

# Ocena jakości życia oraz opis obrazu klinicznego pacjentów po pomyślnym leczeniu chirurgicznym atrezji przełyku



Michał Kolejwa<sup>1</sup>, Elwira Kołodziejczyk<sup>2</sup>, Anna Socha-Banasiak<sup>1</sup>, Anna Piaseczna-Piotrowska<sup>3</sup>, Dariusz Lebensztejn<sup>4</sup>, Elżbieta Czkwianianc<sup>1</sup>, Grzegorz Oracz<sup>2</sup>

1. Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Klinika Gastroenterologii, Alergologii i Pediatrii
2. Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, Oddział Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii
3. Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Klinika Chirurgii, Urologii Dziecięcej i Transplantologii
4. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia i Alergologii z Pododdziałem Pulmonologii

## Wstęp:

Częstość występowania atrezji przełyku (AP) wynosi 1:2500 - 1:4500 urodzeń. Diagnozę i leczenie operacyjne należy przeprowadzić w pierwszych dniach życia.

## Cel badania:

Celem badania była ocena jakości życia oraz opis obrazu klinicznego osób po pomyślnym leczeniu chirurgicznym AP w okresie noworodkowym.

## Metody:

Dane 85. pacjentów z atrezią przełyku udokumentowano na podstawie samodzielnie stworzonej ankiety z trzech ośrodków w Polsce. Rodzice i/lub pacjenci zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi na pytania dotyczące innych wad wrodzonych, powikłań leczenia, nawracających infekcji dróg oddechowych, rozwoju choroby refluksowej przełyku (GERD) oraz postępowania w przypadku GERD, pojawienia się objawów dysfunkcji motoryki przełyku oraz zaburzeń odżywiania, zapotrzebowania na leki (PPI) i ocenę rozwoju fizycznego.

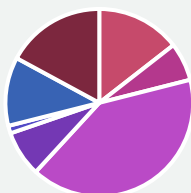
## Wyniki:

W badaniu opisano 85. pacjentów urodzonych z AP w latach 1997-2017, w tym 32. dziewczynki (37,6%) i 53. chłopców (62,4%). 9. z nich zmarło do czwartego miesiąca życia.

19. pacjentów, spośród tych, które żyły w czasie prowadzenia badania, urodziło się przed 36 hbd. Średnia masa urodzeniowa dzieci wyniosła 2658g, mediana 2750g, odchylenie standardowe +/- 709g. Tylko 9. zostało zdiagnozowanych prenatalnie (7. w III, a 2. w II trymestrze).

Wiek pacjentów w dniu wypełniania ankiety wynosił: <2r.ż. - 11., 2-6 lat - 20., 7-14 lat - 35., 15-18 lat - 7., >18 lat - 3.

## Rodzaje atrezji przełyku



- Vogt II
- Vogt IIIa
- Vogt IIIb
- Vogt IIIc
- Vogt IV
- Nieznane

Ocena rozwoju fizycznego wykazała niskorosłość u 18. dzieci.

Najczęściej diagnozowanym typem AP był Vogt IIIb (31.; 40,8%).

Leczenie chirurgiczne było powikłane u 21. pacjentów (27,6%). 19. (25%) wymagało co najmniej ponownej operacji z powodu powikłań. U 54. dzieci (71,1%) po operacji doszło do wtórnego zwężenia przełyku i konieczne było poszerzenie przełyku. 7. chorych (9,2%) operowano z tego powodu.

U 55. dzieci (72,4%) rozpoznano inne wady wrodzone. Z tego powodu operowano 39. (51,3%) dzieci, najczęściej: wada serca - 9. (11,8%), atrezja odbytu - 9. (11,8%), pylorostenozą - 2. (2,6%). Jeden pacjent był operowany z powodu choroby Hirschsprunga. Leczenie operacyjne GERD w wyniku AP przeprowadzono u 13. pacjentów (17,1%). 38. dzieci było operowanych z innych przyczyn.

30. pacjentów pozostaje pod opieką poradni gastroenterologicznej. 19. wymaga przewlekłego leczenia inhibitorami pompy protonowej.

Wykazano ujemną korelację pomiędzy upośledzeniem wzrostania a występowaniem innych niż AP wad wrodzonych wymagających leczenia chirurgicznego ( $p < 0,05$ ,  $\rho = -0,4$ ). Nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji pomiędzy masą ciała pacjentów a występowaniem innych wad wrodzonych.

## Wnioski:

Po operacji AP najczęściej rozwijało się wtórne zwężenie przełyku, co skutkowało m.in. wieloma interwencjami endoskopowymi. Rozwój fizyczny dzieci jest w większości zaburzony. Leczenie tych pacjentów jest trudne, długotrwałe i wielodyscyplinarne ze względu na wiele powikłań.

## Zabiegi operacyjne z innych powodów niż AP

