

MANAGEMENTUL ATREZIEI DE ESOFAG LA MARELE PREMATUR

Management plan for premature babies with esophageal atresia

Dr. Toli Pătrăncuș¹, Dr. Mihaela Golumbeanu², Dr. Anca Slăvilă³

¹Secția de Chirurgie Pediatrică I, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu“, București

²Secția de Chirurgie Pediatrică II, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu“, București

³Secția de Anestezie și Terapie Intensivă, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu“, București

REZUMAT

Introducere. La momentul actual, rata prematurității este mare, atât în România, cât și în alte țări, fiind în creștere ca urmare a factorilor socioeconomici și a afecțiunilor prenatale nedepistate la timp, ce predispun la o naștere prematură. Acum 20 de ani, rata mortalității infantile în România la pacienții cu atrezie de esofag era de până la 90%. În prezent, fiecare pacient ce supraviețuiește reprezintă un succes pentru chirurgia pediatrică românească. Prematuritatea, cu patologia sa asociată și cu necesitățile terapeutice speciale, duce la creșterea suplimentară a ratelor de mortalitate și morbiditate. În acest moment, în România, de la momentul nașterii până la primul contact cu un chirurg pediatric se pierde un timp prețios și aceasta din cauza absenței unui circuit predefinit între maternități și secțiile de chirurgie pediatrică.

Material și metodă. Vă prezentăm analiza retrospectivă a managementului pacienților cu diagnosticăți cu atrezie de esofag în perioada 2012-2013.

Rezultate. Lotul de pacienți studiat a fost reprezentat de 46 de nou-născuți diagnosticați cu atrezie de esofag, dintre care 20 (43%) au avut greutate la naștere sub 1.800 g și doar 21% au avut un diagnostic antenatal. Forma cea mai frecventă a fost reprezentată de atrezia esofagiană cu fistulă distală (91%). La 42% dintre pacienți a fost posibilă anastomoza esoesofagiană, iar 23% dintre pacienți au necesitat o reintervenție. Rata de supraviețuire a fost de 77%.

Discuții și concluzii. În cazul prematurului cu atrezie de esofag, este extrem de dificilă crearea unui protocol de management chirurgical unic. Astfel, în cazul lotului nostru, aproape jumătate au permis efectuarea anastomozei eso-esofagiene, în timp ce restul au necesitat esofagostomie cu gastrostomă de alimentație. Atât evoluția postoperatorie, cât și tentarea alimentației per os au fost strict corelate cu gradul de prematuritate, greutatea la naștere și prezența altor malformații asociate, dar și cu tehnica chirurgicală utilizată.

Scăderea, de la un an la altul, a mortalității se datorează și prezenței unei echipe multidisciplinare care tratează acest pacient, alcătuită din chirurgul pediatric, medicul neonatolog și medicul de anestezie și terapie intensivă, dar și posibilităților de tratament și îngrijire avansată.

Cuvinte cheie: prematur, atrezie de esofag

ABSTRACT

Background. Prematurity rates are, at present time, high in Romania as in many other countries, and rising due to socio-economic factors and to poor diagnosing of contributing factors and diseases during pregnancy. 20 years ago, infant mortality in children with esophageal atresia in Romania was very high – up to 90%. In present time, every case of survival is a success for the Romanian pediatric surgery. Prematurity, with its associated pathology and with the medical interventions it necessitates, increases the morbidity and mortality rates even more. At the moment in Romania the time from birth to the presentation on the pediatric surgical ward is greatly lengthened by the absence of a predefined circuit between maternities and surgical wards.

Material and method. We are presenting the retrospective analysis of management of all patients diagnosed with esophageal atresia, between 2012 and 2013.

Results. The study group consisted of 46 patients with esophageal atresia, of whom 20 (43%) had birth weights of less than 1,800 g and only 21% had an antenatal diagnosis. Most patients had an esophageal atresia with a distal fistula(91%). An anastomosis was possible for 42% of patients, with 23% of all patients requiring reintervention. Our group registered a survival rate of 77%.

Adresa de corespondență:

Dr. Toli Pătrăncuș, Secția de Chirurgie Pediatrică I, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu“,

Bdul Iancu de Hunedoara nr. 30-32, sector 1, București, Romania

E-mail: patrancus_t@yahoo.com

Discussions and conclusions. For premature babies with esophageal atresia, it is very hard to construct one surgical therapeutic management plan. We have found that in almost half of our cases an eso-esophageal anastomosis was possible, with/without ligation of the fistula, while the rest of the group needed an esophagostoma and the placing of a gastrostomal feeding tube. The postoperative evolution and the time of the first oral feed depended greatly on the degree of prematurity, on birth weight, on the associated malformations as well as on the surgical procedure used.

The yearly decrease in mortality is due to the multidisciplinary team that handles a premature with esophageal atresia, composed of a pediatric surgeon, a neonatal specialist and an anesthesiologist and also to the new and advanced possibilities for treatment and care that we have today.

Keywords: prematurity, esophageal atresia

În neonatologie, „nimeni nu renunță la lupta pentru viață”. „Prematurul este ca un pui care nu și-a terminat ciclul de dezvoltare în oul lui”.

Nașterile premature au înregistrat în România ultimilor ani cote destul de ridicate, ca urmare a condițiilor socio-economice, dar mai ales a unor afecțiuni ale mamelor, nedepistate la timp. Copilul prematur este foarte vulnerabil, expus mereu riscurilor de îmbolnăvire.

De la prima atrezie de esofag, operată în România în anul 1962 de către Prof. D. Vereanu, au trecut peste 30 de ani. Mortalitatea infantilă în această afecțiune a fost aproape 90% în țara noastră până în urmă cu 20 de ani. În prezent, vindecarea pe plan internațional a atins valori de peste 80%. Fiecare caz pe care îl putem salva reprezintă un mare salt făcut în ultimii ani de chirurgia pediatrică din România.

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 în utero, iar 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 dismatat, prematur și cu multiple infecții neonatale.

MATERIAL ȘI METODĂ

Lucrarea analizează un lot de 46 de nou-născuți diagnosticați cu atrezie de esofag internați în secția de chirurgie pediatrică a Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu” București, în perioada 2012-2013. Din totalul pacienților, 20 de nou-născuți au avut greutate sub 1.800 g, ceea ce reprezintă 43%.

Copilul prematur necesită o îngrijire specială, din cauza dificultăților de adaptare. Prematurul necesită oxigenoterapie atunci când tegumentele sunt cianotice sau prezintă polipnee peste 60 resp./min., fiind necesară combaterea deficienței de termoreglare și a tendinței la hemoragie. (2) La toate acestea se adaugă și atrezia de esofag, care este o malformație congenitală destul de severă.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Majoritatea pacienților au prezentat forme de atrezii de esofag cu fistulă eso-traheală distală.

De departe cele mai frecvente malformații asociate sunt DSA cu un procent de 29%, malformațiile membrilor reprezentând un procent de 17% din cazuri. Pe următoarele locuri se situează agenezia anală, cu 15% din cazuri, și sindromul Down cu 10%.

Morbiditatea copilului prematur este invers proporțională cu vârsta gestațională și greutatea la naștere. Complicațiile includ: boala cronică pulmonară sau bronhodisplazia pulmonară, apneea și bradicardia, criptorhidismul, refluxul gastroesofagian, sindromul decesului subit, ventriculomegalia, herniile, retardul mental, retardul de creștere, paralizia cerebrală, epilepsia, cecitatea și surditatea. (2)

Alimentarea enterală trebuie administrată lent și gradat, conform toleranței copilului, dar relativ precoce, fiindcă astfel se evită riscul enterocolitei ulcero-necrotizante, volumul alimentar complet per os se atinge mai repede și scade durata utilizării alimentării parenterale. Copiii cu atrezie de esofag nu se alimentează per os din cauza riscului de inundație traheală prin fistula esotraheală. Se instituie aspirare continuă a bontului esofagian și alimentare parenterală. Din această cauză atitudinea terapeutică este complexă și necesită o echipă multidisciplinară alcătuită din medic chirurg, medic neonatolog și medic de anestezie și terapie intensivă. (1) Din cauza comorbidităților complexe, momentul intervenției chirurgicale trebuie ales cu deosebită grijă. Intervenția este laborioasă, interesează plămânul drept din cauza colabării, ceea ce îngreunează și mai mult

ventilația pulmonară. Din această cauză, preoperator trebuie să se reechilibreze prematurul și să se investigheze pentru a pune în evidență și alte malformații asociate.

În aceste condiții, atitudinea terapeutică a atreziei de esofag a fost orientată, în proporții egale, către efectuarea anastomozelor eso-esofagiene termino-terminală cu ligatura fistulei și, respectiv, esofagostomie și gastrostomie de alimentație. Această atitudine a fost luată în funcție de distanța dintre capetele esofagului. (3)

Evoluția postoperatorie depinde în mare măsură de vârsta gestațională, greutatea la naștere și, nu în ultimul rând, de malformațiile asociate.

Realimentarea a trebuit să țină seama de vârsta gestațională, de greutatea la naștere, dar și de tehnica chirurgicală. Astfel, în lotul studiat prima zi, în care s-a practicat alimentarea per os, a fost cu preponderență între a 11-a și a 14-a zi de la intervenția chirurgicală.

Ca și în literatura de specialitate, și în studiul nostru rata de supraviețuire a fost de 77%.



FIGURA 1. Prematur operat cu anastomoză termino-terminală eso-esofagiană



FIGURA 2. Prematur operat cu gastrostomie și esofagostomie

CONCLUZII

1. Diagnosticul prenatal a fost pus într-un număr redus de cazuri, motiv pentru care recomandarea noastră este de urmărire ecografică din primul trimestru de sarcină pentru a descoperi cât mai precoce atât afecțiunea, cât și malformațiile asociate.
2. Informarea aparținătorilor despre gravitatea afecțiunii, a posibilităților de tratament, riscul prematurității și consultarea specialistului se poate face prenatal, astfel încât părinții să fie pregătiți psihic pentru momentul intervenției chirurgicale.
3. Existența unor centre cu dotarea necesară atât în ceea ce privește tratamentul chirurgical, cât și îngrijirea postoperatorie, precum și transportul cât mai rapid în aceste centre în condiții de securitate.
4. Confirmarea diagnosticului imediat după naștere în maternitate, înainte de instalarea complicațiilor pulmonare.
5. Mortalitatea a fost de 23%; de remarcat că a scăzut considerabil de la un an la altul, datorită posibilităților de tratament și îngrijire net superioare în serviciul de chirurgie pediatrică și nou-născuți.

MENȚIUNE

Această lucrare este efectuată în cadrul Programului Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane (POS DRU) 2007-2013, finanțat din Fondul Social European și Guvernul României prin contractul nr. POS DRU/107/1.5/S/82839.

BIBLIOGRAFIE

6. **Bălănescu R.** – Principii de diagnostic și tratament în chirurgia și ortopedia pediatrică, Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2011
7. **Stratulat P.** – Protocoale clinice neonatale, nou-născutul prematur: management, stări de urgență și supraveghere, Editura Sirius, Chișinău, 2008
8. **Khan K.M., Sabati A.A., Kendall T., Foker J.E.** – The effect of traction on esophageal structure in children with long-gap esophageal atresia. *Dig Dis Sci.* 2006 Nov; 51(11):1917-21. Epub 2006 Sep 15