

Streszczenie

Wrodzone zarośnięcie przełyku jest najczęstszą wadą wrodzoną tego narządu. Polega ona na niewykształceniu fragmentu przełyku, w wyniku czego nie ma zachowanej ciągłości, a jeden lub oba jego końce kończą się ślepo, bądź komunikują się z tchawicą.

Częstość występowania atrezji wynosi 1/2500-3000 urodzeń. Może ona występować w postaci izolowanej lub zespołowej z co najmniej jedną wadą towarzyszącą. Embriologia przełyku, jak i etiopatogeneza wrodzonego zarośnięcia są jak dotąd słabo poznane. Nie zidentyfikowano głównego czynnika sprawczego, ale przypuszcza się, że postać izolowana indukowana jest przełyku z przetoką przełykowo-tchawiczą dolną (typ III wg Ladda - około 85% przypadków). przyczyną wieloczynnikową (genetyczną lub środowiskową).

Wyróżnia się 5 głównych typów anatomicznych wady. Najczęstszym jest postać wrodzonego zarośnięcia

W celu oceny ryzyka oraz możliwości porównawczych efektów leczenia wprowadzono skale rokownicze: Waterstona, Montrealską oraz najczęściej używaną - skalę ryzyka Spitz'a, w której głównymi kryteriami oceny dla przeżycia są masa ciała dziecka oraz obecność wady serca.

Próby chirurgicznego leczenia wrodzonego zarośnięcia przełyku sięgają drugiej połowy XIX. 14 marca 1941 roku Cameron Haight, jako pierwszy w historii, z sukcesem zoperował pacjenta według obecnie obowiązujących zasad.

Postępy w chirurgii, neonatologii oraz intensywnej opiece noworodkowej spowodowały, iż aktualnie atrezja przełyku cechuje się stosunkowo niską śmiertelnością, ale nadal relatywnie częstą obecnością powikłań późnych; tj. zwężenia w miejscu zespolenia przełyku, odpływu żołądkowo-przełykowego oraz zaburzeń połykania.

Podjęcie badań nad wczesnymi i odległymi wynikami leczenia wrodzonego zarośnięcia przełyku daje możliwość ich dogłębnej analizy, porównania oraz wymiany informacji, co ma na celu poprawę leczenia oraz jakości życia dzieci obarczonych tą wadą.