

## Gastrošiza-prikaz slučaja

Ibrahim Preljević<sup>1</sup>, Šefčet Hajrović<sup>2</sup>, Muamer Suljić<sup>3</sup>, Nedžib Numanović<sup>4</sup>, Ajiša Hajrović<sup>5</sup>, Samra Hajrović<sup>6</sup>  
<sup>1</sup>Opšta bolnica Novi Pazar, služba za patologiju i sudsku medicinu  
<sup>2</sup>Opšta bolnica Novi Pazar, Hirurško odjeljenje  
<sup>3</sup>Opšta bolnica Novi Pazar, Interno odjeljenje odjeljenje  
<sup>4</sup>Opšta bolnica Novi Pazar, Ginekološko akušersko odjeljenje  
<sup>5</sup>Opšta bolnica Novi Pazar, Ginekološko akušersko odjeljenje  
<sup>6</sup>Opšta bolnica Novi Pazar, Ginekološko akušersko odjeljenje

### Apstrakt

Mi smo prikazom ovog slučaja imali za cilj da ukažemo na mogućnost pojave gastrošize i u starijih porodilja preko 40 godina a ne samo u mladje populacije porodilja. Pacijentkinja M.M., rođena 1965.godine, udala se u 41.godini života sa dijagnostikovana dva mioma na materici. Tri meseca nakon udaje dolazi spontano do trudnoće. Sonografski nalaz: fetus jedan, prezantacija karlica, količina plodove vode optimalna, u predelu vrata vidljivo zadebljanje (naglašena nuhalna traslucencija), BPD 25 mm, AC 84 mm, FL 14 mm, srce (-), NG/KL 15.2, NG/UZV 14.0, posteljica usađena na prednjem zidu, uterus u kontrakciji. Pažljivim posmatranjem u predelu insercije pupčanika se zapažaju crevne vijke koje slobodno plivaju u amnionskoj tečnosti. Postavlja se dijagnoza: Grav.ml III ½-IV.HBD 15/16. FMU. Anomalio foeti obs. Gastroshizis obs. Uterus myomatosus. Konzilijarno odlučeno da se trudnoća prekine na GAO ZC Novi Pazar. Removed placenta, urađena eksplorativna kiretaza i ordinirana terapija. Plod u celini sa pupčanikom i posteljicom poslat na PH pregled. Za tri nedelje je PH nalaz potvrdio gastrošizu i miltipne anomalije ploda. U radu je opisan slučaj pacijentkinje stare 41 godinu, prva trudnoća, kod koje je u ranom II trimestru dijagnostikovana gastrošiza ploda uz odsustvo stčane akcije ploda. Trudnoća je, konzilijarnom odlukom prekinuta, bez komplikacija.

**Ključne reči:** defekt prednjeg trušnog zida, omfalocela, gastrošiza, prenatalna dijagnoza, prekid trudnoće.

### Uvod

Gastrošiza prstavlja defekt prednjeg trb učnog zida koji u slobodnom prevodu sa grčkog znači "trbušni rascep." Učestalost gastrošize je 4-5 / 10000<sup>1</sup>. Može se javiti samostalno ili udružena sa drugim anomalijama. Po pravilu je uvek desno od pupčane vrpce.<sup>2</sup> Stopa preživljavanja pravilno tretirane gastrošize ide i preko 90%. Smrtnost je smanjena tokom godina zbog napredka u prenatalne nege, neonatalne intenzivne nege i

## Gastroschisis - a case report

Ibrahim Preljevic<sup>1</sup>, Sefcet Hajrovic<sup>2</sup>, Muamer Suljic<sup>3</sup>, Nedcib Numanovic<sup>4</sup>, Ajisa Hajrovic<sup>5</sup>, Samra Hajrovic<sup>6</sup>  
<sup>1</sup>Opšta bolnica Novi Pazar, služba za patologiju i sudsku medicinu  
<sup>2</sup>Opšta bolnica Novi Pazar, Hirurško odjeljenje  
<sup>3</sup>Opšta bolnica Novi Pazar, Interno odjeljenje odjeljenje  
<sup>4</sup>Opšta bolnica Novi Pazar, Ginekološko akušersko odjeljenje  
<sup>5</sup>Opšta bolnica Novi Pazar, Ginekološko akušersko odjeljenje  
<sup>6</sup>Opšta bolnica Novi Pazar, Ginekološko akušersko odjeljenje

### Abstract

We are showing this event aimed to highlight the potential for gastroschisis at older mothers over 40 years and not only mothers younger population. The patient M. M, born in 1965, married in 41.years life diagnosed with uterine fibroids two. Three months after her marriage comes naturally to pregnancy. Sonographic findings: One fetus, pelvic presentation, amniotic fluid is optimal in the neck visibly thickened (accentuated nuchal translucency), BPD 25 mm, AC 84 mm, 14 mm FL, heart (-) NG / KL 15.2, NG / ultrasound 14.0, the placenta is embedded in the front wall of the uterus contraction. After careful observation in the area of insertion of the umbilical cord can be observed intestinal convolutions freely floating in the amniotic fluid. Grav.ml III IV.HBD ½-15 / 16.FMU. Anomalies foeti obs. Gastroshizis obs. Uterus myomatosus. Consultative decided to terminate the pregnancy GAO HC Novi Pazar. Ekstrahovana Bed, underwent explorative curettage and administered terapija. Fetus a whole with the umbilical cord and placenta sent to PH review. For three weeks the PH finding confirmed gastroschisis and miltipne anomalies. The paper describes the case female patient 41 years old, first pregnancy, in which the early second trimester of fetal gastroschisis diagnosed with absence of fetal heart rate. Pregnancy is consultative decision interrupted without complications.

**Key words:** unstable defect front wall exomphalos, gastroschisis, prenatal diagnosis, termination of pregnancy.

adekvatne parenteralne ishrane (TPN)<sup>3</sup> dok morbiditet i dalje ostaje visok. Većina trudnoća komplikovanih gastrošizom se dijagnostikuju prenatalno<sup>4</sup>. Ultrazvučna vizuelizacija crevnih vijuga kako slobodno plivaju u amnioskoj tečnosti kroz jasan defect na prednjem trbušnom zidu desno od pupčane vrpce, a posle normalnog povratka creva u trbusnu duplju nakon 10 nedelje trudnoće potvrđuje dijagnozu (Sl. 1)<sup>5-8</sup>. Porodaj je češći kod novorođenčadi sa gastrošizom, sa učestalošću od 28% u poređenju sa 6% normalnih porođaja<sup>9</sup>. Atrezija creva je najčešća pridružena anomalija kod pacijenata sa gastrošizom.



**Slika 1.** Ultrazvina potvrda defekta prednjeg trbusnog zida sa srevima u amnionskoj tečnosti

Za rano otkrivanje ovog defekta pre ere sonografije korišćeno je određivanje koncentracije alfa fetoproteina u maternalnom serumu, koje su jako visoke, što se i danas koristi. Sonografija je jednostavnija, u većini slučajeva dovoljna, podrazumeva sagledavanje integriteta prednjeg trbušnog zida i abdominalne insercije pupčanika. Songrafski se u većini slučajeva mogu prikazati vijuge creva kako plivaju u amnionskoj tečnosti.

### Prikaz slučaja

Pacijentkinja M.M , rođena 1965.godine, udala se u 41.godini života sa dijagnostikovana dva mioma na materici: na prednjem zidu promera 90mm i zadnjem zidu promera 30 mm.Tri meseca nakon udaje dolazi spontano do trudnoće .

Songrafski nalazi:

- 02.03.2006.godine: GM jedan,promera 30 mm,bez znakova prisustva ploda, NG/KL 7.2., NG/UZV 7.2., dva mioma na materici .Anamnestički sve je bilo u redu.
- 09.03.2006.godine:GM jedan,plod jedan,CRL 20mm,srce (+),pokreti( -),NG/KL 8.2., NG/UZV 9.0.,
- 06.04.2006.godine:GM jedan,plod jedan,CRL 60,srce(+),pokreti(+),NG/KL 12.2., NG/UZV 12.2.. Nakon dve nedelje pacijentinja se javlja na pregled zbog bolova u donjem delu trbuha, krstima i oskudnog tamnog krvavljenja.

Ginekološki nalaz: spoljne genitalije b.o.,krvari ex utero oskudno,krv stara,tamna,grlić dug 1.5cm,pok retan,neosetljiv,uloživ za prst,uterus u AV,veličine dečje glave,neravan,adnexa obostrano neosetljiva. Sonografski nalaz:fetus jedan,prezentacija karlica,količina plodove vode optimalna,u predelu vrata vidljivo zadebljanje(naglašena nuhalna traslucencija),BPD 25 mm,AC 84 mm,FL 14 mm,srce(-),NG/KL 15.2,NG/UZV 14.0,posteljica usađena na prednjem zidu, uterus u kontrakciji.Pažljivim posmatranjem u predelu insercije pupčanika se zapažaju crevne vijuge koje slobodno plivaju u amnionskoj tečnosti.Postavlja se dijagnoza:

Grav.ml III ½-IV.HBD 15/16.FMU.Anomalia foeti obs.Gastroshisis obs.Uterus myomatosus

Konzilijarno odlučeno da se trudnoća prekine na GAO ZC Novi Pazar. Hospitalizovana 01.05.2006. godine i ordinirana terapija -Prostin M 15 ampule na tri sata intramuskularno: I u 09 h,II u 12 h i III u 15 h.U

16.07 h dolazi do izbacivanja ploda u celini na kome je uočljivo zadebljanje vrata, defekt prednjeg trbusnog zida sa ispalim trbušnim organima, creva pa čak i jetre što je izuzetno retko (Sl.2). Ekstrahovana posteljica, urađena eksplorativna kiretaza i ordinirana terapija. Plod u celini sa pupčanikom i posteljicom poslat na PH pregled. Za tri nedelje je PH nalaz potvrdio gastroshizu i miltipne anomalije ploda.



**Slika 2.** Plod sa gasrošizom i drugim anaomalijama

### Diskusija

Gastrošiza je kompleksna malformacija prednjeg trbušnog zida; njena učestalost se povećava, verovatno zbog raširene upotrebe potencijalno teratogenih lekova kao što su acetilsalicilna kiselina, pseudoefedrin, acetaminophen i pušenje<sup>10,11, 12, 13</sup>. Postoji sve veći konsensus da venska i limfna staza, a ne ishemija, igraju glavnu ulogu u patogenezi oštećenja prednjeg trbušnog zida kog u gastrošize<sup>14, 15</sup>, naročito oko 34 nedelje (kod ljudi), sa eksponencijalnim povećanjem nakon toga perioda<sup>16, 17, 18</sup>. Inflamatorne promene u crevima dešavaju se relativno kasno u trudnoći, verovatno zbog porasta nivoa urina i / ili mekoniuma u amniotskoj tečnosti (AF). Nekoliko studija je pokazalo mogućnost smanjenja intestinalnih oštećenja razblaživanjem količinu urina i mekonijumu u AF, bilo kroz amnion razmenu (zamena viška mekonijuma u amniotske tečnosti sa rastvorom soli ili drugim koloidnim rastvorima. Mnoge od ovih eksperimentalnih metoda nose svojstven rizik poput intrauterine smrti, prerane rupture membrane, mrtvorodenost, prevremeni porodaj, amniotsku infekciju i krvarenja.

Glavni morbiditet kod gastrošize je kasno uspostavljanje crevne funkcije. Iako postoje različita mišljenja o načinu porođaja beba sa gastrošizom, opšte je mišljenje da prenatalno dijagnosticirani pacijenti sa gastrošizom mogu biti porođeni vaginalnim putem. Međutim, možemo zaključiti da porođaj sa carskim rezom značajno utiče na morbiditet kao rezultat ispitivanja bolesnika rođenih carskim rezom i vaginalnim putem.

Intestinalni hipomotilitet je jedan od glavnih problema posle operacije gastrošize. Mortalitet je povezan sa dugom hospitalizacijom, više operacija, dugo trajanje TPN i sepsa<sup>19</sup>.

Nedavne studije su pokazala da se većina septičkih događaja u ovoj grupi pacijenata javljaju kao rezultat prisustva kožne flore. U zaključku, dostupni članci ističu različite rezultate u vezi sa uticajem gestacijske starosti, način porođaja, udruženih anomalija, telesne težine na morbiditet i smrtnost u lečenju odojčadi sa dijagnozom gastrošize. Ovaj slučaj pokazuje da treba misliti na pojavu gastrošize i u starijih porodilja iako je ona svojstvena porodiljama mlđe dobi.

### Literatura

1. Holland AJA, Walker K, Badawi N. Gastrochisis: an update. *Pediatr Surg Int* 2010;26(9):871-8.
2. Abdel-Latif ME, Bolistty S, Abeywardana S, Lui K. Mode of delivery and neonatal survival of infants with gastrochisis in Australia and New Zealand. *J Pediatr Surg* 2008;43(9):1685-90.
3. Kilby MD. The incidence of gastrochisis, *BMJ*. 2006 Feb 4;332(7536):250-1.
4. Ergün O, Barksdale E, Ergün FŞ, et al. The timing of delivery of infants with gastrochisis influences outcome. *J Pediatr Surg* 2005;40(2):424-8.
5. Soares H, Silva A, Rocha G, et al. Gastrochisis: Preterm or term delivery? *Clinics* 2010;65(2):139-42.

6. Hadidi A, Subotic U, Goeppl M, Waag KL. Early elective cesarean delivery before 36 weeks vs late spontaneous delivery in infants with gastrochisis. *J Pediatr Surg* 2008;43(7):1342-6.
7. Baird R, Puliganda P, Skarsgard E, et al. Infectious complications in the management of gastroschisis. *Pediatr Surg Int* 2012;28(4):399-404.
8. M. S. Wilson, M. A. Carroll, S. A. Braun, W. F. Walsh, J. B. Pietsch, and K. A. Bennett, "Is preterm delivery indicated in fetuses with gastroschisis and antenatally detected bowel dilation?" *Fetal Diagnosis and Therapy*, vol. 32, no. 4, pp. 262–266, 2012 for gestational age neonates independent of maternal body mass index," *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, vol. 25, no. 5, pp. 538–542, 2012. View at Publisher · View at Google Scholar · View at Scopus
9. P. S. Puligandla, A. Janvier, H. Flageole, S. Bouchard, E. Mok, and J.-M. Laberge, "The significance of intrauterine growth restriction is different from prematurity for the outcome of infants with gastroschisis," *Journal of Pediatric Surgery*, vol. 39, no. 8, pp. 1200–1204, 2004. View at Publisher · View at Google Scholar · View at Scopus
10. S. S. Nicholas, D. M. Stamilio, J. M. Dicke, D. L. Gray, G. A. Macones, and A. O. Odibo, "Predicting adverse neonatal outcomes in fetuses with abdominal wall defects using prenatal risk factors," *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 201, no. 4, pp. 383.e1–383.e6, 2009. View at Publisher · View at Google Scholar · View at Scopus
11. F. A. Ajayi, P. D. Carroll, C. Shellhaas et al., "Ultrasound prediction of growth abnormalities in fetuses with gastroschisis," *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, vol. 24, no. 3, pp. 489–492, 2011. View at Publisher · View at Google Scholar · View at Scopus
12. A.-M. Long, J. Court, A. Morabito, and J. C. Gillham, "Antenatal diagnosis of bowel dilatation in gastroschisis is predictive of poor postnatal outcome," *Journal of Pediatric Surgery*, vol. 46, no. 6, pp. 1070–1074, 2011. View at Publisher · View at Google Scholar · View at Scopus
13. E. B. McClellan, S. B. Shew, S. S. Lee, J. C. Y. Dunn, and D. A. Deugarte, "Liver herniation in gastroschisis: incidence and prognosis," *Journal of Pediatric Surgery*, vol. 46, no. 11, pp. 2115–2118, 2011. View at Publisher · View at Google Scholar · View at Scopus
14. K. R. Goetzinger, M. G. Tuuli, R. E. Longman, K. M. Huster, A. O. Odibo, and A. G. Cahill, "Sonographic predictors of postnatal bowel atresia in fetal gastroschisis," 420–425, 2014. T. Kumar, R. Vaughan, and M. Polak, "A proposed classification for the spectrum of vanishing gastroschisis," *European Journal of Pediatric Surgery*, vol. 23, no. 1, pp. 72–75, 2013.
15. P. Frolov, J. Alali, and M. D. Klein, "Clinical risk factors for gastroschisis and omphalocele in humans: A review of the literature," *Pediatric Surgery International*, vol. 26, no. 12, pp. 1135–1148, 2009.
16. J. Janoo, M. Cunningham, G. R. Hobbs, A. O'Bringer, and M. Merzouk, "Can antenatal ultrasounds help predict postnatal outcomes in babies born with gastrochisis? The West Virginia experience," *The West Virginia medical journal*, vol. 109, no. 2, pp. 22–27, 2013.
17. A.-M. Kassa and H. E. Lilja, "Predictors of postnatal outcome in neonates with gastroschisis," *Journal of Pediatric Surgery*, vol. 46, no. 11, pp. 2108–2114, 2011.

Kontakt: Šefčet Hajrović, Zdravstveni Centar, Novi Pazar,

Hirurško odjeljenje; Generala Živkovića bb.

Tel : 020/311224; 063658538

E- mail Sefcet2@gmail.com