

Változások az újszülött és gyermeksebészetben

Dr. Füzesi Kristóf

Szegedi Tudományegyetem Gyermekklinika

A gyermeksebészet speciális elvárásainak teljesítéséhez jól felkészült teamre van szükség, amelynek megfelelő szakmai háttere van. Az ilyen szintű ellátás Regionális Központban kívánatos. A SZTE Gyermekklinikája mindazon feltételeknek megfelel amelyek egy ilyen, Délkelet-Magyarország régiójának gyermeksebészeti ellátását teljesíteni tudják. A régióhoz tartozik négy megye Csongrád, Békés, Bács és bizonyos speciális esetek ellátására Szolnok megye is. A Gyermeksebészeti Osztály szakmai tapasztalata, gyermek anaesthesiológiai lehetőség, igen jól működő perinatalis intenzív centrum és általános intenzív osztály, valamint a subspecialitások és a modern laboratóriumi, képalkotó eljárás lehetőségei alapján a Klinika regionális központnak megfelel.

A praenatalis diagnosztika javulásával olyan sebészi korrekciót igénylő anomáliák derülnek ki már méhen belül, amelyek újabb dilemmákat vetnek fel. Az észlelt fejlődési rendellenesség megítélése során három lehetőség vetődik fel:

1. Intrauterin beavatkozás, a magzati korrekció lehetősége.
2. A fejlődési rendellenesség súlyossága a terhesség megszakításának javaslatát veti fel.
3. Olyan fejlődési rendellenességről van szó, amely esetben a szülés regionális központban való levezetése ajánlott.

Az intrauterin beavatkozás bevezetése nagy lelkesedést és optimizmust váltott ki szakmai körökben, azonban a későbbiekben tetemes nehézségek merültek fel. Az elsődleges gond a beavatkozás következtében bekövetkező nagy számú koraszülés illetve spontán vetélés (spina bifida esetében a gravidák felében észlelték ezt).

Egyértelmű kontraindikációnak tekinthetők az alábbi paraméterek:

- Többszörös terhesség.
- Kromoszóma eltérés.
- Más észlelt anomália.
- Méh nyak elégtelenség.

Szövődmények: chorioamnitis, uterus ruptura, amnialis folyadék fistula...

Az alábbi kórképekben történtek intrauterin beavatkozási kísérletek: A diaphragma herniához társuló tüdő hypoplasia megelőzésére trachea occlusioval próbálkoztak mérsékelt eredménnyel. A defectus direkt zárását rossz tapasztalok után abbahagyták.

Az utóbbi idők egy jelentős észlelése, hogy a korábban észlelt mozgások az alsó végtagokban nyitott spina esetében a későbbiekben romlottak, ami a szabadon fekvő idegrostok spontán károsodását valószínűsíti. Ennek megelőzésére intrauterin korai zárásokkal próbálkoztak mérsékelt eredményekkel.

A méhen belül a magzaton belül elvégzett sebéseknek nem maradt heges nyoma, ami felveti annak a lehetőségét, hogy ajakhasadékok esetében ezzel próbálkozni kellene.

Összefoglalva: van helye az intrauterin beavatkozásoknak a gyógyászatban, de kis számú fetusra korlátozott lehetőségnek kell tekinteni, aminek az elvégzése, kevés helyen, (Magyarországon nagy valószínűséggel egy központ elegendő lenne) megfelelő gyakorlattal rendelkező team által ajánlott.

Anomáliák, amelyek esetében a terhesség megszakítását javasolhatjuk:

Kétoldali vese agenesia

Anencephalia

Encephalocele

„Giant” hydrocephalus

Spina bifida

Duodenum atresia Down kórral való társulás esetén

Korán észlelt omphalocele, extra abdominálisan elhelyezkedő máj esetében

A magyar törvények szerint a terhesség megszakítása a 12. hétig lehetséges, amelynek meghosszabbítása a 20. hétig engedélyezett, amennyiben fejlődési rendellenesség 50 %-os biztonsággal igazolt. A diagnosztika késlekedése esetén ez a terminus a 24. hétig tolható ki.

A méhen belül észlelt anomália megítélését végző team feladata nem javaslat adás terhesség megszakításra, hanem megfelelő információ nyújtása a szülőknek döntés hozatalhoz.

Az alábbiak azok a praenatalisan észlelt fejlődési rendellenességek, amelyeknek a szülésvezetése regionális központban ajánlott, és a „legjobb inkubátorban”, az uterusban történő szállítás javasolt:

Oesophagus atresia, diaphragma hernia, omphalocele – gastroschisis, bélatresia, hydrocephalus, kétoldali veseüregrendszeri tágulat.

A továbbiakban egy-egy – elsősorban újszülött – kórkép kezelésében történt változásokat ismertetjük.

Oesophagus atresia:

A javuló műtét technikai lehetőségek (extrapleurális behatolás) a jobb túlélést nyújtó magas szintű posztoperatív intenzív ellátás következtében a túlélés az utóbbi időben gyakorlatilag 100%-os. Természetesen ez nem vonatkozik társuló fejlődési rendellenesség, nagyon kicsi születési súly, kifejezett éretlenség jelei esetére. Az anomália diagnosztikájában lényeges változás nincs, kontrasztanyag nyeletés, illetve annak katéterrel a felső csonkba történő juttatása nem indokolt, de kétség esetén is csak olyan intézményben végezhető, ahol a műtét elvégzésére lehetőség van. Egy röntgen árnyékot adó katéter bevezetése többnyire elegendő a kórkép megállapításához. A különböző típusok közül szerencsére a felső vaktasakos, alsó csonk által képzett tracheo-oesophagealis összeköttetés formája a leggyakoribb, amelynek megoldása többnyire primer anastomosissal elvégezhető. A nagyobb csonktávolság áthidalása lényegesen megváltozott az utóbbi időben, nevezetesen a korábban végzett vastagbél pótlás helyett, újabban a gyomor substernalis felhúzása a választott megoldás.

Diaphragma hernia:

Sajnos ezen anomália kezelésében nem történt látványos változás, a mortalitás gyakorlatilag nem javult. A magas veszteségért felelős tüdő hypoplasia nehezen uralható és az újonnan bevezetett eljárások mint az extracorporalis membrán oxigenátor illetve a különböző típusú lélegeztetések sem javítottak lényegesen a túlélésen.

A korábban jelzett intrauterin beavatkozások (trachea ligatura, defectus direkt zárása,) eddig nem váltották be a hozzáfűzött reményeket. A kezelésben lényeges változás azon gyakorlat, hogy nagy tekintjük már abszolút sürgősségi műtétnek, hanem a beavatkozás előtt a kóros respiratio és anyagcsere paramétereiket rendezzük.

A kórképre jellemző még, hogy a nem túl biztató túlélések mellett sikerrel kezelt esetben a várható életminőség igen jó.

A duodenum atresia gyanúja esetén további vizsgálatok indokoltak, amelyek az anomáliához gyakran társuló Down kór fennállását kizárják. (Chorion biopsia, amniocentezis) Amennyiben ezen társulás igazolható, úgy a kromoszóma eltéréssel társuló rossz életminőség miatt a terhesség megszakítása ajánlható.

Azon esetekben, ahol ezen anomáliák társulása nem kerül észlelésre és a magzat megszületik, úgy a bélfolytonosságát helyreállító műtét nem tagadható meg.

Megjegyzendő még azon tény, hogy trisomia 21-el nem társuló duodenum atresia túlélése, életminősége igen jó.

Gastroschisis és omphalocele esetében többnyire a gravida regionális centrumba történő szállítása javasolt, hogy a korrekció minél előbb megtörténhessen. Kivételt képez azon eset, amelynél igen korán kerül észlelésre az elváltozás és a máj a hasüregen kívül helyezkedik el, amikor is a terhesség megszakításának a mérlegelése ajánlható. Szakmailag ezen döntést azon tény támasztja alá, hogy az ilyen anomália korrekciója nehéz, túlélés rosszabb és ismeretes még hogy az omphalocelehez jelentős számban társul más fejlődési rendellenesség.

Mindkét kórkép esetére érvényes azon tapasztalat, hogy a túlélést illetve a szövődeményeket nem befolyásolja a szülés módja. Meglepő, hogy a hasüregen kívül szabadon elhelyezkedő belek esetében sem magasabb a fertőzőeses szövődemény, ha a magzat a hüvelyen keresztül kerül a külvilágra.

Próbálkozások történtek gastroschisis esetében a bélfal vastagodás megelőzésére korábbi szülés indukcióval, de ezeknek jótékony hatása még kérdéses.

Műtéti megoldások javultak, sokszor segédeszközt kell felhasználni a szűk hasüreg megnövelésére.

Hydrocephalus eseteiben az utóbbi időben egyértelműen megváltozott az azt kiváltó ok. Amíg 20 –30 évvel korábban a spina bifidához társuló vagy fejlődési rendellenesség következtében kialakult kamra tágulat volt a gyakoribb, addig az utóbbi időben a javuló posztoperatív kezelések miatt megnőtt igen kis súlyú koraszülötteknél alakul ki hydrocephalus a gyakori intracranialis vérzés következményeként.

Az anomália korrekciója ismert, amely liquor elvezetését célozza. A korábban favorizált ventriculo-atrialis shunt után néhány esetben az alsó katéter száron képződött thrombus teremtett veszélyhelyzetet, aminek az eltávolítására extracorporalis szív-műtét is indokolttá vált. Újabbban ezen negatív tapasztalat miatt primeren a ventriculo-peritonealis elvezetés javasolt. Külsőleg irányítható szelep kezd elterjedni, de ezeknek az ára igen magas, amit az OEP csak részben térít. Ventriculoscopia során megoldható szabad liquor áramlást biztosító beavatkozási lehetőség miatt újabbban az idegsebészekkel történik együttműködés, akinek ehhez műszeres felszereltségük van.

A spina bifida preventioja sikeresnek mondható az utóbbi évtizedekben, miután az alfa foetoprotein szűrés jelentős mértékben csökkentette az ilyen anomáliákkal sújtott újszülöttek számát. Intézetünkben a korábbi évi 15-20 műtét helyett az utóbbi időben ez évi 1-2-re csökkent.

Amennyiben nem kerül észlelésre méhen belül az anomália és a magzatnak olyan súlyos a fejlődési rendellenessége, hogy alsóvégtag bénulás, inkontinencia, hydrocephalus társulás áll fenn, úgy szelekcio alkalmazható, nevezetesen műtét helyett konzervatív kezelés ajánlható.

Az invaginatio kezelésében történt talán a legnagyobb változás az utóbbi két évtizedben. Ismeretes a jellemző életkor (elsősorban csecsemő) és az invaginatio gyanút keltő tünetcsoport. (hasi fájdalom, tapintható resistencia, málnaszelészerű széklet). A diagnózis megállapításában a korábbi klasszikus irrigoscopia mellett kevésbé invazív eljárás az ultrahang is segítséget nyújt. Amennyiben nincsenek általános peritonitisre utaló klinikai tünetek vagy szabad levegő a hasüregben nem látható, úgy – függetlenül az anamnesis hosszától – hydrostaticus desinvaginatio megpróbálható. Ennek lehetőségei:

Báriumos feltöltés röntgen alatt, levegő befújás ugyancsak röntgen alatt, illetve megfelelő gyakorlat esetén fiziológiás sóval való feltöltés ultrahang alatt (a fiziológiás só ultrahang alkalmazásánál kontrasztanyag szerepét tölti be). A beavatkozást előzetes szedálás után kell elvégezni és körülbelül 1 m magasságban ajánlott a beöntő kanna elhelyezése. A sikeres desinvaginatio korábbi „triásza” már nem érvényes, nevezetesen nem kell feltétlenül megvárni a terminális ileum telődését, elegendő ha a beteg megnyugszik illetve a tapintható resistencia eltűnik. Osztályunkon 20 évvel ezelőtti két éves invaginatio anyagot hasonlítottuk össze a 10 évvel ezelőtti és a legutóbbi hasonló periódus betegeivel. Amíg 1979-1980-ban az összes esetet műtéttel oldottuk meg, addig 1989-1990-ben az esetek 40 %-ában volt sikeres a hydrostaticus desinvaginatio és 1999-2000-ben már csak 15 %-a igényelt feltárást és 85 %-ban konzervatív kezeléssel sikerült megoldani.

A fentiekkel igyekeztünk bemutatni azon változásokat, amelyek az utóbbi időben az újszülött és gyermekkorban alkalmazott sebészi kezelésben tapasztaltunk.