

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL ATREZIEI DE ESOFAG ÎN SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ PENTRU COPII „GRIGORE ALEXANDRESCU”

Surgical treatment of esophageal atresia in the Emergency Hospital for Children “Grigore Alexandrescu”

Dr. Felix Negoiteșcu, Dr. Maria Tucă

Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu”, București

REZUMAT

Introducere: Atrezia esofagiană reprezintă una dintre afecțiunile importante în cadrul chirurgiei neo-natale, tratamentul său suferind progrese majore de-a lungul timpului. În sistemul sanitar românesc tratamentul AE este încă dificil de realizat la un nivel occidental.

Material și metodă: Studiul este o cercetare retrospectivă a pacienților cu diagnosticul de atrezie esofagiană tratați în clinică de Chirurgie Pediatrică Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu” în perioada 2001-2009. Evidențele primare (registrele operatorii, foile de observație clinică) au stat la baza analizei și interpretării datelor.

Rezultate: Studiul evidențiază o reducere semnificativă a ratei mortalității în ultimii 5 ani, chiar dacă numărul efectiv al cazurilor de AE aproape s-a dublat. O importanță majoră pentru supraviețuire o reprezintă greutatea la naștere mai mare de 2500 g. Realizarea de esofagostomă și gastrostomă crește rata de supraviețuire a celor cu greutate mică.

Discuții și concluzii: Închiderea primară a fistule traheo-esofagiene (FTE) concomitent cu esofagostomie și gastrostomie, urmată la circa un an și jumătate de esofagoplastie cu colon asigură cea mai bună supraviețuire. Acest procedeu este practicat cu totul excepțional în occident dar se pare că nivelul actual al medicinei din România impune această tehnică la noi în țară, cu toate că este foarte mare consumatoare de resurse umane și materiale.

Cuvinte cheie: atrezie esofagiană, esofagostomie, gastrostomie

ABSTRACT

Background: The esophageal atresia is one of the diseases commonly encountered in neonatal surgery, its treatment registering major progress over time. The treatment of esophageal atresia is still difficult to be done at a Western level, due to the Romanian healthcare system.

Material and Methods: The research is a retrospective study of patients diagnosed with esophageal atresia, who were treated in the Pediatric Surgery Clinic of the Emergency Hospital for Children Grigore Alexandrescu, between 2001 and 2009. The primary records (registers operators, clinical observation sheets) were the basis for the analysis and interpretation.

Results: The study shows a significant reduction in mortality rates over the past 5 years, although the actual number of cases of esophageal atresia almost doubled. The survival chances are greatly influenced by a birth weight greater than 2500 g. An esofagostomy and a gastrostomy made in advance increase the survival chances of those with low weight.

Discussion and Conclusion: The primary closure of tracheo-esophageal fistula made simultaneously with esofagostomy and gastrostomy, followed by a colon esofagoplasty after approximately a year and a half ensures the best survival. This procedure is practiced very rarely in the West but it seems that the current state of medicine in Romania requires this technique in our country. The two-steps procedure is very resource-consuming for the hospitals.

Key words: esophageal atresia, esofagostomy, gastrostomy

Adresa de corespondență:

Dr. Felix Negoiteșcu, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu”, Bd. Iancu de Hunedoara nr. 30-32, sector 1, București

e-mail: felix_negoitescu@yahoo.com

Dacă până acum 12 ani supraviețuirea nou-născutului cu atrezie de esofag era excepțională, odată cu înființarea compartimentului de terapie intensivă a nou-născutului rata de deces a scăzut dramatic. Comparând eficiența diferitelor proceduri chirurgicale se conturează în ultimii ani o concluzie neașteptată. Se pare că închiderea primară a FTE concomitent cu esofagostomie și gastrostomie, urmată la circa un an și jumătate de esofagoplastie cu colon asigură cea mai bună supraviețuire. Acest procedeu este practicat cu totul excepțional în Occident dar se pare că nivelul general actual al medicinei din România impune această tehnică la noi în țară. Astfel, în Occident operația este rezervată rarelor cazuri când există un risc crescut de sepsis și o stare biologică precară (copil prematur, dismatur). Aceste inconveniente au fost înlăturate prin detectarea malformației esofagiene *in utero* cu ajutorul ecografiei fetale. Se face apoi internarea în secții specializate de ginecologie cu tratarea gravidei pentru a înlătura orice cauză de infecție neonatală, menținerea sarcinii la termen. În proximitatea acestor secții de ginecologie există și compartimente de chirurgie neonatală cu săli specializate (intens încălzite și adecvat umidificate, cu atmosferă sterilă) în care echipa operatorie preia nou-născutul imediat postpartum. Nașterile sunt programate.

Exemplu – în Cambridge, peste 90% dintre atreziile de esofag sunt cunoscute înainte de naștere și implicit programate, rarele cazuri descoperite după naștere fiind la emigranți.

În România nu există o rețea suficient de bună de urmărire a gravidelor astfel încât această malformație să fie pusă în evidență (lipsa ecografelor performante dar și a specialiștilor care să le folosească). În rarele cazuri în care această afecțiune este diagnosticată *in utero*, gravida nu poate beneficia de internare într-un serviciu de ginecologie care să aibă anexat un compartiment de chirurgie pediatrică, din simplul motiv că în România astfel de structuri spitalicești nu există. Se pierde timp cu diagnosticarea nou-născutului, transportul acestuia, confirmarea diagnosticului în secțiile de chirurgie pediatrică. Nou-născutul cu astfel de malformații se prezintă în serviciile de chirurgie neonatală de cele mai multe ori dismatur, prematur și cu multiple infecții neonatale.

Pe scurt, situația nou-născutului cu atrezie de esofag în România este similară cu a nou-născutului cu atrezie de esofag la emigranții din vestul Europei.

Toate acestea pot explica rata mare de eșecuri postoperatorii comparativ cu clinicile din vest.

Anastomoza termino-terminală eso-esofagiană cu închiderea FTE deși este o operație complexă,

este simplă față de: închiderea FTE, esofagostomie și gastrostomie urmată la unu-doi ani de esofagoplastie de colon. În condițiile sistemului sanitar actual se pare însă că refacerea esofagului în doi timpi este cea mai sigură metodă, deși este mare consumatoare de resurse materiale și umane în clinicile de profil.

Redăm pe scurt tehnica de închidere a FTE, esofagostomie, gastrostomie urmată de esofagoplastie la un an și jumătate, așa cum se efectuează în SCUC „Grigore Alexandrescu“.

1. Incizie în spațiul IV intercostal drept, de la linia axilară anterioară până în apropierea spațiului paravertebral. Incizia interesează musculatura intercostală iar pleura este îndepărtată anterior împreună cu plămânul drept. Se face ligatura crosei venei azygos pentru o mai bună vizualizare a capetelor esofagiene. Se extirpă fistula eso-traheală între ligaturi și o parte din esofagul distal. Capătul superior al esofagului se disecă cât mai mult posibil spre regiunea cervicală. Se închide plaga în straturi anatomice și se întoarce copilul în decubit dorsal cu capul orientat spre dreapta și în extensie.

2. Incizie la aproximativ 2-3 cm superior de manubriul sternal și se disecă țesutul muscular având grijă ca sternocleidomastoidianul stâng să fie tracționat împreună cu jugulara și carotida stângă spre lateral. Medial este îndepărtată traheea și nervul laringeu recurent, se palpează digital esofagul care se disecă posterior de planul vertebral și anterior de trahee, apoi se încarcă pe un șnur care, prin tracțiune ușurează disecția distală. Se exteriorizează fundul de sac al esofagului proximal și după incizarea lui se suturează la marginile plăgii.

3. Incizie în epigastru. Se pătrunde în cavitatea abdominală, se îndepărtează superior ficatul (atenție este foarte friabil la nou-născut!), se tracționează cu o pensă stomacul caudal și anterior și se efectuează un dublu cerclaj cu diametrul de cca 2 cm al peretelui anterior în apropierea micii curburi 1/3 superioară. Se incizează această zonă și se introduce un Petzer Ch 14-16 care se exteriorizează printr-o contraincizie epigastrică lateral stânga. Firele de cerclaj se strâng pe Petzer pentru a asigura etanșitatea. Cu 3 fire se poate fixa seroasa stomacului la peritoneul parietal pentru a preveni peritonita chimică. Închiderea peretelui abdominal în straturi anatomice.

4. După un an sau greutate minimă 10 kg, se practică esofagoplastia cu grefon pediculat din colonul stâng și transvers cu vascularizație din artera mezenterică inferioară, trecut retrosternal.

Preconizăm că în viitor să încercăm efectuarea esofagoplastiei per prima la nou-născuții eutrofici,

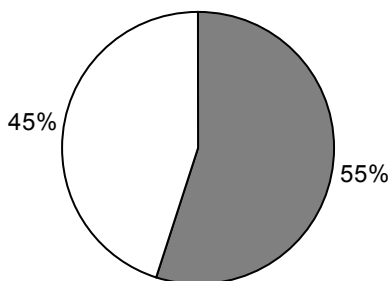
născuți la termen, fără alte complicații, cu distanță mare între capetele esofagiene.

Redăm mai jos statistica ultimilor 5 ani a atreziilor de esofag efectuate în spitalul nostru:

Atrezie Esofagiană

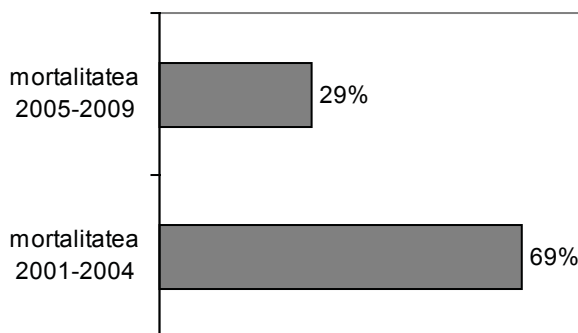
Fete	Băieți	Sex ratio	Total	Decedați	Decedați 5 ani anteriori
21	26	1,23 pentru băieți	47	14 = 29,7%	18/26-69%

Distribuția pacienților în funcție de sex



În ultimii 5 ani rata mortalității a scăzut de la 69% la 29%, cu toate ca numărul pacienților cu atrezie de esofag tratați aproape s-a dublat.

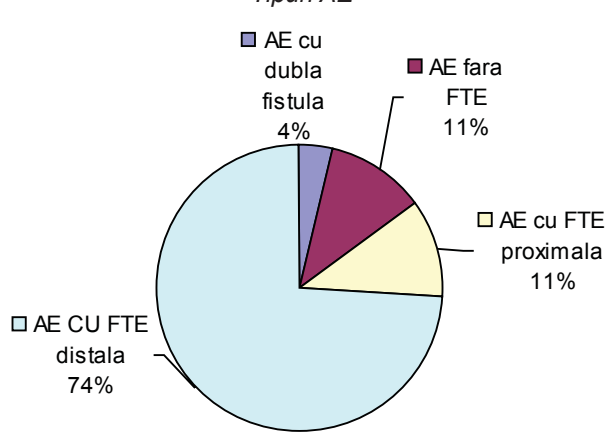
Mortalitate



Anul	Cazuri noi
2005	11
2006	8
2007	8
2008	14
2009	6
Total	47

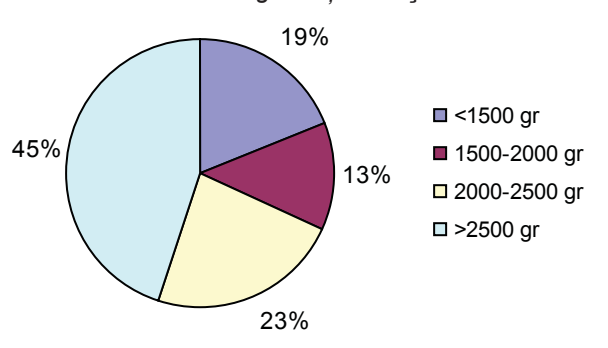
Tip AE	Număr cazuri	Pondere
Tipul A – AE fără FTE (AE izolată)	5	10,6%
Tipul B – AE cu FTE proximală	5	10,6%
Tipul C – AE cu FTE distală	35	74,4%
Tipul D – AE cu dublă fistulă (distală și proximală)	2	4,2%
Tipul E – FTE fără AE (cunoscută și ca fistulă tip-H)	0	
AE cu fistulă esobronșică (FEB)	0	

Tipuri AE



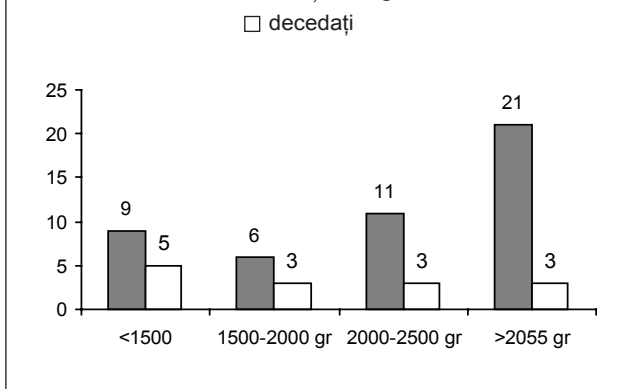
Greutatea la naștere	Număr cazuri	Decedați	Vârsta gestațională medie
< 1500 gr	9-19%	5-55%	32,2 s
1500-2000	6-13%	3-50%	33,3 s
2000-2500	11-23%	3-27%	36 s
> 2500	21-44%	3-14%	39 s

Ponderea greutății la naștere

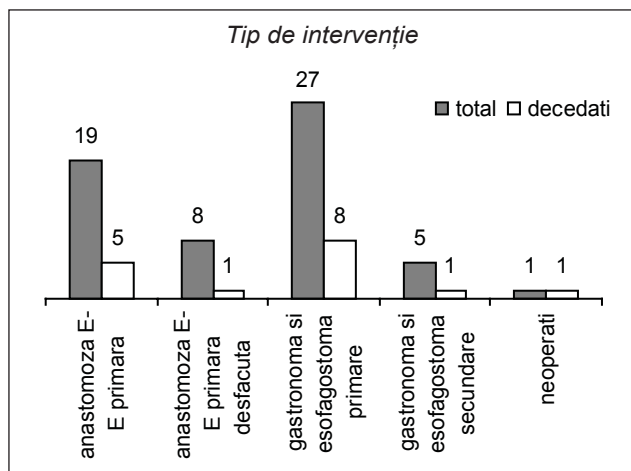


Indiferent de tehnica operatorie folosită, o importanță majoră pentru supraviețuire o reprezintă greutatea la naștere mai mare de 2500 g. Realizarea de esofagostomă și gastrostomă crește rata de supraviețuire a celor cu greutate mică.

Deces în funcție de greutate



		Medie vârsta gestațională
Greutatea medie	2361,48 gr	35,8 s
Greutate medie la cei cu anast per primam	2550 gr	37 s
Greutate medie la cei cu stome per primam	2285 gr	35,2 s
Greutate medie decedați	1929,28 gr	33,9 s



	Total	Decedați
Anastomoză eso-esofagiană – per primam	19	5-26%
Anastomoza primară desfăcută	8-42%	1
Gastrostomă și esofagostomă – per primam	27	8-32%
Gastro și esofagostomă – per secund	5	1-20%
Neoperati	1	1

Închiderea primară a FTE concomitent cu esofagostomie și gastrostomie, urmată la circa un an și jumătate de esofagoplastie cu colon asigură cea mai bună supraviețuire. Acest procedeu este practicat cu totul excepțional în Occident dar se pare că nivelul actual al medicinei din România impune această tehnică la noi în țară, cu toate că este foarte mare consumatoare de resurse umane și materiale.

Preconizăm că în viitor să încercăm efectuarea esofagoplastiei per prima la nou-născuții eutrofici, născuți la termen, fără alte complicații, cu distanța mare între capetele esofagiene.