



PROTHESES OESOPHAGIENNES CHEZ L'ENFANT : EXPERIENCE FRANCAISE

Adele Robert, Laurent Rebouissoux, Sophie Heissat, Alain Lachaux, Bruno Roquelaure, Emmanuel Mas : Gastroentérologie Pédiatrique, CHU Bordeaux

Contexte : La prise en charge classique des sténoses de l'œsophage repose sur des dilatations endoscopiques, parfois associées à l'application de Mitomycine C ou d'injection de corticoïdes. En cas d'échec, la pose de prothèse œsophagienne peut être proposée, mais reste peu rapportée.

Objectif : L'objectif de notre travail était de rapporter l'expérience des centres français ayant posé des prothèses pour sténose de l'œsophage chez l'enfant.

Methodes: Une enquête a été réalisée auprès des membres du GFHGNP pour colliger de façon rétrospective les observations de patients ayant bénéficié d'au moins la pose d'une prothèse œsophagienne entre 2009 et 2016. Les données concernant les caractéristiques des patients et de la sténose, les difficultés techniques liées à la pose de la prothèse, et l'évolution de la sténose après la(les) prothèse(s) ont été recueillis à l'aide d'un questionnaire.

Résultats : Quatre centres ont posé 52 prothèses chez 12 patients, âgés de 2,7 ans (0,4-14,25) pour une sténose caustique (n=7), peptique (n=1), ou secondaire une atrésie de l'œsophage (n=4). Le traitement antérieurement avait consisté en 6,7 (2-16) dilatations, et une oeso-coloplastie chez 10 enfants. Des complications sont survenues dans 16 cas (31%), à type de dysphagie (n=1), de douleurs thoraciques (n=7), de vomissements (n=6), de pneumopathies (n=2). Les prothèses étaient laissées en place en moyenne 7,8 semaines (3 jours-5 mois), retirées par endoscopie programmée dans 34 cas (66%) ou en urgence dans 18 cas (33%) en raison de migration de la prothèse (n=14), de gêne respiratoire (n=2) ou de douleurs (n=1). Une perforation est survenue dans un cas. Après un recul médian de 73 semaines (0-127), la sténose avait récidivé chez 10/11 enfants après l'ablation de la dernière prothèse. Il a alors été proposé un traitement conservateur par dilatations endoscopiques (n=7) ou endo- incisions (n=1), et pour 5 enfants une intervention chirurgicale.

Conclusion: La pose de prothèse pour traiter les sténoses œsophagiennes réfractaires est faisable chez l'enfant, mais parfois difficile ou mal tolérée, et la récurrence de la sténose fréquente après l'ablation. Des progrès pourraient être obtenus en standardisant les indications, en utilisant du matériel adapté à l'âge, éventuellement fabriqué sur mesure.