

Atresia esofagia Long gap e sostituzione esofagea: verso una separazione?

[Bagolan P¹](#), [Iacobelli Bd Bd](#), [De Angelis P](#), [di Abriola GF](#), [Laviani R](#), [Trucchi A](#), [Orzalesi M](#), [Dall'Oglio L](#).

Author information

Abstract

BACKGROUND/PURPOSE:

Il trattamento dell'atresia esofagea con long gap (EA) rimane ancora una sfida importante. La trasposizione gastrica e l'interposizione del colon sono le due scelte più popolari per sostituire l'esofago, anche se tutti concordano che conservare l'esofago del bambino sia la cosa migliore. Scopo del seguente lavoro è di valutare in maniera critica la fattibilità e il risultato di una riparazione primaria dell'atresia esofagea con long gap con o senza fistola tracheoesofagea (TEF) utilizzando come unica tecnica l'anastomosi dell'esofago.

METHODS:

Abbiamo considerato 71 neonati con EA+/- TEF. Di questi, diciannove casi sono stati classificati come long gap (> or =3 cm). Tutti i bambini sono stati sottoposti o ad una riparazione primaria o leggermente ritardata. Nel secondo gruppo, alcuni giorni prima dell'intervento chirurgico è stata eseguita una gastrostomia insieme a dei raggi X per la valutazione del gap (età media, 46.4 giorni). Per evitare la forza anastomica di disturbo tutti i bambini sono stati tenuti immobilizzati e ventilati meccanicamente per ulteriori 6 giorni dopo l'anastomosi esofagea. Prima di iniziare ad alimentarli, al settimo giorno è stato eseguito un esofagogramma post operatorio. Abitualmente di routine viene fatta un'endoscopia, a partire da un mese dopo l'intervento; in genere ad un anno di età o anche prima viene eseguito un monitoraggio del pH, legato al sospetto di una malattia da reflusso gastroesofageo (GERD). Il Follow-up va dagli 11 mesi ai 7 anni.

RESULTS:

In tutti i 19 casi di bambini con EA con long gap è stata eseguita un'anastomosi esofagea dell'esofago. Sei di loro (31%) hanno richiesto un "flap" esofageo anteriore per coprire il gap residuo. Ci sono state complicazioni di lieve perdita anastomica in 2 casi e di restringimento anastomico in 12 casi (80%), che sono stati trattati con una media di 5 dilatazioni (1 delle quali con resezione del restringimento). In 8 casi (53.3%) si è avuta una malattia da reflusso gastroesofageo (GERD), dei quali, 3 hanno richiesto una "funduplicatio". Nessuno dei pazienti ha avuto difficoltà di deglutizione o disfagia persistente. Due bambini hanno manifestato avversione al cibo. La permanenza media in ospedale è stata di 66.2 (22 a 230) giorni. Ci sono stati 4 decessi (1 legato ad un peso eccessivamente basso; 1 dovuto ad anomalie associate; e 2 ad una sepsi tardiva).

CONCLUSIONS:

Considerando che **la determinazione del gap rimane imprecisa**, sembra possibile concludere che in un centro di riferimento con un consolidato livello di assistenza medica specialistica: (1) l'EA long gap potrebbe essere trattata con successo con una riparazione primaria ed anastomosi; (2) restringimenti e GER rappresentano il problema post operatorio più diffuso, ma interventi addizionali sembrano "accettabili" per conservare l'esofago del paziente ed evitarne la sostituzione;

(3) la sostituzione dell'esofago nell'EA con long gap con altri tessuti dovrebbe essere riservata solo ai casi nei quali è fallito un tentativo precedente di ricostruzione dell'esofago.