



Centre Hospitalier Régional  
Universitaire de Lille



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

---

# Chirurgie dans l'atrésie de l'oesophage

14 Novembre 2012

CRACMO

Dr Sfeir

---

# Avant l'intervention

- Transfert vers centre de chirurgie pédiatrique, hospitalisation en réanimation néonatale
  - Nouveau né en position inclinée
  - Sonde d'aspiration du cul de sac supérieur
  - Prévention hypothermie
  - Intervention hors urgence
  - Définir le type d'atrésie
    - Thorax plus ASP :
      - Aération gastrique ou intestinale : fistule oesotrachéale
      - Abdomen blanc : Pas de fistule ou fistule haute
  - Echographie cardiaque et des gros vaisseaux+++

# Chirurgie/type III de Ladd

- Intubation trachéale après endoscopie trachéale
  - pour éliminer les fistule du cds supérieur
  - Pour étudier la trachéomalacie
- Thoracotomie/scopie droite
  - Extrapleurale si possible
  - Anastomose oeso-œsophagienne



# Complications postopératoires

- Complications précoces
  - Fuites anastomotiques : 10-30%, anastomose difficile sous tension, œsophage fragile : salive dans le drain, rx thorax anormale, pneumothorax à l'extubation, contrôle systématique
    - Drainage thoracique indispensable et suffisant dans la majorité des cas
    - Pas d'alimentation orale ni gastrique
    - Guérison rapide dans la majorité des cas

# Complications tardives

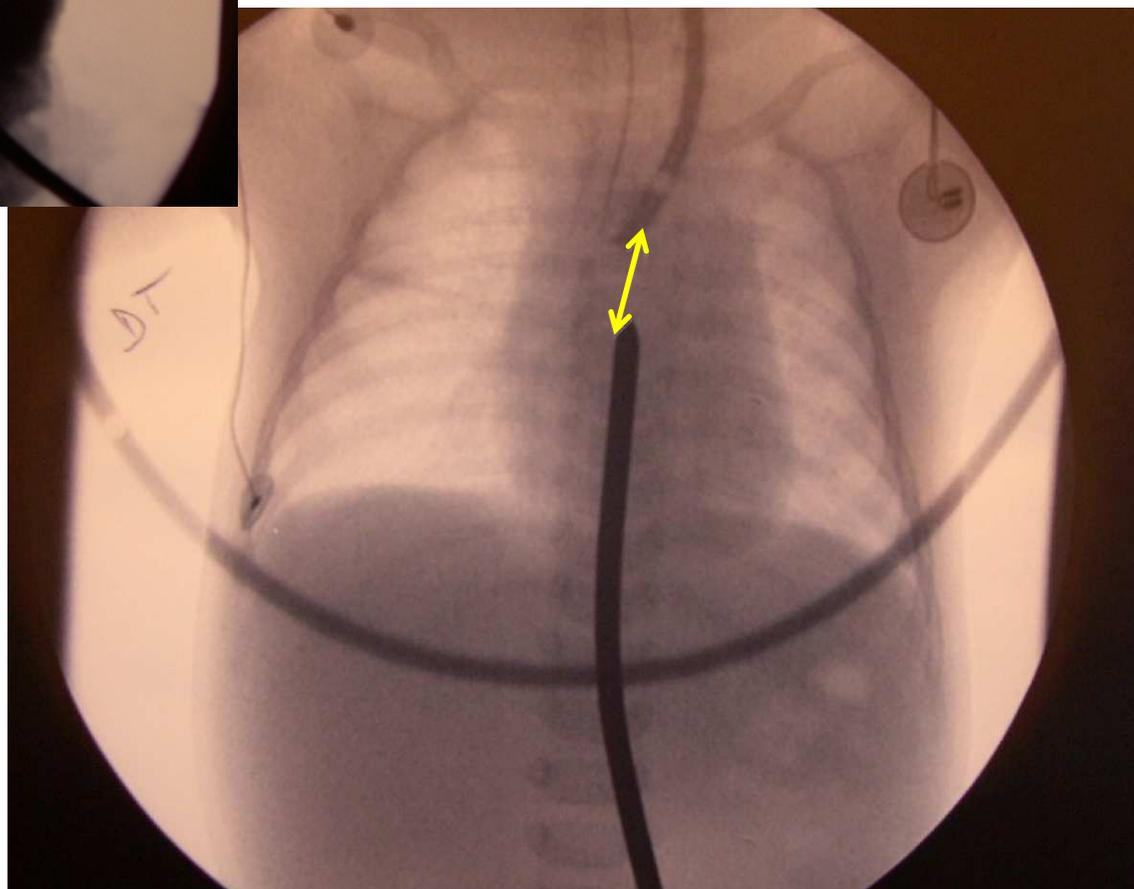
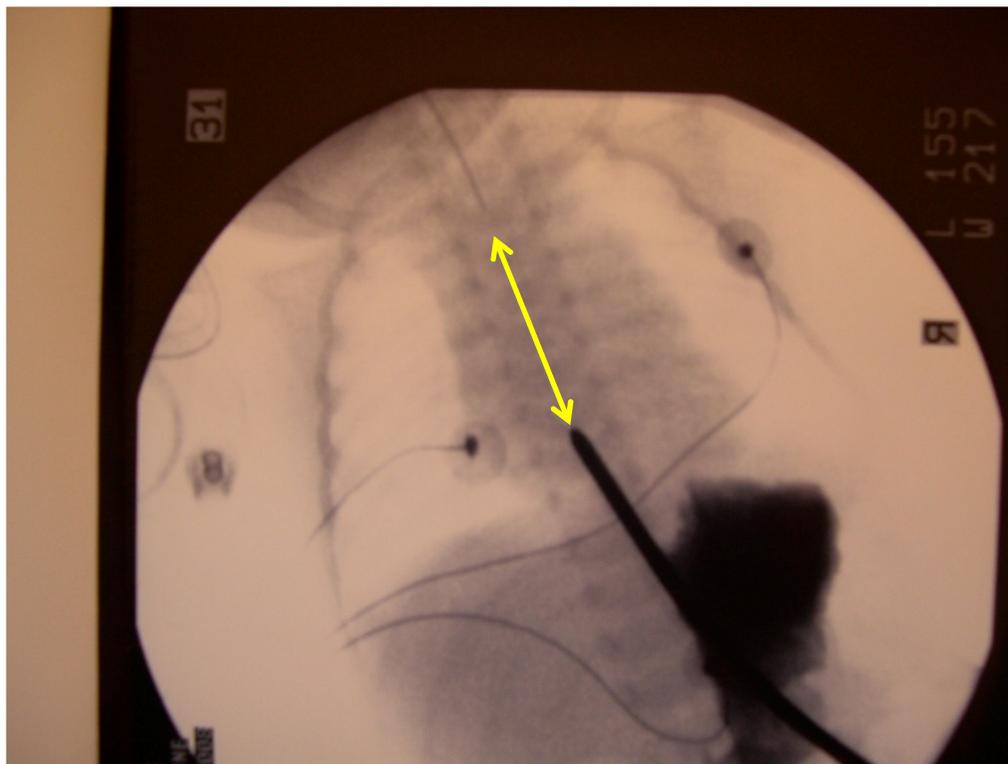
- Sténose anastomotique
  - Plus fréquente en cas de fistule précoce, anastomose difficile et tendue
    - Dès 4 à 6 semaines
    - Vomissements, pneumopathie d'inhalation, aggravation trachéomalacie chez le nourrisson, blocage alimentaire et impaction de gros morceaux chez les plus grands,
    - Traitement endoscopique de première intention après opacification et étude du RGO

# Complications tardives

- RGO : traité systématiquement, plus fréquent que dans la population générale, plus souvent d'indication chirurgicale
  - Récidive sténose, œsophagite peptique, œsophage de Barrett,
- Récidive fistule oesotrachéale : très rare, toux pendant l'alimentation, récurrence pneumopathies, ballonnements abdominaux
- Suivi pneumologique systématique
- Suivi gastroentérologique systématique

# Chirurgie type I

- Gastrostomie et étude du defect
- Aspiration CDS supérieure optimale
  - Sonde à double courant, Replonge
  - Nutrition entérale
  - Pas de risque du RGO
  - Anti sécrétoires
- « Croissance spontanée » : 4 à 8 semaines



# Techniques Type I

- Anastomose oeso-œsophagienne différée après croissance spontanée
- Techniques d'allongement
  - Foker
- Oesophagoplasties
  - Coliques
  - Gastriques
  - Génie tissulaire