

Nawrót przepukliny przeponowej u 21 letniego mężczyzny — opis przypadku

Recurrence of diaphragmatic hernia in a 21-year-old man — case report

Marcin Neska¹, Dominik Glinka¹, Małgorzata Neska-Matuszewska², Michał Matuszewski³

¹ Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław, PL,

² Katedra i Zakład Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław, PL,

³ Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław, PL

Streszczenie

Wstęp: Wrodzona przepuklina przeponowa (*WPP*) jest wadą rozwojową polegającą na przemieszczeniu narządów jamy brzusznej w obręb klatki piersiowej. Przemieszczenie następuje przez otwór w przeponie powstały w okresie płodowym. Do nawrotu przepukliny przeponowej dochodzi rzadko, najczęściej po kilku tygodniach od operacji.

Opis przypadku: 21-letni mężczyzna zgłosił się z nawracającymi dolegliwościami brzuszными, nasilającymi się po spożyciu posiłku. W 4 dobie życia chory operowany z powodu *WPP*, w wieku 8 lat przeszedł zabieg appendektomii. Kilukrotnie występowała u chorego niedrożność przewodu pokarmowego, poddająca się leczeniu zachowawczemu. USG jamy brzusznej wykazało strukturę o echogeniczności wątroby zlokalizowaną atypowo — nad śledzioną, bez cech hepatomegalii. Następnie, tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej z kontrastem dożylnym wykazała przemieszczenie lewego płata oraz segmentu IV wątroby do klatki piersiowej nad lewą kopułą przepony.

Wnioski: U osób po rekonstrukcji *WPP* zgłaszających dolegliwości gastryczne należy podejrzewać nawrót przepukliny przepony. U opisywanego chorego nawrót *WPP* nastąpił najprawdopodobniej w okresie noworodkowym i przez wiele lat nie został rozpoznany.

Słowa kluczowe: przepuklina przeponowa, ból brzucha, nawrót przepukliny przeponowej

Abstract

Background: Congenital diaphragmatic hernia (*CDH*) is a developmental defect consisting in the dislocation of abdominal organs into the chest. The displacement occurs through a hole in the diaphragm formed during the fetal period. The recurrence of diaphragmatic hernia is rare and appeared most often after a few weeks after surgery.

Case Report: A 21-year-old man reported for recurrent abdominal pain, impairing after eating a meal. The patient was operated due to *CDH* on the 4th day of life and at the age of eight he underwent appendectomy. Several times the patient had a gastrointestinal obstruction, undergoing conservative treatment. The abdominal ultrasound showed a structure with liver echogenicity localized atypically — above the spleen, with no sign of hepatomegaly. Subsequently, Computer Tomography (CT) of the abdominal cavity with intravenous contrast showed the presence of the left lobe and segment IV of the liver in the chest above the left dome of the diaphragm.

Conclusions: People who have reconstructed the *CDH* and reporting gastric complaints should be suspected for diaphragmatic hernia recurrence. It is possible that *CDH* recurrence appeared shortly after surgery in the neonatal period but it was not recognized for many years.

Key words: diaphragmatic hernia, abdominal pain, diaphragmatic hernia recurrence

Otrzymano: 11–07–2018 → Zaakceptowano: 04–12–2018 → Opublikowano: 06–12–2018

✉ Marcin Neska, e-mail: marcin.j.neska@gmail.com — adres prywatny w dyspozycji Redakcji

Wstęp

Wrodzona przepuklina przeponowa (WPP) to rzadka wada, w której występuje patologiczny ubytek w przeponie. Skutkiem tego jest przemieszczenie narządów jamy brzusznej do klatki piersiowej przez otwór w przeponie powstały między 3 a 8 tygodniem embriogenezy, co może prowadzić do jedno- lub obustronnej hipoplazji płuc, nadciśnienia płucnego i niewydolności oddechowej, która bezpośrednio zagraża życiu noworodka [1, 2]. Wada występuje z częstością 2,4–4,9 na 10 000 urodzeń [3]. Najczęściej występuje przepuklina tylnoboczna (Bochdaleka), głównie lewostronna — 84% przypadków, rzadziej przepuklina przymostkowa (Morgagniego) zwykle prawostronna — 14% przypadków, jeszcze rzadziej obustronna — ok 2% przypadków [4]. Zastosowanie prenatalnego badania USG pozwala obecnie na wczesne wykrycie opisywanej wady, dając możliwość szybkiego zastosowania odpowiedniego leczenia noworodka co znacząco pozwala ograniczyć śmiertelność do 40% przypadków [5].

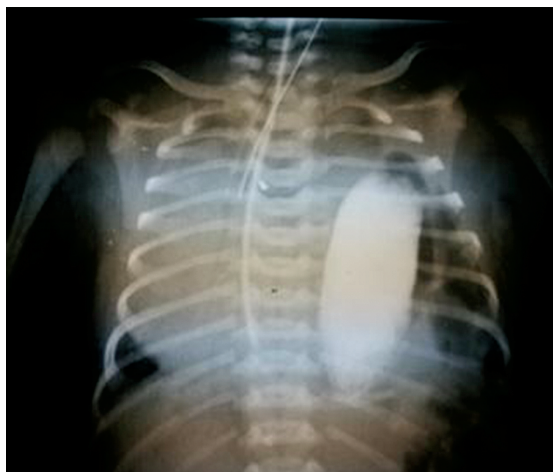
Przedstawiamy przypadek pacjenta, operowanego w 4 dobie życia z powodu wrodzonej przepukliny przeponowej wykrytej tuż po urodzeniu. U pacjenta zdiagnozowano nawrót przepukliny w wieku 21 lat, mimo wcześniejszego odpowiedniego leczenia w okresie noworodkowym. Z powodu wieku chorego i nieswoistych objawów, prezentowany przypadek nawrotu przepukliny przeponowej stanowił trudność diagnostyczną.

Opis przypadku

Pacjent urodzony o czasie, siłami natury z ciąży trzeciej, porodu drugiego. Ciąża matki przebiegała bez powikłań. Urodzeniowa masa ciała wynosiła 4100g, pacjent otrzymał 4/3/3/6 punkty w skali Apgar. Po porodzie u noworodka wystąpiła sinica obwodowa, brak oddechu, częstość akcji serca wynosiła 124/minutę, stwierdzono brak napięcia mięśniowego i osłabioną reakcję na bodźce. Wdrożono resuscytację oddechową, a po ustabilizowaniu stanu pacjenta zastosowano leczenie zachowawcze. W trzeciej dobie życia przekazano pacjenta do Oddziału Patologii Noworodka wyższej referencyjności ze względu na narastającą niewydolność oddechową. W 4 dobie życia wykonano RTG klatki piersiowej i jamy brzusznej, gdzie stwierdzono przepuklinę przepony lewostronną oraz brak powietrzności płuc. (rys. 1: RTG klatki piersiowej A-P w pozycji leżącej ze środkiem kontrastowym podanym przez sondę żołądkową).

Również w 4 dobie życia przeprowadzono zabieg rekonstrukcji przepony metodą laparotomii. Śródoperacyjnie stwierdzono przemieszczenie żołądka, części pętli jelit oraz wątroby do klatki piersiowej. Odprowadzono trzewia do jamy brzusznej oraz wykonano pierwotne zamknięcie ubytku w przeponie z użyciem tkanek własnych. Po operacji zastosowano intensywne wsparcie oddechowe, aż do uzyskania rozprężenia płuc. W przebiegu pooperacyjnym zdiagnozowano obustronne zapalenie płuc. Po uzyskaniu poprawy stanu klinicznego pacjenta wypisano do domu w 21 dobie życia w stanie ogólnym dobrym

z zaleceniem stałej opieki pediatrycznej i kontroli w poradni chirurgii dziecięcej.



Rysunek 1: RTG klatki piersiowej A-P w pozycji leżącej ze środkiem kontrastowym podanym przez sondę żołądkową. Pacjent zaintubowany, widoczna sonda żołądkowa zakończona w przemieszczonym do klatki piersiowej, zakontrastowanym żołądku. Pętle jelitowe wypełnione powietrzem, widoczne w lewym polu płucnym. Płuca przemieszczone na stronę prawą, słabo powietrzne. Pośrodkowo w rzucie klatki piersiowej cięć wątroby.

Dalszy rozwój przebiegał odpowiednio do wieku. W 8 miesiącu życia (rys. 2: RTG klatki piersiowej A-P) i w wieku 6 lat pacjent przeszedł obustronne zapalenie płuc. Wykonane wówczas radiogramy klatki piersiowej wykazały wyższe ustawienie lewej kopuły przepony.



Rysunek 2: RTG klatki piersiowej A-P, pacjent w 8 m.ż. Zagęszczenia nad oboma polami płucnymi o charakterze zmian zapalnych. Zacinienie nadprzeponowo po stronie lewej, opisane jako relaksacja kopuły przepony, mogło odpowiadać przemieszczonemu do klatki piersiowej lewemu płatowi wątroby.

W wieku 8 lat pacjent przeszedł zabieg appendektomii z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, który najprawdopodobniej ze względu na przeszłość chorobową był położony zakątniczo, pod wątrobą. U chorego trzykrotnie (w wieku 6, 14 oraz 20 lat) występowała niedrożność przewodu pokarmowego, poddająca się leczeniu zachowawczemu.

W wieku 21 lat u mężczyzny zaczęły występować bóle w lewym nadbrzuszu, pojawiające się głównie po posiłku lub w czasie wysiłku fizycznego. Były to bóle o charakterze piekącym i promieniującym do pleców. Odpoczynek w pozycji leżącej na

plecach, a także oddanie stolca lub moczu zmniejszały opisywane dolegliwości. Wzrost masy ciała (do ok. BMI: 29 kg/m²) powodował zaostrzenie objawów, natomiast redukcja masy ciała (do ok. BMI: 24 kg/m²) wiązała się z mniejszym nasileniem objawów. Przed zgłoszeniem się do lekarza, pacjent stosował doustne leczenie inhibitorami pompy protonowej oraz symetykonem, które nie przynosiło poprawy.

U chorego przeprowadzono szeroką diagnostykę, obejmującą badania laboratoryjne (tab. 1), obrazowe i endoskopowe.

Tabela 1: Badania laboratoryjne (wybrane)

Nazwa badania	Wynik badania	Zakres referencyjny
WBC [10 ³ /μl]	5,90	4,00–10,00
RBC [10 ⁶ /μl]	5,44	4,35–5,90
HGB [g/dl]	16,20	13,70–16,70
HCT [%]	48,70	40,50–49,70
PLT [10 ³ /μl]	198	144–372
Białko CRP [mg/l]	1,0	< 5,0
GGTP [U/L]	61 ↑	0–55
Fosfataza alkaliczna [U/L]	83	30–120
ASPAT [U/L]	30	0–35
ALAT [U/L]	56 ↑	0–45
Bilirubina całkowita [μmol/l]	20,50 ↑	0,00–17,10
Sód [mmol/l]	139,0	135,0–145,0
Potas [mmol/l]	4,5	3,7–5,6
Glukoza [mmol/l]	5,2	3,8–6,0
Cholesterol [mmol/l]	5,3 ↑	3,0–5,0
LDL [mmol/l]	3,3 ↑	1,8–3,0
HDL [mmol/l]	1,4	1,1–1,5
Lipaza [U/L]	119,0	73,0–393,0
Czas protrombinowy [s]	17,0 ↑	12,5–16,5
INR [s]	1,27 ↑	0,9–1,2
Helicobacter pylori w kale	UJEMNY	
Kalprotektyna w kale	UJEMNY	Test wykrywa kalprotektynę w ilości 50 μg
Badanie ogólnie moczu	W normie	

W badaniu krwi dostrzeżono nieznacznie podwyższone: GGTP, ALAT, bilirubinę całkowitą, cholesterol, LDL oraz wydłużone czas protrombinowy i INR.

Wykonane USG jamy brzusznej wykazało strukturę mięszzową o echogeniczności wątroby i wymiarach 105x100x55 mm, zlokalizowaną jak przypuszczano pomiędzy przeponą a śledzioną. Ponadto uwidoczniono naczynie żyłne łączące opisywaną strukturę mięszzową z żyłą główną dolną. Diagnostykę rozszerzono o badanie TK jamy brzusznej z kontrastem dożylnym (rys. 3: *Badanie TK jamy brzusznej z kontrastem i.v.*), które ujawniło obecność lewego płata oraz segmentu IV wątroby w klatce piersiowej nad lewą kopułą przepony. Ponadto uwidoczniono połączenie z pozostałą częścią wątroby przez niewielki ubytek lewej kopuły przepony w części lędźwiowej o wymiarach około 30x15 mm, w którym znajdowały się naczynia zaopatrujące — lewa gałąź żyły wrotnej i tętnica wątrobowa. Prawy płatek wątroby znajdował się w położeniu anatomicznym. Wokół przemieszczonych tkanek uwidoczniono struktury mogące odpowiadać zrostom.



Rysunek 3: Obraz z badania TK jamy brzusznej z kontrastem i.v. Lewy płatek oraz segment IV wątroby wraz z naczyniami zaopatrującymi położony jest w klatce piersiowej nad lewą kopułą przepony po stronie lewej. W części lędźwiowej lewej kopuły przepony widoczny jest ubytek.

Na dalszym etapie diagnostyki wykonano gastroskopię, w której wykazano poziome położenie żołądka. W celu oceny zrostów międzypętlowych wykonano badanie rezonansu magnetycznego — enterografię MR, zrostów jednak nie udało się uwidocznnić. Natomiast wykazano istnienie niespecyficznego pogrubienia ściany pętli jelita do około 9 mm znajdującego się w lewym nadbrzuszu oraz polip o średnicy 13 mm znajdujący się w jednej z pierwszych pętli jelita cienkiego.

W celu weryfikacji opisywanego polipa w jelicie wykonano enteroskopię diagnostyczną z pobraniem wycinków. W środkowej części jelita czczego 0,5 cm za więzadłem Treitza stwierdzono guzek podśluzówkowy, przemieszczający się względem podłoża. Pobrano wycinek do badania histopatologicznego, które nie wykazało zmian patologicznych.

Kolejnym badaniem obrazowym było badanie kontrastowe przewodu pokarmowego — nie wykazano znaczących odchyleń, mających wpływ na opisywane dolegliwości.

Ostatecznie uznano, że przyczyną dolegliwości bólowych pacjenta jest nawrót *WPP* i związane z nim patologie — przemieszczenie narządów jamy brzusznej, oraz zrosty w okolicy przepukliny i najpewniej międzypętlowe po przebytych operacjach.

Stwierdzono, że przeprowadzenie ponownego zabiegu rekonstrukcji przepony u opisywanego pacjenta nie jest wskazane, gdyż wiąże się ze zbyt dużym ryzykiem okołoperacyjnym i niepewnym efektem terapeutycznym.

Dyskusja

Obecnie *WPP* wykrywa się zwykle w badaniach obrazowych w okresie prenatalnym natomiast rzadko w późniejszym okresie, jedynie około 10% wszystkich przypadków wykrywanych

jest u dorosłych [6]. Częściej występuje u płci męskiej niż u płci żeńskiej — 1.5:1 [7]. W opisywanym przypadku ubytek w tylnobocznej części przepony świadczy o przepuklinie lewostronnej typu Bochdaleka. Przez ubytek w przeponie do klatki piersiowej mogą przedostać się narządy jamy brzusznej. U pacjenta przemieszczenie się żołądka, części pętli jelit i wątroby do klatki piersiowej (rys. 1) doprowadziło w okresie noworodkowym do utrudnionego rozprężenia płuc z objawami braku oddechu i sinicy obwodowej. Taki stan w przebiegu wrodzonej przepukliny przeponowej wymaga szybkiej interwencji medycznej na sali porodowej, która według obecnych standardów obejmuje intubację dotchawiczą pacjenta, wentylację mechaniczną, odpowiednią sedację i analgezję, założenie zgłębnika żołądkowego i utrzymanie odpowiedniego ciśnienia tętniczego krwi [8]. Szybka interwencja na sali porodowej stabilizuje stan noworodka i umożliwia włączenie dodatkowego leczenia na oddziale intensywnej terapii, które związane jest z zastosowaniem techniki pozaustrojowego utlenowania krwi (ECMO). W wyniku takiego postępowania możliwe staje się późniejsze przeprowadzenie operacji plastyki przepony. Obecnie uważa się, że powinna być odłożona do momentu ustabilizowania się stanu klinicznego co znacząco poprawia przeżywalność [9, 10].

U pacjenta po ustabilizowaniu stanu klinicznego przeprowadzono zabieg rekonstrukcji przepony techniką otwarcia klasyczną — laparotomią, która obok torakotomii oraz technik chirurgii małoinwazyjnych: torakoskopii i laparoskopii jest najczęstszą techniką stosowaną w zamknięciu ubytku w przeponie w przebiegu wrodzonej przepukliny przeponowej [11]. Z każdą z wyżej wymienionych metod wiąże się ryzyko wystąpienia powikłań. Laparotomia jako dostęp chirurgiczny w WPP jest powiązana z dłuższą hospitalizacją oraz zwiększonym ryzykiem niedrożności jelit, która kilkakrotnie występowała u opisywanego chorego. Przyczyną wspomnianych niedrożności jelit mogły być liczne zrosty w jamie otrzewnowej. Z kolei techniki chirurgii małoinwazyjnej są związane z większym ryzykiem nawrotu przepukliny. Taka sytuacja po zastosowaniu klasycznych otwartych metod chirurgicznych zdarza się rzadziej [12]. Duże ubytki przepony często są zamykane z zastosowaniem łąty materiałowej (np. Gore-Tex). Zastosowanie takiej techniki może skutkować zwiększonym ciśnieniem śródbrzusznym, doprowadzającym do nadmiernego napięcia na zamkniętym ubytku co może skutkować nawrotem przepukliny [13, 14].

W przedstawianym przypadku po zastosowaniu laparotomii w okresie noworodkowym nastąpił nawrót przepukliny przeponowej. U opisywanego chorego w 21 roku życia pojawiły się niespecyficzne dolegliwości o charakterze piekącego bólu w lewym nadbrzuszu. U osób dorosłych większość przepuklin typu Bochdaleka jest wykrywanych przypadkowo i zazwyczaj nie są związane z wystąpieniem objawów klinicznych [15]. Jeśli się pojawiają zwykle są niespecyficzne i prezentują się w postaci bólów w klatce piersiowej lub dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego co utrudnia diagnostykę [16]. Dla pacjenta w celu zmniejszenia odczuwania objawów ważne jest kontrolowanie masy ciała i oszczędzający tryb życia.

W diagnostyce nawrotu WPP istotną rolę pełnią badania obrazowe. W przedstawionym przypadku badanie USG wy-

kazało strukturę mięszową o echogeniczności wątroby w lewym nadbrzuszu. Dopiero badanie TK potwierdziło, że struktura mięszowa to lewy płąt wątroby i segment IV zlokalizowany nad przeponą w klatce piersiowej (rys. 3). W diagnostyce różnicowej brano pod uwagę choroby żołądka i jelit jako możliwe przyczyny pojawienia się objawów. W tym celu przeprowadzono gastroskopię i enterografię MR, które przypadkowo wykazały obecność nieistotnego klinicznie polipa w jelicie cienkim.

U opisywanego chorego nawrót przepukliny nastąpił prawdopodobnie w niedługim czasie po operacji przepukliny w okresie niemowlęcym. Mogą na to wskazywać duże wymiary części wątroby położonej w jamie klatki piersiowej oraz obecność zrostów między wspomnianą częścią wątroby a okolicznymi tkankami (rys. 3). Obecność części wątroby w klatce piersiowej określane jest mianem przepukliny wątrobowej, która może być jednym z czynników ryzyka nawrotu przepukliny przeponowej [17]. Należy zaznaczyć, że obecność fragmentu wątroby w klatce piersiowej (rys. 2, rys. 3) może imitować wysokie ustawienie przepony jak w przypadku naszego pacjenta lub obecność guza w klatce piersiowej i dodatkowo zwiększać trudności diagnostyczne [18].

Wnioski

- U osób po rekonstrukcji WPP z niespecyficznymi dolegliwościami gastrycznymi należy brać pod uwagę nawrót przepukliny przepony, mimo że u osób dorosłych WPP wykrywa się bardzo rzadko.
- Poszerzona diagnostyka obrazowa po rekonstrukcji WPP jest bardzo istotna, pozwala na wykrycie nawrotu przepukliny przepony na wczesnym etapie.
- W przypadku opisywanego pacjenta nawrót przepukliny przeponowej nastąpił najprawdopodobniej w okresie noworodkowym i został wykryty dopiero w wieku 21 lat. A rekonstrukcja ubytku nie była zalecana ze względu na liczne zrosty międzynarządowe oraz stopień skomplikowania zabiegu.

Bibliografia

1. Czernik J. *Chirurgia dziecięca*. PZWL, Warszawa, 1. wydanie, 2005. ISBN 83-200-3066-8.
2. Dobrzańska A. i Ryżko J. *Pediatrics. Podręcznik do Państwowego Egzaminu Lekarskiego i egzaminu specjalizacyjnego*. Urban&Partner, Wrocław, wydanie 2 wydanie, 2010. ISBN 978-83-89581-25-9.
3. Wright J.C., Budd J.L., Field D.J. et al. *Epidemiology and outcome of congenital diaphragmatic hernia: a 9-year experience*. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2011. strony 144–149.
4. de Buys Roessingh A.S. i Dinh-Xuan A.T. *Congenital diaphragmatic hernia: current status and review of the literature*. Eur J Pediatr, 2009. strony 393–406.
5. Conforti A.F. i Losty P.D. *Perinatal management of congenital diaphragmatic hernia*. Early Hum Dev, maj 2006. strony 283–287.
6. Elhalaby E.A. i Abo Sikeena M.H. *Delayed presentation of congenital diaphragmatic hernia*. Pediatr Surg Int, 2002. strony 480–485.

7. Brindle M.E., Brar M. i Skarsgard E.D. *Canadian Pediatric Surgery Network (CAPSNet). Patch repair is an independent predictor of morbidity and mortality in congenital diaphragmatic hernia*. *Pediatr Surg Int*, 2011. strona 969–974.
8. Snoek K.G., Reiss I.K.M. i Greenough A. et al. *Standardized postnatal management of infants with congenital diaphragmatic hernia in Europe: the CDH EURO consortium consensus—2015 update*. *Neonatology*, 2016. strona 66–74.
9. Moyer V., Moya F. i Tibboel R. et al. *Late versus early surgical correction for congenital diaphragmatic hernia in newborn infants*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2002.
10. Wung J.T., Sahni R. i Moffitt S.T. et al. *Congenital diaphragmatic hernia: survival treated with very delayed surgery, spontaneous respiration, and no chest tube*. *J Pediatr Surg*, 1995. strona 406–409.
11. Tsao K., Lally P.A. i Lally K.P. *Congenital Diaphragmatic Hernia Study Group. Minimally invasive repair of congenital diaphragmatic hernia*. *Journal of pediatric surgery*, 2011. strony 1158–1164.
12. Putnam L.R., Tsao K., Lally K.P. et al. *Minimally-Invasive vs Open Congenital Diaphragmatic Hernia Repair: Is There a Superior Approach?* *Journal of the American College of Surgeons*, kwiecień 2017. strony 416–422.
13. Hajer G.F., vd Staak F.H., de Haan A.F. et al. *Recurrent congenital diaphragmatic hernia: which factors are involved?* *Eur J Pediatr Surg*, 1998. strona 329–333.
14. Grethel E.J., Cortes R.A. i Wagner A.J. et al. *Prosthetic patches for congenital diaphragmatic hernia repair: Surgisis vs Gore-Tex*. *J Pediatr Surg*, 2006. strony 29–33.
15. Fine R., Borrero E. i Stone A. *Bochdalek hernia in adulthood*. *N Y State J Med*, 1987. strony 516–518.
16. Hines G.L. i Romero C. *Congenital diaphragmatic hernia in the adult*. *Int Surg*, 1983. strona 349–351.
17. Nagata K., Usui N., Terui K. et al. *Risk factors for the recurrence of the congenital diaphragmatic hernia-report from the long-term follow-up study of Japanese CDH study group*. *Eur J Pediatr Surg*, 2015. strony 9–14.
18. Sato K., Orihashi K. i Hamanaka Y. et al. *Post-traumatic diaphragmatic herniation of the liver, examined by positron emission tomography: case report*. *World Journal of Emergency Surgery*, 2011. strona 30.

Wkład autorów/authors' contribution: Marcin Neska – redakcja opisu przypadku, opracowanie wniosków; Dominik Glinka – redakcja wstępu, redakcja dyskusji; Małgorzata Neska-Matuszewska – korekta artykułu, zebranie materiału; Michał Matuszewski – korekta artykułu, zebranie bibliografii

Komentarz:

Wrodzone przepukliny przeponowe są wadą rozwojową, która występuje bardzo rzadko. Objawy kliniczne zależą od rozmiarów przepukliny. W opisywanym przypadku w 4 dobie po urodzeniu ze względu na dramatyczne objawy niewydolności krążenia i oddychania dziecko było operowane z dobrym efektem końcowym. Trudno ustalić kiedy nastąpił nawrót przepukliny, prawdopodobnie w okresie niemowlęcym. Przeprowadzona diagnostyka obrazowa i endoskopowa potwierdziła nawrót przepukliny, która w obecnym czasie nie wymagała interwencji chirurgicznej. Należy jednak podkreślić, że u takiego pacjenta istnieje stałe zagrożenie nasilenia choroby i konieczność operacji w trybie pilnym.

prof. dr hab. Krzysztof Grabowski