apsolutni porast bio je zabilježen u kategoriji umjereno pothranjenih bolesnika. Sedam bolesnika sa z-vrijednosti ITM-a < 0 u trenutku uvođenja terapije, ostvarilo je nakon 12 mjeseci ciljanu z-vrijednost ≥ 0 . U samo jednog, početno odlično uhranjenog bolesnika, zabilježen je pad z-vrijednosti ITM-a < 0 . Nakon 12-mjesečnog praćenja 17/37 bolesnika imalo je ciljanu vrijednost ITM-a, 2/37 bolesnika bilo je teško pothranjeno, a jedno je dijete imalo z-vrijednost ITM-a > 2 (kategorija pretilosti). Nije zamijećena razlika u promjeni uhranjenosti ovisno o vrsti CFTR-modulatora, no poboljšanje plućne funkcije bilo je uočljivije u pacijenata liječenih primjenom ELX/TEZ/IVA. Bolje uhranjeni bolesnici ostvarivali su bolje rezultate na spirometriji.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Primjena CFTR-modulatora praćena je porastom tjelesne mase u sve djece. Poboljšanje stanja uhranjenosti bitno doprinosi cjeloukupnom zdravlju oboljelih od CF-a i ključan je faktor u održavanju uredne plućne funkcije.

Uloga brzog *point-of-care* testa u probiru na celijakiju među djecom koja boluju od kroničnih bolesti

Mario Mašić (mmasic2@gmail.com) (Referentni Centar za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Marta Grgat (marta.grgat@gmail.com) (Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra), Viktorija Antolović (antolovicviktorija@gmail.com) (Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Referentni Centar za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb; Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Celijakija se u dječjoj dobi može prezentirati različitim intestinalnim i ekstraintestinalnim simptomima, a njezina prevalencija u europskoj populaciji iznosi 1%.

CILJ

Cilj istraživanja bio je odrediti prevalenciju celijakije uporabom brzog *point-of-care* testa (POCT) među populacijom pedijatrijskih bolesnika smještenih na dugotrajnom liječenju u Specijalnoj bolnici za kronične bolesti dječje dobi „Gornja Bistra“ (SBGB).

METODE I ISPITANICI

Kao pilot-istraživanje u sklopu Interreg DTP CD SKILLS projekta organizirano je testiranje pedijatrijskih bolesnika koji imaju tegobe koje mogu upućivati na celijakiju, a smješteni su na kontinuiranom liječenju u SBGB-u. U svrhu probira, upotrijebljen je imunokromatografski *lateral-flow* test (Biocard Celiac Test), dizajniran za detekciju imunoglobulin A (IgA) protutijela protiv tkivne transglutaminaze (anti-tTG) iz pune kapi krvi. Prije testiranja ispunjen je anamnestički upitnik kako bi se utvrdilo postojanje tegoba, pridruženih bolesti i obiteljsku anamnezu na celijakiju. Prethodno dijagnosticirana celijakija i prehrana bez glutena bile su isključujući kriterij za testiranje.

REZULTATI

U istraživanje provedeno tijekom ožujka 2023. godine, uključeno je ukupno 32 ispitanika (41% ženski spol) srednje dobi 9 godina (1 – 19 godina), a koji se dugotrajno liječe u SBGB-u. Svi su ispitanici bili simptomatski. Najčešći je simptom bila opstipacija (39%), osjećaj nadutosti (23%), zatim recidivirajući bolovi u abdomenu (20%), anemija (20%), recidivirajući proljev (20%) te recidivirajuće povraćanje (16%). Ni u jednog ispitanika nije zabilježen kronični umor, ni recidivirajuće afte. Od pridruženih bolesti, 2% ispitanika boluje od autoimunskog poremećaja štitnjače, a nijedan ispitanik ne boluje od dijabetesa i izoliranog nedostatka imunoglobulin A protutijela. Konačno, ni u jednog ispitanika nije zabilježen pozitivan POCT na celijakiju.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Zaključno, ovim probirnim testom u populaciji pedijatrijskih kroničnih bolesnika s tegobama koje upućuju na celijakiju, nismo pronašli nijednog oboljelog bolesnika, uz napomenu da je riječ o malom broju ispitanika. Visoka prevalencija različitih gastrointestinalnih tegoba vjerojatno je rezultat osnovnih bolesti i različitih komorbiditeta u ispitivanoj populaciji.

Utjecaj programa tjelovježbe umjerenog intenziteta na kvalitetu života ovisnu o zdravlju i kvalitetu sna u djece s kroničnim upalnim bolestima crijeva u remisiji

Ivana Trivić Mažuranić (ivana.trivic.0@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Sara Sila (sara.sila0810@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Sanja Kolaček (sanja.kolacek@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Iva Hojsak (ivahojsak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Djeca s kroničnim upalnim bolestima (engl. *inflammatory bowel disease*, IBD) crijeva imaju značajno nižu kvalitetu života ovisnu o zdravlju (engl. *health related quality of life*, HRQoL) u usporedbi sa zdravim vršnjacima istoga spola. Dobar san nužan je za održavanje zdravlja i kvalitete života te ima ulogu u regulaciji imunskog sustava.

CILJ

Cilj studije bio je istražiti učinak programa tjelovježbe na HRQoL i kvalitetu sna u djece s IBD-om u remisiji.

METODE I ISPITANICI

Ukupno 42 djece s IBD-om u remisiji (u dobi $15,3 \pm 2,08$ godina; 25 dječaka) bili su uključeni u 6-mjesečni program tjelovježbe umjerenog intenziteta kod kuće. Prije početka programa vježbanja i nakon njegova završetka, HRQoL je procijenjen s pomoću IMPACT-III upitnika, dok je kvaliteta sna procijenjena PSQI upitnikom. Pacijenti su nosili triaksijalni akcelerometar pet uzastopnih dana prije i nakon završetka programa radi objektivizacije tjelesne aktivnosti.

REZULTATI

Na temelju inicijalnog i završnog mjerenja, u ispitanika nije zapaženo statistički značajno poboljšanje u HRQoL. Zabilježen je porast IMPACT III rezultata sa $147,56 \pm 2,73$ na $149,59 \pm 2,77$ ($p=0,106$) i poboljšanje kvalitete sna; pri čemu su se PSQI rezultati smanjili s $4,54 \pm 0,37$ na $3,92 \pm 0,44$ ($p=0,055$). Prevalencija poremećaja kvalitete sna ($PSQI > 5$) značajno se smanjila s 30,9% na 23,8% ($p=0,027$). Na početku, rezultat IMPACT III negativno je korelirao s rezultatom PSQI (koef. $-0,571$, $p < 0,001$) i s vremenom koje su sudionici proveli sjedeći (koef. $-0,351$, $p=0,031$). Nakon završetka 24-tjednog programa tjelovježbe, promjene u IMPACT III rezultatu pozitivno su korelirale s vremenom provedenim u tjelesnoj aktivnosti umjerenog do jakog intenziteta (koef. $0,329$, $p=0,047$). Promjene u PSQI rezultatu bile su najizraženije u latenciji spavanja ($-0,54 \pm 0,13$, $p < 0,001$), trajanju sna ($-0,49 \pm 0,14$, $p=0,001$) i poremećaju spavanja ($-0,55 \pm 0,15$, $p < 0,001$).

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Broj djece s narušenom kvalitetom sna značajno se smanjio nakon završetka 6-mjesečnog programa tjelovježbe umjerenog intenziteta. Također, uočili smo pozitivnu korelaciju rezultata IMPACT III i vremena provedenog u tjelesnoj aktivnosti.

Ahalazija tipa 2 – prikaz četvero pacijenata

Anđela Bevanda (andjela.bevanda@gmail.com) (Dom zdravlja Zagrebačke županije), Iva Hojsak (ivahojsak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Marko Mesić (mrkmesic@yahoo.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Ana Močić Pavić (amocicpavic@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Ahalazija je poremećaj motiliteta jednjaka obilježen izostankom relaksacije donjeg ezofagealnog sfinktera (DES). Incidencija ahalazije je 0,18/100 000. Simptomi su disfagija, regurgitacija, retrosternalna bol i gubitak tjelesne mase. Manometrijski ju dijelimo na tip 1 (100%-tni izostanak peristaltike bez panezofagealne presurizacije, PEP), tip 2 (PEP kod najmanje 20% gutljaja) i tip 3 (najmanje 20% preuranjenih gutanja bez značajne peristaltike). Liječi se pneumatskom dilatacijom, miotomijom ili farmakoterapijom. Cilj je prikazati četvero pacijenata s ahalazijom tipa 2 dijagnosticiranih u Klinici za dječje bolesti Zagreb.

PRIKAZ BOLESNIKA

Dvanaestogodišnjoj djevojčici s osjećajem mase u grlu, retrosternalnom boli i povraćanjem unatrag 2 godine, obradom se identificira prestenotična dilatacija jednjaka i povišen relaksacijski tlak uz PEP u $>75\%$ gutljaja. Liječena je ezofagomiotomijom. Pothranjenoj četrnaestogodišnjoj djevojčici s anizokorijom učinjena je obrada zbog retrosternalne boli, regurgitacije i povraćanja unatrag godine dana kojom se identificira distenzija jednjaka i PEP u $>50\%$ gutljaja. Postavljena sumnja na sindrom Allgrove. Liječena dilatacijom, no zbog perzistiranja simptoma planira se miotomija. Jedanaestogodišnjem dječaku s disfagijom unatrag 2 godine, obradom je identificirano suženje na gastroezofagealnom spoju (GES) uz urednu manometriju. Zbog perzistiranja tegoba ponovljena je obrada kojom je identificiran proširen jednjak uz suženje GES-a te PEP u $>75\%$ gutljaja. Liječen je ezofagokardiomiomiom. Četverogodišnjem dječaku koji povraća od 7. mjeseca života, obradom se verificira suženje donje trećine jednjaka. Manometrijski je odsutna normalna peristaltika jednjaka i relaksacija DES-a u $>20\%$ gutljaja. Liječen blokatorom Ca kanala do kardiomiomiomije u dobi 23 mjeseca. Zbog postoperativnih komplikacija nastala je stenoza GES-a, zbog čega su učinjene multiple dilatacije.

ZAKLJUČAK

Ahalazija je rijetko stanje u djece koje se često kasno dijagnosticira. Nakon postavljene kliničke sumnje poremećaja gutanja, dijagnoza se potvrđuje manometrijom jednjaka. Liječenje ovisi o vrsti ahalazije, težini kliničke slike i dobi djeteta.

Akutni pankreatitis – ekstraintestinalna manifestacija upalne bolesti crijeva?

Barbara Perše (barbara.perse@gmail.com) (KBC Sestre milosrdnice), Ivana Pavić (ivana.pavic@kbcsm.hr) (KBC Sestre milosrdnice), Orjena Žaja (orjena.zaja@kbcsm.hr) (KBC Sestre milosrdnice, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Iako su najčešće ekstraintestinalne manifestacije (EIM) kroničnih upalnih bolesti crijeva (KUBC) promjene na koži, očima, zgobovima i hepatobilijarnom sustavu, pacijenti ponekad razvijaju i bolesti gušterače, akutni pankreatitis (AP) ili kronični pankreatitis (KP). Etiološki, AP je uglavnom vezan uz terapiju primarne bolesti ili kolelitijazu, no nerijetko etiologija ostane nerazjašnjena. U literaturi nalazimo opise slučajeva kojima je učinkovito liječenje KUBC-a dovelo do izlječenja AP-a.

PRIKAZ BOLESNIKA

Četrnaestogodišnja djevojčica s prethodno postavljenom dijagnozom Fabryeve bolesti, temeljem pozitivnog obiteljskog probira (heterozigotna patološka varijanta u GLA genu) prati se zbog ulceroznog kolitisa (UC). Inicijalno postavljena dijagnoza ulceroznog proktitisa, tada bez EIM-a, s povoljnim odgovorom na topičku terapiju 5-aminosalicilatima. Četiri mjeseca kasnije, zbog kliničko-laboratorijskog pogoršanja, učinjena je revizija kojom je potvrđen relaps s proširenjem UC-a i povećana je terapija 5-aminosalicilatima. Godinu dana nakon postavljene dijagnoze dolazi do drugog relapsa i razvoja AP-a. Verificiran je aktivni kolitis sigme, distalnog rektuma i cekuma, potvrđeno patohistološki (bez promjena sugestivnih za Fabry). Učinjena je ekstenzivna obrada, MRCP-om je verificiran intersticijski pankreatitis, bez nekroze ili litijaze, uredni bilijarni i pankreatični vodovi bez naznaka sklerozirajućeg kolanigitisa ili promjena koje upućuju na autoimunosti pankreatitis (IgG4 protutijela negativna). Nije zabilježena hipertrigliceridemija, ni hiperkalcemija, isključena je infektivna etiologija. Ukinuta je terapija aminosalicilatima, uveden budesonid inicijalno, uz dobar odgovor, no zbog pogoršanja AP-a započeto je liječenje sistemskim kortikosteroidima. Uz navedenu terapiju bilježimo litički pad biokemijskih parametara i odličan klinički odgovor. Po smirivanju simptoma ponovno je uveden mesalazin, bez pogoršanja, čime je uklonjena sumnja da se radilo o nuspojavi liječenja. Kao terapija održavanja, uz mesalazin uveden je i azatioprin.

ZAKLJUČAK

Mišljenja smo da je AP EIM UC-a s obzirom da smo isključili sekundarne uzroke AP-a, a do poboljšanja dolazi nakon uvođenja osnovne bolesti u remisiju. U literaturi nismo našli nijedan slučaj gdje se Fabryjeva bolest očitovala slikom kolitisa s tipičnim patohistološkim promjenama, niti je opisana u okviru EIM UC-a.

Sindrom Alagille u djevojčice sa značajnom kupriurijom: koliko je značajno?

Alemka Jaklin Kekez (alemkajk@gmail.com) (Poliklinika za dječje bolesti Helena), Oleg Jadrešin (oleg.jadresin@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Iva Palčić (iva.palcic@yahoo.com) (Poliklinika za dječje bolesti Helena), Tatjana Lesar (tatjana.lesar@gmail.com) (Poliklinika za dječje bolesti Helena), Andrea Cvitković Roić (andreack@workmail.com) (Poliklinika za dječje bolesti Helena)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Sindrom Alagille (AS) multisistemska je autosomno dominantna poremećaj uzrokovan defektom Notch signalnog puta (mutacija/delecija JAG1 ili NOTCH2 gena), a uključuje hipoplaziju žučnih vodova, anomalije srca i krvnih žila, skeleta, bubrega i oka (posteriorni embriotokson). Fenotipska ekspresija je različita, a bolest jetre se tipično očituje kao kolestaza s kroničnim pruritusom.

PRIKAZ BOLESNIKA

Prikazujemo slučaj djevojčice u koje je u dobi od 7 godina postavljena klinička sumnja u AS tijekom obrade mikrohematurije (dismorfija, niski rast, hipoplazija lijevog bubrega, periferna pulmonalna stenoza, posteriorni embriotokson, povišene vrijednosti aminotransferaza). Obradom nisu dokazani drugi uzroci jetrene bolesti: kronični virusni hepatitis, manjak alfa-1 antitripsina, autoimunosti hepatitis, Wilsonova bolest (WB), cistična fibroza. MLPA analiza JAG1 gena bila je negativna. Uz primjenu ursodeoksikolne kiseline dolazi do gotovo potpune normalizacije aminotransferaza. U dobi od 15 godina, zbog pogoršanja pruritusa i laboratorijskih nalaza

(bilirubin 17 umol/l, AST 77 U/L, ALT 59 U/L, GGT 62 U/L, žučne kiseline 40 umol/l), ponovljena je obrada polazala značajnu kupriuriju (1,6 umol/dU). Uz terapiju kolestiraminom dolazi do smirivanja pruritusa i djelomičnog laboratorijskog poboljšanja (AST 41 U/L, ALT 39 U/L, GGT 61 U/L, žučne kiseline 9,2 umol/L). Kako kupriurija (1,1 umol/dU) perzistira, indicirana je biopsija jetre, koja je pokazala hipoplaziju žučnih vodova uz pokojnu konfluirajuću nekrozu i povišen sadržaj bakra u suhome tkivu jetre (203 ug/g). Sekvenciranjem kliničkog egzoma dokazana je heterozigotna besmislena varijanta u genu JAG1 (NM_000214.2) koja potvrđuje AS, te heterozigotna pogrešna varijanta u genu ATP7B za WB (NM_000053.3).

ZAKLJUČAK

Zaključno, heterozigoti za WB mogu imati povećano izlučivanje bakra urinom, ali kupriurija najčešće ne prelazi gornju granicu urednih vrijednosti. No, istodobni AS u djevojčice s heterozigotnom pogrešnom varijantom u genu ATP7B, vjerojatno je objašnjenje ovakve neproporcionalne kupriurije.

Anoreksija nervoza u doba pandemije COVID 19 – stvarnost u Kliničkom bolničkom centru Rijeka

Karmela Antolović (karmela.antolovic@gmail.com) (Opća bolnica Zadar), Ilarja Serini (ilarjas@gmail.com) (Dom zdravlja Primorsko-goranske županije), Kristina Baraba Dekanić (kristinabd@medri.uniri.hr) (Klinički bolnički centar Rijeka), Tanja Kosec (tanja.kosec@uniri.hr) (Klinički bolnički centar Rijeka), Goran Palčevski (goran.palcevski@medri.uniri.hr) (Klinički bolnički centar Rijeka)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Pandemija virusa Sars-CoV-2 bila je velik izazov za zdravstveni sustav i mentalno zdravlje djece i adolescenata. Porasla je potreba za psihološkom potporom, uz porast poremećaja prehrane u djece i adolescenata. Anoreksija nervoza (AN) je poremećaj hranjenja koji uključuje promijenjenu percepciju vlastitog izgleda, narušen odnos prema hranjenju, restrikciju hranjenja i kompenzacijska ponašanja, što rezultira značajnim gubitkom tjelesne mase. Posljedica je toga pojava brojnih za život opasnih komplikacija, uključujući bradikardiju. Za stupnjevanje težine anoreksije, uz bradikardiju se upotrebljavaju i DSM-5 kriteriji prema kojima se anoreksija svrstava u 4 kategorije ovisno o indeksu tjelesne mase (ITM): umjerena, umjereno teška, teška i ekstremna AN.

CILJ

Utvrđiti incidenciju i težinu kliničke prezentacije novootkrivenih AN-a u pandemijskom razdoblju (2020. – 2022.) u odnosu na godine prije pandemije (2017. – 2019.).

METODE I ISPITANICI

Provedena je retrospektivna kohortna studija od 2017. do 2022. godine koja je obuhvaćala novodijagnosticirane AN-e u Klinici za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Pratilo se postoji li razlika u ITM-u i pulsu pri dijagnozi AN-a prije i za vrijeme pandemije. Podatci su obrađeni uz uporabu Shapiro-Wilk W i chi-squared testova.

REZULTATI

U razdoblju istraživanja ukupno je 60 novooboljelih, od čega 42 u pandemijskim godinama, što predstavlja značajan porast. Prema dobnoj i spolnoj strukturi novooboljelih, nema značajnih razlika između pandemijskog i prijepandemijskog razdoblja. Promatrajući vrijednost ITM-a u skupini teške anoreksije, zamjećuje se četverostruki porast, dok se u skupini umjerene i umjereno teške bilježi dvostruki odnosno trostruki porast. U skupini ekstremno teške AN-e nije zamijećen značajan porast oboljelih. Također, nije zamijećena značajna razlika u vrijednostima pulsa prije i za vrijeme pandemije.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Rezultati ovog istraživanja upućuju na porast novodijagnosticiranih AN-a u pandemijskim godinama, s najvećim porastom u skupini teških anoreksija. Stoga je nužno dodatno povećati svjesnost svih uključenih u liječenje i dijagnostiku AN-a, osobito u pandemijsko doba. Potrebno je provesti istraživanje na većem uzorku kako bi se potvrdili dobiveni rezultati.

Biagijev upitnik – alat za procjenu pridržavanja bezglutenske prehrane u djece s celijakijom

Mario Mašić (mmas2@gmail.com) (Referentni centar za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Iva Hojsak (ivahojsak@gmail.com) (Referentni centar za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb; Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmajera u Osijeku; Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Mia Šalamon Janečić (miasalamon@hotmail.com) (Referentni centar za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Tena Niseteo (tniseteo@gmail.com) (Referentni centar za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb; Prehrambeno-biotehnološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Sara Sila (sara.sila0810@gmail.com) (Referentni centar za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Zrinjka Mišak (zrinjka.miask@gmail.com) (Referentni centar za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb; Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Liječenje celijakije podrazumijeva strogu, doživotnu bezglutensku prehranu, a postotak bolesnika koji se pridržava preporučenog liječenja u pedijatrijskoj populaciji oboljelih iznosi od 40 do 90%.

CILJ

Cilj istraživanja bio je procijeniti pridržavanje stroge bezglutenske prehrane u bolesnika koristeći se Biagijevim upitnikom, uz određivanje serumske razine protutijela protiv tkivne transglutaminaze (anti-tTG).

METODE I ISPITANICI

Proveli smo prospektivno istraživanje u trajanju od dvanaest mjeseci (studeni 2021. – studeni 2022.). U istraživanje su uključeni bolesnici koji boluju od celijakije i pridržavaju se bezglutenske prehrane duže od dvije godine. Tijekom redovnog kontrolnog pregleda primijenjen je Biagijev upitnik te su određene vrijednosti anti-tTG-a iz seruma bolesnika. Ispitanici s Biagijevim rezultatom 0-I ne pridržavaju se stroge bezglutenske prehrane, s rezultatom II se pridržavaju, ali s pogreškama koje zahtijevaju korekciju, a ispitanici s rezultatima III-IV strogo se pridržavaju preporučene bezglutenske prehrane.

REZULTATI

U istraživanje je uključen 81 bolesnik (66% ženskog spola), srednje dobi 11,6 godina (3,25 – 19,3 godina) i medijanom trajanja bezglutenske prehrane 4 godine (2 – 16,8 godina). Prema Biagijevu upitniku, 84% naših bolesnika pridržava se stroge bezglutenske prehrane (Biagi III-IV). U bolesnika koji se ne pridržavaju stroge prehrane (Biagi 0-II), 77% ima razine anti-tTG protutijela u urednom referentnom rasponu. Nema značajne razlike između pridržavanja bezglutenske prehrane i spola ($p > 0,05$), pridržavanja i trajanja bezglutenske prehrane ($p > 0,05$), ni pridržavanja i kliničke slike prilikom postavljanja dijagnoze (asimptomatski probir vs simptomatski bolesnici ($p > 0,05$)). Međutim, značajno veći broj bolesnika kojima je dijagnoza postavljena u mlađoj dobi (<6 godina) strogo se pridržava bezglutenske prehrane ($p=0,03$).

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Zaključno, većina naših bolesnika pridržava se stroge bezglutenske prehrane (84%). Tri četvrtine bolesnika koji se ne pridržavaju preporučenog liječenja, ne bismo uspješno prepoznali samo određivanjem razine anti-tTG protutijela. Potrebno je dodatno educirati bolesnike dijagnosticirane u školskoj dobi te razviti strategiju uključivanja osjetljivijih bioloških markera za određivanje izloženosti glutenu u praćenju bolesnika s celijakijom.

Cista koledokusa ili cistična bilijarna atrezija?

Branka Runtić Jurić (branka.runtic@gmail.com) (KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju), **Matea Kovačić Perica** (matea.kovacic77@gmail.com) (KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju) **Nedo Marčinković** (nedo.marcinkovic@gmail.com) (KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju, Zavod za gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu), **Mirna Natalija Aničić** (mirnaanic@gmail.com) (KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju, Zavod za gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), **Stanko Čavar** (stanko.cavar@kbc-zagreb.hr) (KBC Zagreb, Klinika za kirurgiju, Zavod za dječju kirurgiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), **Jurica Vuković** (jurica.vukovic@kbc-zagreb.hr) (KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju, Zavod za gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Bilijarna atrezija (BA) progresivna je upalna obliteracijska bolest žučnih vodova, a cistična bilijarna atrezija njezina relativno rijetka (5 – 10% BA), klinički značajna varijanta definirana kao cistična promjena u inače obliteriranom bilijarnom traktu. Prisutnost ciste unutar jetrenog hilusa uz kolestazu, jednako nalazimo i u novorođenčadi s cistom koledokusa. Riječ je o rijetkoj kongenitalnoj anomaliji žučnih vodova obilježenoj cističnim proširenjem unutar prohodnih žučnih vodova i uočavamo je u novorođenačkoj dobi najčešće kao slučajan nalaz. Prikazujemo novorođenče s kolestazom i ultrazvučno vidljivom cistom u području hilusa jetre.

PRIKAZ BOLESNIKA

Muško novorođenče, rođeno u terminu iz druge, uredne trudnoće, RM 3900g, RD 53cm. U drugom tjednu života postaje ikterično i pospano, uz laboratorijske pokazatelje kolestaze (ukupni bilirubin 366,5 umol/L, konjugirani 101,9 umol/L, GGT 895 U/L), normalnu boju i konzistenciju stolica. Ultrazvučno je uočena cistična tvorba, promjera oko 11 mm, uz portu hepatis koja je mogla odgovarati cisti koledokusa. MR kolangiopankreatografijom, u poziciji ekstrahepatalnih žučnih vodova, vizualizirana je cista koja je imponirala kao cista koledokusa tipa IVa. Tek je intraoperativnom eksploracijom bilijarnih struktura i direktnom kolangiografijom konačno utvrđeno da je riječ o cističnoj bilijarnoj atreziji. Učinjena je portoenterostomija po Kasaiju, a postoperativni je tijek protekao bez komplikacija uz normalizaciju laboratorijskih nalaza.

ZAKLJUČAK

Obliteracija žučnih vodova u bilijarnoj atreziji dinamičan je proces koji u klasičnoj formi bolesti ne mora odmah rezultirati potpuno akoličnim stolicama. Naš bolesnik potvrđuje i limitacije MR kolangiopankreatografije u ovom uzrastu. Teško razlučiva preklapanja kliničke slike i slikovnih nalaza gotovo da su značajka svih formi bilijarne atrezije, osim fetalnog tipa, što potvrđuje i slučaj našeg bolesnika. Pogotovo je važno razlučiti cističnu bilijarnu atreziju od ciste koledokusa budući da se daljnji tijek bolesti i vremenik kirurškog liječenja itekako mogu razlikovati. Bilijarna atrezija, u svim svojim fenotipskim inačicama, ostaje dijagnoza ekskluzije. Neprepoznata cistična forma bilijarne atrezije i odgoda kirurškog zahvata mogu rezultirati ranim zatajenjem jetre i propuštenom prilikom za blagotvornu intervenciju.

Cistična fibroza i celijakija u dviju djevojčica

Anđela Bevanda (andjela.bevanda@gmail.com) (Dom zdravlja Zagrebačke županije), **Oleg Jadrešin** (oleg.jadresin@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), **Maja Bosanac** (majabosanac.bj@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), **Zrinjka Mišak** (zrinjka.misak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Cistična fibroza (CF) autosomno je recesivni poremećaj uzrokovan mutacijom gena koji kodira CFTR-protein i javlja se u 1 : 2500 – 3500 živorođene djece. Celijakija je imunosno posredovana bolest koju uzrokuje gluten u genski predisponiranih osoba, s 1%-tnom učestalošću u općoj populaciji. Učestalost celijakije nešto je viša u djece s cističnom fibrozom (1,2 – 1,4%) i povezuje se s promjenama crijevne permeabilnosti i disbiozom. Cilj je ovoga rada prikazati dvije djevojčice s cističnom fibrozom i celijakijom, praćene u Klinici za dječje bolesti Zagreb.

PRIKAZ BOLESNIKA

1.) U sedmogodišnje djevojčice u dobi 11 mjeseci postavljena je dijagnoza CF-a (klinička slika malapsorpcije i učestalih respiracijskih infekcija, kloridi u znoju >60 mmol/L, fekalna pankreatična elastaza <15 mcg/g, složeni

heterozigot F508del/G542X). U dobi od 5 godina, zbog perzistiranja abdominalne distenzije unatoč nadomjesnoj enzimskoj terapiji, proširena je obrada i postavljena dijagnoza celijakije (tTg IgA >128 U/ml, pozitivna EMA, HLA DQ8). Uvedena je bezglutenska dijeta, nakon čega dolazi do regresije distenzije i negativizacije protutijela. 2.) U šestogodišnje djevojčice postavljena je u dobi od 5 mjeseci dijagnoza CF-a (klinička slika malapsorpcije i kronične respiracijske bolesti, kloridi u znoju >60 mmol/L, fekalna pankreatična elastaza <15 mcg/g, F508del homozigot). Uz nadomjesnu enzimsku terapiju djevojčica ne napreduje adekvatno i u dobi od 15 mjeseci postavljena je dijagnoza celijakije (tTG IgA >128 U/ml). Nakon uvođenja bezglutenske prehrane dijete počinje bolje napredovati i kontrolne su razine protutijela uredne.

ZAKLJUČAK

Cistična fibroza i celijakija mogu biti prisutne u istoga djeteta. S obzirom na vrlo sličnu kliničku sliku, važno je tijekom praćenja djece s cističnom fibrozom pomisliti na celijakiju i učiniti serološki probir ako simptomi malapsorpcije perzistiraju unatoč odgovarajućoj dozi enzima pankreasa (vjerojatno i redovito periodički).

Diskoloracija kože nakon intravenske ekstravazacije željeza: prikaz slučaja

Ana Močić Pavić (amocicpavic@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Nives Pustišek (pustisek.nives@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Suzana Ožanić Bulić (suzanaozanicbulic@kdb.hr) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Sideropeničnu anemiju često susrećemo u djece s kroničnim upalnim bolestima crijeva, koja se, prema važećim smjernicama, korigira primjenom intravenskog željeza.

PRIKAZ BOLESNIKA

Prikazujemo 13-godišnjeg dječaka s novodijagnosticiranom Crohnovom bolesti koji je primio 12 mg/kg intravenske željezove karboksimaltoze zbog sideropenične anemije u sklopu svoje osnovne bolesti. Dva tjedna kasnije pacijent je primijetio promjenu boje kože na svojoj ruci, veličine oko 20x6 cm. Obradom je isključen upalni i trombotski proces te je pacijent upućen dermatologu na daljnju skrb, što je dovelo do zaključka da je diskoloracija kože posljedica obojenja željezom nakon intravenske ekstravazacije. Diskoloracija je tretirana kelatorima željeza – laktoferinom. Promjena je lagano izbledjela nakon 6 mjeseci, ali ostala je prisutna i godinu dana nakon događaja.

ZAKLJUČAK

Diskoloracija je kože nakon intravenske infuzije željeza rijetka (prema kliničkim studijama nastaje u 0,68 – 1,34%), ali je važna nuspojava jer promjene mogu ostati i trajno prisutne, što može imati nepovoljan psihološki i kozmetički učinak za pacijenta. Ističemo ovu komplikaciju i važnost obrazovanja osoblja, uz kvalificirano postavljanje odgovarajućih kanila kako bi se spriječila i brzo prepoznala ekstravazacija intravenskog željeza.

Duplikatura duodenuma kao uzrok recidivirajućih pankreatitisa u dvogodišnjeg dječaka – prikaz slučaja

Jerko Vučak (vucakj@gmail.com) (Spec.ped.ord. Jerko Vučak), Lana Omerza (lanamadercic@yahoo.com) (KBC Zagreb), Irena Senečić-Čala (isene-cic@yahoo.com) (KBC Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Jurica Vuković (juricav1961@yahoo.com) (KBC Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Maja Hrabak Paar (majahrabak@gmail.com) (KBC Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Tomislav Luetić (tomislav.luetic@mef.hr) (KBC Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Duška Tješić-Drinković (duska.td@gmail.com) (KBC Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Duplikature gastrointestinalnog sustava rijetke su prirodene malformacije. Duplikature duodenuma najčešće su cistične komunicirajuće. Klinički se mogu očitovati kao visoka crijevna opstrukcija ili krvarenje praćeno žuticom ili pankreatitisom. Liječenje je kirurško, po mogućnosti totalna ekscizija.

PRIKAZ BOLESNIKA

Dječak, dotad neupadljive anamneze, prvi put je hospitaliziran u dobi od 17 mjeseci zbog bronhitisa. Tada su u nalazima uočene povišene vrijednosti aminotransferaza koje su spontano normalizirane nakon mjesec dana. Napadaji bolova u trbuhu ponavljali su se, praćeni mučninom i povraćanjem. Četiri mjeseca kasnije verificirana je prva epizoda akutnog pankreatitisa. U klinici je učinjena magnetska rezonancija kolangiopankreatografija (MRCP), pri čemu je nađena cistična formacija vel. 2 x 1,4 x 2,3 cm u visini srednje trećine koledokusa te je postavljena sumnja na cistu koledokusa tipa II. Nakon još jedne epizode pankreatitisa, u klinici je učinjena laparoskopjska operacija, cista nije vizualizirana, već su uklonjena 2 konglomerata limfnih čvorova. Nakon operacije se epizode pankreatitisa nastavljaju, ponovljen je ultrazvuk i MRCP te je učinjena i kompjutorizirana tomografija (MSCT) gornjeg abdomena s kontrastom: sve pretrage upućuju na cistu koledokusa. Dogovoren je kirurški zahvat u istoj ustanovi. Tada je dječak upućen na dodatnu obradu u drugoj ustanovi. Tamo su iznova očitani nalazi MRCP-a i MSCT-a: uz medijalnu stijenku silaznog segmenta duodenoma izdvaja se cistična tvorba bez jasne komunikacije s bilijarnim stablom, sadrži nešto deblju stijenku, može odgovarati duplikaturi duodenoma, manje vjerojatno koledohoceli ili cističnoj tvorbi druge etiologije. Dogovoren je kirurški zahvat u istoj ustanovi: eksplorativna laparotomija, primarna biligrafija te duodenotomija. Kolangiopankreatografijom je kroz papilu locirana duplikatura. Učinjena je fenestracija s parcijalnom ekscizijom duplikature i mukozektomijom. Nakon zahvata dječak je dobro, više nije imao epizoda pankreatitisa, dobro raste i napreduje.

ZAKLJUČAK

Interimtentno punjenje duplikature duodenoma koje je pritiskalo okolne strukture, uzrokovalo je u prikazanog pacijenta ponavljajuće pankreatitise. Presudan je multidisciplinarni pristup, pažljiva reevaluacije anamneze i laboratorijskih te radioloških nalaza kako se ne bi previdio ovaj rijedak, ali moguć uzrok pankreatitisa.

Ekspresija aktivina A kao prediktor ishoda liječenja bolesnika s bilijarnom atrezijom

Petra Džepina (dzepina.petra@gmail.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Marijana Ćorić (predstojnik.zpa@kbc-zagreb.hr) (Klinički zavod za patologiju i citologiju, KBC Zagreb; Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu), Matea Kovačić Perica (matea.kovacic77@gmail.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Mirna Natalija Aničić (mirnaanicc@gmail.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb; Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu) Ruža Grizelj (rgrizelj@yahoo.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb; Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu), Jurica Vuković (juricav1961@yahoo.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb; Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu)

UVOD

Bilijarna atrezija (BA) rijetka je jetrena bolest nerazjašnjene etiologije kod koje u većine bolesnika, unatoč pravovremenoj hepatoportoenterostomiji po Kasaiju (HPE), ista progredira do ciroze jetre. To je čini najčešćom indikacijom za transplantaciju jetre u djece. Rezultati dosadašnjih istraživanja o korelaciji patohistoloških promjena jetre kod postavljanja dijagnoze i ishoda liječenja su proturječni. Aktivin A je član obitelji transformirajućih faktora rasta (TGF- β) koji inhibira rast hepatocita, suprimira regeneraciju jetre i inducira apoptozu hepatocita. Pojačano se stvara u fibrozno promijenjenoj jetri, ali dosad nije istraživana njegova ekspresija u jetri oboljelih od BA.

CILJ

Procijeniti prediktivnu vrijednost ekspresije aktivina A u tkivu jetre za rezoluciju žutice tri mjeseca nakon HPE i za preživljenje s vlastitom jetrom dvije godine nakon HPE.

METODE I ISPITANICI

U retrospektivnu studiju su uključeni bolesnici podvrgnuti HPE u KBC-u Zagreb od 1986. do 2018. Na uzorcima tkiva jetre dobivenima klinastom biopsijom tijekom HPE učinjeno je imunohistokemijsko bojenje protutijelom na aktivin A. Bolesnici su podijeljeni u tri skupine prema razini ekspresije aktivina A u kolangiocitima i hepatocitima (slabo pozitivna (+), umjereno pozitivna (2+) i jako pozitivna (3+) reakcija).

REZULTATI

U studiju je uključeno 37 bolesnika. Rezolucija žutice tri mjeseca nakon HPE postignuta je u 92,3% pacijenata sa slabo pozitivnom reakcijom na aktivin A te kod 44,4% bolesnika s umjereno i 40% bolesnika s jako pozitiv-

nom reakcijom ($p=0,008$). Dvije godine nakon HPE, anikterično je bilo 92,3% bolesnika sa slabo pozitivnom reakcijom na aktivin A, nasuprot 33,3% bolesnika s umjereno i 46,7% bolesnika s jako pozitivnom reakcijom ($p=0,007$). Na kraju praćenja, preživljenje s vlastitom jetrom je 84,6% u skupini sa slabo pozitivnom reakcijom na aktivin A, 44,4% u skupini s umjereno i 46,7% u skupini s jako pozitivnom reakcijom na aktivin A ($p=0,033$).

RASPRAVA/ZAKLJUČAK

Ekspresija aktivina A u jetri je dobar patohistološki prediktor ishoda liječenja BA nakon HPE.

Enteropatija s gubitkom proteina i teška sideropenična anemija zbog prekomjerne konzumacije kravljeg mlijeka u dojenčeta

Tena Matek (tena.matek@hotmail.com) (Medicinski Fakultet, Sveučilište u Zagrebu), Ana Klanac (aklanac23@gmail.com) (Opća Bolnica Zadar), Nedo Marčinković (nedo.marcinkovic@gmail.com) (Klinički Bolnički Centar Zagreb), Matea Kovačić Perica (matea.kovacic77@gmail.com) (Klinički Bolnički Centar Zagreb), Lana Omerza (lanamadercic@yahoo.com) (Klinički Bolnički Centar Zagreb), Duška Tješić-Drinković (duska.td@gmail.com) (Klinički Bolnički Centar Zagreb, Medicinski Fakultet, Sveučilište u Zagrebu), Jurica Vuković (juricav1961@yahoo.com) (Klinički Bolnički Centar Zagreb, Medicinski Fakultet, Sveučilište u Zagrebu), Mirna Natalija Aničić (mirnaanicic@gmail.com) (Klinički Bolnički Centar Zagreb, Medicinski Fakultet, Sveučilište u Zagrebu), Irena Senečić-Čala (isenecec@yahoo.com) (Klinički Bolnički Centar Zagreb, Medicinski Fakultet, Sveučilište u Zagrebu)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Enteropatija s gubitkom proteina nastaje kao komplikacija heterogene skupine poremećaja, a jedan od rijetkih uzroka jest sideropenična anemija zbog prekomjerne konzumacije kravljeg mlijeka. Iako mehanizam nastanka enteropatije nije sasvim razjašnjen, smatra se da manjak željeza štetno utječe na tkivni metabolizam te uzrokuje poremećaj funkcije cijevne barijere, što pak uzrokuje prekomjeran gubitak proteina crijevom.

PRIKAZ BOLESNIKA

Prikazujemo slučaj desetomjesečnog muškog dojenčeta koji se prezentirao bljedilom, periorbitalnim edemima, edemima dorzuma šaka i stopala te učestalim proljevastim stolicama i adinamijom. Isključivo je dojen do šestog mjeseca života, a dohrana i adaptirani mliječni pripravak započeti su tijekom narednih mjesec dana, što dječak nije prihvatio. U 7. mjesecu života uvedeno je kravlje mlijeko uz dohranu, a od 9. mjeseca života počeo je odbijati svu hranu te je konzumirao isključivo 1 – 1,5 L kravljeg mlijeka dnevno. Bio je primjereno uhranjen za dob uz uredan psihomotorni razvoj (TT 10,7kg, 90.c., TD 80 cm, 99.c). U laboratorijskim nalazima izdvaja se teška sideropenična anemija (Hb 65 g/L, Htc 0,23 L/L, MCV 54 fL, Fe <2 umol/L, feritin 4 mcg/L), hipoproteinemija (39 g/L) i hipoalbuminemija (26 g/L) uz urednu sintetsku funkcije jetre te hipogamaglobulinemija (IgG 1,32 g/L, gama globulini 1,6g/L). Nije evidentirana proteinurija, a nalazom alfa-1-antitripsina u stolici (>1125 ug/g) potvrđena je enteropatija s gubitkom proteina. Opsežnom laboratorijskom obradom isključeni su brojni uzroci enteropatije s gubitkom proteina, a ezofagogastroduodenoskopija je bila bez osobitosti. U jednom navratu primio je 20%-tne albumine i koncentrat eritrocita. U terapiju je uvedeno peroralno željezo, a u prehranu je umjesto kravljeg mlijeka uveden ekstenzivni hidrolizat uz nastavak dohrane. Nakon 2 tjedna dolazi do potpunog kliničkog oporavka te poboljšanja laboratorijskih nalaza.

ZAKLJUČAK

Iako je opisano stanje rijetkost, moramo ga imati na umu te u anamnezi detaljno ispitati prehrambene navike s obzirom na to da je nedostatak željeza najčešći nutritivni deficit djece globalno, a kravlje mlijeko nerijetko je komponenta prehrane starije dojenčadi.

Hereditarni pankreatitis (SPINK1 IVSR+2T>1) sa slikom akutnog recidivirajućeg pankreatitisa u 10-godišnjeg dječaka

Svjetlana Knez Kovačić (svjetlana.kovacic@gmail.com) (OB Karlovac), Irena Senečić-Čala (isenecec@yahoo.com) (KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju, Zavod za gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu), Jesenia Podrebarac (jesenia_ka@yahoo.com) (OB Karlovac)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Nasljedni pankreatitisi (HP) značajan su uzrok akutnih, akutnih ponavljajućih (ARP) i kroničnih pankreatitisa (KP). Pravu je prevalenciju teško utvrditi jer se genetska testiranja rade rijetko izvan specijaliziranih centara. Dosad je detektirano više gena koji su povezani s HP-om (PRSS1, CTRC, SPINK 1, CFTR, AAT, CPA1, CASR, CLAUDIN 2) i koje su grupirane i klasificirane kao uzrokujuće ili su modifikatori bolesti.

PRIKAZ BOLESNIKA

Prikazujemo 10-godišnjeg dječaka koji je u dobi od 4 godine imao prvi napadaj upale gušterače i do danas s ukupno 8 recidiva bolesti i tipičnom kliničkom slikom bolova u trbuhu i povraćanja, bez jasnog etiološkog čimbenika. U laboratorijskim nalazima vrijednosti serumskih amilaza do 2179, u urinu do 24 000, lipaza do 3854, u prvoj ataci tek neznatno niže vrijednosti elastaza, uveden je Kreon tijekom 6 mjeseci, kontrolne elastaze bile su uredne. UZV i MRCP su dosad bili uredni. Tijek bolesti bio je blag, samoograničavajući tijekom 3 – 5 dana. Dječak je bez restrikcije prehrane. TT prati 75 pc i TV 90 pc. Otac dječaka je u dobi 25 godina imao upalu gušterače. Učinjenom obradom nađena je SPINK 1 IVSR+2T >C mutacija kod dječaka i oca, koja se smatra modifikatorom bolesti i zahtijeva druge genske i okolišne faktore za razvoj bolesti.

ZAKLJUČAK

Detekcija gena otvara novo poglavlje u dijagnostici i razumijevanju molekularnih mehanizama upala gušterače u oboljelih u kojih smo isključili druge etiološke čimbenike. Pacijenti s dijagnozom HP-a, zbog moguće brze progresije u kroničnu bolest, većeg rizika za razvoj DM-a, egzokrine insuficijencije i adenokarcinoma gušterače, zahtijevaju multidisciplinarni pristup, kontrolu i izbjegavanje okidača bolesti, nadzor povezanih stanja, pravodobno liječenje pankreatične insuficijencije te endoskopske i kirurške intervencije u slučaju pojave komplikacije.

Ishodi kirurškog produljenja crijeva u djece sa sindromom kratkoga crijeva – iskustvo tercijarnog centra

Mia Šalomon Janečić (miasalomon@hotmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za pedijatriju), Tena Niseteo (tniseteo@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za pedijatriju), Sara Sila (sara.sila0810@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za pedijatriju), Marko Mesić (mrkmesic@yahoo.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za dječju kirurgiju), Stjepan Višnjić (stjepanvisnjic@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb; Klinika za dječju kirurgiju), Hrvoje Prlić (hrvoje.prlc1@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Francisca Tolete Velček (ftvelcek@gmail.com) (University Hospital in Brooklyn, Suny Downstate Medical Center Pediatric Surgery, Brooklyn, SAD), Sanja Kolaček (sanja.kolacek@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za pedijatriju), Iva Hojsak (ivahojsak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za pedijatriju)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Djeca sa sindromom kratkoga crijeva (SKC) zahtijevaju multidisciplinarno liječenje, a cilj je postići normalan rast i razvoj djeteta. Iako je parenteralna prehrana (PP) značajno smanjila mortalitet u djece sa SKC-om, dugotrajna PP ima brojne moguće komplikacije i utječe na kvalitetu života. Ako optimalno liječenje ne dovodi do poboljšanja tolerancije enteralnog unosa, indicirano je kirurško produljenje crijeva. Ovi zahvati povećavaju površinu crijevne sluznice i smanjuju promjer crijeva, što dovodi do smanjenja staze i bakterijskog prerastanja.

CILJ

Procijeniti i usporediti kliničke i nutricionističke ishode prije i nakon produljenja crijeva.

METODE I ISPITANICI

Retrospektivno smo obradili podatke bolesnika sa SKC-om koji se liječe u našoj Klinici, a koji su podvrgnuti elongaciji crijeva u posljednjih 6 godina. Uspoređeni su antropometrijski podatci i kalorijski unos (parenteralni, enteralni i oralni) 2 mjeseca i neposredno prije zahvata te 6 mjeseci nakon zahvata i na posljednjoj kontroli.

REZULTATI

Kirurško produljenje crijeva učinjeno je u 8 bolesnika, u jednog je bolesnika učinjeno longitudinalno produljivanje i krojenje crijeva, dok je u preostalih sedam učinjeno 8 serijskih poprečnih enteroplastika (engl. STEP). Nakon zahvata došlo je do normalizacije jetrenih nalaza u svih bolesnika s jetrenom bolesti povezanom sa zatajenjem crijeva. Šest mjeseci nakon zahvata značajno je smanjena potreba za PP-om (46% ukupne kalorijske potrebe prije naspram 40% 6 mjeseci nakon zahvata, $p=0.025$). Posljednja kontrola bila je prosječno 31 mjesec nakon zahvata i tada je evidentirano još značajnije smanjenje potrebe za PP-om (46% ukupnog kalorijskog unosa prije zahvata naspram 30% na posljednjoj kontroli, $p=0.017$) kao i smanjenje volumena PP-a u ml/kg (85,6 ml/kg naspram 33,6 ml/kg, $p=0.028$). U dva bolesnika (25%) uspješno je nakon zahvata ukinuta PP.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Kirurško produljenje crijeva dovelo je do smanjene potrebe za PP-om, međutim značajne su promjene evidentirane tek 6 mjeseci nakon zahvata. Zahvati nisu doveli do znatnog zamaha somatskog napretka, ali naši bolesnici su već prije zahvata bili uredno somatski razvijeni.

Karakteristike enteralnog unosa u djece s kroničnim bolestima u Specijalnoj bolnici za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra

Marta Grgat (marta.grgat@gmail.com) (Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra), Mario Mašić (mmasic2@gmail.com) (Referentni Centar za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Nina Patačko (npatacko@bolnica-bistra.hr) (Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra), Sara Sila (sara.sila0810@gmail.com) (Referentni Centar za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Viktorija Antolović (vantolovic@bolnica-bistra.hr) (Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Referentni Centar za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb i Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Osiguranje adekvatnog enteralnog unosa u bolesnika s kroničnim bolestima otežano je brojnim poteškoćama prilikom hranjenja, osobito u djece sa psihomotornim zaostajanjem.

CILJ

Cilj istraživanja bio je utvrditi značajke enteralnog unosa u djece s kroničnim bolestima na dugoročnoj hospitalizaciji u Specijalnoj bolnici Gornja Bistra (SBGB).

METODE I ISPITANICI

U istraživanje su uključeni pedijatrijski bolesnici hospitalizirani u SBGB-u. Uz osnovne podatke (dob, spol, trajanje hospitalizacije), za svakog je ispitanika određen način enteralnog unosa (*per os*, *per os*/NGS, NGS, PEG) te primjena enteralnih pripravaka. Provedena su antropometrijska mjerenja, uključujući tjelesnu masu (TM), tjelesnu visinu / duljinu (TV/TD), indeks tjelesne mase (ITM), opseg nadlaktice i nabor tricepsa, te su izračunate pripadajuće Z-vrijednosti. Dobiveni podatci analizirani su s pomoću alata statističke podrške.

REZULTATI

U istraživanje je uključen ukupno 51 bolesnik (45% ženskog spola), srednje dobi 7,67 godina (0,42 – 16,92) i srednjeg trajanja hospitalizacije 3,92 godine (0,08 – 16,17). Najčešći način enteralnog unosa bio je putem nazogastrične sonde (NGS; 35%), zatim peroralno (PO; 29%), putem perkutane endoskopske gastrostome (PEG-a; 24%) te kombinacijom PO/NGS (12%). Enteralne pripravke uzima ukupno 57% djece. Nabor tricepsa, opseg nadlaktice i TM u bolesnika koji ne uzimaju enteralni pripravak bili su značajno veći ($p < 0,05$ za sve varijable). Nije pronađena značajna razlika u ITM-u, naboru tricepsa i opsegu nadlaktice među bolesnicima koji se hrane peroralno i onima koji se hrane putem NGS-a ili putem PEG-a ($p > 0,05$), a značajno manje djece koja se hrane peroralno, uzima enteralni pripravak ($p = 0,005$).

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Zaključno, više od dvije trećine naših bolesnika, za osiguranje adekvatnog dnevnog kalorijskog unosa, zahtijeva pomagala za enteralno hranjenje (50% NG sondu), dok je u tek četvrtine postavljena gastrostoma. Unatoč primjeni enteralnih pripravaka, većina bolesnika je i dalje značajno pothranjena te je potrebna revizija ukupnog kalorijskog unosa, kao i osiguranje gastrostome u bolesnika koji zahtijevaju dugotrajno enteralno hranjenje.

Kliničke i laboratorijske značajke bolesnika s celijakijom prilikom postavljanja dijagnoze

Vlatka Konjik (konjik.vlatka@kbco.hr) (KBC Osijek), Krešimir Šantić (santic.kresimir@kbco.hr) (KBC Osijek), Katarina Raković-Amidžić (rakovic-amidzic@kbco.hr) (KBC Osijek), Monika Požgain (monika.pozgain@kbco.hr) (KBC Osijek), Petra Raguz (raguz.petra1@gmail.com) (KBC Osijek)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Celijakija je kronična multisistemska autoimunosna bolest uzrokovana konzumacijom glutena. Javlja se u genetski predisponiranih osoba. Mogu se pojaviti probavne tegobe i gubitak težine, simptomi od strane drugih organskih sustava, ali simptomi mogu i potpuno izostati. Posljednjih godina svjedočimo sve češćem otkrivanju celijakije u pacijenata s manje tipičnim simptomima i u odmakloj dobi.

CILJ

Ispitati demografske, kliničke, biokemijske i imunogenetske karakteristike pacijenata s celijakijom u Klinici za pedijatriju KBC-a Osijek, utvrditi kliničke i laboratorijske značajke prilikom postavljanja dijagnoze.

METODE I ISPITANICI

Presječna studija uključuje 49 pacijenata s dokazanom celijakijom, u petogodišnjem razdoblju (2016. – 2021. godina). Podatci su uzeti iz povijesti bolesti te uključuju obilježja: spol, dob, tjelesna masa i visina (BMI), dob postavljanja dijagnoze, simptome, komorbiditete, alergije, obiteljski hereditet. Dijagnostička obrada uključuje nalaze krvne slike i biokemijske parametre, serologiju na celijakiju, PHD bioptata tankog crijeva i Marshovu klasifikaciju.

REZULTATI

55,1% ispitanika imalo je probavne simptome, od kojih je najčešća abdominalna bol. Asimptomatskih je ispitanika bilo je 34,7%. Od ukupnog broja, 38,8% ispitanika ima komorbiditet (najčešće autoimunosni tireoiditis i šećerna bolest), kod 34,4% pozitivnu obiteljsku anamnezu. Dijagnoza celijakije postavljena je biopsijom tankog crijeva u 96% djece. Svi su ispitanici imali pozitivnu serologiju na celijakiju, a u njih 25 učinjena je HLA-tipizacija – svi testirani bili su pozitivni HLA-DQ2 i/ili HLA-DQ8.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Ovom smo presječnom studijom analizirali karakteristike bolesnika prilikom postavljanja dijagnoze u petogodišnjem razdoblju. Dobiveni rezultati u skladu su s očekivanjima. Prosječna dob pri postavljanju dijagnoze iznosila je 6 godina, uz 34,7% bolesnika koji su bili bez simptoma. Starija dob djece pri postavljanju dijagnoze i visok udio novootkrivenih bolesnika bez simptoma rezultat je gastroenterološke obrade i aktivnog skrininga na celijakiju, što doprinosi postavljanju dijagnoze u bolesnika s manje izraženim simptomima ili bez kliničkih simptoma, a koje je potrebno liječiti bezglutenskom prehranom.

Kliničke karakteristike djece oboljele od kroničnih upalnih bolesti crijeva u Kliničkom bolničkom centru Split

Ivan Pivac (ivan.pivac4@gmail.com) (Medicinski fakultet, Sveučilište u Splitu), Antonia Jeličić Kadić (jelicic.antonina@gmail.com) (KBC Split), Ranka Despot (ranka.despot11@gmail.com) (KBC Split), Vanda Žitko (vzitko@kbsplit.hr) (KBC Split), Darija Tudor (darija_tudor@hotmail.com) (KBC Split), Edita Runjić (editarunjic@gmail.com) (KBC Split), Joško Markić (josko.markic@gmail.com) (KBC Split)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Crohnova bolest (CD) i ulcerozni kolitis (UC) kronične su upalne bolesti crijeva (engl. *inflammatory bowel disease*, IBD) s porastom incidencije u dječjoj dobi. Iako se većina djece klinički prezentira simptomima rektalnog krvarenja, bolovima u trbuhu i gubitkom tjelesne mase, zakašnjeli pubertet ili zaostatak u rastu mogu biti jedina klinička manifestacija.

CILJ

Analizirati karakteristike djece s IBD-om u KBC-u Split.

METODE I ISPITANICI

Podatci su prikupljeni analizom povijesti bolesti djece s novodijagnosticiranim IBD-om u razdoblju od 1. siječnja 2012. do 31. prosinca 2021. godine.

REZULTATI

Analizirano je 107 bolesnika, 47 oboljelih od UC-a, 59 od CD-a i jedan bolesnik s neklasificiranim kolitisom. Incidencija UC-a bila je 4,41, a CD-a 5,29 na 100 000 djece godišnje. Incidencija je veća u dječaka (60,7% naspram 39,3%; $p=0,002$), s omjerom 1,54 dječaka prema djevojčicama. Srednja dob u trenutku postavljanja dijagnoze bila je $13,7\pm 3,1$ godina, pri čemu su pacijenti s UC-om bili prosječno stariji nego oni s CD-om ($14,0\pm 3,6$ naspram $13,4\pm 2,7$ godina; $p=0,066$). Prosječno trajanje simptoma prije postavljanja dijagnoze iznosilo je $3,9\pm 4,6$ mjeseci, a simptomi su trajali duže u bolesnika s CD-om u usporedbi s onima koji su oboljeli od UC-a ($5,0\pm 5,4$ naspram $2,5\pm 2,6$ mjeseci; $p=0,003$). Više od dvije trećine bolesnika imalo je povišene vrijednosti C-reaktivnog proteina, manjak folne kiseline i hipoalbuminemiju, dok je gotovo polovica bila anemična. Hipovitaminoza D uočena je u 58,3% pacijenata. Bolesnici iz urbanih sredina bili su u trenutku postavljanja dijagnoze mlađi u odnosu na bolesnike iz ruralnih sredina ($13,4\pm 2,8$ naspram $14,2\pm 3,81$ godina; $p=0,0497$), pri čemu su potonji češće imali ekstra-intestinalne manifestacije i više razine kalprotektina.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Kronične upalne bolesti crijeva sve se češće dijagnosticiraju u dječjoj dobi. Prosječno trajanje simptoma dulje je u djece s CD-om. Djeca iz ruralnih sredina bila su u trenutku dijagnosticiranja bolesti starija i imala viši kalprotektin. Potrebna su daljnja istraživanja o mogućem učinku okolišnih čimbenika na razvoj kroničnih upalnih bolesti crijeva u djece.

Kronični proljev ili kronična opstipacija?

Vlatka Konjik (konjik.vlatka@kbco.hr) (KBC Osijek), Katarina Raković-Amidžić (rakovic-amidzic@kbco.hr) (KBC Osijek), Nora Pušeljić (nora.puseljic@gmail.com) (KBC Osijek)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Diferencijalna je dijagnoza kroničnog proljeva vrlo široka, a uključuje benigne funkcijske poremećaje sve do ozbiljnih kroničnih upalnih bolesti crijeva. Enkopreza se nerijetko shvati kao proljev ako nakon razgovora s bolesnikom ne uslijedi klinički pregled, inspekcija analnog područja i digitorektalni pregled. Pojava preljevne stolice krajnji je znak prepunjenosti crijeva.

PRIKAZ BOLESNIKA

Djevojka u dobi od 14 godina javila se zbog kroničnog proljeva u trajanju više godina. Doznaje se da je u dobi 7 godina hospitalizirana radi „čišćenja crijeva“. Prema anamnezi, proljev se javlja svakih nekoliko tjedana, dok između tih epizoda nikad nije imala urednu, formiranu stolicu. Imala je stalan osjećaj urgencije, ne može se do kraja defecirati. Kao kroničnu terapiju uzimala je loperamid, ordiniran telefonski po nadležnom liječniku. Pri prvom kliničkom pregledu mršava, astenične konstitucije. Pregledom abdomena uočava se suprapubična masa u regiji 10 cm – fekalom. Inspekcijom anus zjapi otvoren 3 – 4 cm, na ulazu tvrda stolica uz nevoljni bijeg tekuće stolice. RTG abdomena i MR zdjelice opisuju ampulu rektuma promjera 11 cm ispunjenu fekalnim sadržajem. Tijekom hospitalizacije dezimpakcija klizmama nije bila uspješna. Učinjena manualna evakuacija stolice u općoj anesteziji, izvađeno je 2 kg fecesa. Učinjena je biopsija rektuma. Nisu pronađene ganglijske stanice i potvrđena je dijagnoza Hirschsprungove bolesti u dobi 14 godina. Postavljena je bipolarna stoma na koju djevojčica ima uredne stolice i postupno dobiva na tjelesnoj težini. U planu je uspostava kontinuiteta probavne cijevi, resekcija anusa i zatvaranje stome. Uključeni su psiholog i dječji psihijatar budući da je djevojka naglašene depresivnosti, anksioznosti i socijalne neprihvaćenosti zbog višegodišnje nemogućnosti kontroliranja stolice.

ZAKLJUČAK

Prikazan je slučaj višegodišnjih probavnih teškoća sada 14-godišnje djevojke, koje su neprepoznate i zanemarene. Javila se u trenutku kad uopće nije defecirala niti imala kontrolu nad curenjem stolice. Dokazan je megakolon i organski uzrok – Hirschsprungova bolest. Pregledom i obradom dijagnozu je trebalo postaviti ranije i započeti adekvatno liječenje.

Nealkoholna masna bolest jetre u djece s prekomjernom tjelesnom masom

Davorka Gudac Mađarević (davorka.gudac@gmail.com) (KBC Rijeka), Kristina Baraba Dekanić (k.baraba.dekanic@gmail.com) (KBC Rijeka), Ivona Butorac Ahel (ivonabuah@gmail.com) (KBC Rijeka), Goran Palčevski (goran1.palcevski@gmail.com) (KBC Rijeka)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Nealkoholna masna bolest jetre (NAFLD) u pedijatrijskoj je populaciji od velikog značenja u zdravstvenoj skrbi za djecu i adolescente, a u bliskoj je vezi s porastom prevalencije pretilosti i metaboličkog sindroma u djece. Ovaj je sažetak pregled utjecaja pretilosti na pojavu NAFLD-a od 2015. do početka 2023. u Klinici za pedijatriju KBC-a Rijeka, s kratkim osvrtom na patogenezu, dijagnozu i liječenje same bolesti.

CILJ

Prikazati prisutnost NAFLD-a u djece s prekomjernom tjelesnom masom (TM).

METODE I ISPITANICI

Retrospektivno smo analizirali djecu u dobi od 6 do 18 godina čiji je indeks TM-a iznad 95. percentile za dob i spol. Dijagnoza NAFLD-a postavljena je u djece u koje su vrijednosti alanin aminotransferaze (ALT) iznad 33 U/l s ili bez ultrasonografski prikazane hiperehogene jetre, a nakon isključenja svih ostalih bolesti jetre.

REZULTATI

U petogodišnjem razdoblju ukupno je pregledano 307 djece, od kojih je 77 (25,08%) imalo povišene vrijednosti ALT-a i tako postavljenu dijagnozu NAFLD-a. Od njih 77, ultrazvučno je dokazanu steatozu imalo 59,74% (46) djece.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Pedijatrijska NAFLD rastući je javnozdravstveni problem u bliskoj vezi s epidemijom pretilosti u djece. U našoj kohorti čak četvrtina djece imala je NAFLD prema povišenim vrijednostima ALT-a. Ultrazvučno je steatoza vidljiva kad je veća od 30%; gotovo 60% naših bolesnika već je pri inicijalnoj evaluaciji imalo jasnu steatozu. Prirodni je tijek NAFLD-a nepovoljan, stoga valja aktivno tragati za njom u sve djece s prekomjernim TM-om. Promjena životnih navika temelj je liječenja pretilosti i NAFLD-a.

Neliječena rektoperinealna fistula u 17-godišnjeg mladića

Ivana Trivić Mažuranić (ivana.trivic.0@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Marko Mesić (mrkmesic@yahoo.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Tonči Grmoja (tonci.grmoja@kdb.hr) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Ana Tripalo Batoš (abatosh@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Ana Močić Pavić (amocicpavic@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Iva Hojsak (ivahojsak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Anorektalne malformacije (ARM) česte su kongenitalne anomalije, s procijenjenom incidencijom između 1:2000 i 1:5000 živorođene djece. Obuhvaćaju spektar razvojnih defekata koji složnošću variraju od stenoze anusa, rektoperinealne fistule, do potpune ageneze anorektuma. Ovisno o lokalizaciji anomalije, dijelimo ih na infralevatorske i supralevatorske. Dijagnozu je moguće postaviti u prvim danima života, prvenstveno na temelju kliničkog pregleda koji obuhvaća inspekciju perineuma. Konačna potvrda dijagnoze slijedi po ciljanoj radiološkoj obradi.

PRIKAZ BOLESNIKA

Mladić u dobi od 17 godina klinički se prezentirao sufebrilitetom, povraćanjem i proljevom u trajanju od pet dana, uz abdominalnu distenziju i bolnost pri palpaciji te povišene vrijednosti upalnih parametara i leukocitozu s neutrofilijom. Nakon inicijalnog zbrinjavanja u općoj bolnici koje je uključivalo dvojnu antibiotsku terapiju ceftriaksonom i metronidazolom te primjenu klizmi, upućen je na daljnje liječenje u Kliniku. Po premještaju, inspekcijom perineuma ustanovljeno je postojanje rektoperinealne fistule. Detaljnijim uvidom u anamnezu,

doznaje se da je ARM uočena već po rođenju te da roditelji nisu bili skloni kirurškom liječenju. Mladić je naveo kako cijeloga života ima poteškoće defekacije, izmjenjuju se razdoblja opstipacije i proljeva, uz enkoprezu. Daljnja dijagnostička obrada uključivala je MR zdjelice s fistulografijom, visokorezolucijsku anorektalnu manometriju i elektrostimulaciju sfinkternog kompleksa. Nastavljena se konzervativna dezimpakcija fekaloma klizmama koje su aplicirane kroz rektoperinealnu fistulu. Nakon nekoliko tjedana učinjen je prvi kirurški zahvat. Formirana je bitubularna sigmoidostoma uz biopsiju pune debljine stijenke rektuma, patohistološki nalaz bio je uredan. Četiri mjeseca kasnije učinjena je anteriorna sagitalna anorektoplastika uz očuvanje sfinkternog kompleksa. Nakon zahvata mladić je podučen dilataciji neoanusa Hegarovim dilatorima. Imao je redovite stolice, do četiri dnevno, bez bijegova. U trećem operacijskom aktu resecirana je kolostoma uz uspostavu crijevnog kontinuiteta.

ZAKLJUČAK

Izostanak pravodobnog liječenja rektoperinealne fistule i drugih ARM-a nepovoljno utječe na funkciju defekacije narušavajući kvalitetu života bolesnika. Rano postavljanje dijagnoze i pravodobno kirurško liječenje preduvjeti su za uspostavu optimalne funkcije defekacije.

Neočekivan uzrok opstipacije u pedijatrijskoj populaciji

Gabriela Živković (gabriela.zivkovic@hotmail.com) (Zavod za neonatologiju, Klinika za ženske bolesti i porodništvo, KBC Sestre milosrdnice), Barbara Perše (barbara.perse@gmail.com) (Centar za poremećaje u jedenju kod djece i adolescenata, Klinika za pedijatriju, KBC Sestre milosrdnice), Marko Mesić (mrkmesic@yahoo.com) (Klinika za dječju kirurgiju, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Nada Rajačić (nada.rajačić@kdb.hr) (Zavod za pedijatrijsku onkologiju i hematologiju s dnevnom bolnicom „Mladen Čepulić“, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Orjena Žaja (orjena.zaja@kbcsm.hr) (Centar za poremećaje u jedenju kod djece i adolescenata, Klinika za pedijatriju, KBC Sestre milosrdnice; Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu; Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Ciste slezene rijedak su klinički entitet te se, ovisno o postojanju epitela, dijele na primarne i sekundarne. Primarne s epitelom mogu biti parazitske ili neparazitske među kojima su kongenitalne i neoplastične. Mogući uzrok nastanka kongenitalnih cista jest poremećaj u migraciji mezotelnih stanica. Ciste su najčešće asimptomatske i uglavnom se slučajno otkriju nekom od slikovnih metoda. U pacijenata s cistama većih dimenzija zabilježene su povišene vrijednosti CEA i CA 19-9. Ako se razvije intracistična hemoragija, infekcija, ruptura ili kompresija okolnih organa, potrebno je pristupiti kirurškom liječenju.

PRIKAZ BOLESNIKA

Trinaestogodišnja pacijentica s novootkrivenim restriktivnim tipom anoreksije nervoze (AN-RT) uz znakove umjerene pothranjenosti (ITM 15,5 kg/m², 5.c., z-score -1,66) i hipotenziju (90/50 mmHg), po prijmu je bez subjektivnih tegoba, izuzev anamnističkog podatka o neredovitim stolicama. Laboratorijski su verificirani biomarkeri starvacije (trombocitopenija, hiperferitinemija, hipokomplementemija, akutna bubrežna ozljeda, hipogonadotropni hipogonadizam, netireoidna bolest štitnjače, snižen serumski bakar) uz tvrdokornu opstipaciju. Započeto je nutritivsko liječenje postupnim podizanjem kalorijskog unosa, kombinirano oralno i sondom hranilicom. Ehografski se vizualizira lobulirana, rubno septirana, cistična promjena u području lijenalne fleksure, promjera do 12 cm, što se potvrdi i MR enterografijom. Zbog sumnje na limfangiom premještena je u Kliniku za dječju kirurgiju, KDB-a Zagreb gdje su zabilježene povišene vrijednosti CA 19-9. Učinjena je splenektomija s uklanjanjem cistične promjene. Patohistološkom analizom opisana je epitelna cista promjera 13,5x12x9 cm. Imunohistokemijski epitel ciste pozitivan je na CEA, CA 19-9 i CK PAN, a negativan na kalretinin, WT-1 i CD31.

ZAKLJUČAK

Ciste slezene uglavnom su benigne, no katkad, ovisno o veličini, mogu uzrokovati opstrukciju uz tipičnu kliničku sliku (povraćanje, opstipacija ili bolovi u abdomenu). Pokatkad je izazov razlučiti je li riječ o benignoj cisti ili malignoj promjeni. Ciste mogu dosegnuti impresivne dimenzije te je potrebna kirurška intervencija kao u slučaju naše pacijentice. Kirurški pristup ovisi o veličini ciste, odnosu s hilarnim žilama te veličini nezahvaćenog parenhima slezene.

Normalizacija protutijela na tkivnu transglutaminazu u pacijenata s celijakijom nakon uvođenja bezglutenske prehrane

Laura Mayer (zrinjka.misak@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Tena Matek (tena.matek@hotmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Iva Hojsak (ivahojsak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Oleg Jadrešin (oleg.jadresin@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Ana Močić Pavić (amocicpavic@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Mia Šalamon Janečić (miasalamon@hotmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Sanja Kolaček (sanja.kolacek@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Učinkovitost odgovora na bezglutensku prehranu u pacijenata s celijakijom procjenjuje se na temelju nestanka simptoma i normalizacije seroloških nalaza.

CILJ

Cilj ove studije bio je utvrditi stopu normalizacije protutijela na tkivnu transglutaminazu (anti-tTG) u djece s celijakijom nakon što su započeli bezglutensku prehranu, u odnosu na spol, dob, anti-tTG titar i prisutnost simptoma pri dijagnozi.

METODE I ISPITANICI

Ova retrospektivna studija uključila je 97 uzastopnih novodijagnosticiranih pacijenata s celijakijom (medijan dobi 8 godina; 37% dječaka) dijagnosticiranih i praćenih od 2018. do 2022. godine. Celijakija je dijagnosticirana prema smjernicama Europskog društva za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu. Serološki nalazi određivani su tijekom dviju godina ili manje ako se titar anti-tTG ranije normalizirao. Visoki titri anti-tTG-a definirani su kao >10x gornja granica normale, a niski kao <10x gornja granica normale. Vrijeme do normalizacije anti-tTG-a procijenjeno je Kaplan-Meierovom krivuljom.

REZULTATI

U vrijeme dijagnoze, 68 pacijenata (70%) imalo je visok titar anti-tTG-a. Nakon dvije godine praćenja, 20% pacijenata nije normaliziralo titar anti-tTG-a (1 s niskim, 15 s visokim anti-tTG-om, $p < 0,01$). Pacijenti s niskim titrovima normalizirali su protutijela značajno ranije od onih s visokim anti-tTG-om ($p < 0,01$). Ukupno, 35% pacijenata normaliziralo je anti-tTG tijekom 6 mjeseci, 68% tijekom prve godine i 80% u dvije godine nakon dijagnoze. Nakon 6 mjeseci bezglutenske prehrane, anti-tTG bio je uredan u 22% pacijenata s početno visokim anti-tTG-om nasuprot 66% onih s niskim anti-tTG-om ($p < 0,01$), a na kraju prve godine u 55% nasuprot 94% ($p < 0,01$). Stopa normalizacije anti-tTG-a nije se razlikovala između dječaka i djevojčica različitih dobnih skupina te simptomatskih i asimptomatskih pacijenata (sve $p > 0,01$).

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Dvije trećine pacijenata s celijakijom normaliziraju svoje vrijednosti anti-tTG-a tijekom prve godine nakon uvođenja bezglutenske prehrane, iako početne visoke vrijednosti anti-tTG-a pri dijagnozi zahtijevaju više vremena za normalizaciju.

Nutritivni status pedijatrijskih bolesnika smještenih u Specijalnoj bolnici za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra

Marta Grgat (marta.grgat@gmail.com) (Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra), Mario Mašić (mmasic2@gmail.com) (Referentni Centar za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Nina Patačko (npatacko@bolnica-bistra.hr) (Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra), Sara Sila (sara.sila0810@gmail.com) (Referentni Centar za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Viktorija Antolović (vantolovic@bolnica-bistra.hr) (Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Referentni Centar za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb i Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Djeca oboljela od kroničnih bolesti, a posebice bolesnici sa psihomotornim zaostajanjem, pod povećanim su rizikom za razvoj malnutricije.

CILJ

Cilj istraživanja bio je prikazati nutritivni status bolesnika s kroničnim bolestima koji su na dugoročnom liječenju u Specijalnoj bolnici „Gornja Bistra“ (SBGB).

METODE I ISPITANICI

U opservacijsko istraživanje uključeni su pedijatrijski bolesnici hospitalizirani u SBGB-u. Uz osnovne podatke (dob, spol, osnovna dijagnoza), za svakog ispitanika određen je dnevni kalorijski unos te je provedeno antropometrijsko mjerenje (tjelesna masa (TM), tjelesna visina/duljina (TV/TD), opseg nadlaktice i nabor tricepsa), uz pripadajuće Z-vrijednosti. Energetske potrebe procijenjene su prema formuli za djecu s neurološkim poremećajima ovisno o TV(TD), kako slijedi: 14,7 kcal/cm u bolesnika bez motoričke disfunkcije; 13,9 kcal/cm u pokretnih bolesnika s motoričkom disfunkcijom i 11,1 kcal/cm u nepokretnih bolesnika.

REZULTATI

U istraživanje je uključen ukupno 51 bolesnik (55% muškog spola), srednje dobi 7,67 godina (0,42 – 16,92) i srednjeg trajanja hospitalizacije 3,92 godine (0,08 – 16,17). Srednja Z-vrijednost za TM iznosila je -4.04 (-16,31 – 1,54), za TV/TD -2.28 (-7.05 – 1.08), za indeks tjelesne mase (ITM) -3.23 (-15,21 – 1,81), za nabor tricepsa -0,63 (-3,54 – 1,64) te za opseg nadlaktice -1,92 (-6,91 – 1,92). Nije pronađena značajna razlika u ukupnom kalorijskom unosu, ITM-u, naboru tricepsa i opsegu nadlaktice u odnosu na spol ($p > 0,05$). Također, nije pronađena razlika u ukupnom kalorijskom unosu u odnosu na dob, ali bolesnici stariji od 7,6 godina imaju značajno manji ITM, nabor tricepsa i opseg nadlaktice ($p < 0,05$). Većina bolesnika (75%) imala je zadovoljavajuće procijenjene dnevne kalorijske potrebe.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Zaključno, prema rezultatima našeg istraživanja, malnutricija je česta pojava u bolesnika s kroničnim bolestima u SB-u Gornja Bistra, i to najviše pothranjenost unatoč adekvatnom dnevnom kalorijskom unosu. Uz određivanje kalorijskih potreba i prilagodbe enteralnog unosa potrebne su dodatne mjere ili drugačiji izračuni kako bi se poboljšao nutritivni status ovih bolesnika.

Ozljede sluznice gornjeg dijela probavnog sustava zbog terapije doksiciklinom

Ivana Trivić Mažuranić (ivana.trivic.0@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Paola Blagec (blagecpaola@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Mia Šalamon Janečić (miasalamon@hotmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Iva Hojsak (ivahojsak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Ozljede sluznice gornjeg dijela probavnog sustava zbog nepravilnog uzimanja tableta, zabilježene su pri prijemu više od stotinu različitih lijekova. Doksiciklin je tetraciklinski antibiotik koji se propisuje za liječenje infek-

cija koje zahvaćaju kožu, dišni i urogenitalni sustav. I dok je ozljeda sluznice jednjaka zbog uzimanja tableta doksiciklina već opisana u literaturi, ozljeda želučane sluznice iznimno je rijetka.

PRIKAZ BOLESNIKA

Djevojčica u dobi od 15 godina hospitalizirana je u Zavodu zbog retrosternalne boli, disfagije i odinofagije, u trajanju od dva tjedna. Tijekom 4 tjedna prije nego što je primljena, uzimala je tablete doksiciklina propisane od dermatologa zbog papulopustuloznih akni. Fizikalni status bio je bez odstupanja, a učinjena laboratorijska i radiološka obrada bile su uredne. Prilikom ezofagogastroduodenoskopije verificiran je ezofagitis srednje i donje trećine jednjaka, a u području srednje trećine jednjaka zamijećena su dva paralelna, duboka cirkularna ulkusa. Druga djevojčica, u dobi od 14 godina, hospitalizirana je zbog istovjetnih tegoba, praćenih i mučninom, u trajanju od nepuna dva mjeseca. Unazad tri mjeseca uzimala je doksiciklin u istoj indikaciji, a endoskopskom obradom prikazana je hiperemična sluznica antruma sa sitnim erozijama i nekoliko afti (uz naknadno isključenu infekciju *Helicobacter pylori*). U oba slučaja prekinuta je terapija doksiciklinom uz uvođenje inhibitora protonske pumpe, na što dolazi do promptne regresije simptoma, uz uredan kontrolni endoskopski nalaz.

ZAKLJUČAK

Štetan učinak doksiciklina na gastrointestinalnu sluznicu ovisi o vremenu dodira tvari i sluznice te o koncentraciji kisele otopine lijeka. Kaustični učinak koji nastaje otapanjem tablete u maloj količini tekućine i njezinim usporenim prolazom, u pravilu je moguće izbjeći pravilnim uzimanjem lijeka s dovoljnom količinom tekućine (barem 100 ml vode), nakon čega se savjetuje da osoba barem 30 minuta ostane u uspravnom položaju. Unatoč dobro prepoznatljivoj kombinaciji anamnestičkih podataka o peroralnoj terapiji navedenim lijekom i tipičnoj kliničkoj slici, ozljede sluznice gornjega dijela probavnog sustava, posljedično nepravilnom uzimanju peroralne terapije, nerijetko su neprepoznate, a njihova je stvarna učestalost nepoznata.

Perkutana endoskopska gastrostoma – iskustva jednog centra

Iva Karla Crnogorac (ivakarla95@gmail.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Lana Omerza (lanamadercic@yahoo.com) (Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Duška Tješić-Drinković (duska.td@gmail.com) (Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Irena Senečić-Čala (isenecc@yahoo.com) (Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Mirna Natalija Aničić (mirnaanagic@gmail.com) (Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Nedo Marčinković (nedo.marcinkovic@gmail.com) (Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Jurica Vuković (juricav1961@yahoo.com) (Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Perkutana endoskopska gastrostoma (PEG) glavni je modalitet nutritivnog unosa u bolesnika s funkcionalnim probavnim sustavom koji zahtijevaju dugotrajno enteralno hranjenje.

CILJ

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi najčešće osnovne dijagnoze bolesnika, njihovu prosječnu dob, vrijeme proteklo od postavljanja indikacije do ugradnje PEG-a te kasnije komplikacije.

METODE I ISPITANICI

Iz Bolničkog informacijskog sustava retrospektivno su prikupljeni podatci o 40 pedijatrijskih bolesnika kojima je od 2010. do 2023. godine postavljen PEG u Klinici za pedijatriju KBC-a Zagreb.

REZULTATI

Najveći broj bolesnika, njih 15 (37,5%), imalo je kao osnovnu dijagnozu neurološku bolest, primarno cerebralnu paralizu. Brojčano su iza njih bili bolesnici s genetskom ili gastrointestinalnom bolešću među kojima je svakako za izdvojiti one s dijagnozom cistične fibroze, njih 4 (10%). Medijan dobi prilikom provođenja zahvata iznosio je 5,5 godina. Najmlađi je bolesnik imao 3 mjeseca, a najstariji 20 godina. Kod polovine je bolesnika od postavljanja indikacije do ugradnje prošlo razdoblje od 1 do 6 mjeseci (37,5%) ili jedna do dvije godine (15%). U 2 bolesnika (5%), zbog komplikacija u vidu interpozicije kolona i potencijalnog oštećenja anastomoze jednjaka, postavljena je kirurška gastrostoma. Najčešća je komplikacija bila lokalna infekcija (crvenilo kože i granulacije)

(23%), zatim mehaničko oštećenje (15,8%). U 26% bolesnika PEG je u kasnijem tijeku mijenjan zbog dotrajalo-
sti, a kod 7,9% je ekstrahiran jer više nije bilo potrebe za njim. U jedne je bolesnice standardni PEG zamijenjen
u *button* PEG, a u jednog bolesnika u kiruršku gastrostomu. U 19 bolesnika (47,5%) nije bilo potrebe za zamje-
nom, a najduže razdoblje uporabe istoga PEG-a jest 5 godina.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Najčešće osnovne dijagnoze koje su bile razlogom postavljanja PEG-a i njegove viđene komplikacije, poduda-
raju se s dosadašnjim spoznajama i iskustvima (2,3). Visoka uspješnost postavljanja u našoj Klinici također je u
skladu s literaturom.

Perzistentna disfunkcija jednjaka u dječaka s gastroezofagealnom refluksnom bolesti i novonastalim eozinofilnim ezofagitisom

Stjepan Herceg (stjepan.herceg13@gmail.com) (Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice), Martina Demaria (martina.demaria2@gmail.com)
(Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice), Barbara Perše (barbara.perse@gmail.com) (Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice), Orjena Žaja
(orjena.zaja@kbcsm.hr) (Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Eozinofilni ezofagitis (EoE) jest kronična, imunosno posredovana bolest jednjaka obilježena histološki eozi-
nofilnom upalom. Klinički prikaz dobno je ovisan uz tipične simptome otežanog gutanja, impakcije hrane, žga-
ravice i boli u prsima. Zbog sličnosti simptoma, EoE može oponašati gastroezofagealnu refluksnu bolest (GERB),
iako te dvije bolesti mogu i koegzistirati. Trenutačno ne postoji nijedan neinvazivni biomarker dovoljno osjetljiv
za postavljanje dijagnoze ili praćenje aktivnosti EoE, stoga se dijagnoza postavlja endoskopijom uz histološku
analizu biopata.

PRIKAZ BOLESNIKA

Dječaka u dobi od 14 godina pratimo unazad 4 godine zbog perzistirajućih bolova u epigastriju i dispeptičnih
tegoba (podrigivanje, žgaravica i recidivirajuće povraćanje). Inicijalno je ezofagogastroduodenoskopijom (EGD)
dokazan refluksni ezofagitis te nespecifični gastritis bez kolonizacije *Helicobacter pylori* ili eozinofilne bolesti. Zapo-
četa je ciljana eliminacijska dijeta bez orašida i mlijeka, a zbog nastavka tegoba uvedena je terapija inhibitorima
protonske pumpe (IPP). Zbog visokih vrijednosti fekalnog kalprotektina učinjena je ileokolonoskopija kojom je
isključena kronična upalna bolest crijeva. Zbog moguće interferencije s fekalnim biomarkerom, ukinut je IPP s
povoljnim odgovorom. Iduće 3 godine dječak je redovito kontroliran uz povremene relapse dispeptičnih tegoba.
Unatoč uputi, nije provodio strogu bezmliječnu prehranu. U 4./2022., zbog intenziviranja tegoba, učinjena je 24-satna
pH-metrija s impedancijom kojom je potvrđen kiseli GERB. Uvedena je terapija IPP-om u standardnoj dozi, s inici-
jalno povoljnim učinkom, a potom, zbog slabijeg odgovora, preporučeno je njegovo ukidanje. U 2./2023. zbog uče-
stalih se relapsa dispeptičkih tegoba indicira reevaluacija. Ponovljenim EGD-om ovoga se puta potvrdi EoE (EREFS
3, 25 eozinofila/vidnom polju i druge tipične histološke promjene). Dječaku je ponovno uveden IPP, sad u visokoj
dozi, uz adjuvantnu terapiju alginatom te nastavak dijetoterapije sa strogom uputom o pridržavanju bezmliječne
prehrane. Prilikom posljednje endoskopske revizije prati se povoljan tijek (EREFS 2, bez eozinofila/vidnom polju).

ZAKLJUČAK

Neočekivan tijek potvrđene bolesti treba biti poticaj za daljnju dijagnostiku i reevaluaciju. Posebnost je ovog
prikaza u mogućnosti jasnog vremenskog određivanja početka kronične bolesti.

Katkada promjene na koži razriješe etiologiju akutnog hepatitisa

Barbara Perše (barbara.perse@gmail.com) (KBC Sestre milosrdnice), Mila Lovrić (mila.lovric@kbc-zagreb.hr) (KBC Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Farmaceutsko-biokemijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Biljana Gorgievska-Sukarovska (Biljana.gs@gmail.com) (OB Zabok i bolnica hrvatskih veterana, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Sveučilišta u Osijeku), Orjena Žaja (orjena.zaja@kbcsm.hr) (KBC Sestre milosrdnice, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Porphyria cutanea tarda (PCT) rijetka je bolest uzrokovana enzimskim deficitom, nedostatkom uroporfirinogen dekarboksilaze, petog enzima u biosintezi hema, zbog čega dolazi do nakupljanja prekursora hema koji mogu biti toksični. PCT je obilježena stvaranjem bolnih mjehurića na koži, najčešće nakon izlaganja sunčevoj svjetlosti. Pacijenti rijetko imaju bolest jetre, ali opisani su pojedinačni slučajevi, čak i progresija u kroničnu bolest jetre.

PRIKAZ BOLESNIKA

Djevojčica u dobi od godine i pol, primljena je zbog asimptomatskog akutnog hepatitisa. Povišene vrijednosti transaminaza verificirane su mjesec dana prije nego što je primljena, tijekom epizode akutnog gastroenteritisa neverificirane etiologije, samoograničavajućeg tijeka. Za vrijeme gastroenteritisa provedena je simptomatska terapija, bez potrebe za specifičnim liječenjem. Vrlo brzo po sanaciji imala je epizodu akutne respiratorne infekcije, tijekom koje je indicirana antibiotska terapija. Kako su laboratorijski perzistirale povišene transaminaze, učinjena je dodatna obrada. Serologija na najčešće virusne hepatitis (HAV, HBV, HCV, EBV i CMV) pristigla je negativna, uredne su razine alfa-1-antitripsina, AFP i gamaglobulina, a probir na bolesti štitnjače i celijakiju bio je negativan. Ehografski je morfologija jetre bila uredna. S obzirom na dobro stanje i povoljnu dinamiku nalaza, djevojčica je otpuštena iz bolnice te je predviđeno daljnje praćenje. Nakon hospitalizacije razvila je promjene na koži. Dermatolog je postavio sumnju da je uzrok promjena izlaganje suncu i da je u podlozi riječ o porfiriji. Učinjena je dodatna obrada, tekućinska kromatografija visoke djelotvornosti (engl. *high performance liquid chromatography*, HPLC) iz uzorka 24-satnog urina, čime je potvrđeno da se radi o PCT-u. Vrijednosti jetrenih enzima postupno su se normalizirale.

ZAKLJUČAK

Jedan od etioloških faktora akutnog hepatitisa može biti i PCT, koja se rijetko očituje jetrenom lezijom, ali u našem slučaju je uz akutnu virusnu infekciju i antibiotsku terapiju, vjerojatno pridonijela razvoju kliničke slike hepatitisa. Ove pacijente treba brižljivo pratiti a u slučaju potrebe za antibiotskom i drugom medikamentoznom terapijom, potrebno je procijeniti i moguće rizike te pozorno nadzirati pacijente.

Povezanost duljine hospitalizacije i nutritivnog statusa pedijatrijskih bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti

Marta Grgat (marta.grgat@gmail.com) (Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra), Mario Mašić (mmasic2@gmail.com) (Referentni Centar za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Nina Patačko (npatacko@bolnica-bistra.hr) (Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra), Sara Sila (sara.sila0810@gmail.com) (Referentni Centar za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb) Viktorija Antolović (vantolovic@bolnica-bistra.hr) (Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Referentni Centar za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb i Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Glavni čimbenici koji doprinose povećanom riziku od malnutricije u djece s kroničnim bolestima, uključuju stanje kronične upale, prateću anoreksiju te poremećenu digestiju ili apsorpciju hrane.

CILJ

Cilj istraživanja bio je utvrditi povezanost trajanja hospitalizacije s nutritivnim statusom i značajkama enteralnog unosa u djece s kroničnim bolestima na dugoročnoj hospitalizaciji u Specijalnoj bolnici Gornja Bistra (SBGB).

METODE I ISPITANICI

Ovo opservacijsko istraživanje provedeno je u travnju 2023. u SBGB-u i uključeni su svi hospitalizirani pedijatrijski bolesnici. Uz osnovne podatke (dob, spol, trajanje hospitalizacije, osnovna dijagnoza), određen je način unosa hrane (*per os*, *per os* / NGS, NGS, PEG) i primjena enteralnih pripravaka. Učinjena su antropometrijska mjerenja (tjelesna masa (TM), tjelesna visina/duljina (TV/TD), indeks tjelesne mase (ITM), opseg nadlaktice (ON) i nabor tricepsa (NT)) te su izračunate pripadajuće Z-vrijednosti.

REZULTATI

U istraživanje je uključen ukupno 51 ispitanik (55% muškog spola), srednje dobi 7,67 godina (0,42 – 16,92) i srednjeg trajanja hospitalizacije 3,92 godine (0,08 – 16,17). Najčešće osnovne dijagnoze bile su kongenitalne anomalije (KA; 27%), zatim genetski sindromi (GS; 25%), cerebralna paraliza (CP; 24%), posttraumatska oštećenja (PTO; 18%) i ostale dijagnoze (6%). Postavljena pomagala za enteralni unos ima 71% djece, najčešće NG sondu (50% svih ispitanika), a samo četvrtina ima postavljen PEG. Medijan NT-a najveće odstupanje pokazuje u skupini ispitanika s CP-om, a najmanje u PTO skupini bolesnika ($p < 0,01$). Djeca koja su na hospitalizaciji dulje od 4 godine, imaju značajno manji ITM, NZ i ON ($p < 0,05$) nego djeca koja su hospitalizirana kraće. Nema značajne razlike u enteralnom unosu u odnosu prema načinu unosa i uzimanju enteralnih pripravaka ($p > 0,05$).

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Zaključno, prema rezultatima našeg istraživanja, značajno više bolesnika koji su dugotrajno hospitalizirani jest pothranjeno, unatoč primjeni pomagala za enteralno hranjenje i primjeni enteralnih pripravaka. Malnutricija je znatan problem u kroničnih bolesnika dječje dobi, vjerojatno zbog opterećujućih osnovnih dijagnoza, pripadajućih komorbiditeta i komplikacija.

Prevalencija funkcijskih poremećaja probavnog sustava u djece u kontinentalnoj i mediteranskoj regiji Republike Hrvatske

Mario Mašić (mmasica2@gmail.com) (Referentni centar za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Sara Sila (sara.sila0810@gmail.com) (Referentni centar za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Ivana Trivić Mažuranić (ivana.trivic.0@gmail.com) (Referentni centar za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Lucija Marić (lucijamarić2@gmail.com) (Hrvatski akademski centar primijenjenog nutricionizma), Ana Radunić (ana.radunic.kdb@gmail.com) (Klinika za pedijatriju, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Tena Niseteo (tniseteo@gmail.com) (Referentni centar za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Marija Radonić (radonic.marija@gmail.com) (Opća bolnica Dubrovnik), Iva Hojsak (ivahojsak@gmail.com) (Referentni centar za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb; Medicinski fakultet, Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku; Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Sanja Kolaček (sanja.kolacek@gmail.com) (Referentni centar za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb; Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Funkcijski poremećaji probavnog sustava česti su u djece, a očituju se karakterističnom kombinacijom kroničnih ili ponavljajućih simptoma koji se ne mogu objasniti strukturnim ili biokemijskim abnormalnostima.

CILJ

Cilj je studije bio odrediti prevalenciju funkcijskih poremećaja probavnog sustava u djece u kontinentalnoj i mediteranskoj regiji Republike Hrvatske (RH).

METODE I ISPITANICI

U presječnom istraživanju, provedenom tijekom 2019. i 2020. godine, prikupljeni su podatci o dobi, spolu i pripadnoj geografskoj regiji. U ispitanika je utvrđena prevalencija funkcijskih poremećaja probavnog sustava uporabom QPGS-RIV upitnika, temeljenog na četvrtoj reviziji Rimskih kriterija. Dobiveni podatci analizirani su prema prevalenciji poremećaja u pojedinačnim regijama te prema dobi i spolu.

REZULTATI

U istraživanje je uključen ukupno 841 ispitanik (54% ženskog spola), od čega 469 ispitanika u dobi od 4 do 10 godina (skupina A) i 372 ispitanika u dobi od 11 do 18 godina (skupina B). Od svih ispitanika, 66% obitava u

kontinentalnoj regiji RH (skupina C) i 34% u mediteranskoj regiji (skupina D). Ukupna prevalencija funkcijskih poremećaja u svih ispitanika bila je 21,1% (19,2% u skupini A; 23,6% u skupini B, 21,5% u skupini C i 20,5% u skupini D). Najčešći su poremećaji u svih ispitanika funkcijska opstipacija i dispepsija (5,6%), potom postprandijalni distresni sindrom (5,3%) i sindrom iritabilnog crijeva (1,3%). Nijedan ispitanik ne boluje od funkcijskog povraćanja i neretentivne fekalne inkontinencije. Nije pronađena statistički značajna razlika prevalencije funkcijskih poremećaja u odnosu na spol ispitanika, a ni u regiji obitavanja, dok je jedino ruminacijski sindrom značajno više zastupljen u starijoj dobi ispitanika (0,9% u skupini B vs 0% u skupini A, $p = 0,05$).

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Zaključno, svako peto dijete u Hrvatskoj boluje od funkcijskog poremećaja probavnog sustava, a najčešće od funkcijske dispepsije, funkcijske opstipacije i postprandijalnog distresnog sindroma. Također, nema značajne razlike u prevalenciji funkcijskih poremećaja probavnog sustava ovisno o pripadnoj geografskoj regiji ili spolu.

Prikaz bolesnika s aceruloplazminemijom

Mia Salamon Janecic (miasalamon@hotmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za pedijatriju), Oleg Jadrešin (oleg.jadresin@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za pedijatriju), Iva Hojsak (ivahojsak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za pedijatriju), Gordana Jakovljević (gordanajakovljevic@yahoo.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za pedijatriju), Ljubica Odak (ljubica.odak7@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb; Klinika za pedijatriju), Katarina Vulin (katarina_vulin@yahoo.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za pedijatriju)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Aceruloplazminemija je genetski poremećaj uzrokovan bialelnim mutacijama gena CP za ceruloplazmin. Nedostatak ili disfunkcija ceruloplazmina uzrokuje nakupljanje željeza u mozgu, jetri, gušterači, srcu i štitnjači. Simptomi se najčešće javljaju u odrasloj dobi, počinju kao mikrocitna anemija, a potom se razvijaju šećerna bolest, retinalna degeneracija i neurološki simptomi (distonija, ataksija, dizartrija, kognitivna disfunkcija). Terapija se provodi kelirajućim agensima željeza, davanjem svježe smrznute plazme i primjenom vitamina E.

PRIKAZ BOLESNIKA

Naš pacijent je sada jedanaestogodišnji dječak, koji se u ranoj dobi prezentirao mikrocitnom anemijom s niskim vrijednostima željeza. Unatoč terapiji peroralnim željezom, anemija je perzistirala. Inicijalno uredna razina feritina bila je u daljnjem praćenju povišena. Hematološkom su obradom isključene hemolitička anemija, talasemija i onkološka bolest, anemija kronične bolesti, gastrointestinalno krvarenje, Gaucherova bolest. Od 7. godine života prate se blago povišene transaminaze s povremenim fluktuacijama (maksimalno AST i ALT do 3.5 x UNL) uz uredne vrijednosti GGT-a, ALP-a, LDH-a, bilirubina, CK-a, sintetske funkcije jetre te uredne nalaze lipidograma, hormona štitnjače i metaboličke obrade. Isključeni su i manjak alfa-1 antitripsina, celijakija, infekcije i autoimunosti hepatitis. Utvrđena je nemjerljivo niska razina ceruloplazmina i nizak bakar uz urednu 24-satnu kupriuriju i oftalmološki nalaz. Dječak ima prekomjerenu tjelesnu masu od predškolske dobi (indeks tjelesne mase na 99ct. za dob). S obzirom na nerazjašnjenu etiologiju anemije i povišenih transaminaza, učinjena je i analiza kliničkog egzoma kojom su utvrđene dvije heterozigotne varijante u genu CP, te je postavljena dijagnoza aceruloplazminemije. U ovoga bolesnika genetska je obrada razjasnila uzrok anemije, a jetreno oštećenje je moguće posljedica osnovne bolesti ili steatoze.

ZAKLJUČAK

Iako je klinička prezentacija aceruloplazminemije u pedijatrijskoj populaciji iznimno rijetka, u pacijenata s mikrocitnom anemijom, niskim željezom i visokim feritinom, te niskim vrijednostima ceruloplazmina treba i na nju pomisliti. Genetska obrada je važna sastavnica obrade nejasnih stanja, pomaže u postavljanju dijagnoze rijetke bolesti, te nekim pacijentima omogućuje dobivanje odgovarajuće terapije.

Razlike u pridržavanju bezglutenske prehrane između odrasle i dječje populacije oboljelih od celijakije

Mario Mašić (mmasic2@gmail.com) (Referentni Centar za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Sara Sila (sara.sila0810@gmail.com) (Referentni Centar za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Referentni Centar za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb; Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Liječenje celijakije podrazumijeva doživotnu bezglutensku prehranu. Postotak bolesnika koji se strogo pridržava preporučenog liječenja znatno varira među zemljama te u dječjoj dobi iznosi od 40 do 90%.

CILJ

Cilj ovog istraživanja bio je procijeniti postoji li razlika u pridržavanju bezglutenske prehrane između oboljelih odraslih bolesnika i djece koja boluju od celijakije.

METODE I ISPITANICI

Biagijev je upitnik pouzdana metoda provjere pridržavanja stroge bezglutenske prehrane. Ispitanici s rezultatom 0-I ne pridržavaju se stroge bezglutenske prehrane, s rezultatom II se pridržavaju, ali s pogreškama koje zahtijevaju korekciju, a ispitanici s rezultatima III-IV strogo se pridržavaju preporučene bezglutenske prehrane. Upitnik je podijeljen članovima udruga pacijenata (ukupno 405 elektroničkih adresa), a odgovorilo je 48% oboljelih od celijakije, od toga 58% kao sami bolesnici i 42% roditelja u ime djece s celijakijom.

REZULTATI

U istraživanju smo analizirali odgovore 110 odraslih osoba (84% ženskog spola; srednje dobi 40 godina) i 84 djece (57% ženskog spola; srednje dobi 11 godina). Prema rezultatima Biagijevog upitnika, 94% djece strogo se pridržava bezglutenske prehrane (Biagi III-IV), u usporedbi s 83% odraslih ispitanika ($p < 0,05$). Značajno se više djece pridržava bezglutenske prehrane ($p < 0,05$). Nije zabilježen nijedan odgovor djeteta koje uzima gluten u normalnim porcijama ili često (Biagi 0), ali 6% djece uzima gluten rijetko (Biagi I), u usporedbi s 4 i 9% odraslih osoba. Nije pronađena značajna razlika u spolu i pridržavanju bezglutenske prehrane ($p > 0,05$), kao ni razlika između pridržavanja prehrane i redovitosti gastroenteroloških kontrola i pregleda ($p > 0,05$). Međutim, djeca su značajno redovitija na gastroenterološkim pregledima u odnosu na odraslu populaciju (98% vs. 67%, $p < 0,05$).

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Stroga je bezglutenska prehrana trenutačno jedini oblik liječenja celijakije te je potrebno uložiti više napora u poboljšanje pridržavanja bezglutenske prehrane, osobito u odrasloj populaciji bolesnika oboljelih od celijakije.

Reumatološke manifestacije u djece s kroničnom upalnom bolešću crijeva – iskustvo tercijarnog centra

Katarina Soldan (soldankatarina@gmail.com) (DZ Zagreb-Centar), Mirna Natalija Aničić (mirnaanagic@gmail.com) (KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju, Zavod za gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Lana Omerza (lanamaderic@yahoo.com) (KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju, Zavod za gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu), Marijan Frković (mfrkovic1@gmail.com) (KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju, Referentni centar za pedijatrijsku i adolescentnu reumatologiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Mario Šestan (mario.sestan@gmail.com) (KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju, Referentni centar za pedijatrijsku i adolescentnu reumatologiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Duška Tješić-Drinković (duska.td@gmail.com) (KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju, Zavod za gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Jurica Vuković (juricav1961@yahoo.com) (KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju, Zavod za gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Marija Jelušić (marija.jelusic.drazic@gmail.com) (KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju, Referentni centar za pedijatrijsku i adolescentnu reumatologiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Irena Senečić-Čala (isenecic@yahoo.com) (KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju, Zavod za gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Ekstraintestinalne manifestacije (EIM), najčešće mišićno-koštane, nerijetko prate kroničnu upalnu bolest crijeva (IBD). Ako se pravodobno ne prepoznaju i liječe, mogu rezultirati strukturalnim oštećenjima i invaliditetom te znatno smanjiti kvalitetu života.

CILJ

Odrediti učestalost reumatoloških manifestacija u djece s IBD-om te istražiti ulogu ultrazvuka u otkrivanju promjena na zglobovima i prije pojave simptoma.

METODE I ISPITANICI

Riječ je o pokusnom transverzalnom ispitivanju u koje su uključeni bolesnici s dokazanim IBD-om. Reumatološka obrada obuhvaćala je detaljan klinički pregled te ultrazvuk perifernih zglobova, kojim se pratilo moguće postojanje izljeva i hipertrofije sinovije te doplerski protokol.

REZULTATI

Uključeno je osamnaest bolesnika, 12 muškog i 6 ženskog spola, s medijanom (rasponom) dobi 16 (10 – 20) godina, s medijanom (rasponom) trajanja bolesti 16 (0,17 – 17) godina, pri čemu je bilo 6 bolesnika s ulceroznim kolitisom, 8 bolesnika s Crohnovom bolešću i 4 s nerazvrstanim kolitisom. Deset bolesnika nije imalo znakova zahvaćenosti lokomotornog sustava uz uredan klinički pregled. Ostalih 8 imalo je povremene ili trajne simptome, a pregledom je u njih 6 bila smanjena inklinacija kralježnice, dok su 2 bolesnika imala promijenjen status perifernih zglobova. Od 9 bolesnika u aktivnoj fazi bolesti, troje ih je imalo simptome zahvaćenosti lokomotornog sustava, a od njih 9 u remisiji, petero ih je imalo simptome. Ultrazvučno je pregledano 16 bolesnika: u njih 11 nalaz je bio uredan, a u 5 je potvrđen izljev u barem jednom zglobu (u jednog bolesnika presimptomatski). Nisu nađene druge UZV promjene. Djeca s duljim trajanjem bolesti (>10 godina) te s ulceroznim kolitisom (5 od 6 bolesnika), češće su imala UZV promjene na zglobovima.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Dobiveni rezultati upućuju na važnost provođenja redovitih, ali i preventivnih reumatoloških pregleda kako u bolesnika s tegobama, tako i u asimptomatskih bolesnika. Ultrazvuk zglobova vrijedan je u prepoznavanju početnih strukturalnih promjena te ga je poželjno uključiti u reumatološku obradu svih bolesnika, osobito onih s duljim trajanjem bolesti.

Seronegativna celijakija u jednogodišnje djevojčice – prikaz slučaja

Vlatka Konjik (konjik.vlatka@kbco.hr) (KBC Osijek), Katarina Raković-Amidžić (rakovic-amidzic@kbco.hr) (KBC Osijek), Nora Pušeljić (nora.puseljic@gmail.com) (KBC Osijek)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Najznačajniji serološki parametar u postavljanju dijagnoze celijakije jesu IgA antitijela protiv tkivne transglutaminaze (antiTTG IgA). Ako su razine antiTTG IgA uredne, dijagnoza celijakije je malo vjerojatna. Oko 15% bolesnika s celijakijom ima seronegativnu celijakiju (SNC). Ovakav oblik bolesti češći je u osoba s nedostatkom imunoglobulina te u djece mlađe od 2 godine.

PRIKAZ BOLESNIKA

Djevojčica u dobi od godine i 2 mjeseca, prvi puta se prezentira u našoj ustanovi s kliničkom slikom akutnog abdomena – intususcepcija s ileusom. Po prijmu izrazito reduciranog panikulusa, blijeda, distendiranog i nategotog abdomena. Tjelesnom težinom na 9.c, a visinom na 63.c. Naknadno se doznaje da djevojčica dulje vrijeme slabije napreduje na tjelesnoj težini te da 3 tjedna pred prijam svakodnevno povraća, ima proljev i gubi na tjelesnoj masi. Po nadležnoj liječnici učinjena je serologija na celijakiju kojom djevojčica nije zadovoljavala kriterije za dijagnozu celijakije (negativan antiTTG-IgA). Konzervativnim liječenjem saniran je ileus te je, s obzirom na kliničku prezentaciju, postavljena sumnja na seronegativnu celijakiju. Endoskopijom je uočena ogoljena sluznica tankoga crijeva, a patohistološkom analizom potvrđena je dijagnoza celijakije – Marsh-Oberhuber III.c. Djetetu je uvedena potpuna bezglutenska prehrana, na što dolazi do značajnog kliničkog poboljšanja. Postupno dobiva na težini, uredno tolerira obroke te ima svakodnevne stolice uredne konzistencije. Učinjena je i dopunska obrada kojom su isključeni ostali diferencijalnodijagnostički uzroci navedenih simptoma.

ZAKLJUČAK

Postupnici su vrlo vrijedni alati u svakodnevnom radu. Međutim, kliničar zadržava pravo odluke o dijagnostici neovisno o postupniku. U ranijim smjernicama za djecu mlađu od 2 godine, uz antiTTG IgA relevantan je

bio i IgG anti DPG, što je u aktualno važećem postupniku izmijenjeno. Naša je bolesnica jedna od onih koja ne zadovoljava trenutno važeće kriterije pozitivne serologije na celijakiju, ali je celijakija dokazana biopsijom tankog crijeva. Ovim prikazom želimo podsjetiti da je potreban oprez prilikom tumačenja nalaza, osobito ako ne odgovaraju kliničkom scenariju.

Skolioza u bolesnika s Alagilleovim sindromom, karakteristika ili komplikacija?

Nedo Marčinković (nedo.marcinkovic@gmail.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Ozren Kubat (ozren.kubat@gmail.com) (Klinika za ortopediju, KBC Zagreb), Matea Kovačić Perica (matea.kovacic77@gmail.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Ivana Todorić (ibilicmef@gmail.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb), Mirna Natalija Aničić (mirnaanagic@gmail.com) (Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Alagilleov je sindrom autosomno dominantni poremećaj uzrokovan mutacijom gena uključenih u međustaničnu komunikaciju za vrijeme tkivne diferencijacije (JAG 1 ili NOTCH 2). Riječ je o sindromu sa značajnim inter i intrafamilijarnim fenotipskim varijabilnostima, bez jasne korelacije između genotipa i fenotipa. U većine pacijenata koji se prezentiraju klasičnim fenotipom dijagnoza se postavi već u dojenačkoj dobi. Cilj nam je prikazati dinamiku ekspresije fenotipa u mladića s Alagilleovim sindromom uzrokovanog *de novo* mutacijom gena JAG1 i ekstremnom skoliozom nakon uspješne transplantacije jetre.

PRIKAZ BOLESNIKA

Naš pacijent se u dobi od 2 mjeseca prezentirao slikom kolestatske žutice. Učinjena mu je portoenterostomija po Kasaiju zbog sumnje na bilijarnu atreziju (BA). Supostojanje blaže pulmonalne stenoze i dijela facijalnih karakteristika pobuđivali su sumnju na nepotpunu ekspresiju Alagilleovog sindroma. Stražnji embriotokson i leptirasti kralješci nisu nađeni, a intraoperacijski je nalaz potvrdio postojanje BA. Konačno razrješenje dilema donosi genska analiza kojom je utvrđeno postojanje heterozigotne *de novo* nastale patogene mutacija gena JAG1 (c.607del). S vremenom je jetrena bolest progredirala do bilijarne ciroze, srčana je ostala stacionarna bez potrebe za intervencijom i bolesnik je progresivno zaostajao u rastu uz blagu skoliozu. U dobi od 14 godina uspješno mu je transplantirana jetra kadaveričnog davatelja. Ubrzani posttransplantacijski nadoknadni zamah rasta rezultirao je i značajnom progresijom postojeće skolioze koja je zahtijevala stražnju spondilodezu nepune 3 godine nakon transplantacije.

ZAKLJUČAK

Skolioza je rijetka komplikacija Alagilleovog sindroma. Signalni put JAGGED1/NOTCH involviran je i u koštani metabolizam regulirajući diferencijaciju i aktivnost osteoblasta/osteoklasta te sudjeluje u segmentaciji aksijalnog skeleta za vrijeme fetalnog razvoja. S druge strane, i nadoknadni zamah u rastu poznati je rizični faktor za razvoj skolioze. Moguće je da su u našeg bolesnika bila na djelu oba čimbenika. Dugotrajnim multidisciplinarnim praćenjem nalazimo nove argumente u prilog tvrdnji da Alagilleov sindrom, kao posljedica mnoštva mutacija gena ključnih u organogenezi, karakterizira i "dinamični" fenotip.

Terapija potpomognuta psom u okviru radne terapije u djeteta s teškoćama hranjenja

Matea Videk (matea.videk@gmail.com) (KBC Split), Irena Misetić (imisetić@kbsplit.hr) (KBC Split)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Dječje poteškoće s hranjenjem, posebice one koje su povezane sa senzoričkim poteškoćama, izazov su za stručnjake koji rade u području radne terapije. U radnoj je terapiji terapijski pas sve više prepoznat kao koristan alat za motiviranje djece i poticanje njihove participacije u terapijskom procesu.

PRIKAZ BOLESNIKA

L.B. je dječak u dobi od 3 godine i 7 mjeseci koji je uključen u radnu terapiju s terapijskim psom zbog poteškoća u hranjenju, te su mu u ranijoj dobi definirane senzoričke poteškoće. Terapijski pas, osposobljen za rad s djecom, uključen je u terapiju koja se odvijala jedanputa tjedno tijekom 8 tjedana. Tijekom terapije, terapeut se koristio terapijskim psom kao motivacijskim alatom za poticanje pacijenta na sudjelovanje u aktivnosti vezanoj uz hranjenje. Vidljiv je znatan napredak u području hranjenja, uključujući povećanje prihvaćanja različitih tekstura hrane i smanjenja nelagode i straha povezanih s obrocima.

ZAKLJUČAK

Ovaj prikaz slučaja sugerira da terapijski pas može biti učinkovit motivator u radno terapijskoj intervenciji u djece s poteškoćama hranjenja i senzoričkim poteškoćama. Interakcija s terapijskim psom potiče dječju motivaciju, smanjuje strah i nelagodu i stvara pozitivno okruženje za učenje i razvoj. Terapijski pas pruža podršku djetetu tijekom procesa hranjenja, pomažući mu da prevlada prepreke i stekne nove vještine. Buduća istraživanja trebala bi dalje istražiti primjenu terapijskog psa u radnoj terapiji i evaluirati dugoročne rezultate takvih intervencija.

Tiha ciroza u djevojčice s dizartrijom

Stjepan Herceg (stjepan.herceg13@gmail.com) (Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice), Martina Demaria (martina.demaria2@gmail.com) (Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice), Barbara Perše (barbara.perse@gmail.com) (Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice), Maša Malenica (masa.malenica@kbcsm.hr) (Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice), Orjena Žaja (orjena.zaja@kbcsm.hr) (Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Neurološka prezentacija Wilsonove bolesti (WD) rijetka je u pedijatrijskoj populaciji. Za razliku od jetrene prezentacije, Kayser–Fleischerov prsten gotovo je uvijek prisutan u pacijenata s neurološkom slikom. Dijagnoza WD-a temelji se na kliničkoj slici, slikovnoj i laboratorijskoj obradi (aminotransferaze, ceruloplazmin i kupriurija). Slijedom recentnih smjernica uz potvrdu mutacije nije nužna biopsija jetre.

PRIKAZ BOLESNIKA

Prethodno zdrava, 13-godišnja djevojčica upućena je neuropedijatru zbog dugotrajne dizartrije, hipersalivacije i tremora ruku. Zbog bicitopenije je u drugoj ustanovi načinjena široka hematološka obrada bez potvrde etiologije. Nikad nije imala simptome/znakove jetrene bolesti. Kod prijma je imala duboku bicitopeniju, poremećaj koagulacije, hipoalbuminemiju i vrlo nizak ceruloplazmin. Aminotransferaze su bile neupadljive. Hitnom magnetskom rezonancijom (MR) mozga uočene su simetrične lezije bazalnih ganglija i moždanog debla koje, uz obostrani Kayser–Fleischerov prsten, pobude sumnju na WD. Utrazvučno su utvrđene značajne difuzne promjene jetrenog tkiva uz regenerativne nodule, splenomegaliju i suspektnu portalnu hipertenziju. Dijagnoza WD-a potvrđena je temeljem penicilaminskog testa i homozigotne mutacije H1069Q. Stupanj fibroze jetre određen je FibroScan-om i MR-om abdomena, dok su ezofagogastroduodenoskopijom potvrđeni varikoziteti jednjaka (Baveno I-stupanj). Zbog mogućih nuspojava nije uveden beta-blokator. S obzirom na duboku bicitopeniju, postupno je, uz titraciju, uvedena dvojna terapija reduciranom dozom penicilamina uz cink acetat. Tijekom iduće dvije godine prati se povoljan klinički tijek, smanjenje neuroloških tegoba, bez progresije varikoziteta. Prilikom posljednje hospitalizacije (03/2023) perzistira bicitopenija uz oporavak koagulacije, bez naznaka nuspojava terapije. Neuroradiološki je prisutna jasna kontinuirana regresija lezija (putamen, kaput nuklei kaudati i talamus), dok se ehografski stječe dojam povoljne dinamike promjena jetrenog tkiva.

ZAKLJUČAK

Unatoč cirozi jetre u trenutku postavljanja dijagnoze, naša se pacijentica inicijalno prezentirala isključivo neurološkim simptomima. Suprotno prognozama, dobra kontrola bolesti dovela je do kliničkog poboljšanja i regresije promjena na mozgu i jetri. Ovim prikazom željeli smo podsjetiti na mogućnost 'tihog' razvoja ciroze i otvoriti pitanje uvrštavanja analize aminotransferaza u sistematske preglede zdrave djece.

Trendovi u postavljanju dijagnoze celijakije – kako slijedimo smjernice?

Paola Blagec (blagec.paola@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Vlatka Maretić (vlatka.maretic@gmail.com) (Opća bolnica Dubrovnik), Ana Močić Pavić (amocicpavic@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Mia Šalamon Janečić (miasalamon@hotmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Oleg Jadrešin (oleg.jadresin@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Sanja Kolaček (sanja.kolacek@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Iva Hojsak (ivahojsak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Dijagnoza celijakije postavlja se na temelju smjernica Europskog pedijatrijskog društva za gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu prema kojima je, uz određene uvjete, od 2012. u simptomatskih bolesnika dijagnozu moguće postaviti i bez biopsije, a od 2020. to je moguće i kod asimptomatskih bolesnika.

CILJ

Cilj ovog istraživanja bio je prikazati koliko često dijagnosticiramo celijakiju na temelju biopsije, a koliko na temelju seroloških testova, te koliko je pacijenata dijagnosticiranih na temelju biopsije, moglo biti pošteđeno endoskopije.

METODE I ISPITANICI

U ovo retrospektivno opservacijsko istraživanje uključeni su, od 1.1.2012. do 31.3.2023, svi novodijagnosticirani pacijenti s celijakijom (N=258) Klinike za dječje bolesti Zagreb. Prateći smjernice, određivali smo način na koji je postavljena dijagnoza te, ako je dijagnoza postavljena na temelju biopsije, je li ona mogla biti postavljena bez biopsije i koji su bili razlozi za navedeno.

REZULTATI

U 186 (72%) pacijenata dijagnoza je postavljena na temelju biopsije, a kod 72 (28%) na temelju serologije. U samo 3 pacijenta dijagnosticirana na temelju protutijela, kriteriji za postavljanje dijagnoze nisu bili zadovoljeni. Kod 153 pacijenta prvi nalaz anti-tTG-a bio je 10x iznad granica normale, no kod njih 84 (56%) učinjena je biopsija. Od navedenih, 26 (31%) nije imalo kriterije za postavljanje dijagnoze bez biopsije. Kod ukupno 59 djece (23% od ukupnog broja) dijagnoza se možda mogla postaviti i bez biopsije, iako kod značajno manjeg broja djece nakon 2020. (46 vs 13, $p < 0.01$). Razlozi za ipak učinjenu biopsiju bili su simptomi zbog kojih je inicijalno učinjena endoskopija (79%), te želja roditelja da se dijagnoza potvrdi biopsijom (21%). Od 2020., po izlasku novih smjernica, značajno češće je postavljena dijagnoza bez biopsije ($p < 0.01$).

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

S vremenom, poštujući sve kriterije dijagnostičkih smjernica, značajno češće postavljamo dijagnozu celijakije bez biopsije, ne izlažući pritom dijete endoskopiji samo zbog postavljanja dijagnoze.

Učestalost celijakije u gastroenterološkoj ambulanti kod djece sa simptomima koji upućuju na celijakiju

Tena Matek (zrinjka.misak@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Laura Mayer (mayerlaura007@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Iva Hojsak (ivahojsak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Ana Močić Pavić (amocicpavic@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Oleg Jadrešin (oleg.jadresin@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Mia Šalamon Janečić (miasalamon@hotmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Sanja Kolaček (sanja.kolacek@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Celijakija se može prezentirati različitim simptomima i smjernice Europskog (ESPGHAN) i Hrvatskog (HDPGHP) društva za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu savjetuju testiranje djece s određenim tegobama, ali i asimptomatske djece koja su pod povećanim rizikom.

CILJ

Cilj ovog istraživanja bio je izračunati prevalenciju celijakije među djecom koja su se u gastroenterološkoj ambulanti prezentirala sa simptomima koji upućuju na ovu bolest.

METODE I ISPITANICI

Retrospektivnom studijom obuhvaćeni su svi pacijenti koji su od ožujka 2020. do veljače 2022. prvi puta posjetili pedijatrijsku gastroenterološku ambulantu Klinike za dječje bolesti Zagreb, a uključeni su svi oni koji su imali neki od simptoma: bol u trbuhu, proljev, opstipaciju, nedostatno napredovanje, gubitak na tjelesnoj masi, povraćanje, abdominalnu distenziju i/ili anemiju. Uključeno je 1469 simptomatskih pacijenata, kojima je, sukladno smjernicama ESPGHAN-a i HDPGHP-a, savjetovano serološko testiranje za celijakiju.

REZULTATI

Od ukupno 1469 simptomatskih pacijenata, 1101 pacijent (576 djevojčica, 52%) učinio je savjetovano serološko testiranje i odazvao se na kontrolni pregled. Celijakija je dijagnosticirana u 17 pacijenata (2%) (10 djevojčica, 59%). Najčešće prijavljivani simptom bio je bol u trbuhu (51% sve djece, 47% djece s potvrđenom celijakijom). Nije pronađena značajna razlika u dobi, spolu i broju simptoma među pacijentima kojima je dijagnosticirana celijakija i onih kojima nije. Također, nije bilo značajne razlike u učestalosti pojave boli u trbuhu, povraćanja i proljeva. Međutim, uočena je značajna razlika u pojavnosti abdominalne distenzije i anemije ($p < 0,001$). Celijakija je potvrđena u 10% anemične djece i 6% djece s abdominalnom distenzijom. Nadalje, celijakija je dijagnosticirana u 2% pacijenata s povraćanjem i proljevom te 1% pacijenata s bolovima u trbuhu, opstipacijom, gubitkom na tjelesnoj masi i slabijim napredovanjem.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Učestalost celijakije u djece koja dolaze u gastroenterološku ambulantu sa simptomima koji upućuju na celijakiju jest 2%. Najveći rizik imaju pacijenti kod kojih su zabilježene anemija ili abdominalna distenzija.

Učestalost i utjecaj samoiniciranih eliminacijskih dijeta na nutritivni status i klinički tijek bolesti u djece s kroničnim upalnim bolestima crijeva

Ana Močić Pavić (amocicpavic@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Sara Sila (sara.sila0810@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Zrinjka Mišak (zrinja.misak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Sanja Kolaček (sanja.kolacek@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Iva Hojsak (iva.hojsak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Gubitak tjelesne mase i zastoj rasta dio su kliničke slike u kroničnih upalnih bolesti crijeva (KUBC) u djece i adolescenata, pa je primjena različitih dijeta u ovoj dobnoj skupini posebice rizična. Zasad nije poznato utječe li, i u kojoj mjeri, eliminacijska dijeta na stanje uhranjenosti ili neke specifične nutritivne deficite u oboljele djece.

CILJ

Ciljevi ovog istraživanja bili su procijeniti učestalosti samoiniciranih eliminacijskih dijeta u djece s kroničnim upalnim bolestima crijeva te procijeniti njihov utjecaj na kvalitetu prehrane, nutritivni status i tijek bolesti.

METODE I ISPITANICI

Provedeno istraživanje bila je prospektivna studija istraživanja parova kod novodijagnosticiranih bolesnika u dobi do 18 godina, uspoređenih sa zdravim kontrolama i njihovim prvim srodnicima. Određeni su antropometrijski podaci, nutritivni status, procjena unosa hrane prehrambenim upitnikom i strukturirani upitnik o eliminacijskim dietama.

REZULTATI

Ukupno je uključeno 137-ero ispitanika, od kojih 47 bolesnika s KUBC-om (28 Crohnova bolest, 16 ulcerozni kolitis, 3 neklasificirana) i 90 zdravih kontrola (70 vršnjaka i 20 braće i sestara). U trenutku uključivanja u studiju samo je 5 bolesnika (10,6%) slijedilo neku od eliminacijskih dijeta, dok se na kraju studije taj broj značajno povećao ($n=20$; 47,6%; $p = 0,027$). Nije bilo značajne razlike u nutritivnom statusu i prehrambenom unosu

između bolesnika koji su provodili jednu od eliminacijskih dijeta i onih bez eliminacije na početku i na kraju praćenja. U tijeku studije kod 34% bolesnika došlo je do relapsa bolesti, nijedan ispitanik čimbenik nije se se pokazao značajnim rizikom za pojavu relapsa (uključujući i provođenje eliminacijske dijete, HR 1,333; CI 0,19 – 8,99). O prehrani tijekom trajanja studije savjetovano je 66% svih pacijenata.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Samoincirane eliminacijske dijete nisu česte kod dijagnoze kroničnih upalnih bolesti crijeva, ali njihova se učestalost značajno povećava trajanjem bolesti. Eliminacijske dijete nemaju značajan utjecaj na unos hranjivih tvari i nutritivni status oboljele djece tijekom jednogodišnjeg praćenja, uz uvjet da djeca imaju adekvatan nutricionistički nadzor.

Učinkovitost liječenja sulfasalazinom nakon neuspjeha liječenja mesalazinom u djece s ulceroznim kolitisom

Paola Blagec (blagec.paola@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Ines Blažeković (inesblazekovic@yahoo.com) (Dom zdravlja Zagreb Istok), Ana Močić Pavić (amocicpavic@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Sanja Kolaček (sanja.kolacek@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Iva Hojsak (ivahojsak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Liječenje djece s ulceroznim kolitisom (UC) može biti farmakološko i kirurško. Prema smjernicama Europskog pedijatrijskog društva za gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu (ESPGHAN), 5-aminosalicilati su prva linija liječenja za blagi do umjereni UC. Relaps bolesti uobičajeno zahtijeva povećanje terapije.

CILJ

Cilj ovog istraživanja bio je procijeniti učinkovitost terapije sulfasalazinom u bolesnika koji su na mesalazinu doživjeli relaps, te usporediti sulfasalazin s mesalazinom i azatioprinom koji su primjenjivani nakon prvog relapsa.

METODE I ISPITANICI

Retrospektivno smo, od 2.1.2010. do 31.12.2021., analizirali podatke svih novodijagnosticiranih bolesnika Klinike za dječje bolesti Zagreb. Analizirali smo demografske podatke, lokalizaciju bolesti, laboratorijske nalaze, pedijatrijski indeks aktivnosti ulceroznog kolitisa (engl. PUCAI) pri dijagnozi, na početku svakog relapsa i na kraju praćenja, vrstu terapije pri dijagnozi, prije svakog relapsa i na kraju praćenja, ukupan broj relapsa te trajanje remisije. U istraživanje smo uključili bolesnike koji su bili liječeni mesalazinom te su doživjeli relaps. Uvođenje u remisiju smatralo se uspješnim ako su simptomi regredirali unutar dva tjedna. Terapiju održavanja smatrali smo uspješnom ako je bolesnik mjesec dana nakon uvođenja terapije bio bez simptoma.

REZULTATI

Od 189 novodijagnosticirane djece s UC-om, njih 99 (52%) je zadovoljavalo kriterije za uključanje. Medijan dobi uključenih bolesnika bio je 12,8 (0,45 SD) godina, a njih 56 (57%) bili su muškog spola. Kod 35 (35%) bolesnika je nakon relapsa uveden sulfasalazin. Remisija bolesti postignuta je u 28 (80%) bolesnika, od kojih 19 (54%) nije doživjelo relaps sljedećih 12 mjeseci. Bolesnici u kojih je uveden sulfasalazin imali su opsežniju bolest i viši indeks aktivnosti pedijatrijskog ulceroznog kolitisa od bolesnika kod kojih je nastavljen mesalazin. Navedeni parametri bili su niži u bolesnika kojima je uveden azatioprin. Razdoblje bolesti bez relapsa bilo je jednako kod svih ispitanika, tj. neovisno o vrsti terapije ($p=0,182$).

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Za djecu s blagim do umjerenim UC-om liječenje sulfasalazinom moglo bi biti terapijska opcija, čak i ako su na mesalazinu doživjeli relaps.

Učinkovitost obiteljskog probira na celijakiju – rezultati prospektivne studije

Mario Mašić (mmas2@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Ante Mazalin (amazalin1@gmail.com) (Dom zdravlja Petrinja, Sisačko-moslavačko županija), Oleg Jadrešin (oleg.jadresin@gmail.com) (Referentni centar za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Iva Hojsak (ivahosjak@gmail.com) (Referentni centar za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb; Medicinski fakultet, Sveučilište Josip Jurja Strossmayera Osijek; Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Ana Močić Pavić (amocicpavic@gmail.com) (Referentni centar za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Mia Šalamon Janečić (miasalamon@hotmail.com) (Referentni centar za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb), Sanja Kolaček (sanja.kolacek@gmail.com) (Referentni centar za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb; Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Referentni centar za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje prehrane, Klinika za dječje bolesti Zagreb; Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Prevalencija celijakije u srodnika u prvom koljenu razlikuje se među zemljama i kreće se između 5 i 20%, od čega je većina dijagnosticiranih bolesnika asimptomatska.

CILJ

Cilj istraživanja bio je utvrditi prevalenciju celijakije u prvih srodnika oboljelih od celijakije.

METODE I ISPITANICI

Proveli smo prospektivno istraživanje od siječnja 2005. do travnja 2021. godine, tijekom kojega smo 251 bolesniku dijagnosticirali celijakiju. Od toga je u njih 28 pronađena obiteljskim probirom prethodno dijagnosticiranih bolesnika te su izostavljeni iz analize. Isključeno je 21 dijete zbog nepoznate obiteljske anamneze ili prekida praćenja u ustanovi. Konačno, u istraživanje je uključeno ukupno 202 bolesnika i njihovih obitelji. Prema važećim smjernicama, prvim je srodnicima preporučena HLA (humani leukocitni antigen) tipizacija te serološko testiranje.

REZULTATI

Ukupan broj članova obitelji bio je 634 (bez bolesnika), od kojih je probirom obuhvaćen 251 član (40%). U njih 224 (35%) učinjena je HLA tipizacija, a u 27 osoba (4%) učinjeno je samo serološko testiranje. Konačno, 51 kompletna obitelj (25%) obuhvaćena je HLA probirom: 5 obitelji prije 2012. (8%) i 46 nakon 2012. (32%), $p < 0,01$. Preporučeni probir nije učinjen u 56 obitelji (27%); u 37 (18%) probir nije preporučen, a u ostalih (30%) učinjen je djelomično, tj. samo u nekih članova obitelji. Iako se udio obitelji koje nisu dobile pismenu preporuku za probir smanjio nakon 2012. godine, razlika nije statistički značajna ($p > 0,05$). Dijagnoza celijakije postavljena je u 23 člana obitelji (4% svih članova obitelji, 9% obuhvaćenih probirom), 9 prije i 14 nakon 2012.; $p > 0,05$. Celijakija je definitivno isključena u 14% članova obitelji, tj. u HLA-DQ2 i DQ8 negativnih osoba.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

U našoj studiji, u 9% je članova obitelji obuhvaćenih probirom postavljena dijagnoza celijakije. Zbog visokog rizika za razvitak bolesti, preporuka o probiru ne smije izostati, a potrebno je dodatno motivirati članove obitelji da dovrše probir na celijakiju.

Uloga brzog *point-of-care* testa u probiru na celijakiju među studentskom populacijom

Mario Mašić (mASIC2@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Domagoj Buljan (domagoj.buljan23@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Iva Hižar Gašpar (Ivahizar@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Tena Matek (tena.matek@hotmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Laura Mayer (mayerlaura007@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Antonija Mrla (amrla@sfzg.hr) (Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Maja Pučić (pucicmaja@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Domagoj Šarić (dodsaric@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Duje Škaričić (skariciduje@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Prevalencija celijakije u europskoj populaciji iznosi približno 1%, a podatci o prevalenciji u Hrvatskoj oskudni su te prema dostupnoj literaturi iznose od 0,2 – 0,5%.

CILJ

Cilj istraživanja bio je odrediti prevalenciju celijakije uporabom brzog „point-of-care“ testa (POCT) među studentskom populacijom.

METODE I ISPITANICI

Kao pilot-istraživanje u sklopu Interreg DTP CD SKILLS projekta organizirano je dobrovoljno testiranje studenata na trima lokacijama u gradu Zagrebu. U svrhu probira upotrijebljen je imunokromatografski *lateral-flow* test (Biocard Celiac Test), dizajniran za detekciju imunoglobulin A (IgA) protutijela protiv tkivne transglutaminaze (anti-tTG) iz pune kapi krvi. Ispitanici su prije testiranja ispunili anamnestički upitnik kako bi utvrdili postojanje tegoba, pridružene bolesti i obiteljsku anamnezu na celijakiju. Ranije dijagnosticirana celijakija i prehrana bez glutena bile su isključujući kriterij za testiranje.

REZULTATI

U istraživanje je uključeno 711 ispitanika (75% ženski spol) srednje dobi 22 godine. Od ukupnog broja, 22% je ispitanika bilo bez tegoba. U simptomatskih ispitanika, najčešći simptom bio je osjećaj nadutosti (58%), zatim recidivirajući bolovi u abdomenu (43%), kronični umor (41%), opstipacija (21%), recidivirajuće afte (16%), anemija (7%), kronični proljev (7%) te recidivirajuće povraćanje (3%). Srodnika oboljelog od celijakije u prvom koljenu imalo je 3% ispitanika. Od pridruženih bolesti, 5% ispitanika boluje od autoimunskog poremećaja štitnjače, 0,6% od dijabetesa te 0,4% od izoliranog nedostatka IgA protutijela. Konačno, dva ispitanika (0,28%) imala su pozitivan POCT te su upućeni na daljnju gastroenterološku obradu (serologija, endoskopija s biopsijom tankoga crijeva) kojom im je dijagnosticirana celijakija. Oba su ispitanika imala simptome (nadutost, kronični umor i opstipacija vs. recidivirajuće afte i nadutost).

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Prevalencija celijakije u našem istraživanju iznosi 0,28% ili 1 : 355 studenata. Međutim, kako je više od tri četvrtine ispitanika imalo simptome koji upućuju na celijakiju, moguće je da su studenti koji imaju gastrointestinalne tegobe bili motiviraniji sudjelovati u probiru te da bi stvarna prevalencija u ovoj populaciji mogla biti niža od dobivene.

Uporaba teduglutida u djece sa sindromom kratkoga crijeva

Iva Hojsak (ivahojsak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Višnjica Kerman (visnjicakerman@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Mirjana Prugo (mprugo@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Anuka Torić (parenteralna@kdb.hr) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Marko Mesić (mrkmestic@yahoo.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Sanja Kolaček (sanja.kolacek@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Sindrom zatajenja crijeva jest stanje u kojem je masa ili funkcija crijeva nedostatna za održanje života, rast i razvoj, a najčešći mu je uzrok sindrom kratkoga crijeva. Stoga sva djeca koja imaju zatajenje crijeva nužno trebaju parenteralnu prehranu (PN). Konačan cilj je svakako osigurati crijevnu autonomiju, odnosno potrebno je provesti intestinalnu rehabilitaciju. U posljednjih je nekoliko godina po prvi puta dostupna i terapija koja potiče crijevnu adaptaciju, teduglutid. Teduglutid je analog glukagon-like peptida 2 (GLP2).

CILJ

Cilj je bio evaluirati učinak primjene teduglutida u djece sa sindromom zatajenja crijeva.

METODE I ISPITANICI

Učinjena je retrospektivna analiza podataka za bolesnike koji boluju od sindroma kratkoga crijeva te kojima je uvedena terapija teduglutidom.

REZULTATI

Tijekom dvogodišnjeg razdoblja 6 je bolesnika primilo teduglutid; medijan dobi 30 mjeseci (12 – 170 mjeseci), 83% dječaka. Troje djece (50%) imalo je sindrom kratkoga crijeva zbog kongenitalne atrezije, a troje djece (50%) zbog voluvulusa u ranoj dobi. Prije primjene teduglutida sva su djeca primala stabilnu količinu PN-a koja je iznosila u prosjeku 78 (50 – 100) ml/kg/dan, odnosno 42 (30 – 60) kcal/kg/dan. Prije započinjanja teduglutida sva su djeca primala PN sedam dana u tjednu. Četvero djece praćeno je dulje od 6 mjeseci te je zamijećen značajan pad u primijenjenoj količini (srednja vrijednost 56 ml/kg/dan), energetske vrijednosti (27 kcal/kg/dan) te broju dana primjene (medijan 5 dana). Došlo je i do porasta u Z-vrijednostima tjelesne mase za dob (-1,5 SD na -0,7 SD) i tjelesne visine za dob (-1,1 na -0,9 SD).

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Teduglutid se pokazao kao uspješna terapija u smanjenju potreba za parenteralnom prehranom u djece sa sindromom kratkoga crijeva.

Uspješnost individualiziranog kombiniranog terapijskog pristupa u djece s tvrdokornom opstipacijom i/ili inkontinencijom stolice nakon kirurške korekcije anorektalnih malformacija

Alemka Jaklin Kekez (alemkajk@gmail.com) (Poliklinika za dječje bolesti Helena), Tatjana Lesar (tatjana.lesar@gmail.com) (Poliklinika za dječje bolesti Helena), Andrea Cvitković Roić (andreack@workmail.com) (Poliklinika za dječje bolesti Helena), Lana Omerza (lanamadercic@yahoo.com) (KBC Rebro), Duška Tješić-Drinković (duska.td@gmail.com) (KBC Rebro), Marko Mesić (mrkmestic@yahoo.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Tomislav Luetić (luetict@gmail.com) (KBC Rebro), Stanko Čavar (stankocavar1@gmail.com) (KBC Rebro), Goran Roić (goran.roic@kdb.hr) (Klinika za dječje bolesti Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Opstipacija i inkontinencija stolice najčešće su dugotrajne komplikacije nakon kirurške korekcije anorektalnih malformacija (ARM) i javljaju se u 30 – 56% djece. Djeca s niskim ARM-om ispod pubokokcigealne linije češće su opstipirana, a visoke ARM-e češće vode inkontinenciji stolice.

CILJ

Pokazati kakva je uspješnost individualizirane kombinirane konzervativne terapije u postizanju voljne regulacije stolice u djece s tvrdokornom opstipacijom i/ili inkontinencijom nakon kirurški korigiranih ARM-a, a koja su u dobi očekivane kontrole sfinktera.

METODE I ISPITANICI

Retrospektivno su analizirani podaci djece s tvrdokornom opstipacijom i/ili inkontinencijom stolice nakon korekcije ARM-a u kojih je provedena konzervativna terapija u Poliklinici Helena od 1/2018. do 12/2022. Riječ je o najtežim pacijenatima koji su prethodno već tretirani dijetetskim mjerama, laksativima, supozitorijima i klizmama, ali bez uspjeha. Po završenoj dijagnostičkoj evaluaciji, provodila se individualizirana terapija kombiniranjem ranijih i dodatnih mjera: toaletni trening, *biofeedback*, vježbe mišića zdjelice, Giger terapija, neuromodulacija.

REZULTATI

U navedenom razdoblju liječeno je 34 djece (16 djevojčica, 18 dječaka) u dobi 4 – 16 godina, koja nisu uspjela postići regulaciju stolice. Opstipaciju je imalo 13 pacijenata (38,2%), njih 11 (84,6%) i retencijsku inkontinenciju. Većina je opstipiranih (76,9%) bila iz grupe s niskim ARM-om. Neretencijsku inkontinenciju je imalo 21 (61,8%), većina s visokim ARM-om (66,7%). Većina djece (80%) imala su i pridružene anomalije sakrokokcigealne regije i/ili mokraćnog sustava. Prosječna dob započinjanja terapije bila je 7,68 godina, a prosječno trajanje terapije 24,88 mjeseci. Potpunu voljnu regulaciju stolice uspostavilo je 50% djece, od kojih većina (64,7%) sa niskim ARM-om. Poboljšanje regulacije stolice postiglo je 29,4% djece. U 20,6% djece nije postignut nikakav terapijski uspjeh, među njima je većina (57,1%) imala visoke ARM-ove i pridružene malformacije.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Individualizirano konzervativno liječenje opstipacije i/ili inkontinencije stolice u djece operirane zbog ARM-a, u centru koji je za to timski specijaliziran, pokazalo se učinkovitim u većine djece. Bolji uspjeh postignut je u djece s niskim ARM-om, što odgovara podacima iz literature.

Utjecaj prehrane na prevalenciju funkcijskih poremećaja probavnog sustava u učenika osnovnih škola u Republici Hrvatskoj

Ivana Trivić Mažuranić (ivana.trivic.0@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Sara Sila (sara.sila0810@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Mario Mašić (mmasic2@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Lucija Marić (lucijamaric2@gmail.com) (Hrvatski akademski centar primijenjenog nutricionizma), Ana Radunić (ana.radunic.kdb@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Tena Niseteo (tniseteo@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Marija Radonić (radonic.marija@gmail.com) (Opća bolnica Dubrovnik), Iva Hojsak (ivahojsak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Sanja Kolaček (sanja.kolacek@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Izvorni rad

UVOD

Etiologija funkcijskih poremećaja probavnog sustava nije razjašnjena. Povećani unos FODMAP-a (fermentabilni oligosaharidi, disaharidi, monosaharidi i polioli) jedan je od mogućih okidača tegoba. S druge strane, pridržavanje mediteranske prehrane smatra se blagotvornim u prevenciji i liječenju brojnih kroničnih bolesti.

CILJ

Cilj istraživanja bio je procijeniti utjecaj konzumacije FODMAP-a i pridržavanja mediteranske prehrane na prevalenciju funkcijskih poremećaja gastrointestinalnog sustava.

METODE I ISPITANICI

Prosječno istraživanje provedeno je tijekom 2019. i 2020. godine među učenicima hrvatskih osnovnih škola. U ispitanika su prikupljeni demografski podaci, a prevalencija funkcijskih poremećaja probavnog sustava utvrđena je uporabom QPGS-RIV upitnika, zasnovanog na četvrtim Rimskim kriterijima. Analizirani su trodnevni dnevni prehrane radi uvida u dnevni unos FODMAP-a, dok je pridržavanje mediteranske prehrane procijenjeno uporabom KIDMED upitnika.

REZULTATI

U istraživanje je uključen ukupno 841 ispitanik (skupina A, dob 6 do 10 godina, 469 ispitanika; skupina B, dob 11 do 18 godina 372 ispitanika; 54% djevojčica). Ukupna prevalencija funkcijskih poremećaja probavnog sustava iznosila je 21,1%, pri čemu su najčešći poremećaji bili funkcijska opstipacija (5,6 %), dispepsija (5,6 %),

postprandijalni distress sindrom (5,3%) i sindrom iritabilnog crijeva (1,3%). Unos FODMAP-a iznosio je $30,68 \pm 13,16$ g/dan u skupini A, te $27,18 \pm 12,29$ g/dan u skupini B. Dnevni unos FODMAP-a nije bio povezan s pojavnošću funkcijskih poremećaja probavnog sustava (skupina A: $r = -0,014$, $p = 0,807$; skupina B: ($r = -0,088$, $p = 0,100$). Pridržavanje mediteranske prehrane u objema je skupinama procijenjeno kao umjereno; s prosječnim KIDMED rezultatom $5,06 \pm 2,20$ u skupini A, odnosno $5,19 \pm 2,34$ u skupini B. Utvrđena je značajna negativna korelacija između mediteranske prehrane i postojanja funkcijskog poremećaja probavnog sustava u djece u dobi od 11 do 18 godina ($r = -0,135$, $p = 0,011$). U skupini A korelacija nije bila statistički značajna ($r = -0,033$, $p = 0,577$).

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Zaključno, prevalencija funkcijskih poremećaja probavnog sustava nije povezana s konzumacijom FODMAP-a, ali naši rezultati upućuju na mogući zaštitni učinak pridržavanja mediteranske prehrane na pojavnost funkcijskih poremećaja u djece u dobi 11 – 18 godina.

Zašto je potrebno pratiti djecu s povećanim rizikom za celijakiju i nakon što su jednom imali negativan rezultat probira? – prikaz četiriju pacijenata

Melani Kain (meelica.55@gmail.com) (Dom zdravlja Sisačko-moslavačke županije), Sanja Kolaček (sanja.kolacek@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb), Zrinjka Mišak (zrinjka.misak@gmail.com) (Klinika za dječje bolesti Zagreb)

Format sažetka za liječnike: Prikaz bolesnika

UVOD

Povećan rizik za nastanak celijakije imaju bliski članovi obitelji oboljelih od celijakije, bolesnici s autoimunim bolestima jetre i štitnjače te bolesnici sa sindromom Down, Turner i Williams. Cilj je prikazati četiri pacijentice praćene zbog povećanog rizika za razvoj celijakije, kojima je, iako su u početku imale negativan probir, kasnije postavljena dijagnoza celijakije u Klinici za dječje bolesti Zagreb.

PRIKAZ BOLESNIKA

Prve su tri bolesnice praćene zbog pozitivne obiteljske anamneze, a četvrta zbog sindroma Down. Svima je određen HLA DQ heterodimer, koji je bio pozitivan. 1. Prvi je serološki probir u dobi od 1,5 godine bio negativan. Praćena tijekom 8 godina, protutijela (na prehrani s glutenom) ponavljano negativna. U dobi 10 godina, anti-tTG-IgA pozitivan, na biopsiji sluznice tankog crijeva Marsh 3A lezija i postavljena je dijagnoza celijakije. 2. U dobi od 16 mjeseci, zbog sniženog IgA i povišenog IgG DGP, učinjena biopsija tankoga crijeva koja je pokazala infiltrativnu leziju – nedovoljno za dijagnozu celijakije i nastavljena je prehrana s glutenom. Nakon 6 mjeseci porasla su ponovljena protutijela (DGP-IgG i tTG-IgA), ponovljena biopsija sluznice pokazala je Marsh 3B leziju u skladu s celijakijom. 3. Prvi probir učinjen u dobi od 3 godine bio je negativan. U dobi od 8 godina (cijelo vrijeme na prehrani s glutenom) anti-tTG-IgA visoko pozitivan, $>10x$ od gornje granice normale, u drugom uzorku pozitivan EMA te je postavljena dijagnoza celijakije. 4. U dobi od 3 godine probir je bio negativan i nastavljeno je praćenje i prehrana s glutenom. Nakon 2 godine, anti-tTG $>10x$ od gornje granice normale uz pozitivan EMA u drugom uzorku i postavljena je dijagnoza celijakije.

ZAKLJUČAK

Ovim prikazom slučaja pokazali smo da inicijalno negativni nalazi za celijakiju u djece s povećanim rizikom za razvoj celijakije ne znače da je celijakija isključena, već da se ona može javiti i kasnije tijekom života zbog čega je takve bolesnike nužno pratiti.