

Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő

010614812 Gyermeksebészeti és Traumatológiai Osztály

Osztályvezető főorvos: Dr. Mona Tamás

1125 Budapest, Diós árok 1-3.

Telefonközpont: 1-458-4500

Osztály: 1-458-4525

Ambulancia: 1-458-4524

Szakrendelés: 1-458-4528

Osztályvezető főorvos: 1-458-4663

FAX: 1-458-4523

Internet: www.janoskorhaz.hu

SZÜLŐTÁJÉKOZTATÓ

Veleszületett patkóbél elzáródás (Duodenum atresia)

Tisztelt Szülők!

Gyermeküknél műtétet tervezünk, amelyhez szükséges a beleegyezésük. Döntésükhöz szeretnénk segítséget nyújtani az alábbi tájékoztatóval, amelyből megismerhetik a betegséget, a beavatkozás módját, jelentőségét és következményeit valamint a szoba jöhető szövődményeket és kockázatot. Az elvégzett vizsgálatok alapján gyermeküknek veleszületett patkóbél-elzáródása van.

Definíció

A patkóbél veleszületett elzáródása a bélcsatorna folytonosságának patkóbélben előforduló megszakadását jelenti, olyan méhen belül kialakult fejlődési rendellenesség, amely a gyomor ürülését – ezáltal a táplálkozást – lehetetlenné teszi. Az ilyen betegek jelentős része koraszülött illetve kissúlyú újszülött. A rendellenesség a terhesség korai szakaszában alakul ki és gyakran más fejlődési és kromoszóma rendellenességekkel társul, amelyek a beteg gyógyulását lényeges mértékben befolyásolják.

Gyakoriság

Körülbelül 6000 szülésre jut 1 eset, fiúban, leányban azonos gyakorisággal.

Életkorbeli sajátosságok

Veleszületett elzáródás tünetei - melyek már a magzati életben jelentkezhetnek - a születést követő 12-24 órában észlelhetőek. A betegek jelentős része (50%-a) koraszülött, illetve kis súlyú újszülött.

A patkóbél elzáródása során a gyomor patkóbélen át történő ürülése lehetetlen, amely gyakran már a magzati életben észlelhető UH vizsgálat során. Ilyenkor felszaporodik a magzatvíz, kitágul a magzat gyomra és a patkóbél első szakasza. Születést követően néhány órával hányások kezdődnek, az újszülött táplálhatatlan. A hányadék az esetek többségében epés. Az epeürülés akadályozottsága esetén sárgaság alakul ki.

A diagnózist natív hasi RTG vizsgálat erősíti meg.

A betegség okai és lehetséges következményei

A terhesség korai szakaszában (6. hetében) a patkóbél ürege a gyors hámsejtszaporulat miatt elzáródik, ürege később (a 8-10. héten) a bélszakasz ismételt megnyílásával alakul ki. Ha az ismételt megnyílás akadályozott, a patkóbél veleszületett elzáródása jön létre. Az elzáródás lehet teljes vagy részleges, hártvány vagy hosszabb szakaszú. Ez utóbbi esetben előfordul, hogy a hasnyálmirigy öleli körül az elzáródott részt. Szalagok, illetve erek is okozhatnak megtöretést, leszorítást a patkóbélen, amely súlyos működészavarral jár. A betegség gyakran együtt jár egyéb fejlődési rendellenességekkel, kromoszóma eltérésekkel. Pl.: Down szindróma (30%), bélforgási

rendellenességek, nyelőcső és végbél elzáródás, szív, végtag és húgyúti fejlődési rendellenességek. A társuló fejlődési rendellenességek lényeges mértékben határozzák meg a beteg gyógyulását.

A kezelés célja és a műtéti javaslat

A kezelés célja a tápcsatorna folytonosságának helyreállítása. A betegség megelőzésére illetve gyógyszeres kezelésére lehetőség nem ismert, méhen belüli műtét nem indokolt. A diagnózis felállítása műtéti indikációt jelent, a műtétet előkészítés után, lehetőleg tervezett körülmények között, a gyakran társuló fejlődési rendellenességek figyelembevételével kell elvégezni. Műtéti ellenjavallat: ha a beteg általános állapota, keringése nem teszi lehetővé a hasi műtétet, vagy egyéb, az étellel nem összeegyeztethető, rövid időn belül nyilvánvalóan halálhoz vezető súlyos szervi elégtelenség van.

Lehetséges kezelési eljárások

A műtéti megoldás függ az elzáródás mértékétől és hosszától, illetve a hasüregben esetlegesen meglévő, egyéb bélfejlődési rendellenességektől. A műtét során a helyreállított folytonosságot orron levezetett szondával tehermentesítjük a gyógyulás idejéig, ugyanaddig mesterséges (intravénás) táplálás is szükséges.

A műtét altatásban történik, általában a hasfal megnyitásával végezzük, de bizonyos esetekben laparoszkoós műtétechnika is alkalmazható.

Műtét során a hasfalat a has felső részén általában haránt irányban nyitjuk meg majd a felszálló vastagbél felszabadításával vagy a gyomor és a haránt vastagbél elválasztásával láthatóvá tesszük a patkóbelet és az elzáródást, illetve az esetleg meglévő, egyéb bélfejlődési rendellenességet pl. forgási elmaradást, egyéb bélelzáródást, stb.

Amennyiben hártás elzáródás észlelhető a patkóbél üregének megnyitását és a hártya kiirtását is végezhetjük.

Hosszabb szakaszú elzáródásnál az elzáródás alatt és felett lévő patkóbél szakaszok üregét megnyitásuk után öltésekkel egyesítjük. Az esetek egy részében az elzáródás alatti szakasz erre nem alkalmas, ilyenkor az első vékonybél kaccsal kell az elzáródás feletti szakaszt egyesíteni. A műtét során a gyomorba vezetett szondát a vékonybélbe továbbvezethetjük, esetleg a gyomorba külön tehermentesítő szondát vezetünk be.

Vér vagy vérkészítmény adása is szükséges lehet.

A műtét várható ideje 90-100 perc.

Egyéni mérlegelés után, ritkán, laparoscopos ellátás is szóba jöhet

A betegre háruló kockázatok

1. Műtét nélkül: az etetés képtelensége és a jelentős folyadékvesztés miatt belátható idő alatt halálhoz vezető állapot alakul ki. Infúzió tartós alkalmazása a beteg állapotát átmenetileg stabilizálja, de a betegség kimenetelét nem befolyásolja.
2. Valamely beavatkozás abszolút kockázatmentességét egyetlen orvos sem garantálhatja. Általában műtéti kockázatnak az eredménytelenség, illetve az olyan szövődmények valószínűségét nevezzük, amelyek a szakmai szabályok betartása mellett is előállhatnak, bekövetkeztek előre nem látható és teljes biztonsággal nem védhető ki. Értelemszerű, hogy ezekért a sebészt nem terheli felelősség, ezt a (minimális) kockázatot a betegnek kell vállalnia, amikor beleegyezést ad a műtétnek. Ilyen kockázati tényezők pl. a szokatlan anatómiai viszonyok, más társuló betegség vagy kóros állapot, a szervezet szokatlan reakciója a műtét során felhasznált anyagokra illetve magára a műtéti beavatkozásra, nem sterilítási hibából fakadó ún. endogén fertőzés, megfelelő tanúsítvány ellenére előforduló anyaghiba. Mindezek a mindennapi gyakorlatban vérzés, utóvérzés, véletlen sérülés, varratelégtelenség, a várttól elmaradó gyógyulási eredmény illetve késői szövődmények (pl. hasüregi műtétek utáni bélösszenövés talaján kialakuló működési zavar) formájában jelentkezhetnek, de ezek statisztikai gyakorisága messze elmarad a műtét nélkül bekövetkező állapotromlás valószínűségéhez képest.
3. Fenti általános megfontolásokon túlmenően a műtétnél az alábbi kockázatok mérlegelendők: vérnyomásesés, infúziós táplálás szövődményei. Halálos szövődmény főleg a társuló súlyos fejlődési rendellenességek, koraszülöttség, kis súlyosság miatt fordul elő, de kb. 5%-ban ezek nélkül is előfordul.
4. Késői szövődmények: tályog, összenövés, bélelzáródás, hasfali sérv, az anastomosis beszűkülése, vagy elégtelensége
5. Speciális szövődmény: Hártás elzáródás a műtétnél észlelt elzáródás alatt, bélelzáródás a patkóbéltől távol, tartós gyomorürülési vagy bélműködési zavar. A gyakran társuló különböző

fejlődési rendellenességek, koraszülöttség, kis súlyúság miatt a gyógyulási hajlam a szokásosnál lényegesen rosszabb, a szövődmények száma gyakoribb!

Műtéti előkészítés

A műtéti előkészítés célja, hogy a beteg az elérhető ideális állapotban kerüljön műtétre. A gyermek inkubátorba kerül. A műtétiig szükséges a gyomor szondával történő kiürítése és a beteg infúzióval történő táplálása, a keringő vér sejtes elemeinek illetve a szérum alkotórészeinek korrigálása, a keringés monitorizálása (vérnyomás, pulzus, EKG) esetleg hólyagkatéter behelyezése. A műtétet megelőzően célszerű a többi szervrendszer vizsgálata különös tekintettel a gyakran társuló fejlődési rendellenességekre.

A műtét utáni szakkal kapcsolatos tudnivalók

A műtét után a gyermek intenzív osztályra kerül kezelésre és megfigyelésre.

Antibiotikum adása, fájdalomcsillapítás, nyugtatás, monitorizálás. A bélvarrat miatt etetést (kezdetben szondán át) csak 1-2 héttel a műtét után lehet megkezdeni akkor, ha a gyomor ürülése megindult. A gyomorszondát illetve a vékonybélbe vezető sínező-szondát is csak a műtétet követően 1-2 hét múlva távolítjuk el. A bélrendszerbe történő teljes táplálás eléréséig infúzió adása szükséges (totál vagy később részleges parenterális táplálás), mely tartalmazza a szervezet folyadék, só, cukor, aminosav, zsír és vitamin igényét egyaránt. A műtétet követően, ha más fejlődési rendellenesség nem indokolja, tartós mesterséges lélegeztetés nem indokolt, de átmeneti lélegeztetésre szükség lehet.

A gyermek elbocsátható, amint jól táplálkozik és a súlyfejlődése megindult.

Időszakos kontroll szükséges lehet!

Várható eredmény

A műtétnek köszönhetően a betegek 75%-a életben marad. Ha súlyos társuló fejlődési rendellenesség nincs, szövődménymentes műtétet követően közel teljes értékű életet élhet a beteg. Gyomorürülési zavar, epés visszatorlódás (GOR -gastro-oesophagealis reflux, akár későbbi életkorban is) kialakulhat melyek további, általában gyógyszeres kezelést igényelhetnek. Súlyos társuló fejlődési rendellenesség mellett (kb. 50 %) a túlélés esélyét elsősorban a társuló rendellenességek és a beteg általános állapota, koraszülöttsége, súlya és a kialakult szövődmények (pl. fertőzés) szabják meg. Ebben a csoportban a halálozás sajnos még a korszerű kezelés eljárások mellett is magas, mintegy 40 %-ra tehető.

Kérjük, hogy a műtét után jelentkező panaszok esetén forduljanak kezelőorvosukhoz!