

Hijatalna hernija i nenapredovanje na težini u dvogodišnjeg dječaka

Hiatal hernia and failure to thrive in a 2-year-old boy

Tamara Petrić, Irena Barbarić*

SAŽETAK. Cilj: Nenapredovanje na težini mogu uzrokovati razna stanja, a klinička slika vrlo je raznolika. Najčešći uzrok je malapsorpcija, dok su ostali uzroci vrlo rijetki. Cilj ovog prikaza je istaknuti važnost uobičajenog dijagnostičkog postupka kod malapsorpcijskog sindroma. **Prikaz slučaja:** Prikazali smo slučaj trinaestomjesečnog dječaka sa simptomima gastrozofagealne refluksne bolesti i nenapredovanja na težini. Laboratorijski su nalazi pokazali anemiju, endoskopija gornjeg dijela probavnog sustava krvarenje iz želučanog vrijeda u hijatalnoj herniji, a kontrastna radiološka pretraga potvrdila je hijatalnu herniju. Unatoč antiulkusnom liječenju i hiperkalorijskoj prehrani djeteta nije napredovalo na težini. Učinjena je uobičajena dijagnostička obrada i dokazana celijakija. **Rasprava:** Hijatalna hernija u dječjoj dobi vrlo je rijetka i najčešće asimptomatska. U djece sa simptomima koristi se medikamentozno liječenje. Paraezofagealna hernija je rijedak tip hijatalne hernije, a uz nju su češće komplikacije poput volvulusa i inkarceracije. Celijakija je čest malapsorpcijski sindrom (1%). Očituje se nenapredovanjem na težini i tipično se javlja u ranoj dječjoj dobi. Jedino uspješno liječenje jest doživotna bezglutenska dijeta. **Zaključak:** Budući da je celijakija jedan od najčešćih uzroka nenapredovanja na težini u dječjoj dobi, ističemo važnost uobičajenih dijagnostičkih testova u sve hipotrofične djece unatoč prisustvu nekog drugog uzroka.

Ključne riječi: hijatalna hernija, malapsorpcijski sindrom, nenapredovanje na težini

SUMMARY. Aim: Failure to thrive constitutes a broad spectrum of diseases with multiple etiologies and a variety of clinical manifestations. The most common cause is malabsorption while other causes are very rare. The aim of this report is to emphasise the importance of usual diagnostic approach. **Case report:** We present a 13 month old boy with symptoms of gastroesophageal reflux disease and failure to thrive. Laboratory findings showed anaemia, upper endoscopy active bleeding from acute ulcer in hiatal hernia and X-ray study confirmed hiatal hernia. Despite drug therapy and hypercaloric nutrition he did not gain weight. We performed usual diagnostic procedure and confirmed coeliac disease. **Discussion:** Hiatal hernia in children is very rare and usually asymptomatic. Children with symptoms respond well to drug therapy. Paraesophageal hernia is very rare but with more complications such as volvulus and incarceration. Coeliac disease is the most common cause of malabsorption in children (1%). The typical symptom is failure to thrive because of gluten ingestion and the only therapy is life long gluten free diet. **Conclusion:** As coeliac disease is a very common cause of failure to thrive in children, it is important to perform usual diagnostic tests in every hypotrophic child in spite of presence of other possible causes.

Key words: failure to thrive, hiatal hernia, malabsorption syndrome

Odjel za dječju nefrologiju i gastroenterologiju,
Klinika za dječje bolesti,
Klinički bolnički centar Rijeka

Primljeno: 20. 1. 2009.
Prihvaćeno: 17. 4. 2009.

Adresa za dopisivanje:
*Doc. dr. sc. Irena Barbarić, dr. med.,
Odjel za dječju nefrologiju i gastroenterologiju,
Klinika za dječje bolesti, KBC Rijeka,
Istarska 43, 51 000 Rijeka
e-mail: irena.barbaric@gmail.com

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

UVOD

Nenapredovanje na težini jedan je od češćih povoda dijagnostičkoj obradi u pedijatrijskoj gastroenterologiji. Najčešće uzroke obuhvaća malapsorpcijski sindrom, a to je skupina bolesti s poremećenom apsorpcijskom funkcijom tankog crijeva.

Karakterističan je zastoj na težini koji se javlja nakon uvođenja određene hrane koja uzrokuje oštećenje crijeva, a ako se uzrok ne ukloni djeca usko-

Otkrivanje uzroka nenapredovanja na težini tek je početak brige za bolesnika. Osim liječenja i kontrole kalorijskog unosa, treba redovito pratiti tjelesnu visinu i masu i vrijednosti unositi u percentilne dijagrame. Tek kada dijete dosegne primjerenu težinu i visinu za svoju dob, možemo zaključiti da je dijagnostički i terapijski postupak završen.

ro počinju zaostajati i u rastu. Osim alergogene hrane i glutena, ostali su organski uzroci nenapredovanja na težini vrlo rijetki.

PRIKAZ SLUČAJA

Dječak u dobi od trinaest mjeseci hospitaliziran je na našem odjelu zbog pogoršanja recidivnih, grčevitih bolova u abdomenu i slabijeg napredovanja na težini. Rođen je nakon druge, uredne trud-

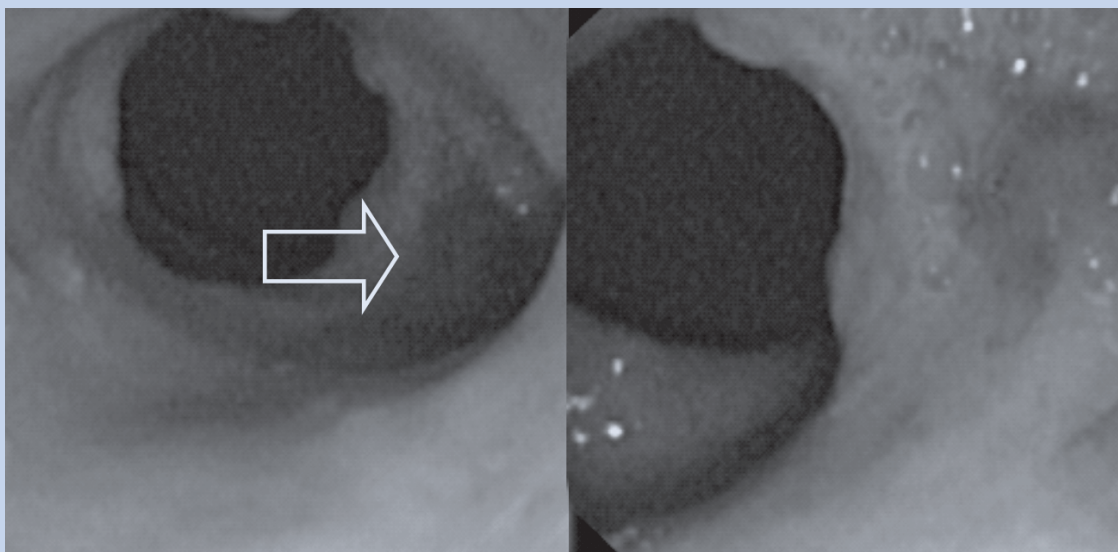
noće nesrodnih roditelja, iz poroda u terminu, glavicom, PT 2420g, PD 45 cm, API 10/10. Redovito je cijepljen, antirahitična profilaksa je provedena, a psihomotorni razvoj je uredan. Obiteljska i epidemiološka anamneza su uredne.

Dječak je od rođenja slabijeg apetita i slabije napreduje na težini, uz često bljućkanje i povraćanje te je postavljena sumnja na gastroezofagealnu refluksnu bolest. U devetom mjesecu života imao je jake bolove u abdomenu i jednokratno je povratio smeđi sadržaj. Bolovi su se ponovno javili dva dana pred prijam u obliku cjelonoćnih grčeva pa je upućen na bolničko liječenje.

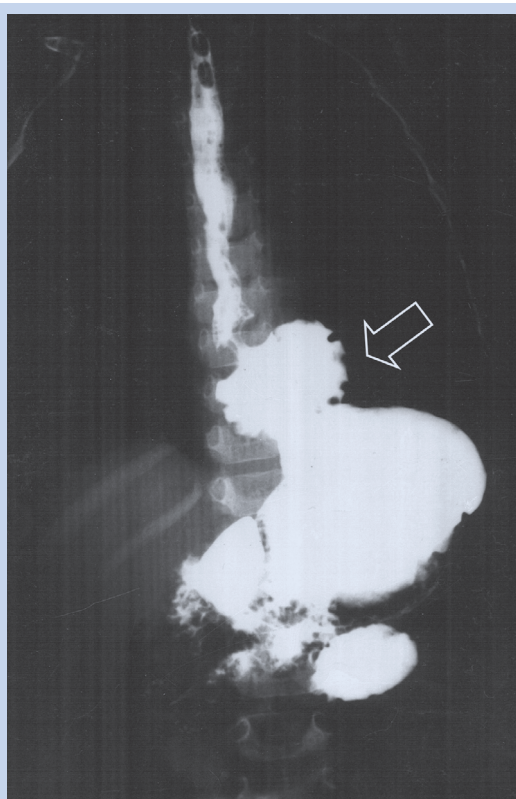
Kod prijama je pri svijesti, blijede kože i vidljivih sluznica, subfebrilan, malaksao, hipotrofičan TT 8500g ($p < 5$), TV 80 cm ($p 5$). Ostali nalazi u fizikalnom i neurološkom statusu uredni.

Laboratorijski nalazi kod prijama ukazuju na mikrocitnu anemiju (Hb 78, Htc 0.24, MCV 59.9) uz uredne ostale biokemijske nalaze, uključujući i upalne parametre.

Po prijamu dječak počinje povraćati hematinski sadržaj, a pogoršanje krvne slike upućuje na krvarenje (Hb 67, Htc 0.22, MCV 61, Rtc 0.018). Premješta se u Jedinicu intenzivnog liječenja, dobije transfuziju eritrocita, a započinje se s inhibitorima protonске pumpe parenteralno (pantoprazol). Postupno se stanje djeteta stabilizira, a prestaje i drenaža na nazogastričnu sondu, pa se premješta na naš odjel.



Slika 1. Endoskopski nalaz hijatalne hernije s vrijedom
Figure 1. Endoscopic view of hiatal hernia with ulcer



Slika 2. Kontrastna radiološka pretraga gornjeg dijela probavnog trakta pokazuje hijatalnu herniju
Figure 2. Contrast radiographic study of upper gastrointestinal tract showing hiatal hernia

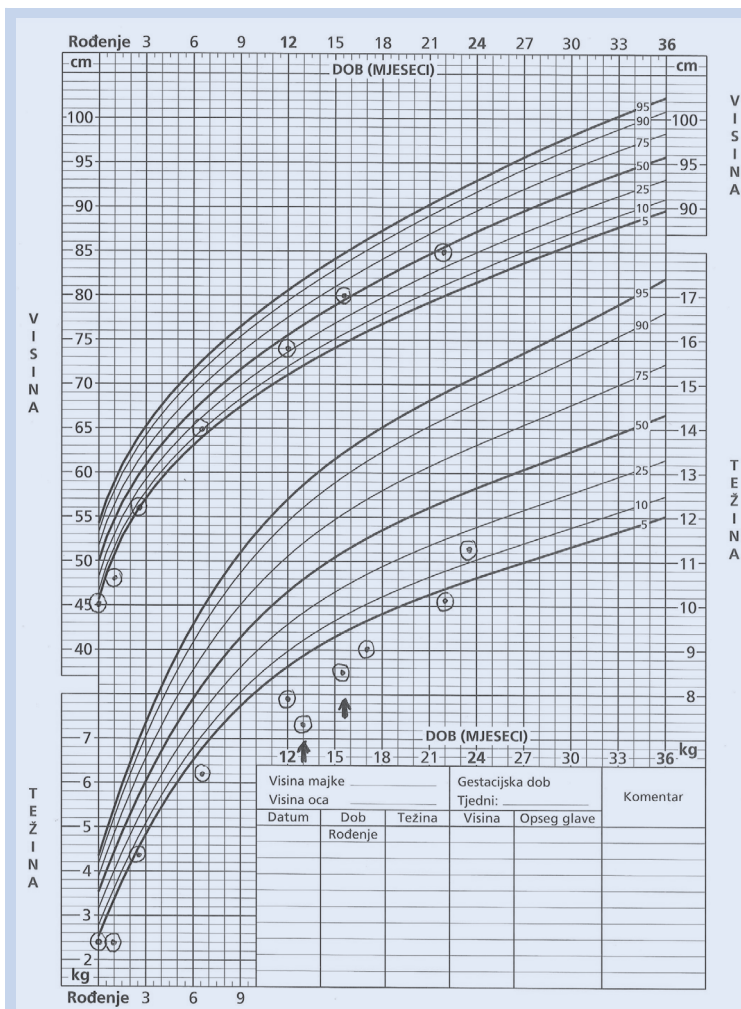
U daljnjem tijeku boravka učinjena je ezofagogastroduodenoskopija (EGDS) (slika 1) i kontrastna radiološka pretraga gornjeg dijela probavnog sustava (slika 2) koja pokazuje hijatalnu herniju i stanje po krvarećem ulkusu u njoj. Kontrolni laboratorijski nalazi krvi su uredni, a i kontrolna EGDS pokazuje zacijeljenu sluznicu. U dogovoru s dječjim kirurgom dogovoreno je konzervativno liječenje pa se dijete otpušta kući uz preporuku nastavka liječenja inhibitorima protonske pumpe (pantoprazol). Zbog nedovoljne tjelesne težine uz uobičajenu hranu uveden je i hiperkalorijski pripravak.

Dječaka je redovito kontrolirao pedijatar u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i na našoj klinici. Unatoč odsustvu probavnih simptoma, boljem apetitu i primjerenom kalorijskom unosu, dječak i dalje nije dobivao na težini pa se učinila uobičajena gastroenterološka obrada za ostale uzroke nenapredovanja na težini. Nađene su povišene vrijednosti protutijela na tkivnu transglutaminazu (anti-tTG

IgA) pa je učinjena biopsija sluznice tankog crijeva koja je pokazala atrofiju crijevnih resica. Tako je postavljena dijagnoza celijakije i uvedena je bezglutenska prehrana, na što je dječak konačno počeo napredovati na težini (slika 3).

RASPRAVA

Prikazali smo trinaestomjesečnog dječaka s paraezofagealnom hernijom koja je u dječjoj dobi vrlo rijetka i u većini slučajeva stečena. Budući da je dječak od rođenja imao simptome gastroezofagealnog refluksa i nije napredovao na težini pretpostavljeno je da je tomu uzrok upravo hernija. Na-



Slika 3. Percentilni dijagram za visinu i težinu. Strelice pokazuju početak antiulkusnog liječenja i uvođenja hiperkalorijskih pripravaka u prehranu u dobi od 13 mjeseci, te uvođenje bezglutenske prehrane u dobi od 16 mjeseci, nakon čega je prirast na težini primjeren.

Figure 3. Percentile diagram for height and weight. Arrows show introduction of antiulcer therapy and hypercaloric products in age of 13 months and introduction of gluten free diet in age of 16 months after which he started to gain weight properly.

kon provedenog liječenja uz primjereni kalorijski unos dječak i dalje nije napredovao na težini, te smo nastavili gastroenterološku obradu. Kako je malapsorpcijski sindrom čest uzrok nenapredovanja, u obzir je uzeta i celijakija i provedena je odgovarajuća dijagnostika (serološki test i biopsija crijevne sluznice). Iako bioptički nalaz nije tipičan za celijakiju (Marsh tip 1), dječaku je postavljena dijagnoza celijakije na osnovi seroloških nalaza, a zbog njihove visoke specifičnosti i osjetljivosti.

Celijakija je kronična bolest s mogućim komplikacijama u kasnijoj dobi, te je rana dijagnoza bitna radi njihove prevencije. Incidencija celijakije u svijetu je u porastu i treba je uzeti u obzir u sve djece koja ne napreduju na težini.

Nakon uvođenja bezglutenske prehrane dječak je počeo napredovati na težini pa je dijagnoza celijakije potvrđena.

HIJATALNA HERNIJA

Hijatalna hernija predstavlja prolaps želuca u prsnu šupljinu kroz otvor (*hiatus*) u ošitu. Incidencija raste s dobi. U odrasloj populaciji je najčešće stečena i nađe su u oko 10% odraslih, dok je u djece daleko rjeđa i uglavnom kongenitalna¹. Kongenitalne hernije se većinom javljaju sporadično, a u nekim slučajevima se nasljeđuju autosomno – dominantno². Prevalencija u novorođene djece iznosi 1 : 3.000³.

Postoje tri tipa hijatalne hernije. Najčešća je klizna hijatalna hernija u kojoj abdominalni sadržaj prolazira u torakalnu šupljinu, uključujući i ezofagogastrični spoj. Taj tip udružen je sa simptomima gastroezofagealnog refluksa. U pedijatriji je hijatalna hernija sinonim za kliznu herniju⁴.

Drugi oblik je paraezofagealna hernija kod koje nema pomaka ezofagogastričnog spoja u torakalnu šupljinu, a uz nju se češće javljaju komplikacije kao volvulus i inkarceracija. Paraezofagealna hernija predstavlja oko 3.5 – 5% svih dijafragmalnih hernija dječje dobi, te je oko 4 puta češća u djece ženskog spola^{5,6}.

Treći oblik je kombinacija dvaju prethodnih, a češći je od paraezofagealne hernije.

Klinička slika ovisi o tipu hernije i eventualnim komplikacijama. Najčešće su asimptomatske, te se slučajno otkrivaju na osnovi rutinske rendgenske snimke grudnih organa. Posteriorno smještene hernije mogu biti asimptomatske čak i ako su jako velike⁷.

U simptomatskih bolesnika najčešći simptom je recidivno povraćanje⁷. Ostali simptomi su bol i pečenje u epigastriju, mučnina, disfagija i regurgitacija, a moguće su i rekurentne respiratorne infekcije i anemija zbog krvarenja^{1,5}. Sve te simptome često prati nenapredovanje na težini. Ukoliko navedeni simptomi nisu na vrijeme prepoznati, postoji veća mogućnost da će dijete razviti respiratorne ili gastrointestinalne komplikacije⁷.

Dijagnoza se potvrđuje pomoću kontrastne radiološke pretrage, endoskopije i kompjutorizirane tomografije. Manometrija, 24-satna pH-metrija i scintigrafija želuca koriste se u preoperativnoj evaluaciji¹.

Terapija je najčešće konzervativna. Sastoji se od suzbijanja simptoma gastroezofagealnog refluksa (inhibitori protonske pumpe, antacidi) te poduzimanja općih mjera poput uzimanja češćih i manjih obroka i jedenja u sjedećem položaju. Otprilike 70% hijatalnih hernija izliječi se uspješno medikamentoznom terapijom⁸. Bolesnici koji nemaju odgovor na ovakvo liječenje upućuju se na kirurški zahvat⁶.

CELIJAKIJA

Celijakija je kronična imunološki posredovana bolest crijeva uzrokovana netolerancijom na gluten, bjelančevinu iz pšenice, ječma i raži, a javlja se u genetski predisponiranih osoba⁸. Imunološka reakcija dovodi do oštećenja sluznice tankoga crijeva, što za posljedicu ima malapsorpciju. Prevalencija ove bolesti u općoj populaciji iznosi oko 1%¹⁰. Bolest se može javiti u bilo kojoj dobi, ali se najčešće otkriva nakon prestanka dojenja i uvođenjem žitarica u prehranu, kada se prezentira tipičnom kliničkom slikom (distenzijom abdomena, kroničnim proljevom, abdominalnim bolom, razdražljivošću i nenapredovanjem na težini). Netipični simptomi javljaju se u kasnijoj dječjoj dobi, a u kliničkoj slici dominiraju niski rast, anemija nepoznatog uzroka, zakašnjeni pubertet ili kožne promjene¹¹.

Sumnja na celijakiju postavlja se na temelju kliničke slike i pozitivnog nalaza specifičnih protutijela, uz pozitivan nalaz biopsije crijevne sluznice¹².

Specifična protutijela koja se rutinski određuju jesu: antiglijadinska protutijela (AGA), antiendomizijska protutijela (EMA), te protutijela na tkivnu transglutaminazu (tTG). S obzirom na pouzdanost, učestalost i cijenu, mjerenje IgA protutijela na tTG preporučuje se za inicijalno testiranje na celijakiju¹⁰.

Uzorak sluznice uzima se endoskopski, a histološki nalaz biopata standardizira se prema Marshovim kriterijima¹¹.

Liječenje celijakije provodi se strogo doživotnom bezglutenskom prehranom. Osobe s kliničkom slikom malapsorpcijskog sindroma često trebaju i dodatno liječenje vitaminima i mineralima te hiperkalorijskim pripravcima¹².

Što se ranije uključi gluten u prehranu, to je kraći interval do pojave prvih simptoma i donošenja dijagnoze¹³. Prognoza celijakije je dobra ako se liječenje na vrijeme započne i dosljedno provodi¹².

ZAKLJUČAK

Nenapredovanje na težini može biti simptom brojnih bolesti. Unutar malapsorpcijskog sindroma najčešća je celijakija. Ostali su uzroci rijetki, među njima i hijatalna hernija koja je uglavnom asimptomatska. Ponekad se može manifestirati gastroezofagealnim refluksom pa i ulkusnom bolesti, ali i kirurškim komplikacijama. Bez obzira na otkrivanje i uklanjanje etiološkog čimbenika, dijete treba redovito kontrolirati i pratiti prirast na tjelesnoj masi. Ukoliko dijete i dalje ne dobiva na težini, a liječenje je provedeno i kalorijski je unos primjeren, treba nastaviti dijagnostički postupak i isključiti ostale moguće uzroke.

LITERATURA

1. Rajesh MU, Prasad AN. Hiatus hernia in a ten year-old boy. *MJAFI* 2008;64:189-90.
2. Philip N, Gambarelli D, Guys JM, Camboulives J, Ayme S. Epidemiological study of congenital diaphragmatic defects with special reference to aetiology. *Eur J Pediatr* 1991;150:726-9.
3. Carre JJ, Johnston BT, Thomas PS, Morrison PJ. Familial hiatal hernia in a large five generation family confirming true autosomal dominant inheritance. *Gut* 1999;45:649-52.
4. Baglaj SM, Noblett HR. Paraesophageal hernia in children: familial occurrence and review of the literature. *Pediatr Surg Int* 1999;15:85-7.
5. Dipali BR, Kothari PR, Sarda DK, Desai N, Shanbhag P, More V. Congenital paraesophageal hernia presenting with severe gastroesophageal reflux. *Indian J Pediatr* 2007;74:310-1.
6. Kshirsagar AY, Shinde SL, Ahire MD, Langade YB. Congenital paraesophageal hiatus hernia with gastric volvulus. *JIAPS* 2008;13:36-7.
7. Rode H, Davies MR, Cywes S. Hiatus hernia in infancy and childhood. *S Afr med J* 1981;59:515-7.
8. Ke CS, Chu TW, Yu MH, Yin CS, Chu CC, Diau GY. Prenatal diagnosis of fetal congenital hiatal hernia. *J Med Sci* 1997;17:239-43.
9. Casellas F, Rodrigo L, Vivancos JL, Riestra S, Pantiga C, Baudet JS. Factors that impact health-related quality of life in adults with celiac disease: A multicenter study. *World J Gastroenterol* 2008;14:46-52.
10. Hill ID, Dirks MH, Liptak GS, Colletti RB, Fasano A, Gaudinali S. Guideline for the diagnosis and treatment of celiac disease in children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *JPGN* 2005;40:1-19.
11. Barbarić I. Celijakija – pregled i predviđanja. *Medicina* 2008;44:229-34.
12. Mišak Z, Kolaček S, Percl M. Celijakija - bolest na koju treba misliti. *MEDIX* 2007;72:157-61.
13. Polanco I. Celiac disease. *JPGN* 2008;47:3-6.