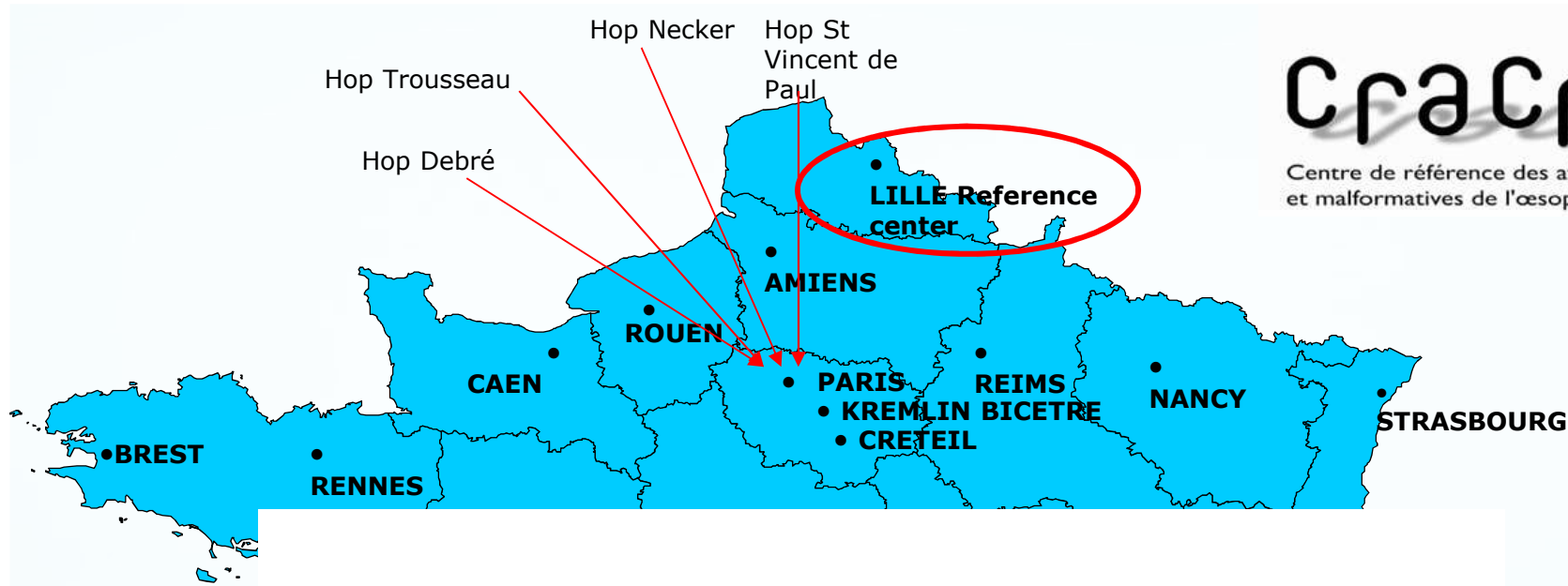


A quoi sert le diagnostic anténatal de l'atrésie de l'œsophage ?





2008-2011 : 637 AO
21% suspectées en anténatal

MARTINIQUE

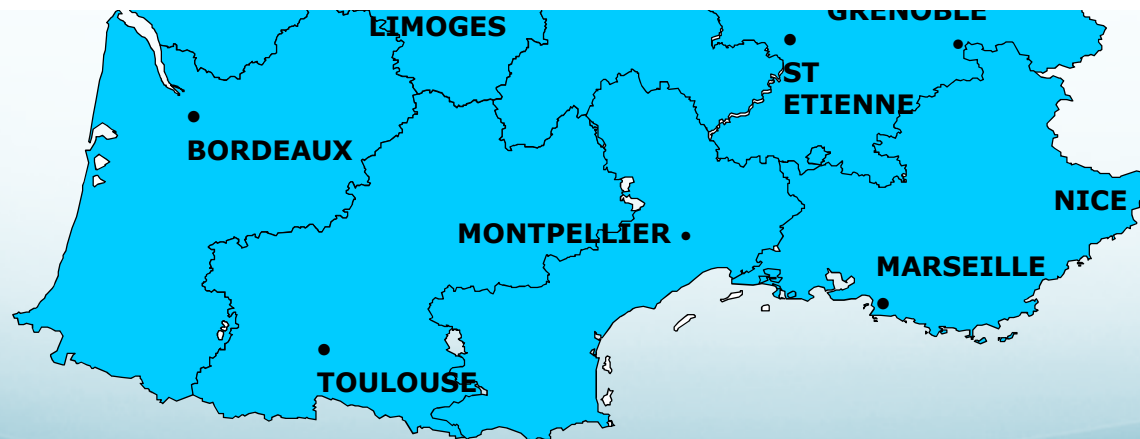


Saint-Denis



GUADELOUPE

Pointe à Pitre



Difficultés du DAN → Echographie

1. Œsophage non vu sur les échographies de dépistage

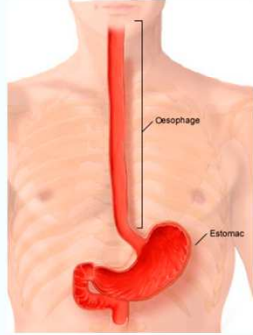


Malinger G, Ultrasound Obstet Gynecol, 2004

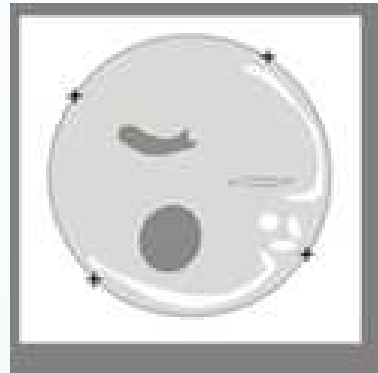
« Atrésie » de l'œsophage non directement visible

Difficultés du DAN

Situation normale

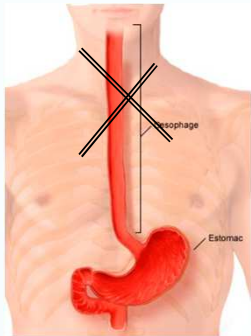


1. Le fœtus urine : production de liquide amniotique
2. Le fœtus déglutit et remplit son estomac : estomac visible dès le premier trimestre
3. Quantité de liquide amniotique équilibrée

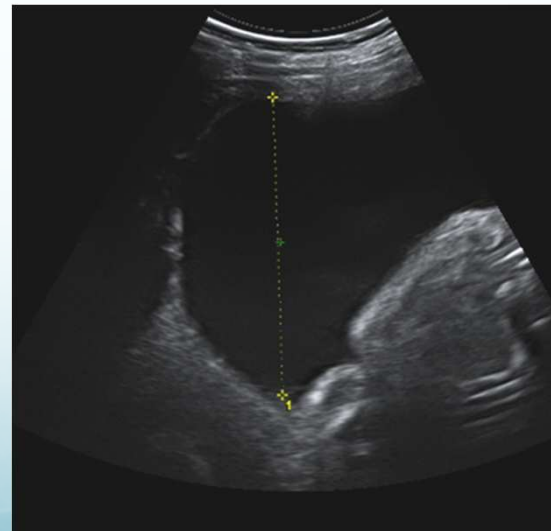


DAN de l'atrésie de l'oesophage

En cas d'atrésie oesophage



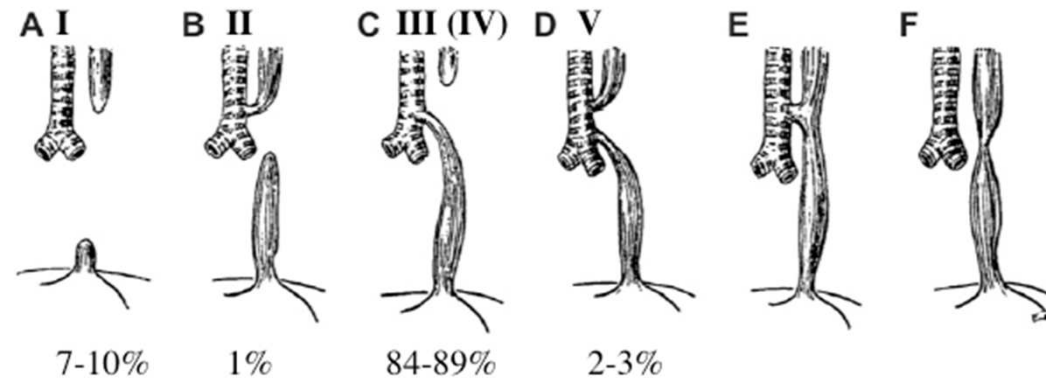
1. Le fœtus urine : production de liquide amniotique
2. Obstacle à l'absorption du liquide amniotique
→ l'estomac ne se remplit pas
→ le liquide amniotique s'accumule



Difficulté du DAN en échographie

Faux négatif

→ Fistule trachéo oesophagienne dans 90 % des cas



→ Synthèse de liquide par la muqueuse de l'estomac

Visualisation de
l'estomac → Faux négatif



AO ≠ estomac non vu

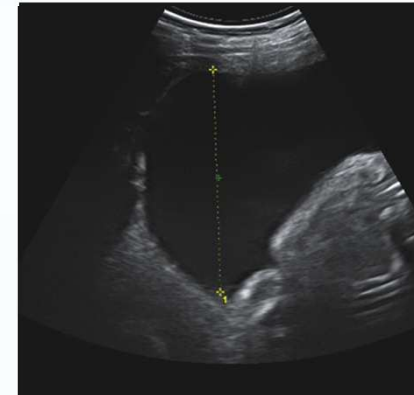
Difficulté du DAN en échographie : faux positif



Estomac petit ou absent

- Nombreux FD en anténatal avec
- Fœtus sans anomalie
 - Trouble de la déglutition :
 - Pathologie malformative
 - Pathologie neurologique

VPP : 46 - 50 %



Hydramnios

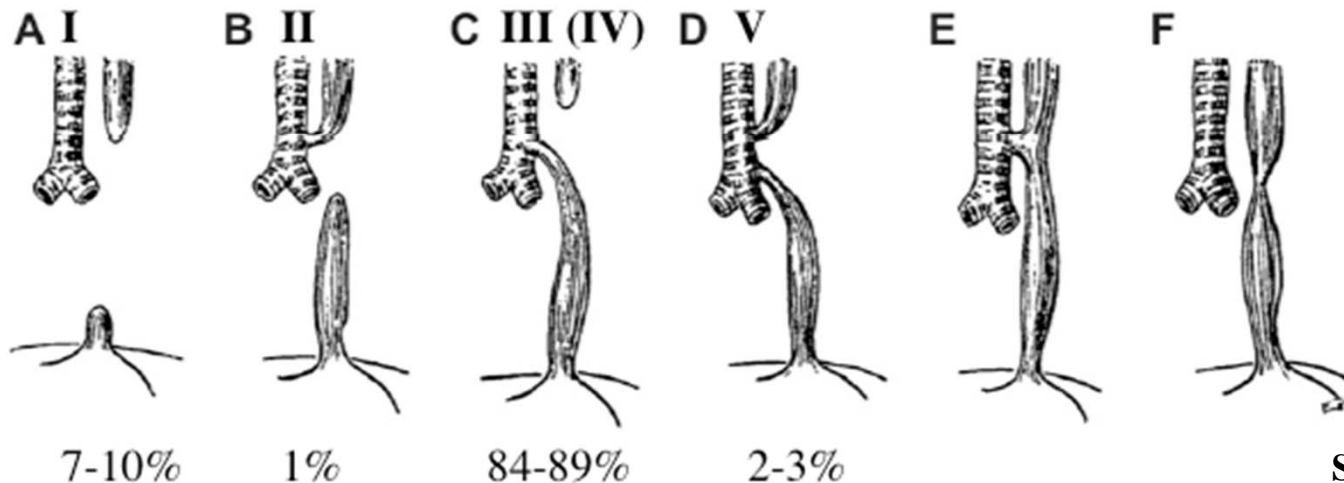
1% des Hydramnios < AO

Registre : 53% des cas

9 - 42%

Centre de référence des affections congénitales et malformatives de l'oesophage

	Type I	Type III	p
Polyhydramnios (%)	93	47	<0.01
Prenatal EA suspicion (%)	93	7	<0.001



Conduite à tenir devant une suspicion d'AO

→ Echographie de référence

→ Visualisation du cul de sac supérieur borgne de l'œsophage au niveau du cou ou du médiastin supérieur du fœtus pendant un mouvement de déglutition



1. Spécificité élevée

1. Visualisation fonction de

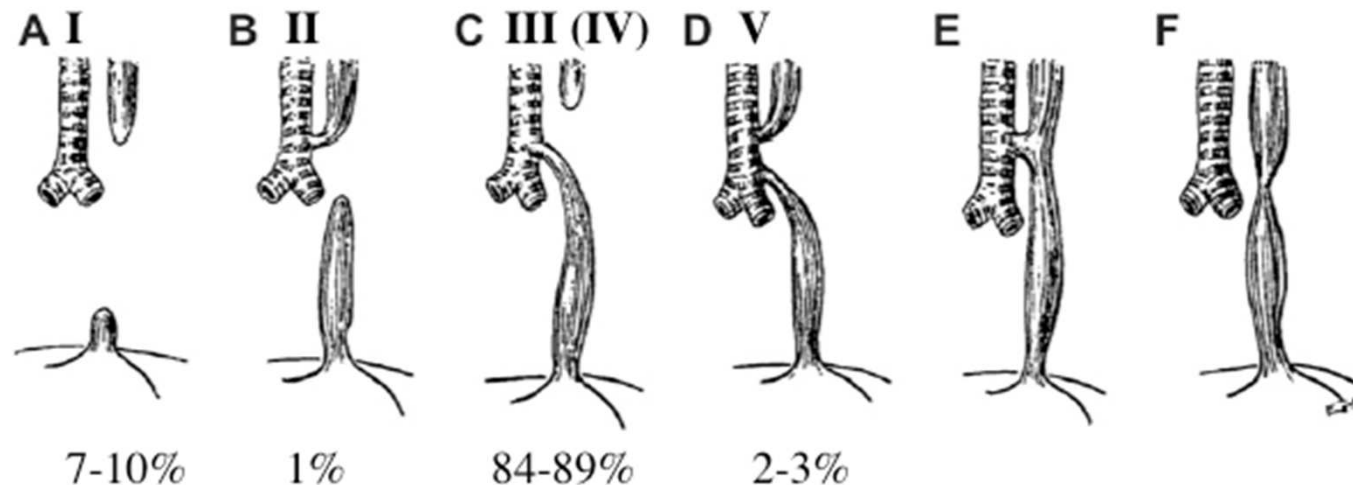
- Position fœtale
- Age gestationnel (>26 SA)
- Mouvement de déglutition

2. Examen plus long > 30 min

Cul de sac supérieur borgne



- Très bon moyen diagnostique de l'AO
- Dans les types I et III (87 – 95% des AO)
- Existe des faux négatifs : Absence de visualisation du CDS dans 57% AO (n=21, Brantberg A, Ultrasound Obstet Gynecol, 2007)



Conduite à tenir devant une suspicion d'AO

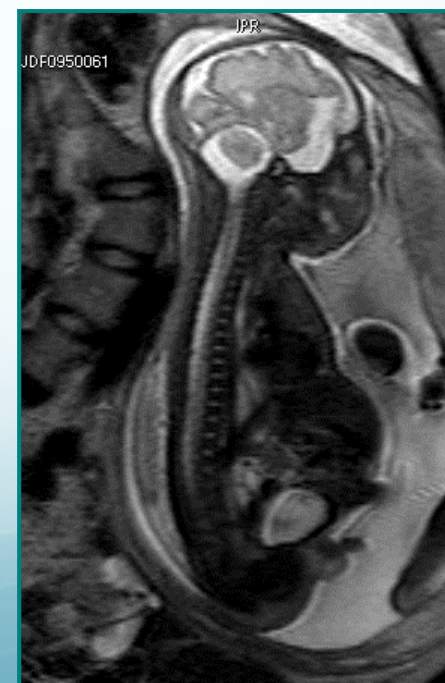
Place de l'IRM ?

- Oesophage difficile à voir en échographie
- Plan sagittal d'acquisition facile en IRM
- Indication: suspicion d'AO (Hydramnios et estomac absent ou de petite taille)

Condition pour éliminer AO → Visualisation de l'œsophage en entier
(Langer J.C. & al. Pediatr. Surg. 2001)

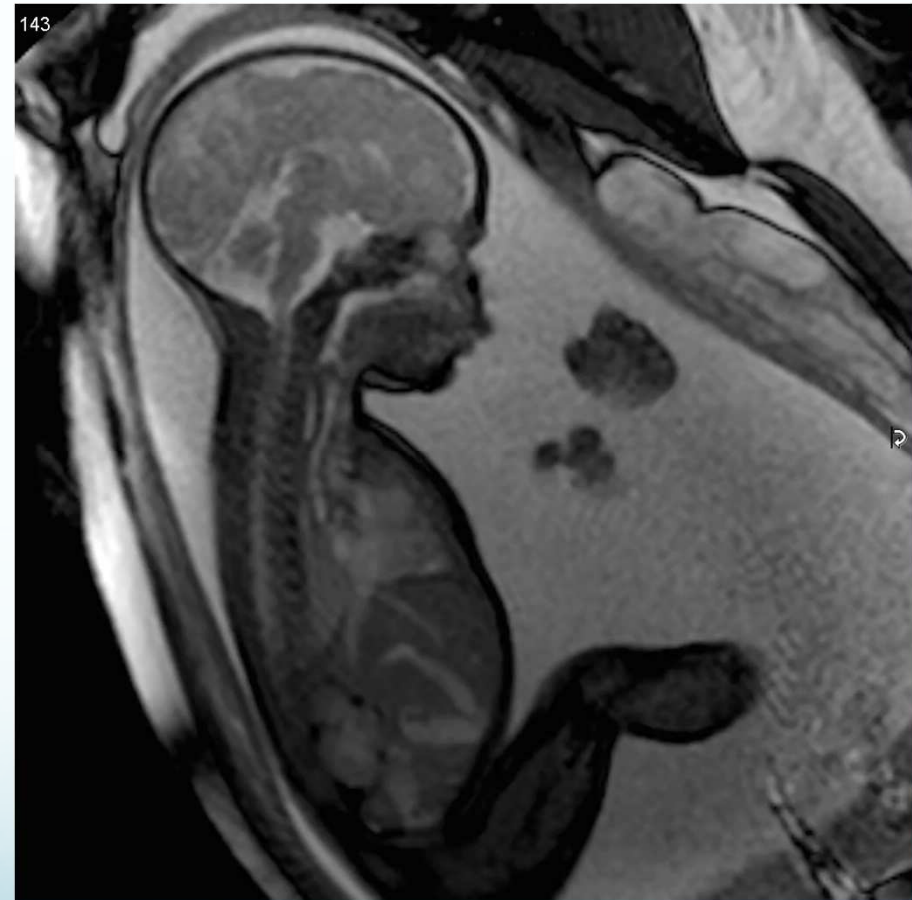
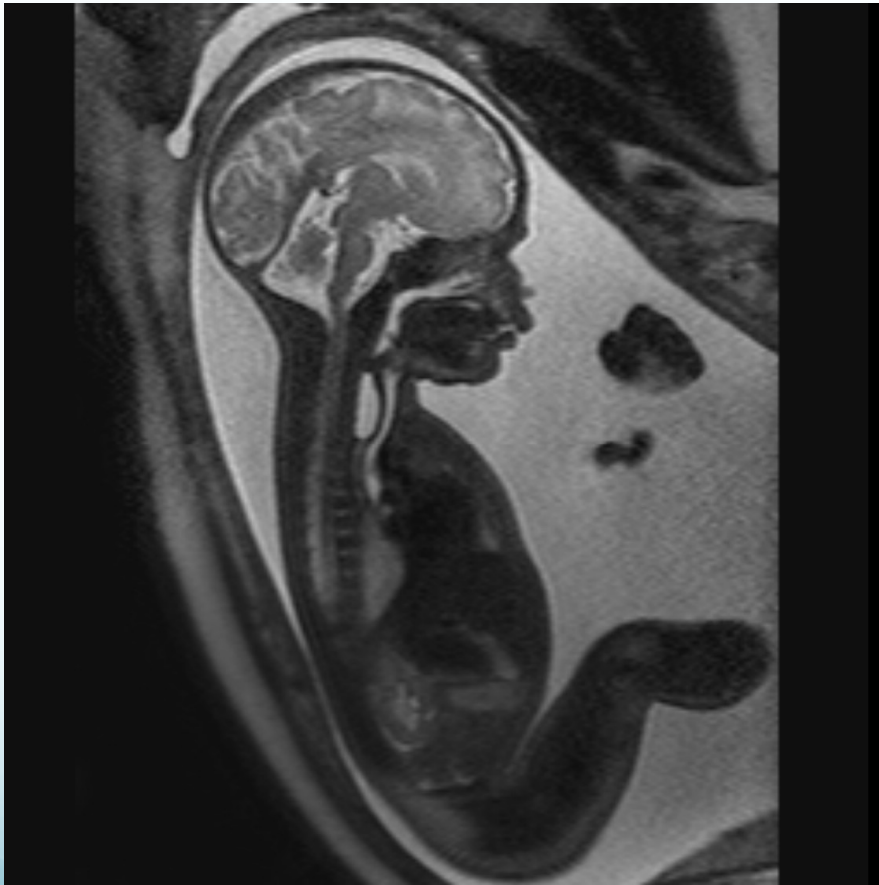
MAIS œsophage pas toujours entièrement suivi

- Derrière le cœur
- Si le fœtus ne déglutit pas
- Oesophage non vu dans 54 / 85 IRM thoraciques
(Levine D. & al. Radiology 2003)



Faux Positifs comme en échographie

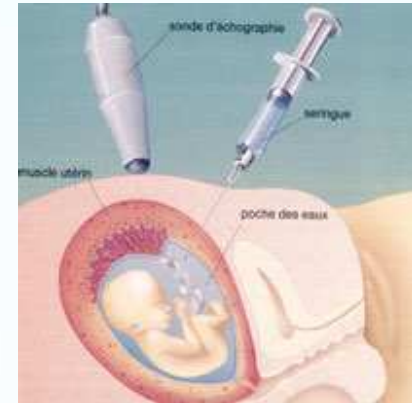
→ **Cul de sac supérieur** facilement visualisé en IRM surtout avec séquences dynamiques



Mais IRM prescrite sur signes d'appel échographiques

Amniocentèse ?

Etude biochimique du LA

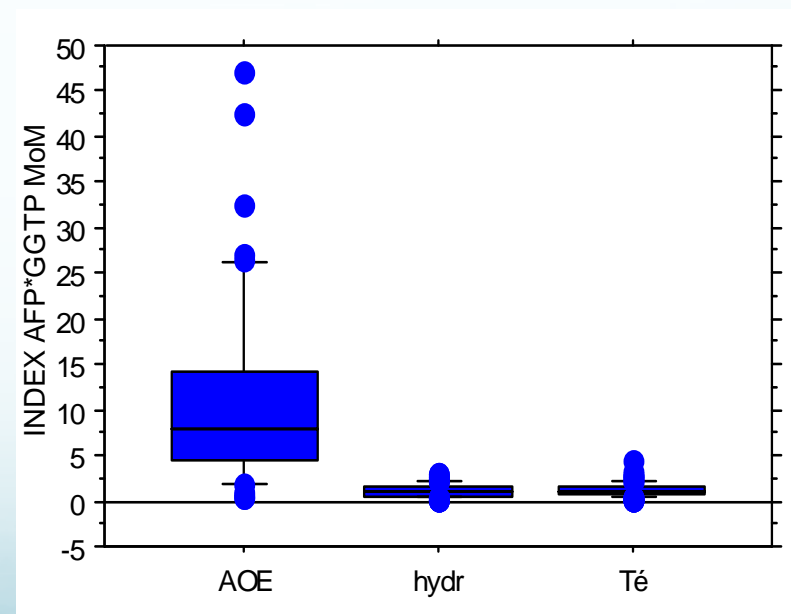


- Dosage biochimique dans le liquide amniotique

→ Orientation sur le diagnostic AO

Si > 22 SA

- FN (syndromes polymalformatifs)
- et FP



I Czerkiewicz, et al, Ped Res, 2011

A l'issue du bilan : très forte
suspicion d'atrésie de
l'œsophage



Quelle utilité ?

Intérêt du DAN d'AO

- 1. Recherche d'autres malformations**
- 2. Recherche d'anomalies chromosomiques**
- 3. Information des parents**
- 4. PEC optimale pendant la grossesse & en période néonatale**

Recherche d'autres malformations

- **Malformations associées** dans 50 à 60%
- Parfois difficiles à diagnostiquer en échographie
- Anomalie rénales, vertébrales, des membres, dysmorphie, cardiopathie.....

→ Association syndromique ? VACTERL

→ Echographie de référence

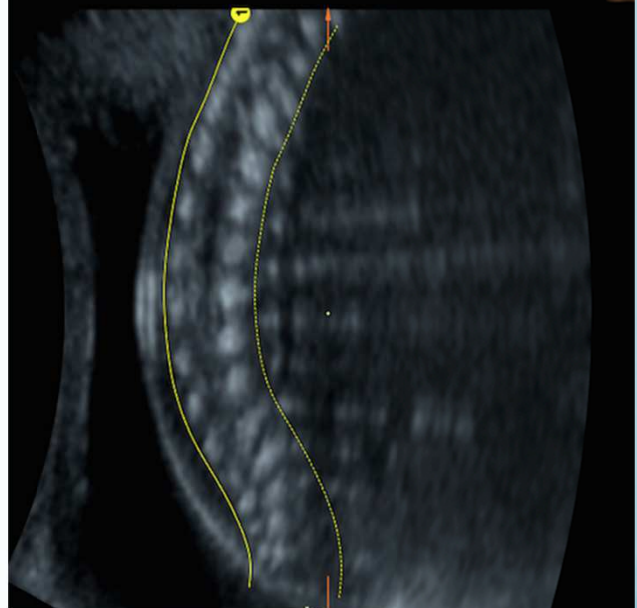
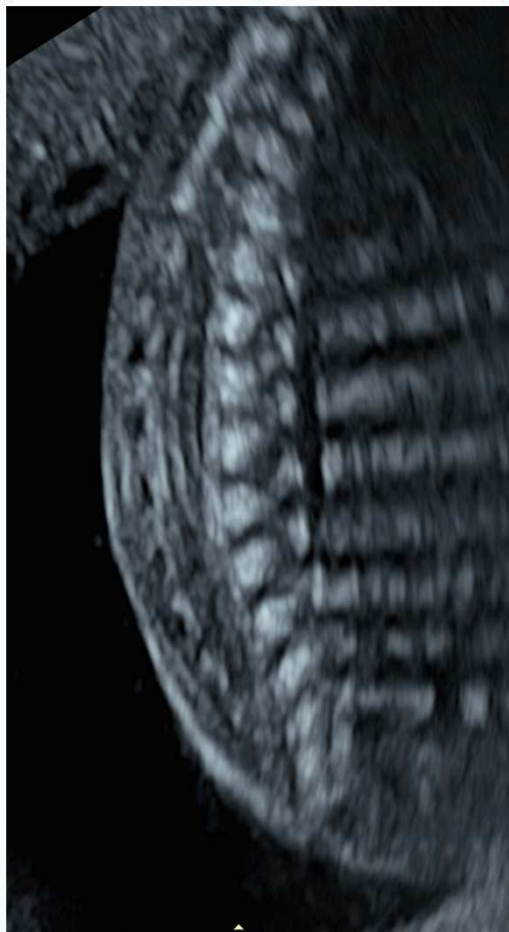
→ Echocardiographie

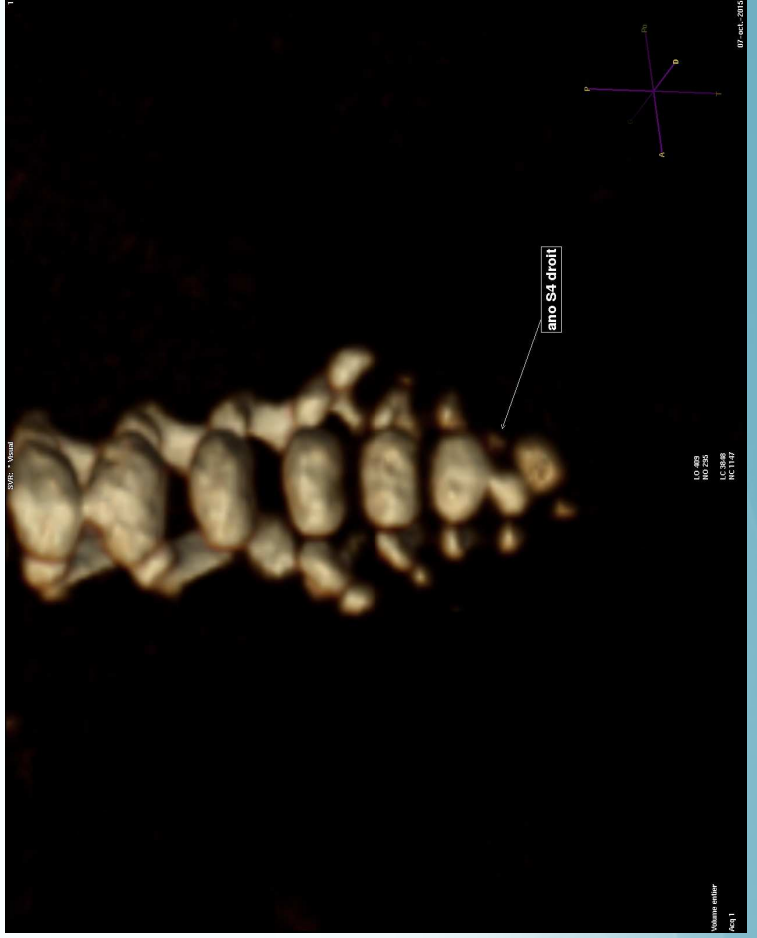
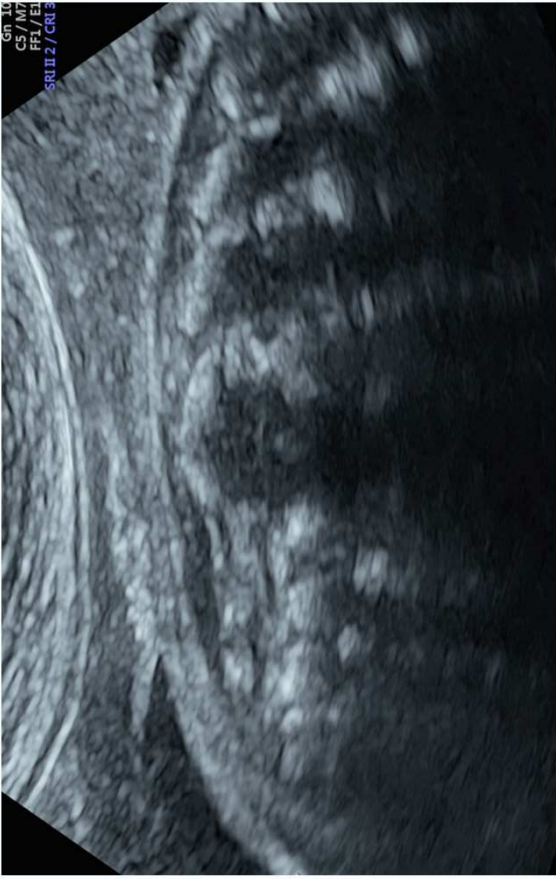
→ +/- Scanner

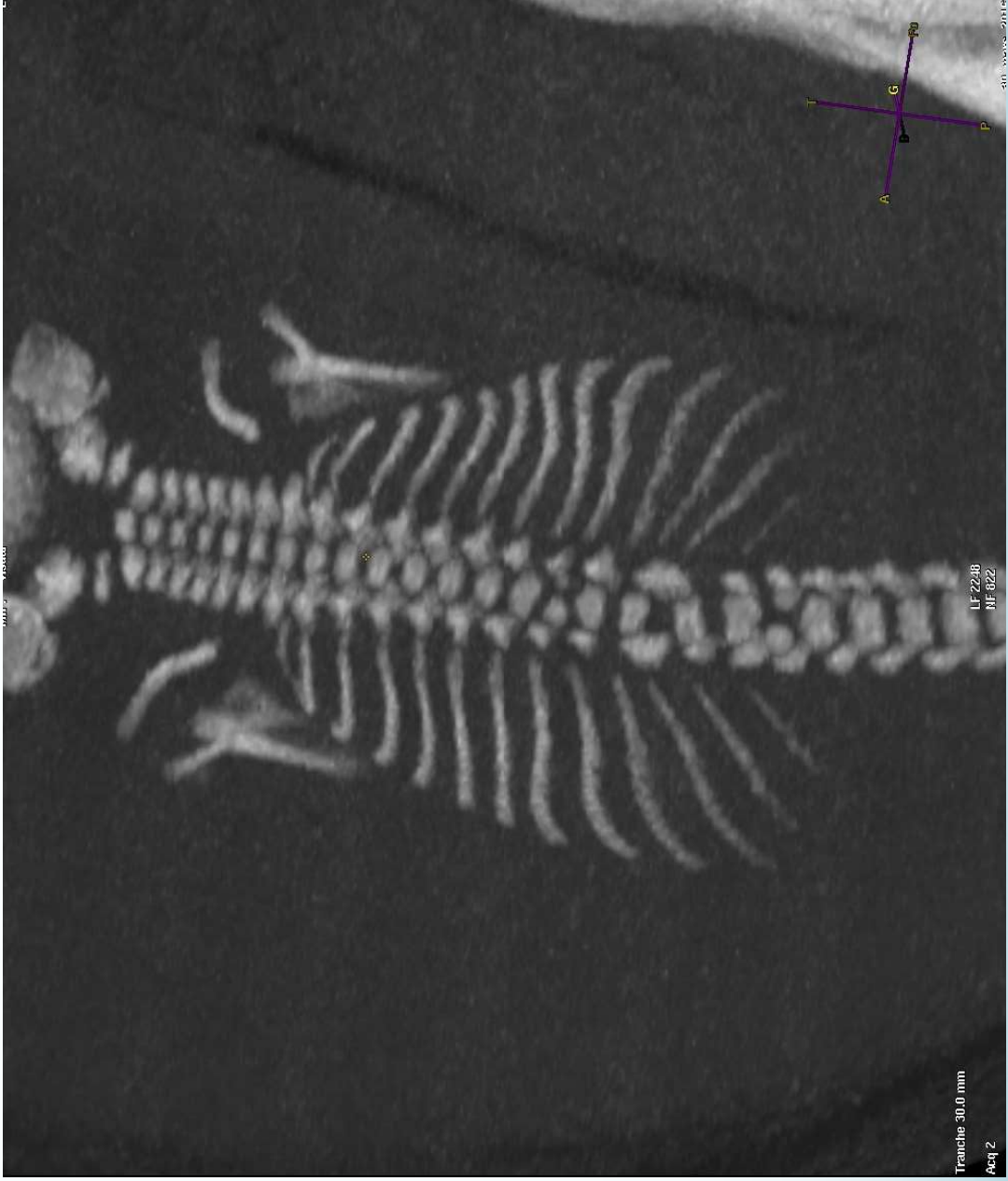
→ +/-IRM

→ Objectif : Préciser le pronostic et la prise en charge ante et postnatale

60°/40Hz
Trimestre 2
HM 7:50 - 4:40
Gn 1
CA/MAC
FF4/EL
SRI II 2 / CRI 3







Tranche 30.0 mm
Acq 2

LF 22:48
MF 622

2011-08-28 14:14





Intérêt du DAN d'AO

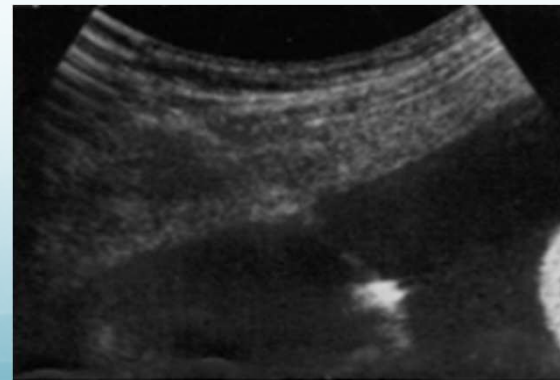
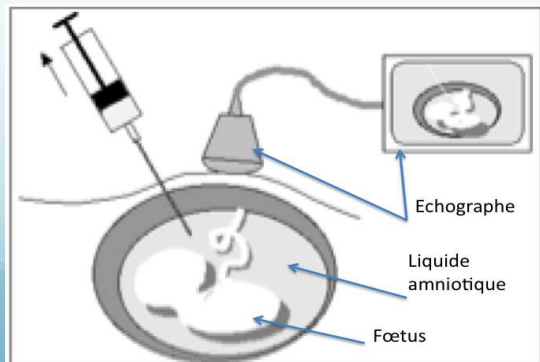
1. Recherche d'autres malformations
2. Recherche d'anomalies chromosomiques
3. Information des parents
4. PEC optimale pendant la grossesse & en période néonatale

Recherche d'anomalies chromosomiques

- 2 à 8 % des cas
- Pronostic réservé le plus souvent en cas d'anomalie chromosomique

→ Proposition d'une amniocentèse

→ Risque de l'amniocentèse : 0,5 à 1% de perte de grossesse ou accouchement prématuré



Intérêt du DAN d'AO

1. Recherche d'autres malformations
2. Recherche d'anomalies chromosomiques
3. Information des parents
4. PEC optimale pendant la grossesse & en période néonatale

Information des parents

- **Rencontre avec les chirurgiens pédiatres en anténatal**
- **Impact psychologique du DAN? du diagnostic post natal ?**

→ **Suivi psychologique à proposer**

Intérêt du DAN d'AO

1. Recherche d'autres malformations
2. Recherche d'anomalies chromosomiques
3. Information des parents
4. **PEC optimale pendant la grossesse & en période néonatale**

Prise en charge optimale pendant la grossesse & en période néonatale

- Surveillance accrue de la grossesse
- Accouchement dans une maternité de niveau III avec présence d'un service de chirurgie néonatale

→ **Pronostic vital non mis en jeu contrairement à d'autres pathologies (cardiopathie +++)**

→ **Éviter la séparation Mère enfant**

- Absence d'introduction de l'alimentation orale

Données du registre



Centre de référence des affections congénitales
et malformatives de l'œsophage

Données du registre CRACMO

	DAN n = 114	DPN n = 355	<i>p</i>
LONGUEUR DU DEFECT (CM)	2,6; 2,5 [1.5-3.2]	1,5; 1 [1-2]	< 0.001
TYPE I (%)	32,5	2,2	< 0.001
TYPE 3 (%)	64	93,5	< 0.001

80% de DAN pour les types I
18% de DAN pour le type 3

Résultats ante et néonataux

	DAN n = 114	DPN n = 335	<i>p</i>
CS ANTÉNATALE AVEC UN SPÉCIALISTE	60,4	11,5	< 0,001
TRANSFERT IN UTERO	59,3	5,0	< 0,001

	DAN n = 114	DPN n = 355	<i>p</i>
MALFORMATIONS ASSOCIEES (%)	51	50	0,89
SYNDROME VACTERL (%)	16,7	16,6	1
CARYOTYPE ANORMAL (%)	4,7	8	0,55

Pas de donnée sur les IMG et les MIU dans le registre CRACMO

Résultats ante et néonataux

	DAN n = 114	DPN n = 335	p
AG À LA NAISSANCE (SA)	36; 36 [35-38]	37; 38 [35-40]	< 0.001
DÉLAI NAISSANCE-1^{ÈRE} INTERVENTION (J)	0,9; 1 [0-1]	0,9; 1 [0-1]	0.07
GASTROSTOMIE À LA NAISSANCE (%)	45,6	11,8	< 0.001
ND. DE JOURS EN USIN (J)	71; 47,5 [20-117]	36; 21,0 [14-43]	< 0.001
COMPLICATIONS : VARIABLE COMPOSITE (%)	44,0	27,6	0.003
SURVIE (%)	93,0	93,7	0.83

Diagnostic anténatal

DAN uniquement si signes d'appel échographiques

- Hydramnios
- Estomac non vu ou de petite taille

→ Examens répétés

Taux important de FN

Taux plus élevé de complications dans le groupe DAN

lié au type même d'AO: Type I et/ou avec long défaut

DAN

- bilan anténatal → Dépistage des syndromes polymalformatifs
- préparation à la naissance
 - consultation avec un chirurgien pédiatrique
 - transfert in utero

Taux important de FP : Stress parental

Conclusion

Difficultés de l'information des parents lors suspicion anténatale d'AO

- Faux Positifs,
- Facteurs pronostiques ?

Information



**Stress parental
inutile**