

Kliniczne zastosowanie i techniczne aspekty stomii jelitowych u dzieci

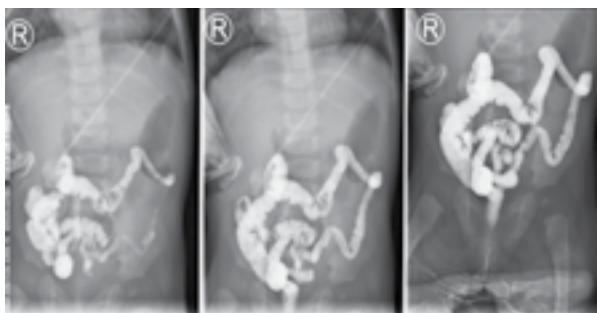
CZ. 3

dr n. med. Małgorzata Smolec-Zamora

Coloplast®
Professional

WRODZONE ZAROŚNIĘCIE JELITA CIENKIEGO

Zarośnięcie, inaczej atrezja jelita cienkiego należy do anomalii, których leczenie odbywa się u części dzieci także poprzez etap wyłonienia ileostomii. Jest to wada wrodzona przewodu pokarmowego o częstotliwości występowania 1:2500 urodzeń, gdzie dochodzi do powstania anatomicznej przeszkody – zamknięcia światła jelita na różnej jego odległości od żołądka i dwunastnicy. Powoduje to jego niedrożność i w większości jest związane ze skróceniem długości jelita cienkiego, co może uniemożliwiać prawidłowy wzrost dziecka.



Zdjęcie z badania kontrastowego obwodowego odcinka przewodu pokarmowego (ileogram obwodowy) obrazujące „microcolon” we wrodzonym zarośnięciu jelita cienkiego.

Występowanie omawianej wady zazwyczaj nie łączy się z obecnością wad wrodzonych innych narządów. W tabeli obok przedstawione zostały szczegółowo postacie zarośnięcia jelita cienkiego.

Po urodzeniu noworodek nie toleruje karmienia, wymiotuje, nie oddaje stolca i gazów, a brzuszek ulega powiększeniu. Zdjęcie rentgenowskie jamy brzusznej pokazuje nieprawidłowy obraz gazów w jelitach. Leczenie operacyjne ma za zadanie „udrożnić” przewód pokarmowy. Dąży się do zeszczenia obu zarośniętych końców jelita, po wycięciu niedrożnych odcinków, czyli zespała się jelito i odtwarza się ciągłość przewodu pokarmowego. Jednak u części noworodków jelito za poziomem zarośnięcia jest niezwykle słabo rozwinięte i wąskie, co sprawia,

Tablica 1. Klasyfikacja Grossfelda atrezji jelita cienkiego:	
Typ	Opis
Typ I	Zarośnięcie jelita spowodowane błoniastą przegrodą.
Typ II	Zarośnięcie z obecnością włóknistego pasma łączącego ślepe końce, przy zachowanej ciągłości krezki.
Typ IIIA	Zarośnięcie jelita z całkowitym rozdzieleniem obu ślepo zakończonych odcinków i ubytkiem krezki, najczęściej V-kształtnym.
Typ IIIB	Zarośnięcie typu „zespołu pagody” gdzie ubytkowi znacznej części jelita cienkiego towarzyszy skręcenie dalszego odcinka jelita krętego i rozległy defekt krezki.
Typ IV	Mnogie zarośnięcie jelita.

*Folia Medica Lodziana t. 38/2, 2011, str. 152.

że zespolenie jest technicznie niemożliwe do wykonania. W takich sytuacjach wyprowadza się na powłoki brzuszne najczęściej oba końce jelita cienkiego w formie ileostomii. U niektórych noworodków z zespolonym pierwotnie jelitem utrzymuje się niedrożność przewodu pokarmowego i konieczna jest reoperacja. Wynikiem tej powtórnej interwencji może być wyłonienie ileostomii. Jeśli czynne w odżywianiu jelito jest wystarczająco długie, noworodek taki może być wypisany do domu na wyłącznie własnym karmieniu i za kilka do kilkunastu tygodni wykonuje się u niego operację przywrócenia ciągłości przewodu pokarmowego.

Często mamy jednak do czynienia ze zbyt krótkim jelitem od dwunastnicy do stomii i w takich sytuacjach dziecko musi być dożywiane drogą dożylną, poprzez specjalnie do tego celu założony cewnik centralny. Jego obecność w dużej żyły jest związana z ryzykiem zakażenia krwi, ale jest on niezbędny do zapewnienia dziecku dobrego odżywienia. Z reguły po kilkunastu tygodniach, kiedy jelito urośnie i powiększy swoją średnicę oraz dojrzejże funkcjonalnie, niemowlę kwalifikowane jest do zamknięcia ileostomii. Po zespoleniu

jelitowym część dzieci wymaga nadal czasowego lub stałego prowadzenia żywienia pozajelitowego ze względu na znaczne skrócenie przewodu pokarmowego. Analogiczna strategia postępowania obowiązuje w bardzo rzadkich przypadkach występowania zarośnięcia jelita grubego.

Bibliografia:

1. Jerzy Niedzielski „Wady wrodzone odbytu i odbytnicy u dzieci – rozpoznanie, podział i postępowanie”, Folia Medica Lodziensia t. 38 z. 2/2011, str. 145-167.
2. Wady odbytu w Chirurgia Dziecięca red. Maciej Bagłaj, Piotr Kaliciński, PZWL, 2016, str. 497- 510.
3. M.Levitt, A.Pena: „Nietrzymanie stolca u dzieci – perspektywa chirurgiczna”, Pediatria po dyplomie, vol.15, nr 2, kwiecień 2011.
4. Maciej Bagłaj: Wrodzone zarośnięcie jelita cienkiego. W: Chirurgia dziecięca. Jerzy Czernik (red.). Wyd. I. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2005, s. 164-80.
5. C. Coppola i wsp. „Pediatric surgery - Diagnosis and treatment” Second edition, 2022.



Dr n. med. Małgorzata Smolec-Zamora

Specjalista chirurgii dziecięcej, Z-ca Kierownika Kliniki Chirurgii Dziecięcej, nauczyciel akademicki – obecnie starszy wykładowca w Collegium Medicum UJ, prowadzi zajęcia ze studentami wydziału lekarskiego w zakresie chirurgii dziecięcej. „Posiadam szerokie doświadczenie w chirurgii dziecięcej – 26 lat stażu pracy w Klinice Chirurgii Dziecięcej USD w Krakowie-Prokocimiu. W pracy zawodowej w największym stopniu zajmuję się chirurgią przewodu pokarmowego. Szczególnym polem mojego działania jest chirurgia kolorektalna: choroba Hirschsprunga oraz wrodzone zarośnięcie odbytu, zaparcia, nietrzymanie stolca i inne choroby odbytu u dzieci. W związku z tym zainteresowaniem mam także duże doświadczenie w wyłanianiu stomii u dzieci w każdym wieku. Jestem też członkiem Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych i regularnie uczestniczę w zjazdach i konferencjach naukowych. Od 2021 roku biorę także udział w projekcie »Stomijna Akademia Pediartyczna« realizowanym przez firmę Coloplast”.
