



MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII,
MUNCII ȘI
PROTECȚIEI
SOCIALE AL
REPUBLICII
MOLDOVA

Protocol clinic standardizat pentru medicii neonatologi din secțiile de
reanimare și terapie intensivă neonatală
Atrezia esofagiană/fistula traheo-esofagiană

A. Partea introductivă

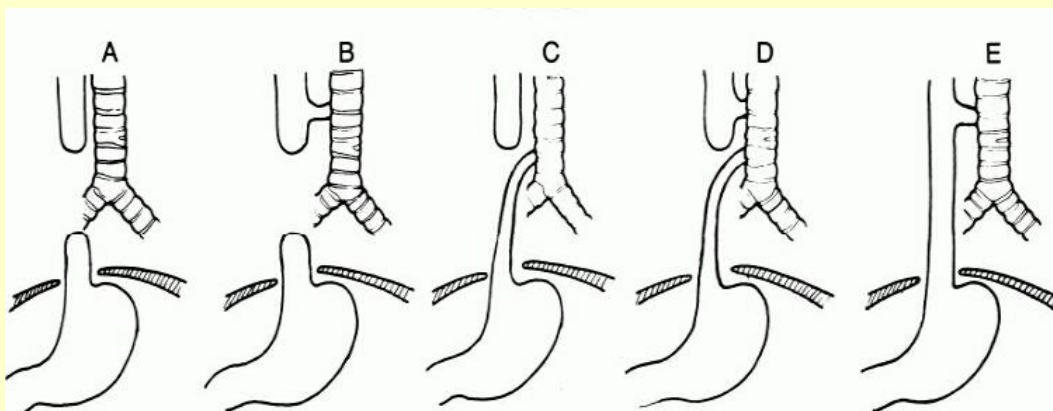
A.1.	Diagnostic	Atrezia esofagiană/fistula traheo-esofagiană
A.2.	Codul bolii (CIM 10)	Q39.0 Atrezia esofagiană fără fistula Q39.1 Atrezia esofagiană cu fistula traheo-esofagiană
A.3.	Utilizatorii	Secțiile de reanimare pentru nou-născuți și terapie intensivă, secțiile neonatale
A.4.	Scopul protocolului	- Sporirea calității managementului nou-născuților cu atrezia esofagiană cu/fără FTE - Profilaxia anomaliilor congenitale; - Reducerea numărului de cazuri de invalidizare și deces prin AE
A.5.	Data elaborării	2021
A.6.	Data revizuirii	2026
A.7.	Definiții	Atrezia esofagiană este o anomalie congenitală care constă în întreruperea completă a lumenului esofagian cu terminarea «în fund de sac»; în majoritatea cazurilor asociază fistulă eso-traheală congenitală.
A.8.	Epidemiologie	- Frecvența: 1 / 3500 nou-născuții vii - Peste jumătate au malformații asociate, inclusiv asocierea VACTERL (anomalii Vertebrale, atrezie Anală, malformații Cardiace, fistula Traheo-esofagiană, atrezie Esofagiană, anomalii Renale, anomalii ale membrelor (Limbs)). - Distribuție egală pe sexe

B. Partea generală

B.1	Nivel de asistență medicală spitalicească		
B.2	La internare		
B.2.1.	Depistarea precoce a semnelor atreziei esofagiene cu sau fără fistulă traheo-esofagiană la nou-născuți.	Depistarea precoce a semnelor de atrezie esofagiene cu sau fără fistulă traheo-esofagiană este importantă în confirmarea diagnosticului genetic la timp și determinarea tacticii ulterioare de conduită; Stabilizarea și monitorizarea funcțiilor vitale permite preîntâmpinarea complicațiilor	- Clasificarea AE C.1; - Diagnostic clinic AE C.2; - Diagnostic pozitiv D.1; - Tratamentul preoperator, chirurgical, complicații postoperatorie E.1-E.3; - Prognostic E.4.

C. Descrierea atreziei esofagiene

C.1.	Clasificarea AE
	➤ Tipul I: absența în totalitate a esofagului toracic (2%) ➤ Tipul II : atrezie esofagiană izolată (7%) ➤ Tipul III: atrezie esofagiană asociată cu o comunicare cu arborele respirator - subtipul IIIa: fistulă la capătul proximal (1%) - subtipul IIIb: fistulă la capătul distal (85%) - subtipul IIIc: fistulă dublă proximală și distală (1%) ➤ Tipul IV: fistulă în H fără atrezie (3%)



C.2.	Diagnostic clinic
C.2.1	• Diagnostic prenatal ➢ Polihidramnios matern, datorat imposibilității de a înghiți lichid amniotic de către copilul cu atrezie ➢ Ecografia poate pune în evidență lipsa de dezvoltare a stomacului fetal, hidramniosul matern, distensia esofagului superior în timpul înghițirii
C.2.2	• Diagnostic la naștere ➢ Salivație abundentă spumoasă care se reface rapid după aspirație ➢ Cianoză ➢ Respirație zgomotoasă ➢ Detresă respiratorie ➢ Abdomen escavat/destins – la nou-născuți cu FTE izolată.
D.1.	Diagnostic pozitiv
	➢ Uneori diagnosticul este dificil pentru că tabloul clinic este dominat de simptomele unor malformații asociate sau ale prematurității. ➢ Proba Elefant - introducerea aerului folosind o seringă de 10 ml, prin sonda radioopacă introdusă în capătul orb al esofagului, care s-a stopat la nivelul de 8-10 cm de la arcada gingivală. În atrezie de esofag aerul iese cu zgomot prin cavitatea oro-nazală, ce ne confirmă diagnosticul de atrezie de esofag. ➢ Efectuarea unei <u>radiografii toraco-abdominale</u> în ortostatism cu sonda radioopacă în capătul orb al esofagului ne indică nivelul de stopare a ultimei la nivelul vertebrelor C2-T2, T1-T4.
D.1.1	Examenul radiologic
	➢ Evidențiază vârful acesteia în fundul de sac esofagian, de obicei la nivelul vertebrelor T2-T4 ➢ Distensie esofagiană superioară ➢ Poziția cateterului orogastric ➢ Prezența aerului în stomac indică fistula TE • Radiografia mai poate evidenția: ➢ anomalii vertebrale sau costale ➢ malformații cardiace ➢ leziuni pulmonare, evidențiind prezența bronhopneumoniei de aspirație sau a atelectaziei. Pneumonia survine de obicei în lobii superiori și este datorată unei întârzieri în diagnostic sau sindromului de detresă respiratorie în cazul pacienților prematuri. ➢ Fistula de tip H – poate fi adesea demonstrată prin administrarea de mediu non-ionic de contrast solubil în apă (omnipaque) în timpul cinefluoroscopiei. Examinarea care pune diagnosticul este combinată cu bronhoscopia cu fibră optică și esofagoscopia cu trecerea unui cateter cu balon fin din trahee în esofag. Este de obicei prezentă în trahee (zona cervicală).
E.1	Tratamentul - îngrijiri preoperatorii

	➤ Este importantă optimizarea stării generale a copilului înainte de a se interveni chirurgical. ➤ Odată stabilit diagnosticul de atrezie esofagiană se va monta o sondă în fundul de sac superior pe care se vor aspira periodic (sau de preferat continuu) secrețiile acumulate. ➤ Poziția în care va fi îngrijit este cea de decubit dorsal sau lateral cu extremitatea superioară mai ridicată la 30 de grade pentru diminuarea refluxului conținutului gastric în fistulă ➤ Se vor administra antibiotice pentru profilaxia infecțiilor respiratorii, vitamina K pentru a preîntâmpina hemoragiile abundente cauzate de hipoprotrombinemia nou-născutului, se va sigura necesarul de electroliți, lichide și calorii prin perfuzii IV; ➤ Este de înțeles că este interzisă orice tentativă de a alimenta oral nou-născutul.		
E.2	Tratamentul chirurgical		
	➤ Toracotomie posterolaterală dreaptă în spațiul IV intercostal ➤ Abord extrapleural sau transpleural al esofagului ➤ Ligatura fistulei cu traheea sau bronșiile, dacă există ➤ Anastomoza capetelor esofagiene, dacă este posibilă - distanța capetelor esofagiene mai mică de 2 cm sau: ➤ Esofagostomie cervicală și gastrostomă de alimentație ➤ Ulterior: esofagoplastie utilizând colon sau stomac, când copilul are minim 10 kg.		
E.3	Complicații postoperatorii		
	➤ Fistulele anastomotice ➤ Fistula recurentă eso-traheală ➤ Stenozele anastomotice ➤ Traheomalacia ➤ Refluxul gastro-esofagian ➤ Tulburări de motilitate esofagiană ➤ Infecții respiratorii		
E.4	Prognosticul		
	• Depinde de tipul atreziei esofagiene; • Prezența mai multor defecte au prognostic nefavorabil; • Factori de risc: prematuritate, greutatea mica la naștere, prezența pneumoniei de aspirație • Este important consultația urgentă chirurgicului, geneticului.		
Abrevierile folosite în document:			
AE	Atrezie esofagiană	FTE	Fistula traheo-esofagiană
Elaborat de către	Crivceanscaia Larisa , dr.hab.șt.med., profesor universitar USMF „N.Testemițanu”; șef secție de reanimare și terapie intensivă pentru nou-născuți IMSP IMȘIC Baleanu Galina , medic neonatolog IMSP IMȘIC		
Bibliografie:			
1. Ghid practic de Neonatologie Oxford / Grenville Fox, Nicholas Hoque, Timothy Watts; coord. ed. în lb. română: Maria Stamatin, Andreea Avasiloiu. – Ed. a 2-a. – București: Hipocrate, 2018 2. Ghid practice de Neonatologie. Eric C.Eichenwald, Anee R.Hanse., Simona V. Vlădăreanu. Ed a 8-a.București Hipocrate, 2019 3. Lemoine, C., Faure, C., Villeneuve, A., Barrington, K., Desrosiers, C., Thiboutot, L., Beaunoyer, M., & Aspirot, A. (2014). Feasibility and safety of sham feeding in Long Gap Esophageal Atresia. 3rd International Conference on Esophageal Atresia, Rotterdam (October, 2014). Retrieved May 5, 2016 from www.we-are-eat.org/wp-content/uploads/2014/10/181.pdf			

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 326 din 15.04.2021, „Cu privire la aprobarea Protocoalelor clinic standardizate pentru medicii neonatologi din secțiile de reanimare și terapie intensivă