

Igimtos stemplės atrezijos vėlyvoji pirminė stemplės plastika

Pranas Gurskas, Aidas Ivanauskas

Vilniaus universiteto Vaikų ligoninės Vaikų chirurgijos centras

Raktažodžiai: stemplės atrezija, pirminė stemplės plastika.

Santrauka. Tyrimo tikslas. Apžvelgti ligonių, operuotų dėl igimtos stemplės atrezijos gydymo patirtį.

Medžiaga ir metodai. 1992–2002 m. Vilniaus universiteto Vaikų ligoninėje operuoti 97 ligoniai, kuriems buvo igimta stemplės atrezija. Iš jų 17 (17,5 proc.) buvo ruošiami vėlyvajai pirminei stemplės plastikai dėl ilgo tarpo tarp stemplės galų. Šis metodas mūsų klinikoje įdiegtas 1993 metais. Analizuota gydymo patirtis.

Rezultatai. Iš 17 ligonių, ruošų vėlyvajai pirminei stemplės plastikai, keturi mirė nuo sepsinių komplikacijų (vienas ligonis nesulaukė operacijos). Šešiems ligoniams rastas siūlių nesandarumas, iš jų keturi pasveiko skyrus konservatyvų gydymą. Randinė stemplės stenozė diagnozuota penkiems ligoniams. Visi pasveiko atlikus kelias stemplės dilatacijas bužuojant. 13 pasveikusių vaikų dabar yra 2–10 metų. Keturiems diagnozuota gastroezofaginio refliukso liga, vienam atlikta gastrofundoplikacija m. Nissen, kiti gydyti konservatyviai. Visi auga normaliai. Disfagijos požymių nėra.

Išvada. Stemplės auginimas, ilginimas bužuojant, yra paprastas ir efektyvus stemplės išsaugojantis gydymo metodas.

Išvada

Geriausias stemplės atrezijos gydymo būdas – pirminė stemplės plastika. Daugiausia problemų kyla, kai yra ilgas tarpas (daugiau kaip 2,5 cm) tarp stemplės galų. Naujagimių, kuriems yra ilgas tarpas tarp stemplės galų, gydymas išlieka kontraversiškas. Yra daug stemplės pailginimo būdų, tačiau sava stemplė yra geresnė už geriausią dirbtinę.

Tirtųjų kontingentas ir tyrimo metodai

1992–2002 metais mūsų klinikoje gydyta 17 ligonių dėl igimtos stemplės atrezijos, esant ilgam tarpui tarp stemplės galų. Tai sudaro 17,5 proc. visų 97 operuotų ligonių dėl igimtos stemplės atrezijos mūsų klinikoje per šį laikotarpį. 15 ligonių nustatyta stemplės atrezija su apatine tracheozofagine fistule (TEF), 2 – stemplės atrezija be TEF. Pirmos operacijos metu, kuomet negalima atlikti pirminės stemplės anastomozės dėl per didelio atstumo tarp stemplės galų, perrišame tracheozofaginę fistulę (jei yra) ir atliekame gastrostomiją. Visi ligoniai buvo ruošiami vėlyvajai pirminei stemplės plastikai taikant viršutinio aklino stemplės galo pailginimą bužuojant. Ligonis maitinamas per gastrostomą, iš viršutinio aklino stemplės galo seilės nuolat siurbiamos dvikanaliu Reploglo zondų. Tarpas tarp stemplės galų svyravo nuo 2 iki 5 cm (1 lentelė).

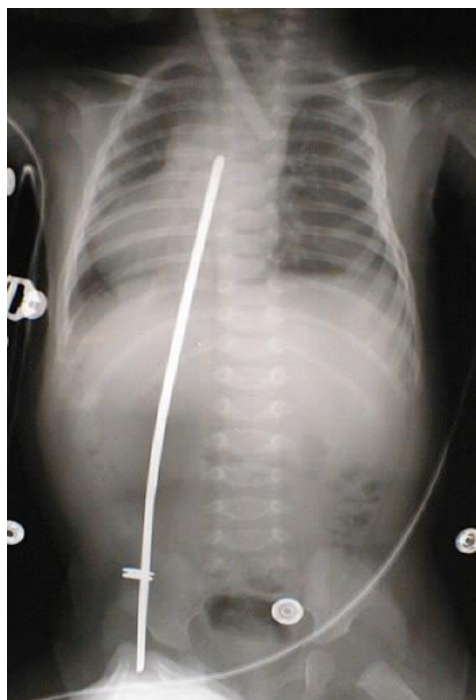
1 lentelė. Atstumas tarp stemplės galų prieš ruošimą vėlyvajai pirminei stemplės plastikai

Atstumas tarp stemplės galų	Ligonių skaičius
Iki 2 cm	1
2,1–3 cm	8
3,1–4 cm	6
4,1–5 cm	1
Iš viso	16

Vėlyvoji pirminė stemplės plastika atlikta po 2–6 mėn., kai tarpas tarp stemplės galų sumažėjo iki 1 cm (2 lentelė). Atstumas tarp stemplės galų buvo vertinamas kas 2–4 savaitės atliekant telerentgeninį tyrimą (1 pav.).

2 lentelė. Mechaninio stemplės pailginimo trukmė bužuojant

Bužavimo laikas	Ligonių skaičius
1 mėn.	2
2 mėn.	4
3 mėn.	4
4 mėn.	3
6 mėn.	3
Iš viso	16



1 pav. Tarpo tarp stemplės galų įvertinimas

Sunkios gretutinės įgimtos ydos nustatytos 10 ligonių: įgimta širdies yda – 3, dvylikapirštės žarnos atrezija – 1, tuščiosios žarnos atrezija – 1, inkstų anomalijos – 5. Dešimt (58,8 proc.) naujagimių gimė neišnešioti, jų gestacinis amžius buvo iki 36 savaičių.

Rezultatai

Po vėlyvosios pirminės stemplės plastikos iš 16 operuotų ligonių (vienas nesulaukė operacijos) pasveiko 13 (81,3 proc.).

Komplikacijos po vėlyvosios stemplės plastikos pateikiamos trečioje lentelėje.

Ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu 6 (37,5 proc.) ligoniams atsirado siūlių nesandarumas (2 pav.). Keturiems ligoniams siūlių nesandarumas išnyko spontaniškai skyrus konservatyvų gydymą, be papildomų chirurginių intervencijų. Du ligoniai mirė atsiradus

dus septinėms komplikacijoms.

Randinė stemplės stenozė radosi 5 (31,3 proc.) ligoniams (3 pav.). Visi pasveiko po kelių stemplės dilatacijų bužuojant. 13 pasveikusių vaikų dabar yra 2–10 metų. Keturiems (25 proc.) diagnozuota gastroezofaginio refliukso liga, vienam atlikta gastrofundopliakacija *m. Nissen*, kiti gydyti konservatyviai. Visi auga normaliai, nejaučia disfagijos požymių.

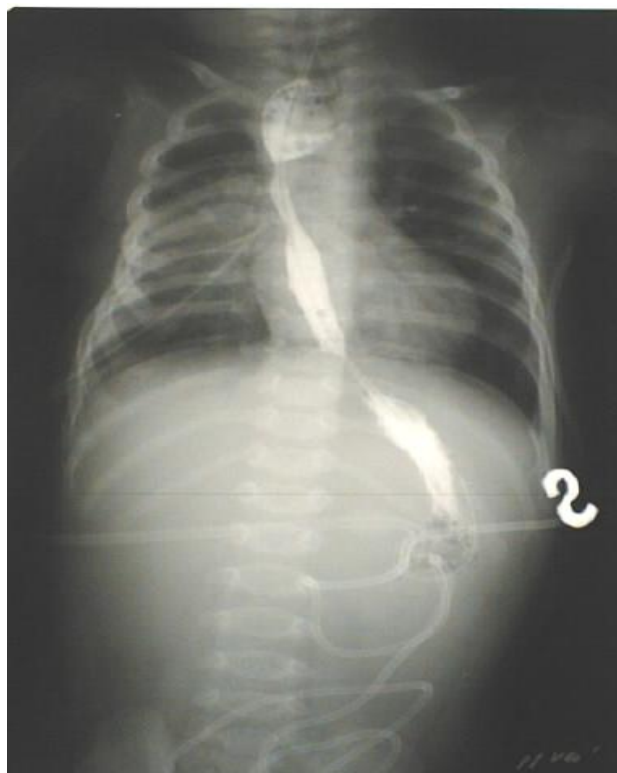
Rezultatų aptarimas

Nuo 10 iki 20 proc. naujagimių, gimusių su stemplės atrezija, tarpas tarp stemplės galų yra ilgesnis kaip 2,5 cm (1), mūsų duomenimis, 17,5 proc. Dažniausiai tokie naujagimiai gimsta neišnešioti, mažo gimimo svorio (1) ir, mūsų duomenimis, 58,8 proc. naujagimių buvo neišnešioti. Jeigu yra ilgas tarpas tarp stemplės galų, daromos stemplę pakeičiančios operacijos: skrandžio pakėlimas (2), stemplės formavimas iš skrandžio didžiosios kreivės (3), stemplės pakeitimas plonosios (4) ar storosios žarnos segmentu (5) ir vėlyvoji pirminė stemplės plastika (1). Stemplę pakeičiančios operacijos yra labai traumatiškos, dažnos pooperacinės komplikacijos: transplantato išemija, siūlių nesandarumas, striktūros, taip pat vėlyvosios komplikacijos: transplantato vingiuotumas, rijimo sutrikimai, pepsinės opos, malabsorbcija.

S. A. Engum duomenimis, 68 proc. komplikacijų susijusių su stemplę pakeičiančiomis operacijomis (6). Vis dėlto vėlyvoji pirminė stemplės plastika atitinka

3 lentelė. Komplikacijos po vėlyvosios pirminės stemplės plastikos

Komplikacijos	Ligonių skaičius	Pasveiko	Mirė
Siūlių nesandarumas	6	4	2
Randinė stenozė	5	5	–
GERL	4	4	–
Sepsis	1	–	1
Iš viso	16	13	3



2 pav. Siūlių nesandarumas



3 pav. Randinė stemplės stenozė

visus reikalavimus, kuriuos N. A. Myers apibūdina žodžiais „...geriausia jungtis tarp burnos ir skrandžio yra sava stemplė“ (7). Todėl dabar nustačius, kad yra ilgas tarpas tarp stemplės galų, siūloma atlikti vėlyvąją pirminę stemplės plastiką. „Ilgas tarpas“ – tai daugiau kaip 2,5 cm atstumas tarp stemplės galų (8). Per pirmąsias naujagimio gyvenimo paras rekomenduojama tik perrišti TEF (jei yra) ir suformuoti gastrostomiją maitinimui (6). Po to galimi įvairūs stemplės galų ilginiavimo būdai: proksimalinio galo bužavimas, abiejų galų (distalinio pro gastrostomą) bužavimas, bužavimas Rehbeino metodu su siūlu (9, 10), stemplės galų sutraukimas įleidus į juos magnetus (11). Po kelių mėnesių stemplei paaugus ir jos galams susitraukus, atliekama vėlyvoji pirminė stemplės plastika sujungiant stemplę „galas su galu“. Nuo 1993 metų ir mūsų klinikoje naudojama tokia gydymo metodika. 37,5 proc. ligonių po vėlyvosios pirminės stemplės plastikos atsirado siūlių nesandarumas, medicinos literatūroje pateikiami panašūs duomenys, A. Kaminski duomenimis – 58 proc. (12). Po vėlyvosios pirminės stemplės plastikos 31,3 proc. ligonių atsirado randinė stemplės stenozė, o kiti autoriai teigia, kad randinė stemplės

stenoze po vėlyvosios pirminės stemplės plastikos atsiranda nuo 42,8 (1) iki 100 proc. (12). Taip pat medicinos literatūroje rašoma, kad tokiems ligoniams dažniau atsiranda gastroezofaginis refluksas, nurodoma, kad jis atsiranda iki 40–75 proc. (1, 13), mūsų klinikoje gastroezofaginis refluksas diagnozuotas ke-

turiems (25 proc.) ligoniams.

Išvados

Stemplės auginimas, ilginimas bužuojant yra paprastas ir efektyvus stemplę išsaugantis gydymo metodas.

Delayed primary anastomosis for esophageal atresia

Pranas Gurskas, Aidas Ivanauskas

Center of Pediatric Surgery, Vilnius University Children's Hospital, Lithuania

Key words: esophageal atresia, primary esophageal anastomosis.

Summary. *The aim* of study is to review patients with esophageal atresia, treated by means of delayed primary esophageal anastomosis at Vilnius University Children's Hospital.

Material and methods. Study was performed by retrospective analysis of medical records including period of 1992–2002, and clinical evaluation of late results. There were 97 patients with esophageal atresia, and 17 (17.5%) of them were selected for delayed primary esophageal anastomosis. This method was introduced in year 1993.

Results. Out of 17 patients selected for delayed primary esophageal anastomosis; 4 died from septic complications. Early complications included leakage of the anastomosis for six patients; four of them recovered after conservative treatment. Esophageal stricture occurred in 5 patients, and was resolved by bougienage. The follow-up of 13 survivors at present is from 2 to 10 years. Gastroesophageal reflux was diagnosed in 4 patients, one of them was cured with Nissen fundoplication; others received medication. All at present are developing normally. None of them suffer from dysphagia. They do not need esophageal dilatation.

Conclusions. We have found that in this group of patients elongation of esophageal segments and delayed primary esophageal anastomosis is effective and esophagus saving procedure.

Correspondence to P. Gurskas, Center of Pediatric Surgery, Vilnius University Children's Hospital, Santariškių 7, 2600 Vilnius, Lithuania

Literatūra

1. Boss D, Gitter H. Elongation therapy and delayed anastomosis in cases of long gap esophageal atresia. Experience with 16 cases. *Surg Childh Intern* 1999;7(3):148-50.
2. Marujow C, Tannuri U, Maksoud JG. Total gastric transposition: An alternative to esophageal replacement in children. *J Pediatr Surg* 1991;26(6): 676-81.
3. Ein SH, Shandling B, Stephens CA. Twenty-one year experience with pediatric gastric tube. *J Pediatr Surg* 1987;22(1): 77-81.
4. Sacki M, Tsuchida I, Ogata T, Nakano M, Aliyama H. Long-term results of jejunal replacement of esophagus. *J Pediatr Surg* 1988;23(5):483-9.
5. Ahmed A, Spitz L. The outcome of colonic replacement of the esophagus in children. *Prog Pediatr Surg* 1985;19:37-54.
6. Engum SA, Grosfeld JL, West KW, et al. Analysis of morbidity and mortality in 227 cases of esophageal atresia and/or tracheoesophageal fistula over two decades. *Arch Surg* 1995;130(5):502-8.
7. Howard R, Myers NA. Esophageal atresia: A technique for elongating the upper pouch. *Surgery* 1972;71(5):661-4.
8. Foker JE, Linden BC, Boyle EM, Marquardt C. Development of a true primary repair for the full spectrum of esophageal atresia. *Ann Surg* 1997;226: 533-43.
9. Festen C. Oesophageal atresia: Methods of reconstruction in cases of a "Long Gap". *Z Kinderchir* 1981;32(4):295-300.
10. Sigge W, Wurtenberger H, Franz A, Albrecht M. Bridging a gap in oesophageal atresia using Rehbein's technique: dilatation of a thread canal. *Z Kinderchir* 1986;41:5-9.
11. Schier F, Willital GH. A new device for long gap esophageal atresia. *Z Kinderchir* 1987;43:311-4.
12. Kaminski A, Kaminski W, Szymczak M. Early complications after primary and primary delayed esophageal anastomosis. *Surg Child Intern* 1999;7(3):155-9.
13. Koch A, Rohr S, Plaschkes J, Bettex M. Incidence of gastroesophageal reflux following repair of esophageal atresia. *Progr in Pediatr Surg* 1985;19:103-12.

Straipsnis gautas 2003 09 09, priimtas 2003 11 06

Received 9 September 2003, accepted 6 November 2003