

Reçu le :
22 octobre 2007
Accepté le :
13 avril 2008
Disponible en ligne
3 juin 2008

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Duplication œsophagienne à révélation néonatale. À propos de 2 cas

Oesophageal duplication with neonatal revelation.
About 2 cases

L. Karboubi^{1,*}, N. Sadiq¹, M. Kisra², M. Kabiri¹, A. Barkat¹, F. Ettaybi²,
N.L. Bouazzaoui¹

¹ Centre national de référence en néonatalogie et nutrition, Maroc

² Service des urgences chirurgicales pédiatriques, Maroc

Summary

Oesophageal duplication is a rare form of digestive duplication. This congenital malformation can be asymptomatic or manifest itself through respiratory signs due to airway compression. We report 2 cases of oesophageal duplication discovered in the neonatal period.

Case report. In both cases, symptoms were dominated by respiratory distress and vomiting. Diagnosis was confirmed by oesophageal contrast X-rays, which revealed a total tubular form in the 1st case and a cystic form in the 2nd case.

Conclusion. Oesophageal duplication is a rare abnormality of benign nature, which can be revealed in neonatal period by a noisy compression picture. Diagnosis of this abnormality should trigger a search for other digestive duplications, as well as associated malformations, in particular vertebral.

© 2008 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Résumé

La duplication œsophagienne est une forme rare de duplication digestive. Cette malformation congénitale peut rester silencieuse ou se manifester par des signes respiratoires à type de compression. Nous rapportons 2 cas de duplication œsophagienne découverts en période néonatale.

Observations. Dans les 2 cas, les manifestations cliniques ont été dominées par la détresse respiratoire et les vomissements. Le diagnostic a été confirmé par l'opacification œsophagienne qui a révélé une forme tubulaire totale dans le 1^{er} cas et une forme kystique dans le 2nd.

Conclusion. La duplication œsophagienne est une malformation rare, souvent bénigne, qui peut s'exprimer en période néonatale par un tableau bruyant de compression. Sa découverte impose la recherche d'autres duplications digestives ainsi que des malformations associées, en particulier vertébrales.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Duplication digestive, Œsophage, Nouveau-né

1. Introduction

Les duplications œsophagiennes sont des malformations congénitales rares représentant 20 % de l'ensemble des duplications digestives [1]. Parmi ces duplications, les formes tubulaires sont beaucoup plus rares que les formes kystiques [2]. Elles sont le plus souvent associées à d'autres malformations congénitales, surtout vertébrales [2,3].

* Auteur correspondant.

Service de pédiatrie, hôpital d'enfants de Rabat, avenue Ibn-Rochd, Souissi, 10000 Rabat, Maroc.
e-mail : drkarboubi@yahoo.fr

Nous rapportons 2 cas de duplicité œsophagienne de découverte néonatale.

2. Observations

2.1. Observation n° 1

Il s'agissait d'un nouveau-né de sexe féminin, né à terme, eutrophique, admis au 1^{er} j de vie pour détresse respiratoire. L'examen clinique retrouvait une cyanose péri-buccale, un score de Silverman à 3/10 avec une hypotonie et une hypersalivation. La mise en place d'une sonde gastrique butait, et le



Figure 1. Radiographie thoracique montrant l'arrêt de la sonde gastrique au 1/3 moyen de l'œsophage.

test à la seringue était négatif. Le diagnostic d'une atrésie de l'œsophage était alors évoqué. Cependant, la radiographie thoracoabdominale réalisée montrait un arrêt de la sonde au 1/3 moyen de l'œsophage (*fig. 1*) faisant suspecter une perforation iatrogène. Un transit œsogastroduodéal (TOGD) ne montrait pas d'extravasation médiastinale du produit de

contraste et confirmait le diagnostic de duplicité œsophagienne tubulaire totale (*fig. 2*). Aucune anomalie congénitale associée n'était retrouvée. L'évolution a été favorable sous diète et aspiration, l'alimentation s'est faite initialement par sonde gastrique numéro 6, puis par biberons avec un traitement antireflux. Un TOGD fait à l'âge de 12 mois était normal. L'enfant était asymptomatique avec un recul de 4 ans.

2.2. Observation n° 2

Ce nouveau-né de sexe masculin était hospitalisé au 3^e j de vie pour détresse respiratoire. Il était issu d'une grossesse suivie, menée à terme, avec un accouchement par voie basse, un score d'Apgar à la naissance de 10/10. Dès le 1^{er} j de vie, il présentait un refus de téter avec des accès de cyanose et une hypotonie. L'examen clinique était sans particularités, en dehors de râles d'encombrement bronchique. La radiographie thoracoabdominale était normale.

Le bilan biologique montrait un taux de leucocytes à 8500/mm³ ; des plaquettes à 242 000/mm³ ; une concentration d'hémoglobine de 12,2 g/dl et une CRP sérique à 69 mg/l. La ponction lombaire était normale, et l'hémoculture s'avérait positive à streptocoque B. Le nouveau-né recevait alors une double antibiothérapie (ampicilline-aminoside).

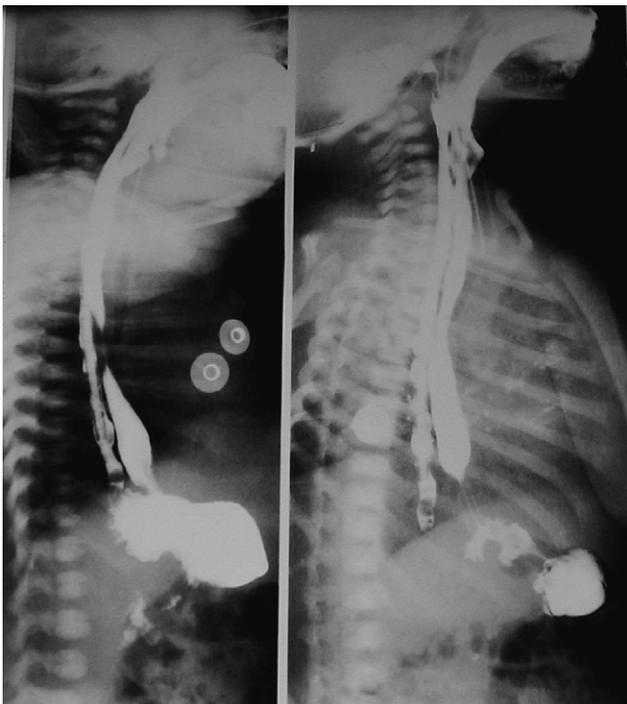


Figure 2. Opacification œsophagienne montrant une duplicité tubulaire totale avec un double abouchement au niveau du cardia.



Figure 3. Opacification œsophagienne montrant une duplicité œsophagienne kystique située au tiers supérieur de l'œsophage.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4149444>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4149444>

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