

Atrésie de l'œsophage : devenir des enfants opérés[☆]

Outcome of children with repaired oesophageal atresia

F. Gottrand^{*}, R. Sfeir, S. Coopman, A. Deschildre, L. Michaud

Centre de référence des affections congénitales et malformatives de l'œsophage, clinique de pédiatrie, hôpital Jeanne-de-Flandre, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

Disponible sur Internet le 8 novembre 2008

Résumé

Si le pronostic initial de l'atrésie de l'œsophage est actuellement excellent, avec plus de 95 % de survie, les complications à long terme sont fréquentes. Un reflux gastro-œsophagien est retrouvé chez 26 à 75 % des cas, responsable d'œsophagite peptique, de sténose anastomotique et d'endobrachyœsophage, facteurs de risque d'adénocarcinome de l'œsophage. Une dysphagie est fréquemment observée chez ces patients, parfois plusieurs années après la chirurgie, touchant jusqu'à 45 % des enfants à l'âge de cinq ans. Un retard de croissance est présent chez près d'un tiers des enfants à l'âge de cinq ans. Les manifestations respiratoires sont particulièrement fréquentes, notamment dans les premières années, associant trachéomalacie favorisant les épisodes infectieux bronchopulmonaires (retrouvé chez près de 30 % des enfants à l'âge de 5 ans). La fistule œsotrachéale récidive rarement. Une déformation de la cage thoracique est rapportée chez 20 % des patients et une scoliose chez 10 % des patients. La qualité de vie de ces patients à l'âge adulte est cependant bonne et influencée par l'existence de malformations associées. Même si le pronostic actuel de l'atrésie de l'œsophage (AO) est bon dans l'ensemble, la fréquence des complications (digestive, respiratoire, nutritionnelle, orthopédique) à distance de l'intervention initiale et la nécessité d'une surveillance des lésions œsophagiennes secondaires justifient un suivi systématique et multidisciplinaire jusqu'à l'âge adulte.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Although initial prognosis of oesophageal atresia is nowadays excellent with more than 95% of survival, the long-term complications are frequent. A gastro-oesophageal reflux is found in 26 to 75% of the cases, responsible for peptic oesophagitis, anastomotic stenosis and Barrett's oesophagus, risk factor of adenocarcinoma of the oesophagus. A dysphagia is frequently observed on these patients, sometimes several years after the surgery, observed in almost 45% of five-year-old children. Growth retardation is found in nearly a third of these children. Respiratory symptoms are particularly frequent, especially in the first years, associating tracheomalacia facilitating the bronchopulmonary infectious episodes (found in about 30% of 5-year-old children). Esophageal fistula recurrence is very rare. A deformation of the rib cage is reported in 20%, and a scoliosis in 10% of the patients. However, the quality of life of these patients in the adulthood is good, and influenced by the existence of associated malformations. Even if the current prognosis of oesophageal atresia is good altogether, the frequency of the complications (digestive, respiratory, nutritional, orthopaedic) far from the initial intervention, and the necessity of a surveillance of the secondary oesophageal damages, justifies a systematic and multidisciplinary follow-up until adulthood.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Atrésie de l'œsophage ; Dysphagie ; Reflux gastro-œsophagien ; Fistule œsotrachéale ; Sténose œsophagienne ; Devenir

[☆] Mise au point présentée aux Journées parisiennes de pédiatrie en octobre 2008

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fgottrand@chru-lille.fr (F. Gottrand).

I. INTRODUCTION

L'atrésie de l'œsophage (AO) est une malformation congénitale de l'œsophage qui réalise une solution de continuité entre les deux culs de sacs œsophagiens, supérieur et inférieur, associée parfois à une communication entre un segment œsophagien (ou les deux) et l'arbre trachéobronchique. La fréquence de cette malformation est estimée entre 1/2500 à 1/4000 naissances vivantes (<http://www.eurocat.ulster.ac.uk/>). Il existe plusieurs formes anatomiques avec des prises en charge et des pronostics différents. La forme la plus fréquente (type III) possède le meilleur pronostic avec une survie actuelle de 100 %. La morbidité et la mortalité de certaines formes anatomiques (à grand écart interfragmentaire), associées à une grande prématurité ou à des malformations cardiaques sévères sont plus élevées [1,2]. Quelle qu'en soit la forme, le devenir de ces enfants est émaillé de complications à long terme (Tableau 1) [3].

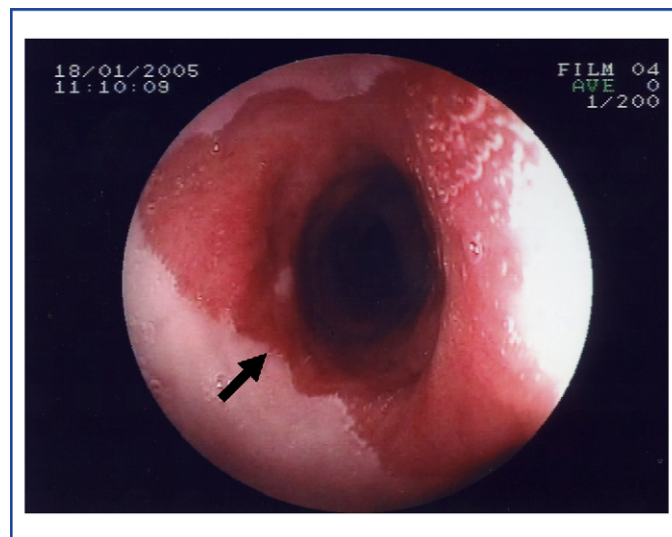


Fig. 1. Endobrachyœsophage (la flèche représente la jonction entre la muqueuse gastrique normale [rose pâle] et la métaplasie intestinale [rouge]).

2. DEVENIR DIGESTIF

La fréquence du reflux gastro-œsophagien (RGO) chez les enfants opérés d'une AO est élevée et varie, selon les études et le mode d'exploration du RGO, entre 26 et 70 % [4]. À la différence de la situation habituelle en pédiatrie où la prévalence du RGO diminue après l'âge de la marche, le RGO a plutôt tendance à persister dans l'atrésie de l'œsophage.

Dans une série récente concernant 61 enfants opérés à la naissance d'une AO, 39 % d'entre eux présentaient un RGO à l'âge d'un an et 44 % à l'âge de dix ans ; 46 % de ces enfants ont nécessité une intervention chirurgicale antireflux à l'âge de dix ans [5]. D'autres séries ne retrouvent à l'inverse que 11 % de chirurgie du RGO [3].

Le RGO a des conséquences nombreuses. L'œsophagite peptique est observée dans 9 et 53 % des cas à distance de la période néonatale, selon les études ; l'endobrachyœsophage, ou œsophage de Barrett, est une lésion muqueuse qui correspond au remplacement de la muqueuse malpighienne de l'extrémité distale de l'œsophage par une muqueuse glandulaire de type intestinale, observée chez 1 ou 2 % des

patients (Fig. 1) [6]. La métaplasie intestinale est un facteur de risque important de développer un adénocarcinome de l'œsophage. Cependant, peu de cas ont été rapportés à ce jour compte tenu du jeune âge des patients opérés avec succès, et du fait que les études épidémiologiques restent rares [7]. De rares observations de carcinomes épidermoïdes au niveau de la cicatrice de l'anastomose œsophagienne ont été rapportées, très à distance de l'intervention [8]. Le RGO favorise également la survenue d'une sténose anastomotique (Fig. 2), parfois récidivante et/ou très à distance de l'intervention initiale. La fréquence de la sténose anastomotique varie selon les études de 8 à 59 % [3,9]. Des dilatations œsophagiennes sont alors nécessaires et peuvent se réaliser à la bougie ou au ballonnet sous contrôle endoscopique (Fig. 3).

La récurrence de la sténose œsophagienne après dilatation est fréquemment observée et doit faire évoquer un RGO non contrôlé, ce qui peut justifier un traitement chirurgical antireflux.

Tableau 1

Principales complications observées à long terme dans l'AO.

Type de complications	Complications	Fréquence (%)	Âge de survenue
Digestives	RGO	26–70	1–10 ans
	Œsophagite peptique	9–53	1–15 ans
	Dysphagie	45	5 ans
	Œsophage de Barrett	1–2	Adolescence, adulte
Nutritionnelles	Retard croissance, dénutrition	30	5 ans
Respiratoires	Blockpnée-malaise	Rare	< 1 an
	Récidive fistule	< 10	< 18 mois
	Infections respiratoires	30	5 ans
	Toux, bronchopathies	25–50	2/3 avant 5 ans, possible chez adulte
Orthopédiques	Déformation thoracique	20	5–10 ans
	Scoliose	10	Enfance, adulte

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4149201>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4149201>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)