

Gestion des long gap en préopératoire / Anastomose différée

BENEFIT OF PHARYNGOSTOMY IN LONG GAP AND OR COMPLICATED ESOPHAGEAL ATRESIA

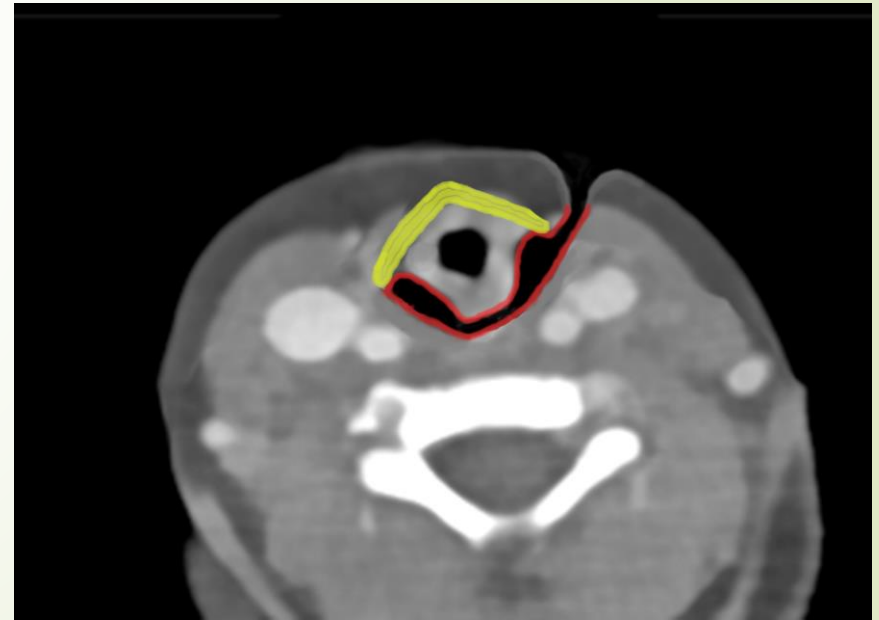
R Sfeir, P Fayoux, A Maltezeanu, F Gottrand, D Sharma
National reference centre for oesophageal congenital diseases
Lille - France

Background

Long gap oesophageal atresia (EA) still a challenge with controversies and heterogeneity in its management. Delayed primary anastomosis, the most used technique, necessitate a gastrostomy and the managing of the upper pouch. A diverting pharyngostomy can be sufficient to assure saliva outflow without need of Reploge tube. The aim of this study is to review our experience in long gap EA with this procedure.

Methods

From May 2013 to December 2023, we performed a pharyngostomy in 8 patients with EA (5 type A, 2 type C, 1 type D). In the same period this technique was used in 3 patients with caustic injuries 2 patients with recurrent oeso-tracheal fistula, 1 patient with associated complex laryngeal abnormalities and 1 patient with severe refractory anastomotic stenosis.



EA type	Gap size (v)	Age pharyngostomy (d)	Issue	Age of esophageal reconstruction (d)
A	5	84	CR	284
A	5	111	Not yet	-
A	3.5	124	DPA	289
A	6.5	102	CR	738
A	5.5	70	Not yet	-
C	5	195	DPA	423
C	4	312	DPA	503
D	4	89	Not yet	-

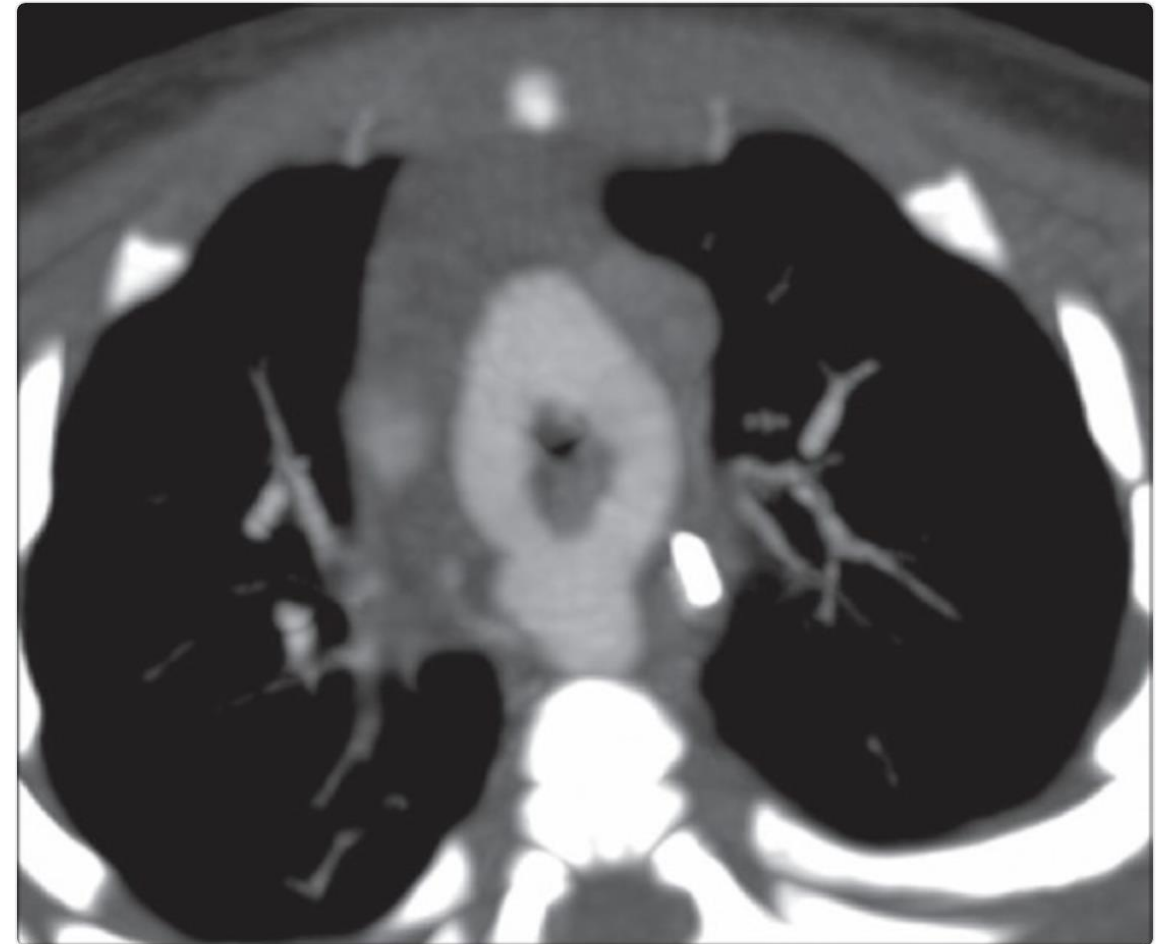
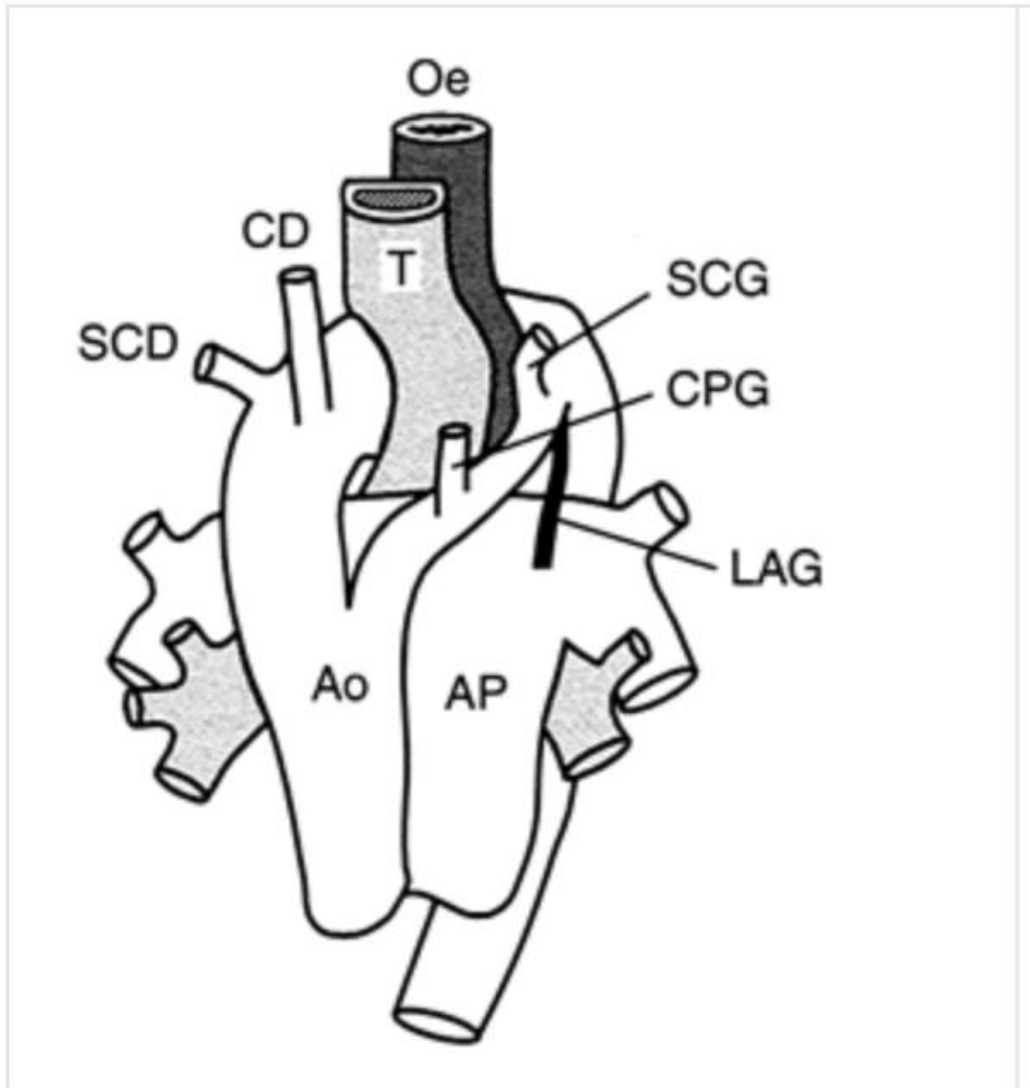
V :number of vertebrae, CR : colonic replacement, DPA: delayed primary anastomosis

Comments

Pharyngostomy, allows us to manage the long gap EA cases, beyond the classical 4 to 8 weeks needed for a minimum spontaneous growth. The main advantage is to preserve the upper pouch from any mobilisation or dissection and to allow the return of the baby to home waiting a longer period for spontaneous growth assessed by gap measure every 4 to 6 weeks. Delayed primary anastomosis was successful in 3 cases in this series at 289, 423 and 503 days, respectively. Colonic replacement was decided when pouch's growth was absent or insufficient.

Anastomose différée sans long gap

- DAN d'anomalie rénale
- Découverte d'une AO à la naissance, echo cardiaque preop RAS
- Thoracoscopie à J1, impossibilité de trouver le cds sup à cause d'une anomalie vasculaire, ligature de fistule sans section oesophagienne
- TDM : anomalies vasculaires avec double arc aortique
- Avis CCV : chirurgie pour section arc gauche à 8 semaines de vie
- Gastrostomie à J 8
- Difficultés d'aspiration du CDS sup/ compression trachéale?
- Pharyngostome à J 44
- Chirurgie cardiaque à J 66 : anastomose oesophagienne impossible par la gauche
- Chirurgie oesophagienne par une thoracotomie droite anastomose relativement simple après avoir libéré le cds sup de l'artère sous clavière droite et de la carotide droite à J 100



Les 2 arcs ont souvent une taille différente avec le plus souvent la prédominance de l'arc droit (75%) ou gauche (20%). Les deux arcs sont équilibrés dans 5% des cas.