

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DU MALI

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 1997 - 1998

N°.....*HA*

**ANESTHESIE ET REANIMATION DANS LES OESOPHAGOPLASTIES
A L'HOPITAL NATIONAL DU POINT G : A PROPOS DE 22 CAS**

THESE

Présentée et Soutenue publiquement leMars 1998

Devant

La Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par

Fadima Koureïssy TALL

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury :

PRESIDENT :

Professeur Sambou SOUMARE

MEMBRES :

Médecin Commandant Abdoulaye DIALLO

Professeur Hamar Alassane TRAORE

DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Abdoulaye Diallo

FACULTE DE MEDECINE ,DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1997--1998

ADMINISTRATION

DOYEN : **ISSA TRAORE** - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR: **OUSMANE DOUMBIA** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
2ème ASSESSEUR : **AMADOU DOLO** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE GENERAL: **BAKARY CISSE** - MAITRE DE CONFERENCES
ECONOME: **MAMADOU DIANE** CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumat. Sécourisme
Mr Souléyman SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L. Chef de DER

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Gangaly DIALLO
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye K.DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J.THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA

Anesth.-Réanimation
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUWARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T.TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE
Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M.CISSE
Mr Abdrahamane S.MAIGA
Mr Adama DIARRA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M.TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigue Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I.MAIGA
Mr Benoît KOUWARE

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie,Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie
Chimie Analytique

D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int.
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

3. ASSISTANTS

Mr Adama D.KEITA	Radiologie
------------------	------------

D E R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1.PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale (Chef de D.E.R.)
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharm.Chim.

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Elimane MARIKO

Pharmacologie

3. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO

Matières Médicales

Mr Alou KEITA

Galénique

Mr Ababacar I. MAIGA

Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique (chef D.E.R.)

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE

Anthropologie

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE

Santé Publique

5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Mamadou KONE

Physiologie

Mr Kaourou DOUCOURE

Biologie

Mr N'Golo DIARRA

Botanique

Mr Bouba DIARRA

Bactériologie

Mr Salikou SANOGO

Physique

Mr Bakary I. SACKO

Biochimie

Mr Sidiki DIABATE

Bibliographie

Mr Boubacar KANTE

Galénique

Mr Souleymane GUINDO

Gestion

Mme DEMBELE Sira DIARRA

Mathématiques

Mr Modibo DIARRA

Nutrition

Mme MAIGA Fatoumata SOKONA

Hygiène du Milieu

Mr Nyamanto DIARRA

Mathématiques

Mr Moussa I. DIARRA

Biophysique

Mr Mamadou Bakary DIARRA

Cardiologie

Mme SIDIBE Aissata TRAORE

Endocrinologie

Mr Siaka SIDIBE

Médecine Nucléaire

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Baidi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICACES ET
REMERCIENTS

JE DEDIE CETTE THESE A...

- Dieu le tout puissant, le très miséricordieux qui par sa grâce a permis la réalisation de ce modeste travail.

- **Ma sœur** : feu Madina TALL.

Tu as été prématurément rappelée à Dieu, emportée par un mal incurable. Nous aurions tellement voulu que tu sois à nos côtés en tant que confidente, complice et amie dans ce monde. Saches que nous pensons à toi.

Dors en paix Fifi. Que la terre te soit légère : Amen.

- **Mon père** : Koureïssi Aguibou TALL.

Tu as été pour nous un exemple de courage de persévérance et de franchise dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de la justice et le respect de soi. Tu n'as ménagé aucun effort pour que nous accédions à une instruction meilleure.

Puisse cette thèse m'offrir l'occasion de me rendre digne de tes conseils, de ton estime et de ta confiance.

-- **Ma mère** : Assanatou TALL

Les mots me manquent pour te qualifier. Tu as tout sacrifié pour nous prodiguer une meilleure éducation.

Tu as souhaité que nous soyons à ton image, pleine d'ardeur, de combativité, de générosité et d'amour du prochain. Grâce à tes immenses sacrifices, tes sages conseils, j'ai réalisé ce travail.

-- **Mes frères** : Madani, Adam, Macki, Moctar, Koureïssy, Kadiatou.

Restons unis et solidaires. Ce travail est aussi le vôtre.

- **Ma tante** : Mme TOURE Nèné Satourou TALL Tu as été à mes côtés dans les situations difficiles. Tes sages conseils et ton soutien matériel ont été d'un apport inestimable pour moi durant toutes ces années. Puisse ce travail répondre à tes attentes.

- Fatoumata B. MAIGA

Plus qu'une amie, tu as été pour moi une sœur. Toujours gentille, disponible ; tu m'as apporté un grand soutien durant ces longues années.

Courage et bonne chance pour les épreuves futures.

MES REMERCIEMENTS A...

Toute ma famille

Cher (e) s pères, mères, tantes et oncles.

Que notre famille se maintienne et demeure plus que hier unie. Votre soutien et votre assistance tout au long de ce difficile parcours m'ont été d'un réconfort inoubliable. Que ce travail qui est aussi le vôtre témoigne de toute mon affection.

Cher (e) s frères, soeurs, cousins et cousines

Seule une union forte et inaltérable nous fera surmonter tous les obstacles. Que le goût de l'effort, de la volonté nous guide toujours. J'ai fait ce travail en pensant à vous.

Tous mes remerciements :

- Aux familles : Sékou TOURE, Alamir MAIGA, Amadou Mountaga TALL, Souleymane DAFPE, Boulkader MAIGA, El Hadj Oumar TALL, Maciré CAMARA, Elly DIALLO, Djagossa SIDIBE :

En reconnaissances de vos sages conseils et encouragements.

- Ousmane S. MAIGA

Tu as été pour moi un conseiller, un ami. Ton affection, ton soutien sans mesure ne m'ont jamais fait défaut. Sincères reconnaissances.

- Aux Docteurs Djénéba DOUMBIA, Django DJIBO

Trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

- A mes camarades et internes du service d'Anesthésie-Réanimation : Moussa SOGOBO, Mme NAJIM, Aladji Seydou DEMBELE.

En souvenir de la solidarité et du courage dont nous avons fait preuve durant les années d'études passées ensemble.

A mes cadets internes du service d'Anesthésie-Réanimation : Oumar MAIGA, Diogossan TRAORE, Kalil SANGHO, Angèle AGOUA, Aminata MAIGA, Joseph KONE. Courage et plein succès.

A tout le personnel du service d'Anesthésie-Réanimation, toute ma reconnaissance et mon attachement profond.

- Mes ami (e) s : Barèye OUOLOGUEM, Maya J. TRAORE, Boubacar TRAORE, Souleymane DIAWARA, Awa KONARE, Solange MONTUE, Sidi MAIGA, Sébastien DIALLO, Aminata MAIGA, Aïssata DIALLO, Boncana MAIGA, Kagné TRAORE, Fanta SANGHO, Sidiki KONATE.

Pour votre estime et confiance à ma personne.

- Personnel du service de comptabilité de l'Hôpital National du Point G particulièrement Aziz MAIGA.

En reconnaissance pour votre soutien matériel

- Dr Kassoum SANOGO, Dr Sanoussi SANGHO, Dr Elimane MARIKO.

Soyez assuré de mes sincères remerciements.

- Tous mes maîtres et professeurs.

- Tous mes camarades de promotion.

- Tous ceux qui souffrent d'une pathologie sténosante de l'oesophage.

- Tous ceux auxquels je pense et que je ne peux citer nommément.

A NOS MAÎTRES ET JUGES

De bon cœur, vous avez accepté de jugé ce travail et vos suggestions et critiques seront les bienvenues et contribueront à ouvrir de nouvelles voies de recherche dans le domaine de l'Anesthésie-Réanimation.

Nous vous en remercions infiniment.

Notre Maître et Président du jury : Professeur Sambou SOUMARE.

Professeur de chirurgie générale.

Président de la Société de Chirurgie du Mali.

Chef de service de la Chirurgie A à l'Hôpital National du Point G.

Chargé de cours à la FMPOS.

Nous avons découvert en vous un maître emprunt de modestie, d'enthousiasme, d'objectivité et possédant un sens humain exceptionnel. Votre dextérité pratique nous a forcé l'admiration et l'estime.

En acceptant de présider ce jury, vous nous faites un honneur auquel nous sommes très sensible.

A notre Maître Docteur Commandant Abdoulaye DIALLO.

Anesthésiste-Réanimateur à l'Hôpital Gabriel Touré.

Assistant chef de clinique.

Premier secrétaire à l'organisation de la SMAR.

Chargé de cours à la FMPOS.

Votre dévouement et votre abnégation dans cette profession seront pour nous un exemple à suivre ; le jugement que vous porterez sur ce modeste travail nous rendra un inestimable service car il sera l'expression de la somme de votre expérience pratique.

Soyez-en remercié infiniment.

A notre Maître Professeur Hamar Alassane TRAORE.

Maître de conférence agrégé en Médecine Interne.

Chef de service de Médecine " C " " D " à l'Hôpital National du Point G.

Chargé de cours à la FMPOS.

Nous avons été séduit par la qualité de votre enseignement et votre ouverture envers les étudiants et stagiaires. Pédagogue, nous avons bénéficié de l'enseignement et de l'encadrement de l'homme de sciences que vous êtes.

Trouvez ici l'expression de notre reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse

Docteur Abdoulaye DIALLO

Anesthésiste-Réanimateur

Chef de service d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital National du Point G.

Secrétaire Général Adjoint de la SARANE

Secrétaire Général de la SMAR.

Chargé de cours à la FMPOS.

En nous proposant ce travail, vous nous avez fait un grand honneur et une grande confiance. Nous espérons les avoir amplement mérités. Votre rigueur scientifique, votre expérience pratique, votre souci constant de rendre la médecine malienne plus compétitive force l'admiration de tous. Ces qualités sont pour nous un " leitmotiv " que nous garderons tout au long de notre carrière. Nous sommes fiers d'être votre élève.

Maître, les mots ne seront exprimés toute notre reconnaissance et profonde gratitude. Veuillez accepter ici nos sincères remerciements et nos encouragements à l'approche des épreuves futures pour lesquelles nous vous souhaitons **BONNE CHANCE.**

SOMMAIRE

	PAGES
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : GENERALITES	
I . Rappel anatomique	2
II . Rappel physiologique	15
III . Pathologies sténosantes de l'oesophage	18
IV . Evolution de l'anesthésie générale	28
V . Prise en charge d'un patient en anesthésie générale	30
VI . Particularité de l'anesthésie générale au cours de la chirurgie oesophagienne	36
CHAPITRE II : NOTRE TRAVAIL	
I . Méthodologie	39
II . Résumé des cas	45
III . Résultats	89
IV . Commentaires et Discussions	93
V . Conclusion et Recommandations	95
BIBLIOGRAPHIE	97
ANNEXES	

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les pathologies oesophagiennes entraînant des sténoses ont une prévalence élevée en République du Mali : 16% [7]. Cette prévalence est en nette progression à cause du changement de comportement des populations (alcool, tabac, alimentation).

Elles sont dominées par le cancer de l'oesophage ou du cardia et les séquelles d'ingestion de caustiques.

Le traitement de ces cas nécessite une chirurgie lourde, une réanimation pré, per, postopératoire rigoureuse et comporte un risque élevé de complications.

La technique d'anesthésie la plus convenable est la neuroleptanalgie.

Le mythe et les préjugés qui entouraient la ponction de la voie veineuse centrale et la nutrition parentérale ont retardé cette prise en charge.

La rupture avec ces barrières, intensifiée à partir de 1990 a ouvert de nouvelles perspectives dans ce domaine.

Devant l'absence de publications sur le sujet, nous avons été inspiré par un article présenté au X^e congrès de la Société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Noire Francophone (SARANF) à Abidjan par Yéo T [29] du CHU de Yopougon.

Au Mali une première série portant sur 12 cas a été présentée au XI^e congrès de la SARANF de Yaoundé en 1994 [8].

Une deuxième série de 19 cas a été publiée dans la Revue Africaine d'Anesthésiologie et de Médecine d'Urgence (RAMUR) en 1997 [9].

Le présent travail s'inscrit dans la droite ligne des recommandations des deux (2) publications antérieures sur l'évaluation de la prise en charge en Anesthésie-Réanimation des oesophagoplasties en République du Mali. **Il a pour objectif de contribuer à la prise en charge des malades devant être opérés pour sténose oesophagienne en matière d'anesthésie réanimation à l'Hôpital de référence National du Point G.**

CHAPITRE I
GENERALITES

I . RAPPEL ANATOMIQUE

L'oesophage est un long conduit musculo-membraneux situé derrière la trachée. Il prend naissance au niveau de la gorge à l'extrémité du pharynx et se termine au niveau de D₁₀ - D₁₁ dans la partie supérieure de l'estomac.

Il constitue la voie de passage du bol alimentaire.

Il est maintenu en place par sa continuité avec le pharynx, l'estomac, les formations musculo-conjonctives qui l'unissent à la trachée, à la bronche gauche, à l'aorte et au diaphragme.

1 . Trajet de direction :

L'oesophage est très sinueux. Il commence à l'extrémité inférieure du pharynx, descend en avant de la colonne vertébrale et traverse successivement :

- le cou : portion cervicale ;
- le thorax : portion thoracique ;
- le diaphragme : portion diaphragmatique ;

- pénètre dans l'estomac en formant avec la grosse tubérosité un angle aigu en haut et à gauche (l'angle de HISS). L'orifice d'abouchement de l'oesophage avec l'estomac est appelé cardia.

La direction générale de l'oesophage est oblique en bas et à gauche. Son extrémité supérieure est médiane tandis que son extrémité inférieure est à 2 cm environ à gauche de la ligne médiane.

L'oesophage décrit dans le sens antéro-postérieur une courbe concave en avant moins marquée avec celle du rachis. L'oesophage est appliqué en haut à la colonne vertébrale jusqu'à D₄; s'en éloigne ensuite jusqu'à sa terminaison (plan sagittale).

Dans le plan frontal l'oesophage est d'abord oblique en bas et à gauche jusqu'au niveau de D₄. Il est ensuite refoulé par l'aorte vers la droite jusqu'au niveau de D₆ parfois D₇. Il se dirige de nouveau vers la gauche jusqu'à sa

terminaison. Ces deux dernières portions décrivent dans le thorax une courbe très nette à convexité droite.

2 . Dimensions :

L'oesophage mesure environ 25 cm de long dont :

- segment cervical : 5 cm
- segment thoracique : 16 cm
- segment intra-abdominal : 4 cm

Son diamètre varie suivant les régions entre 2 - 3 cm. L'oesophage présente 3 rétrécissements :

- le 1^{er}, cricoïdien correspond à l'orifice supérieur ;
- le 2^e, aortico-bronchique correspond à l'aorte et à la bronche gauche, c'est là que s'arrêtent souvent les corps étrangers ;
- Le 3^e est diaphragmatique et correspond à l'orifice inférieur où stagnent un moment les liquides caustiques déglutis.

3 . Configuration externe et interne :

L'oesophage a l'aspect d'un épais ruban musculaire irrégulièrement aplati d'avant en arrière depuis son origine jusqu'à la bifurcation trachéale. Il tend à devenir cylindrique dans le reste de son étendue sauf à son extrémité inférieure où il prend une forme conique à base inférieure lisse.

La surface interne est rose pâle et lisse chez le vivant. Elle est blanchâtre chez le cadavre et présente des plis muqueux longitudinaux qui s'effacent par la distension du conduit.

L'orifice inférieur ou cardia est muni d'un replis semi lunaire plus ou moins marqué suivant les sujets. C'est la valvule cardio-oesophagienne.

Dans la partie cervicale de l'oesophage les parois antérieure et postérieure sont appliquées l'une contre l'autre. Dans sa partie thoracique au contraire, elle

est physiologiquement béante. Au niveau de sa traversée diaphragmatique sa lumière est virtuelle.

4 . Rapports :

4 . 1 . Orifice supérieur :

L'orifice supérieur de l'oesophage répond :

- *en avant* au bord inférieur du cartilage cricoïde;
- *en arrière* à C₆.

Il est situé à 15 cm environ de la partie moyenne de l'arcade dentaire inférieur.

4 . 2 . Portion cervicale :

- *en avant* : l'oesophage est en rapport avec la trachée, le nerf récurrent gauche. Ce nerf monte sur la face antérieure de l'oesophage qui déborde de la trachée à gauche tandis que le récurrent droit longe le bord droit de l'oesophage. L'oesophage, la trachée, les récurrents sont entourés par la gaine viscérale du cou ;

- *en arrière* : il est séparé de l'aponévrose vertébrale, des muscles prévertébraux et de la colonne vertébrale par la gaine viscérale et par l'espace celluleux très mince ;

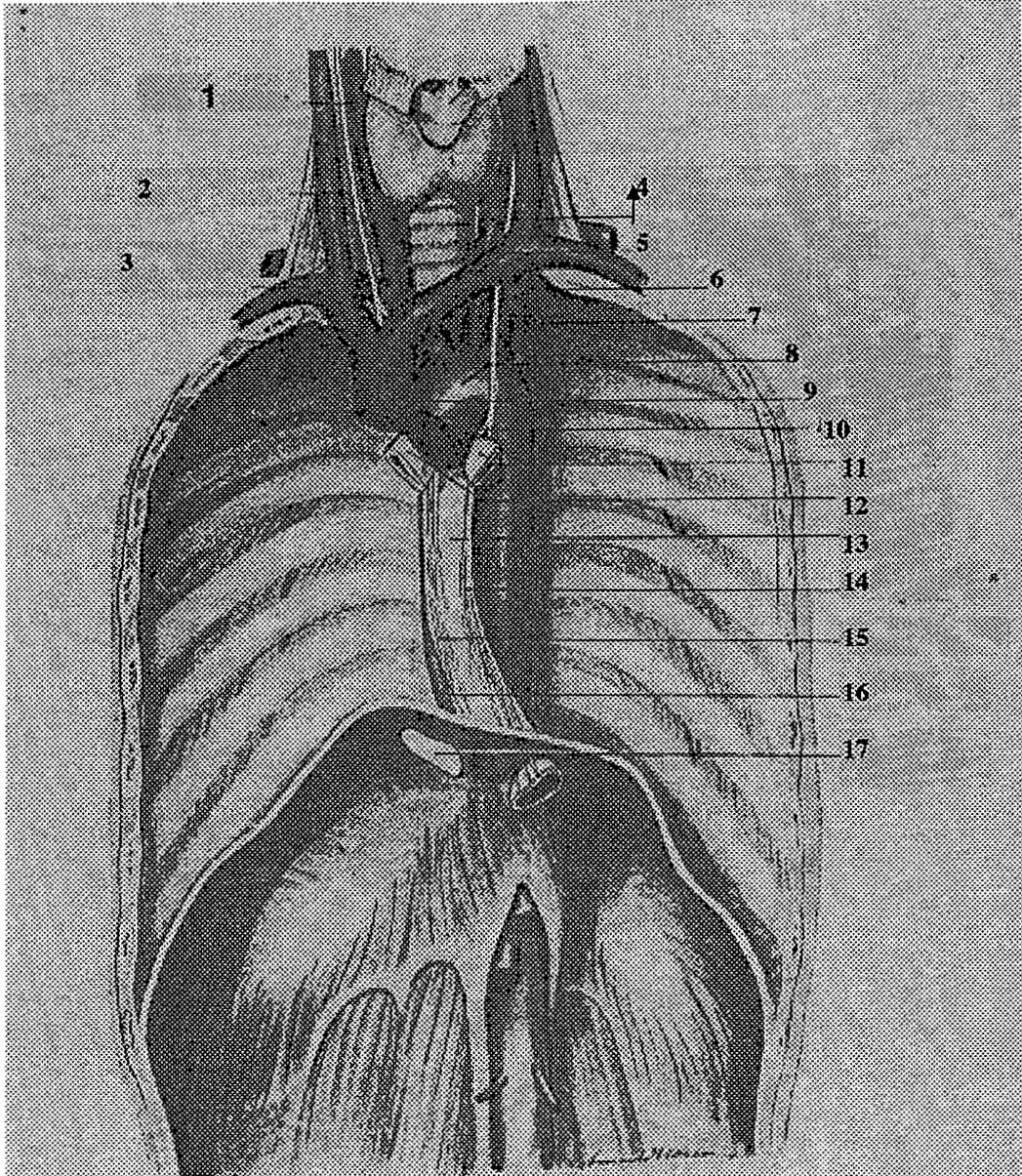
- *sur les cotés*, il répond par l'intermédiaire de la gaine viscérale aux lobes latéraux du corps thyroïdien, au paquet vasculo-nerveux du cou et à l'artère thyroïdienne inférieure.

4 . 3 . Portion thoracique :

L'oesophage occupe dans le thorax le médiastin postérieur

- *en avant*, il est en rapport de haut en bas avec :

Figure 1 : OESOPHAGE VUE ANTERIEURE



1. carotide primitive
2. pneumogastrique
3. tronc brachio-céphalique droit
4. carotide primitive gauche
5. tronc brachio-céphalique gauche
6. sous-clavière gauche
7. pneumogastrique
8. crosse de l'aorte
9. veine cave supérieure

10. nerf récurrent
11. bronche gauche
12. bronche droite
13. oesophage
14. plexus oesophagien gauche
15. plexus oesophagien droit
16. grande veine azygos
17. orifice diaphragmatique de la veine cave inférieure

* la trachée à la quelle il est uni par du tissu cellulaire dont la densité augmente de bas en haut et par des brides élastiques et musculaires lisses trachéo-oesophagiennes ;

* la bifurcation de la trachée et l'origine de la bronche gauche. L'oesophage est dévié à gauche tandis que l'extrémité inférieure de la trachée est déjetée à droite par la crosse de l'aorte qui s'appuie sur elle ;

* les ganglions intertrachéaux ;

* l'artère bronchique et l'artère pulmonaire droite qui croisent toutes deux transversalement la face antérieure de l'oesophage ;

* le péricarde : le cul de sac de HALLER et la couche cellulo-graisseuse qui remplit l'espace portal.

en arrière : l'oesophage est appliqué sur la colonne vertébrale depuis son origine jusqu'à D₄. Sur toute cette hauteur il répond successivement d'avant en arrière :

* à la gaine viscérale qui l'accompagne jusqu'à D₄ ;

* à l'espace retroviscéral ;

* à l'aponévrose prévertébrale ;

* aux muscles prévertébraux.

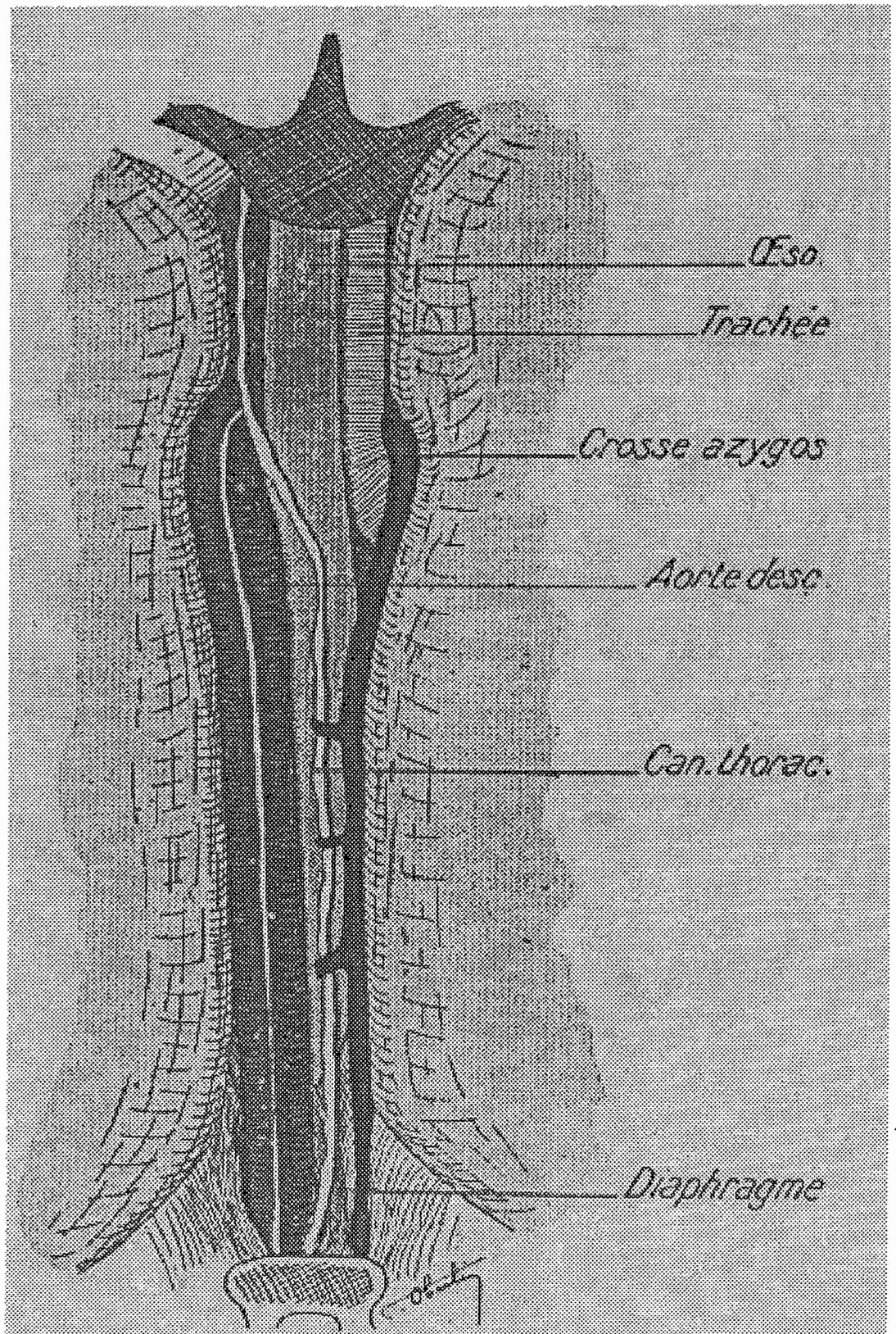
A partir de D₄ il s'éloigne du rachis et répond :

* à l'aorte thoracique descendante. Ce vaisseau est placé en haut et à sa gauche, il s'incline progressivement de haut en bas vers la ligne médiane et se place dès D₇ ou D₈ en arrière du conduit oesophagien ;

* à la grande veine azygos qui monte sur le côté droit de la face antérieure de la colonne vertébrale ;

* au canal thoracique placé le long du bord droit de l'aorte ;

Figure 2 : L'OESOPHAGE ET LES 3 TRONCS VASCULAIRES DU MEDIASTIN POSTERIEUR : VUE POSTERIEURE



* aux culs de sacs pleuraux interazygo-oesophagien et interaortico-oesophagien ainsi qu'au ligament de MOROSOW tendu en arrière de l'oesophage entre ces deux culs de sac ;

* à la petite veine azygos et aux premières artères intercostales aortiques droites qui croisent transversalement la face antérieure de la colonne vertébrale en arrière de l'aorte de la grande veine azygos et du canal thoracique.

à droite : l'oesophage est croisé à la hauteur de D₄ par la crosse de l'azygos. Au dessus et au dessous d'elle il est en rapport avec :

* la plèvre et le poumon droit ;

* le pneumogastrique droit qui aborde le flanc droit de l'oesophage au dessous de la crosse de l'azygos. Il dévie peu à peu et gagne cette face postérieure.

à gauche : l'oesophage est croisé à la hauteur de D₄ par la crosse de l'aorte.

Au dessus de la crosse il est séparé de la plèvre et du poumon gauche par la sous clavière gauche et le canal thoracique.

Il est également séparé au dessous de la crosse par l'aorte thoracique descendante avant que ce tronc ne s'engage en arrière de l'oesophage.

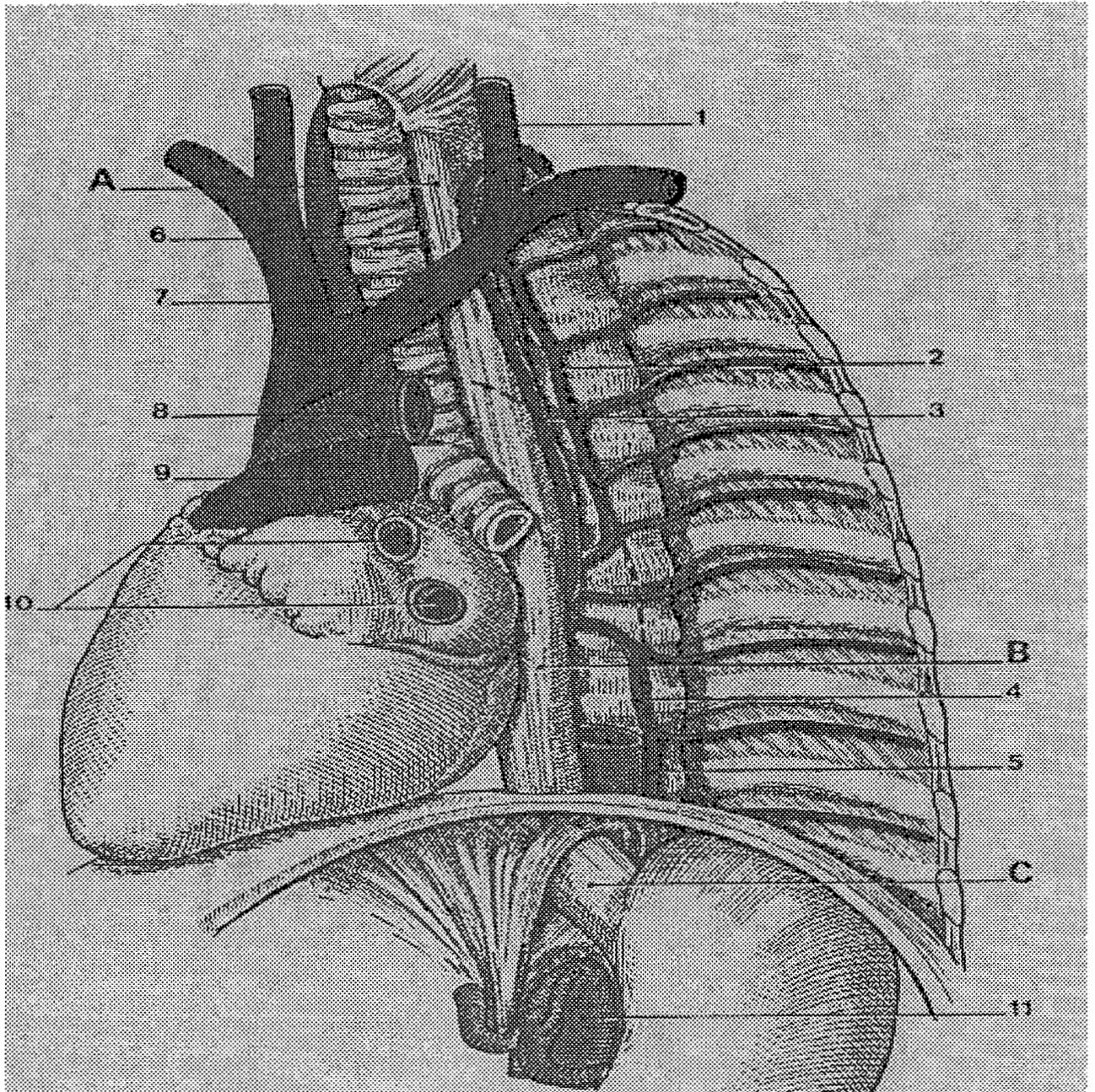
Le nerf pneumogastrique gauche atteint le côté gauche de l'oesophage au dessous de la bronche gauche et descend ensuite sur sa face antérieure.

4. 4. Portion diaphragmatique :

L'oesophage est uni aux parois du canal diaphragmatique qu'il traverse par des fibres musculaires . Ces fibres vont du diaphragme à la paroi oesophagienne.

Il est uni aux parois du canal diaphragmatique surtout par une membrane annulaire conjonctive.

Figure 3 : L'OESOPHAGE VUE LATÉRALE GAUCHE



- A- oesophage cervical
- B- oesophage thoracique
- C- oesophage abdominal
- 1- veine jugulaire interne gauche
- 2- veine hemi azygos accessoire
- 3- conduit thoracique
- 4- veine hemi azygos
- 5- aorte thoracique sectionnée
- 6- trachée
- 7- veine brachio-céphalique gauche

- 8- arc aortique
- 9- artère pulmonaire
- 10- veines pulmonaires
- 11- aorte abdominale

Les pneumogastriques sont appliqués sur l'oesophage : le droit sur la face postérieure et le gauche sur la face antérieure.

4 . 5 . Portion abdominale :

- la face antérieure est recouverte par le péritoine et répond à la face postérieure du foie sur laquelle elle creuse l'échancrure oesophagienne. Les divisions du pneumogastrique gauche descendent sur cette face sous le péritoine ;

- la face postérieure s'appuie sur le pilier gauche du diaphragme sans interposition du péritoine.

La branche interne de l'artère diaphragmatique inférieure gauche chemine sur le diaphragme à 1cm environ de l'orifice oesophagien.

Les ramifications du pneumogastrique droit sont directement appliquées sur la paroi oesophagienne.

Par l'intermédiaire du diaphragme, l'oesophage abdominal répond :

à l'aorte qui est en arrière et à droite

à la partie la plus déclive du poumon gauche

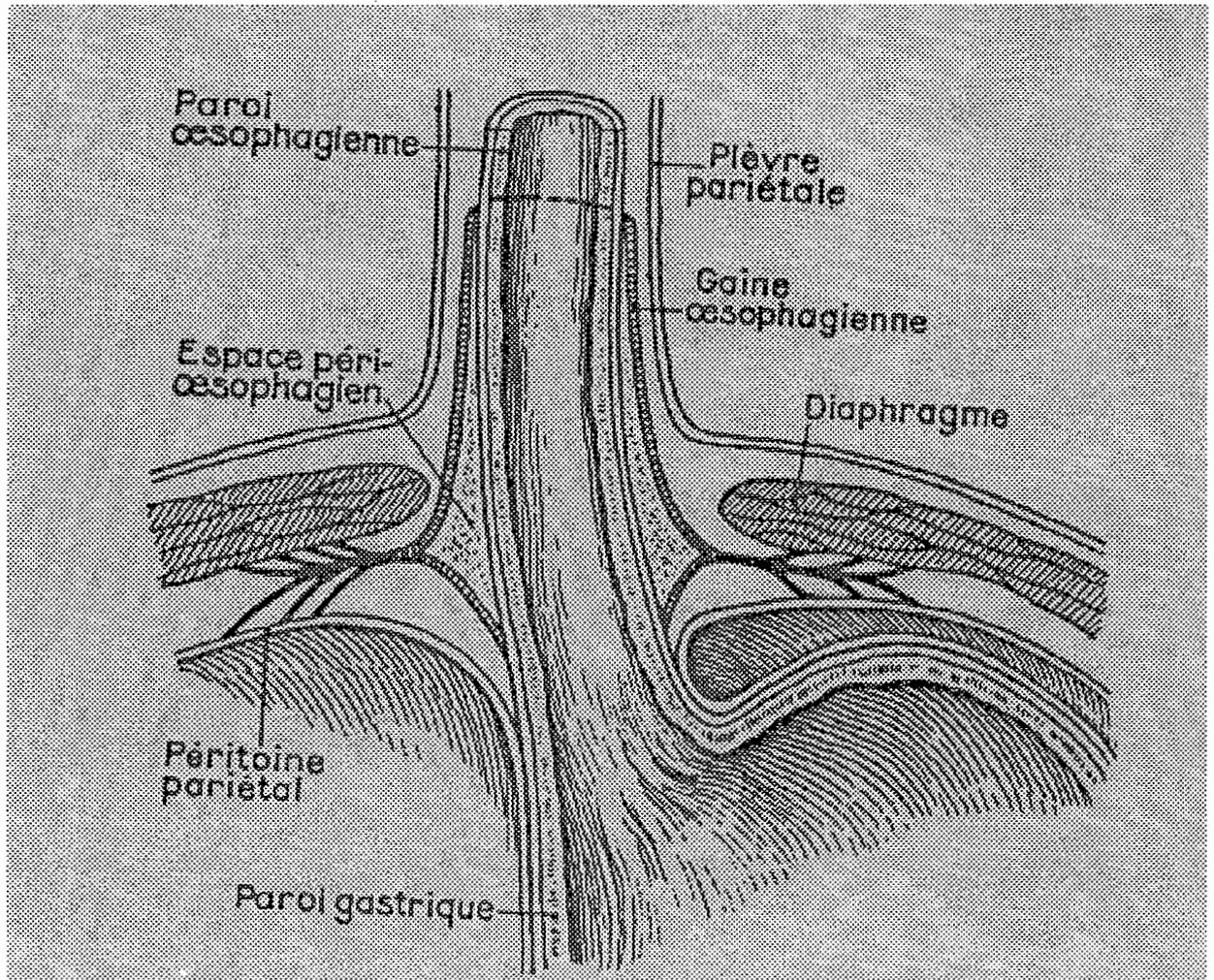
au segment du rachis compris entre la partie moyenne de D₁₀ et celle de D₁₁ ;

- le bord gauche répond en haut au ligament triangulaire gauche du foie. Le péritoine oesophagien se continue en haut avec le feuillet inférieur de ce ligament.

Au dessous de ce ligament il est en rapport avec le péritoine pariétal qui revêt le diaphragme ;

- le bord droit est longé par le petit épiploon. Les deux feuillets de cet épiploon s'écartent l'un de l'autre le long du bord droit de l'oesophage. Le feuillet antérieur se poursuit avec le péritoine antérieur de l'oesophage.

H
Figure 4 : GAINÉ DE L'OESOPHAGE DIAPHRAGMATIQUE



Le feuillet postérieur se réfléchit à droite sur la paroi abdominale postérieure en regard du lobe de SPIEGEL.

*** Canal oesophagien diaphragmatique :**

Il existe en fait un canal oesophagien diaphragmatique. L'oesophage abdominal est entouré sur toute sa longueur d'une gaine fibreuse sous péritonéale, en avant prédiaphragmatique et en arrière insérée en bas sur le cardia. Cette gaine adhère au péritoine sous phrénique et aux piliers du diaphragme.

Des faisceaux musculaires représentés par le muscle de ROUGET partent du diaphragme et se perdent sur elle. Enfin entre cette gaine fibreuse et l'oesophage se trouve un espace cellulaire de glissement.

4 . 6 . Orifice inférieur ou cardia :

Il est à 2 cm à gauche de la ligne médiane et répond :

- *en arrière et à droite* au pilier gauche du diaphragme et au corps de D₁₁ ;
- *en avant* avec le lobe gauche du foie sur lequel il creuse une gouttière et se projette sur le 7^e cartilage costal ;
- *à gauche* le cardia répond au sommet de l'angle ouvert en haut compris entre l'oesophage et la grosse tubérosité de l'estomac.

5 . Vascularisation :

5 . 1 . Artérielle :

- le 1/3 supérieur de l'oesophage est vascularisé par l'artère thyroïdienne inférieure ;
- le 1/3 moyen est vascularisé par les artères bronchiques, les artères en provenance de l'aorte, les artères intercostales ;

- le 1/3 inférieur est vascularisé par des artères provenant de l'artère gastrique gauche (coronaire stomachique) et de l'artère phrénique gauche.

5.2. Veineuse :

Les veines oesophagiennes conduisent le sang vers les veines thyroïdiennes inférieures, la grande veine azygos, les veines bronchiques et diaphragmatiques en haut.

En bas vers la veine porte en passant par la veine gastrique gauche.

5.3. Lymphatique :

Les lymphatiques se drainent en 3 groupes :

- les vaisseaux lymphatiques du 1/3 supérieur de l'oesophage se déversent dans les nodules lymphatiques pharyngés et cervicaux latéraux profond le long de la veine jugulaire interne ;

- les vaisseaux lymphatiques du 1/3 moyen de l'oesophage vont vers les nodules lymphatiques prévertébraux, paratrachéaux, trachéo-bronchiques supérieur et inférieur, broncho-pulmonaires et médiastinaux postérieurs ;

- les vaisseaux lymphatiques du 1/3 inférieur vont vers les nodules lymphatiques gastriques gauche le long de l'artère gastrique (coronaire stomachique).

6. Innervation :

Les fibres sympathiques proviennent du ganglion cervico-thoracique et du plexus aortico-thoracique .

Les fibres parasympathiques proviennent du plexus oesophagien formé le long de l'oesophage par les deux nerfs vagues et le nerf pharyngé inférieur (récurrent) .

7 . Histologie :

La paroi oesophagienne est formée de quatre couches de dehors en dedans :

- la tunique externe ou adventice est non séreuse parce que son tissu conjonctif non aréolaire n'est pas recouvert d'épithélium et il se mêle au tissu conjonctif des structures adjacentes ;

- la musculuse : celle du 1/3 supérieur est faite de muscles squelettiques ; celle du 1/3 moyen est faite de muscles squelettiques et lisses ; celle du 1/3 inférieur est faite de muscles lisses ;

- la sous muqueuse contient du tissu conjonctif, des vaisseaux et des glandes muqueuses ;

- la muqueuse de l'oesophage est formée d'un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé ; d'un chorion et d'une musculaire muqueuse.

A proximité de l'estomac, la muqueuse oesophagienne renferme également des glandes muqueuses.

II . RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

1 . La phase mécanique :

Une fois rassemblés sur la partie moyenne du dos de la langue, les aliments mâchés et enduits de salives sont poussés vers l'isthme du gosier ou leur contact avec les muqueuses réflexogènes déclenche le mécanisme de la déglutition. Celle-ci est constituée par l'ensemble des actes mécaniques par lesquels le bol alimentaire liquide ou pâteux est transporté de la cavité buccale vers l'estomac. La propulsion se fait en trois temps : buccal, pharyngien, oesophagien.

1 . 1 . Le temps buccal :

Il est volontaire et réflexe .

1 . 2 . Le temps pharyngien :

Il est réflexe et a deux fonctions :

- acheminer le bol alimentaire au niveau de l'orifice supérieur de l'oesophage ;
- prévenir les fausses routes par la protection des voies aériennes.

1 . 3 . Le temps oesophagien :

L'oesophage est un organe intra-thoracique et la pression qui y règne est celle de la cavité du thorax. C'est une pression négative (inférieure à la pression atmosphérique) qui subit les variations respiratoires. En respiration calme elle varie entre - 7 et - 14 cm d'eau. Cette dépression intra-oesophagienne contribue à faciliter le passage du bol alimentaire. Celui-ci provenant d'une zone de haute pression, le pharynx, est aspiré dans l'oesophage du fait de la dépression qui y règne. Il ne s'agit là que d'un facteur accessoire de propulsion. Celle-ci est

assurée par des actions musculaires. Dès le passage du bol à travers l'orifice inférieur de l'entonnoir pharyngien, le muscle crico-pharyngien se contracte, amorçant l'onde péristaltique qui fera progresser les aliments dans l'oesophage.

L'oesophage est un tube musculueux. Il est formé de fibres longitudinales et circulaires disposées tout comme dans l'estomac et l'intestin en vue de l'exécution d'onde péristaltique. Lors du passage de l'onde péristaltique les capteurs de pression montrent une augmentation de 60 à 80 cm d'eau. La puissance oesophagienne est donc énergétique.

La vitesse de propagation de l'onde péristaltique est lente (2 à 4 cm / s). Pour parcourir l'oesophage, chaque onde met 5 à 10 secondes selon le volume et la consistance du bol dégluti. La gorgée liquide passe très vite le pharynx et l'oesophage, elle atteint le cardia en 1 à 2 secondes.

2 . Mécanisme nerveux :

Ce qui caractérise la déglutition, c'est la multiplicité de ses actions musculaires et la fixité de leur déroulement. Il s'agit d'un enchaînement réflexe dont le point de départ est le temps buccal. Que celui-ci soit volontaire ou réflexe, il projette le contenu de la bouche (salive ou aliment) au contact des zones réflexogènes. Ces zones déclenchent la série immuable des mouvements coordonnés qui font passer le bol de l'isthme du gosier vers l'estomac et qui assure la couverture des fosses nasales et du larynx. Ces zones sont :

- le voile du palais et ses piliers antérieurs et postérieurs ;
- la luette ;
- les parois postérieure et latérale du laryngo-pharynx ;
- l'épiglotte.

Les voies afférentes qui donnent la sensibilité aux zones réflexogènes sont les nerfs glosso-pharyngiens et laryngés supérieurs. L'excitation centripète de ce

dernier tronc nerveux met en branle l'enchaînement stéréotypé des contractions et relâchements musculaires qui constituent la déglutition normale.

Le centre de la déglutition se trouve dans le bulbe sous le plancher du 4^e ventricule au niveau du noyau solitaire du nerf vague. Autre fois on le croyait fragmenté en plusieurs parties qui commanderaient les actions musculaires successives des noyaux et nerfs moteurs des trijumeaux (V), facial (VII), glosso-pharyngien (IX), pneumogastrique (X), grand hypoglosse (XII) et des 2 premières racines motrices (C₁ et C₂). Il est considéré de nos jours comme faisant partie d'un système interneuronique moteur cervical de la formation réticulée bulbaire, chargé de répartir l'influx qui produit la chaîne des mouvements et des inhibitions constitutifs d'une déglutition. Cette représentation n'enlève pas au mécanisme nerveux sa modalité centrale : l'excitation réflexe initiale déclenche le mécanisme interneuronique qui se poursuit jusqu'à son terme sans aucune intervention afférente surajoutée. La démonstration de cette commande uniquement centrale est donnée au niveau de l'oesophage, celui-ci est sectionné en plusieurs segments : la déglutition est provoquée en excitant le pharynx. L'onde péristaltique parcourt tout l'oesophage malgré ses solutions de continuité. Toute fois si la mise en branle du centre bulbaire de la déglutition est avant tout la conséquence des afférences réflexes en provenance de la région pharyngée, la déglutition tout au moins dans son déclenchement initial, peut être volontaire. La commande est en ce cas corticale et la zone qui en est responsable a été localisée à la partie antérieure de la deuxième circonvolution frontale. Doté d'une innervation sympathique et para sympathique, l'oesophage reçoit des afférences motrices cholinergiques du nerf vague et des afférences inhibitrices adrénérgiques de la chaîne sympathique cervico-dorsale. Au contraire le nerf vague est inhibiteur du cardia et le sympathique constricteur. Le péristaltisme oesophagien et le jeu associé du cardia relèvent l'antagonisme et la réciprocité de cette double innervation.

III . LES PATHOLOGIES STENOSANTES DE L'OESOPHAGE

1 . Cancer de l'oesophage

1 .1 . Généralités :

1 .1 . 1 . Epidémiologie :

Le cancer de l'oesophage est une affection grave de diagnostic tardif dont la fréquence augmente. Il touche plus l'homme que la femme et survient surtout entre 50 - 70 ans.

1 . 1 . 2 Facteurs favorisants :

Le tabagisme et l'alcoolisme chronique sont nettement incriminés. Le rôle de l'alimentation à base de céréale de type mil, maïs ; la conservation des aliments par saumure ou dans des boîtes de conserves usagées ; la consommation des aliments avariés contaminés par les champignons ou d'aliments chauds ou épicés pourraient être mis en cause. En général les sujets atteints ont une alimentation pauvre en aliments frais, en protéines et en vitamines.

Les lésions préexistantes sont :

- les oesophagites ;
- l'endobrachyoesophage ;
- le mégaoesophage ;
- le reflux gastrooesophagien.

1 .1 . 3 . Histologie :

Le plus souvent c'est un adénocarcinome épidermoïde différencié, infiltrant et sténosant ; soit ulcéreux, soit bourgeonnant ; touchant le 1/3 moyen de l'oesophage.

Plus rarement c'est un adénocarcinome, situé au 1/4 inférieur de l'oesophage et apparaissant sur endobrachyoesophage.

1 . 1 . 4 . Extension :

L'extension est essentiellement locale, pouvant envahir rapidement suivant le siège de la tumeur, la trachée, les bronches et le médiastin, le poumon, la plèvre. A distance il s'agit essentiellement d'une propagation lymphatique. Les métastases viscérales sont plus tardives.

1 . 1 . 5 . Classification TNM du cancer de l'oesophage :

T : extension de la tumeur primitive

Tis : cancer in situ

To : pas de tumeur primitive évidente

T1 : Tumeur de 5cm au moins sur la longueur de l'oesophage n'entraînant pas d'obstruction, n'envahissant pas l'entière circonférence de l'oesophage et sans extension décelable extraoesophagienne.

T2 : tumeur de plus de 5 cm sur la longueur de l'oesophage ne s'accompagnant pas d'extension extraoesophagienne ou de tumeur de quelle taille que ce soit, entraînant une obstruction et ou envahissant toute la circonférence de l'oesophage.

T3 : tumeur avec extension évidente extraoesophagienne.

N : état des ganglions lymphatiques.

N0 : pas de ganglions régionaux palpables (ganglions cervicaux et sus claviculaires).

N1 : ganglions homolatéraux mobiles

N1a : cliniquement bénins

N1b : cliniquement malins

N2 : ganglions contro ou bilatéraux

N3 : adénopathie fixe

M : présence ou absence de métastases

M0 : pas de métastases évidentes

M1 : métastases évidentes

M1a : métastases ganglionnaires à distance

M1b : autres métastases

1.1.6. Autres caractéristiques :

Le cancer de l'oesophage est souvent associé à un cancer oto-rhynolaryngologie (ORL). Il a un caractère métastasant (foie, poumon, os) et est multifocal.

1.2. Diagnostic :

1.2.1. Clinique :

La dysphagie est le signe majeur. Elle est indolore, progressive, intermittente au début, d'abord sélective pour les solides puis pour les liquides.

Les signes associés sont :

- les régurgitations ;
- les vomissements ;
- les hypersialorrhées ;
- les éructations douloureuses et spasmodiques ;
- la fétidité d'haleine ;
- l'altération de l'état général avec déséquilibre nutritionnel et hydroélectrolytique.

1.2.2. Paraclinique :

* Le transit oeso-gastro-duodenal (TOGD) : Moins sensible, il montre soit une sténose soit une lacune marginale, une tumeur médiastinale en ménisque en cas de lésion franche. En cas de lésion minime, il y aura seulement un petit " accrochage " de la baryte.

* **La fibroscopie** : Elle permet de faire des biopsies et confirme le diagnostic : rigidité de la muqueuse, saignant au moindre contact. La coloration vitale au lugol ou au bleu de toluidine permet aussi de faire le diagnostic et de préciser le caractère multifocal de la tumeur.

* **Le bilan d'extension** : Il repose sur :

- la bronchoscopie : trachée, bronches ;
- l'échographie : foie ;
- la radiographie du thorax : poumon et plèvre ;
- la radiographie du rachis ;
- la tomodensitométrie (scanner) thoracique à la recherche d'une extension médiastinale
- l'examen ORL

1 . 3 . **Complications** : Il peut s'agir de :

- une paralysie récurrentielle ;
- une adénopathie sus claviculaire ;
- une dysphonie ;
- une anomalie à l'examen ORL ;
- une dénutrition .

1 . 4 . **Traitement** :

Il nécessite un bilan général (âge, tares associées, état de dénutrition, recherche d'une deuxième localisation).

1 . 4 . 1 . **Traitement chirurgical** :

Il est palliatif ou curatif

* **chirurgie palliative** : elle laisse en place la tumeur. On a recours à une transplantation colique ou à la mise en place d'une sonde d'alimentation

(gastrostomie, jéjunostomie). Elle est indiquée dans les cancers avec métastase ou dans les tumeurs inextricables.

* **chirurgie curative** : c'est le traitement radical. On procède à une oesophagectomie avec anastomose termino-terminale. Le transplant colique peut être utilisé pour l'anastomose. On peut faire aussi une gastrolyse.

Le traitement chirurgical nécessite parfois **plusieurs voies d'abord** : cervicale, thoracique, abdominale. Les anastomoses sont multiples.

Les complications sont vasculaires, respiratoires, infectieuses (par désunion de l'anastomose, fistule, médiastinite) .

La réanimation est le support indispensable à l'efficacité du traitement chirurgical. Des progrès considérables ont été accomplis dans ce domaine :

- la surveillance hémodynamique peropératoire : tension artérielle (TA), fréquence cardiaque (FC), pression veineuse centrale (PVC) ;
- la prévention des complications respiratoires par gazométrie discontinue peropératoire et oxymétrie de pouls .

Une antibiothérapie pré, per et postopératoire est impérieuse. Elle doit être à large spectre.

La surveillance permanente des drains pleuraux ainsi que l'opacification pulmonaire à la radiographie doivent permettre le dépistage précoce des fistules qui posent le problème délicat des réinterventions.

Une hyperalimentation postopératoire parentérale ou entérale (jejunostomie, gastrostomie) assure une cicatrisation rapide .

Une rééquilibration hydroélectrolytique associée à un ionogramme sanguin est nécessaire .

1 . 4 . 2 . La chimiothérapie :

Elle est peu efficace (15 à 20 % seulement des cancers sont sensibles) pour des effets secondaires importants . Elle est surtout indiquée en postopératoire en cas de chirurgie palliative .

1 . 4 . 3 . La radiothérapie :

Elle n'est active que sur les cancers épidermoïdes et est le plus souvent palliative . Elle est contre-indiquée en cas de fistule oesobronchique en postopératoire, enfin elle améliore la dysphagie en cas de chirurgie palliative .

2 . Oesophagite caustique :

2 .1 . Généralités :

Les oesophagites corrosives représentent l'ensemble des lésions provoquées par l'ingestion accidentelle ou volontaire de produits corrosifs (acides ou alcalins) ou de liquides bouillants.

La tranche d'âge la plus touchée est de 3 à 4 ans (prise accidentelle par les enfants).

Les garçons sont plus concernés que les filles.

Le mode d'action des agents corrosifs varie :

- les bases dissolvent les protéines et pénètrent plus profondément dans les tissus : ainsi agissent soude, potasse, eau de Javel ;
- les acides coagulent les protéines et ont tendance à donner des lésions gastriques ;
- l'eau bouillante agit sur la muqueuse par effet thermique.

2 . 2 . Conséquences anatomiques :

2 . 2 . 1 . Macroscopie :

Les lésions apparaissent avec prédilection au niveau des rétrécissements physiologiques :

- supérieur cricoïdien ;
- bronchoaortique ;
- diaphragmatique.

2 . 2 . 2 . Histologie :

L'oesophagoscopie permet de classer les brûlures en trois degrés selon TAILLEN [4] :

- 1^{er} degré : la brûlure ne touche que la muqueuse qui est oedematiée et érythémateuse.

- 2^e degré : les lésions plus profondes ne dépassent pas la sous muqueuse. Oedème, érythème et ulcération se couvrent rapidement de fausses membranes.

- 3^e degré : les lésions plus profondes atteignent la musculature avec ulcérations hémorragiques et plaques nécrotiques. Il existe un risque majeur de surinfection et de perforation.

2 . 3 . Clinique :

On distingue trois phases dans les brûlures caustiques de l'oesophage :

2 . 3 . 1 Phase de début :

*** Forme bénigne :**

Elle dure une semaine. Il n'y a pas de lésions oesophagiennes ou tout au plus une simple oesophagite de premier degré. Il s'agit de caustique peu fort, l'enfant rejetant le plus souvent de façon immédiate le liquide ingéré. Cependant seule l'endoscopie peut affirmer la bénignité.

*** Forme de gravité modérée :**

La plus fréquente chez l'enfant, elle est due à des caustiques forts, ingérés en petite quantité.

*** Formes graves d'emblée :**

Elles sont rares chez l'enfant et se voient surtout chez l'adulte ingérant des produits caustiques dans un but suicidaire. Ces formes graves relèvent de la

réanimation en raison de l'état de choc qu'elles entraînent avec risque de perforation oesophagienne responsable de médiastinite ou de péritonite

2 . 3 . 2 . Période intermédiaire :

Elle dure environ 15 jours. Il est important de reconnaître cette phase car c'est une période " d'acalmie traîtresse", trompeuse, pendant laquelle les lésions sténotiques peuvent se constituer à bas bruit. Les tuniques oesophagiennes disparaissent dans une gangue scléreuse rigide correspondant à une sclérose collagène-fibroblastique. La sténose qui en résulte est le plus souvent multiple avec une lumière étroite parfois excentrée.

2 . 3 . 3 . La phase d'oesophagite chronique ou de rétrécissement cicatriciel dès le début de la 4^e semaine.

2 . 4 . Complications :

Immédiates : sont dominées par :

- les infections ;
- les perforations oesophagiennes.

Tardives : à type de :

- infections ;
- abcès retropharyngés, pulmonaires ;
- fistules oesotrachéales ou oesobronchiques ;
- oesophagite par reflux gastro-oesophagien ;
- hernie hiatale par traction de l'oesophage fibrosé ;
- altération de l'état général avec déséquilibre hydroélectrolytique ;
- sténose cicatricielle ;
- cancérisation secondaire.

2 . 5 . Conduite à tenir :

En urgence, les lavages gastriques, la prescription d'émétisant ou de produits neutralisant sont proscrits. Il en est de même avec les pansements

digestifs qui sont inutiles car la nécrose s'installe dès les premières secondes de l'ingestion du produit caustique. Ces manoeuvres risquent d'entraîner des perforations oesophagiennes ou gastriques.

Une antibiothérapie systématique est mise en œuvre. Elle utilise un antibiotique à large spectre. Cette antibiothérapie permet de lutter contre l'infection qui est précoce et constante.

Dans les 24 premières heures on doit pratiquer un bilan endoscopique :

- des lésions labiales, buccales et oropharyngées ;
- des lésions du laryngopharynx ;
- des lésions oesophagiennes par une endoscopie précoce sous anesthésie générale avec curarisation.

La mise en place d'une sonde nasogastrique en silicone dès la phase d'oesophagite chronique est recommandée. Cette sonde est supprimée dès que les dilatations sont possibles. La sonde nasogastrique a l'avantage de maintenir l'oesophage dans un repos relatif. Elle évite le contact des particules alimentaires avec la muqueuse, réduit l'inflammation et s'oppose aux synéchies. Elle réalise une dilatation préventive tout en maintenant une direction rectiligne de l'oesophage.

Inconvénients : elle favorise le reflux gastro-oesophagien et constitue un corps étranger susceptible de provoquer un tissu de granulation. Elle est inconfortable et favorise une hypersialorrhée et une gêne respiratoire.

Dans le cas où la mise en place d'une sonde nasogastrique est impossible on a recours à la **nutrition parentérale**.

2 . 6 . Traitement des sténoses cicatricielle :

Il fait appel à deux méthodes :

2 . 6 . 1 . La dilatation :

Le début des dilatations dépend des données endoscopiques. Elles sont réalisées le plus souvent par voies hautes. Ces dilatations sont entreprises à

partir du 20^e jour environ si une sonde nasogastrique a été mise en place. Quotidiennes au début, elles seront hebdomadaires quand la sténose sera stable. Ultérieurement des dilatations mensuelles pourront être réalisées . Le risque de ces dilatations est la perforation oesophagienne.

2 . 6 . 2 . Le traitement chirurgicale :

On utilise la technique d'oesophagoplastie rétrosternale. Cette chirurgie est indiquée en cas de perforation ou de sténose totale ; lors des échecs de dilatation ou de sténose difficile à dilater (sténose excentrée, multiple, étagée).

Le traitement chirurgical est une intervention lourde, avec plusieurs voies d'abord et de multiples anastomoses durant plusieurs heures. Elle nécessite une bonne préparation préopératoire du patient et une réanimation per et post-opératoire rigoureuse. De nombreuses complications sont possibles à cause de l'aspect anatomique de l'oesophage :

- complications respiratoires ;
- fistules ;
- hémorragies ;
- complications cardiocirculatoires.

La surveillance post-opératoire est impérieuse et constante.

IV EVOLUTION DE L'ANESTHESIE GENERALE

L'avènement de l'anesthésie entre 1842 et 1847 a transformé les blocs opératoires qui étaient autrefois de véritable "champs de bataille".

L'anesthésie générale par inhalation doit sa découverte à quatre américains : LONG , WELLS, MORTON et JACKSON.

Le chloroforme et l'éther plus tard le cyclopropane ont été les premiers anesthésiques volatiles utilisés.

Leur emploi a été facilité par l'appareil mis au point par le français OMBREDANNE. Ils étaient pour la plus part explosifs et inflammables. Ce qui a imposé les recherches sur l'halothane (Fluothane^R), l'enflurane (Ethrane^R) et plus récemment l'isoflurane (Forène^R), le desflurane (Suprane^R), la sévoflurane (Sévorène^R).

Vers 1934, l'anesthésie intraveineuse permis de franchir une étape décisive. LUNDY utilisa pour la première fois à la MAYOCLINIQUE le thiopental. Différents produits ont été proposés plus tard : hydroxydione, propanidine, gama-OH, kétamine (Kétalar^R), propofol (Diprivan^R), étomidate (Hypnonidate^R).

Un malade parfaitement narcotisé peut présenter des troubles neurovégétatifs liés à la douleur. Cette réalité a nécessité l'association progressive de la morphine et de ses dérivés : péthidine (Dolosal^R), dextromoramide (Palfium^R), fentanyl, lofentanyl(Sufentanyl^R), rémifentanyl.

Une étape capitale a été également l'introduction de la relaxation musculaire (curarisation) pour faciliter l'intubation et assurer un confort supplémentaire aux chirurgiens. GRIFFITH utilisa pour la première fois la D-tubocurarine en 1942 à Montréal. L'exploitation des progrès pharmacologiques a abouti à la synthèse de produits plus performants : succinylcholine, gallamine (Flaxédil^R), pancuronium (Pavulon^R), vécuronium (Norcuron^R), atracurium

(Tracrium^R), mivacurium (Mivacrom^R), rocurium (Esméron^R).

La manipulation de certaines zones réflexogènes chez des patients narcotisés, analgésiés et relachés peut être à l'origine de réactions désagréables ; d'où l'intérêt de procéder à une protection neurovégétative qui fait appel au dropéridol (Droleptan^R), la Chlorpromazine.

L'anesthésie a également exploité au fil des ans les progrès de la technologie : utilisation de respirateur, du matériel de plus en plus sophistiqué, des moniteurs assurant une sécurité plus accrue aux patients.

V . PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN ANESTHESIE

GENERALE

1 . La consultation préanesthésique :

La consultation préanesthésique est une étape capitale . Elle permet :

- un contact psychologique très utile pour le patient, son entourage, l'anesthésiologiste et le chirurgien
- une évaluation précise du risque opératoire.

Elle exploite des renseignements généraux sur le patient : âge, sexe, profession, ethnie, poids, groupe sanguin, service d'origine, nature de l'intervention.

Elle évalue les antécédents du patient :

- familiaux, médicaux, chirurgicaux, transfusionnels, thérapeutiques allergiques, anesthésiologiques ;
- les habitudes alimentaires, la consommation de cola, de tabac, de thé et d'alcool.

Une évaluation clinique apprécie les grandes fonctions : respiratoire cardio-circulatoire, rénale, nutritionnelle (qui tient compte de l'équilibre hydroélectrolytique et hémodynamique).

Elle apprécie les résultats du bilan paraclinique :

- des examens de routine : NFS, glycémie, créatininémie, crase sanguine...
- des examens spécifiques : transaminases, sérologie, ionogramme sanguin...
- de la radiographie thoracique ou autres
- de l'échographie
- de l'ECG (Electrocardiogramme)
- de la tomodensitométrie (Scanner)

Au terme de ce bilan clinique et paraclinique l'anesthésiologiste évalue le patient selon la classification de l'American Society of Anesthesiologists (ASA) qui comporte 5 classes :

- classe I : patient en bonne santé ;
- classe II : patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction ;
- classe III : patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction mais qui n'entraîne pas d'incapacité ;
- classe IV : patient présentant une atteinte d'une grande fonction invalidante et qui met en jeu le pronostic vital ;
- classe V : patient "moribond " dont l'espérance de vie est inférieure à 24 h avec ou sans intervention chirurgicale.

La consultation préanesthésique permet la prescription :

- d'une éventuelle préparation préopératoire
- d'un protocole approprié : type d'anesthésie, choix des produits.

2 . La préparation préopératoire :

Elle a pour but de :

- préparer le malade en vue d'une intervention chirurgicale ;
- corriger les tares si elles existent: déshydratation, dénutrition, infection, anémie...
- aider le patient à mieux supporter l'anesthésie et l'intervention chirurgicale

3 . Prémédication :

Elle a pour but de permettre au patient d'être sédaté et exempt de toute angoisse tout en étant parfaitement stimuable et coopératif durant la période

préopératoire. Elle permet aussi de diminuer les doses totales d'anesthésiques requises et de s'opposer à d'éventuels effets secondaires.

Les produits couramment utilisés sont :

* les tranquillisants :

- hydroxyzine : Atarax^R
- diazépam : Valium^R
- nitrazépam : Mogadon^R
- clorazépam : Tranxène^R

* les neuroleptiques :

- prométhazine : Phénergan^R
- alimazine : Théralène^R

* les morphiniques (parfois) :

- morphine
- péthidine : Dolosal^R

* les atropiniques :

- atropine
- scopolamine
- glycopyrrolate

4 - Analgésie :

Elle permet une disparition de la perception douloureuse.

Les produits couramment utilisés à cet effet sont :

* les morphiniques :

- morphine
- péthidine : Dolosal^R
- dextromoramide : Palfium^R
- phénopéridine : R-1406^R
- alfentanyl : Rapifen^R

- sufentanil : Sufenta^R
- ramifentanil

* les antimorphiniques :

- pentazocine : Fortal^R
- naloxone : Narcan^R
- buprénorphine : Temgésic^R
- nalbuphine : Nubain^R

5 . Induction :

Elle représente le temps de passage de l'état de veille à celui de sommeil anesthésique (narcose). Elle utilise des produits injectables, gazeux ou volatils.

* les injectables :

- barbituriques
 - thiopental : Nesdonal^R
 - méthohexital : Briétal^R
- non barbituriques :
 - hydroxybutyrate de sodium : Gamma-OH^R
 - kétamine : Kétalar^R
 - flunitrazepam : Narcozep^R
 - propofol : Diprivan^R
 - midazolam : Hypnovel^R
 - etomidate : Hypnomidate^R

* les volatils :

- ethrane : Enflurane^R
- halothane : Fluothane^R
- isoflurane : Forène^R
- sevoflurane : Sevorène^R
- desflurane : Suprane^R

* les gazeux : protoxyde d'azote: N_2O

6. Curarisation - Intubation :

L'action principale du curare s'exerce sur les muscles. Elle provoque une paralysie flasque de la musculature striée. Elle facilite l'intubation trachéale.

Deux groupes de curares sont utilisés :

* les leptocurares :

- suxaméthonium : Célocurine^R
- succinylcholine : Syncurine^R

* les pachycurares :

- gallamine : Flaxédil^R
- alcuronium : Alloferine^R
- pancuronium : Pavulon^R
- vecuronium : Norcuron^R
- atracurium : Tracrium^R
- cisatracrium : Nimbex^R
- rocuronium : Esmeron^R
- mivacurium : Mivacron^R

7. Entretien :

L'entretien de l'anesthésie se fait :

- soit par les anesthésiques volatils ou gazeux ;
- soit par les réinjections d'anesthésiques intraveineux, de curares ou d'analgésiques.

8. Réveil :

Il comprend le réveil immédiat et la remémorisation.

Le réveil immédiat correspond à l'apparition des mouvements spontanés, du réflexe, de la déglutition et l'ouverture spontanée des yeux.

La remémorisation se base sur l'énoncé du nom, de la date de naissance avant la prémédication.

Les incidents liés au réveil sont : nausées, vomissements et céphalées.

9 . Complications liées à l'anesthésie générale :

Les complications se voient surtout au moment de l'induction et de la phase de réveil. Les plus fréquentes sont :

- l'arrêt cardio-respiratoire ;
- l'inhalation du liquide gastrique : dont la conséquence la plus redoutable est le syndrome de MENDELSON ;
- le bronchospasme ;
- les dépressions cardio-respiratoires.

VI . PARTICULARITES DE L'ANESTHESIE ET DE LA REANIMATION DANS LA CHIRURGIE OESOPHAGIENNE

La chirurgie oesophagienne est caractérisée par :

- le mauvais état des patients dû à la dénutrition ;
- les voies d'accès difficiles, variables et multiples ;
- la cicatrisation difficile due à la pauvreté de la vascularisation oesophagienne ;
- le nombre élevé des complications postopératoires.

L'anesthésiste réanimateur prépare le malade à l'intervention ; l'assiste dans les périodes per et postopératoires et lui permet ainsi de mieux supporter des actes chirurgicaux importants.

1 . L'étape préparatoire : elle associe :

1.1 . L'aspect nutritionnel :

La dysphagie, les vomissements, l'anorexie font que ces malades ont une altération de l'état général. L'impossibilité ou l'insuffisance de l'alimentation orale impose le recours à la nutrition parentérale, qui est poursuivie après l'intervention chirurgicale jusqu'à la reprise de l'alimentation par voie orale.

La dénutrition explique en grande partie les complications postopératoires. Il semble donc intéressant de placer ces malades en bon état nutritionnel avant l'intervention.

1.2 . L'amélioration des tares associées :

Toutes les affections doivent être stabilisées avant l'intervention. La rééducation ventilatoire représente l'élément essentiel de cette préparation du fait du terrain et du retentissement respiratoire de cette chirurgie.

1.3. La préparation colique :

Avant une oesophagoplastie colique, le côlon doit être débarrassé des matières fécales et désinfecté par :

- un régime sans résidus pendant 7 - 10 jours avant l'intervention ;
- une désinfection anti anaérobie par le métrodanizole ;
- un lavement évacuateur.

2. Etape opératoire :

2.1. Les drogues :

C'est le plus souvent une chirurgie lourde, longue, où parfois plusieurs équipes travaillent simultanément. Ceci impose une analgésie poussée, une protection neurovégétative efficace et un bon relâchement musculaire. Ainsi l'association neuroleptanalgésie et curarisation paraît être l'une des techniques de choix.

Les méthodes chirurgicales n'orientent pas le choix vers certaines drogues ; par contre les antécédents souvent chargés des malades (éthyliste , coronaropathie) doivent entrer en ligne de compte.

2.2. Surveillance et réanimation peropératoire :

La mise en place de deux cathéters veineux est nécessaire :

- un central avant l'intervention. Il est utilisé pour la surveillance de la pression veineuse centrale (PVC) et un remplissage rapide si nécessaire ;
- un périphérique permettant l'induction et l'écoulement des solutés pendant l'intervention.

L'étendue des champs opératoires et la durée de la chirurgie provoquent d'importantes pertes hydriques. Leurs compensations guidées par leur estimation et la surveillance des paramètres hémodynamiques (TA, FC et PVC) doivent être soigneuses.

L'intubation et la ventilation peropératoire sont systématiques. Une sonde gastrique doit être en générale placée en fin d'intervention. Son passage au niveau des sutures se fera sous le contrôle du chirurgien qui s'assurera ainsi de son bon cheminement et de sa bonne position, sa fixation doit être parfaite.

3 . Les suites opératoires :

3 . 1 . La phase de réveil :

On remarque surtout une hypothermie et une tachycardie réflexe.

3 . 2 . Les complications :

* **Respiratoires** : de loin les plus fréquentes, leur incidence sur la mortalité est également la plus importante. Elles sont favorisées par :

- l'état respiratoire antérieur du sujet ;
- la durée opératoire ;
- le haut niveau de l'anastomose (inhalation plus facile) ;
- le retentissement des voies d'abord : effraction pleurale, manipulation au niveau du diaphragme ;
- l'anesthésie et la réanimation : intubation parfois sélective, ventilation artificielle, apports liquidiens importants.

* **Fistules anastomosiques** : la relative fréquence des lâchages des sutures s'explique par les caractéristiques anatomiques de l'oesophage, la dénutrition et l'infection.

*** Hémorragiques :**

Elles sont dues au rapport étroit de l'oesophage avec les gros vaisseaux, aux résections et sutures multiples.

CHAPITRE II

NOTRE TRAVAIL

I . METHODOLOGIE

I . METHODOLOGIE

1 . Type et période d'étude :

Ce travail est une étude rétrospective et prospective qui s'est étendue sur une période de 76 mois. 61 mois ont été consacrés à l'étude rétrospective (d'octobre 1991 à septembre 1996), et 15 mois à l'étude prospective (septembre 1996 à novembre 1997). Elle a porté sur 22 cas d'oesophagoplasties recensés à l'Hôpital National du Point G .

2 . Cadre d'étude :

Ce travail a été réalisé dans le service d'anesthésie réanimation en collaboration avec les services de chirurgies viscérales.

2 . 1 . Le service d'anesthésie réanimation :

Il comporte quatre unités et est dirigé par un médecin anesthésiste-réanimateur.

* **L'unité d'anesthésie** : Elle est animée par cinq infirmiers anesthésistes-réanimateurs.

* **La salle de réveil** : est une entité nouvellement ouverte équipée de deux lits, d'un moniteur (Dynamap Plus), d'un aspirateur central et mobile, de matériel d'assistance cardio-respiratoire (ambu, sondes d'intubation, laryngoscope, vasopresseurs et antidotes).

* **L'unité de soins intensifs** : elle a une capacité de neuf lits. Cette unité est dotée d'équipements performants pour assurer :

- le monitoring : Dynamap ("SPX", "Compact" et "Plus"), Physiogard, cardioscope simple ;
- une ventilation artificielle : Servo 900c, Monnal DCC, Logic 07 ;
- une nutrition entérale : Nutripompe ;

- une nutrition parentérale : pompe à perfusion P 3000, cathéters centraux ;
- une défibrillation : Défigard 3000 ;
- une dopaminothérapie et une dobutaminothérapie : seringues autopousseuses ;
- une désintoxication ;
- une prise en charge des grands opérés, des grands brûlés, des états de choc ;
- une exsanguinotransfusion.

Le personnel est composé de :

- un médecin anesthésiste-réanimateur chef de service
- un médecin anesthésiste-réanimateur adjoint
- huit infirmiers dont six infirmiers d'Etat et deux infirmiers du premier cycle
- six garçons de salle

* **La mini banque de sang** : sa gestion est assurée par deux techniciens de laboratoire aux heures de service. Le relais est pris par le personnel de garde des soins intensifs.

La collecte est assurée essentiellement par les donneurs " imposés" aux patients à risques hémorragiques devant être opérés, le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et quelques fois des donneurs volontaires.

2 . 2 . Les services chirurgicaux :

Il s'agit de deux services la chirurgie A et la chirurgie B.

Chaque service est doté d'une salle d'opération autonome équipée de matériel d'anesthésie complet :

- un respirateur Monnal D2 avec possibilité d'assurer une ventilation manuelle ou artificielle au choix ;

- un moniteur : Physiogard SM785 assurant l'évaluation constante de la TA, de la FC, de l'oxymétrie et du tracé de l'ECG

- un aspirateur central et mobile

- une table d'anesthésie qui comporte : un laryngoscope (avec des lames de tailles variables), un ambu, des sondes d'intubation simples ou armées, des canules de GUEDEL de différentes tailles, des sondes d'aspiration, les différents produits anesthésiques.

3 . Echantillonnage :

Les patients ont été recrutés au cours de la consultation préanesthésique à partir des critères d'inclusion et de non inclusion

3 . 1 . Critères d'inclusion :

- la confirmation d'une sténose oesophagienne moyenne ou basse ;

- l'appartenance aux classes ASA I, II ou III.

3 . 2 . Critères de non inclusion :

- La topographie haute de la sténose ;

- l'appartenance aux classes ASA IV ou V.

4 . Matériels et méthodes :

4.1 . Matériels :

* **Préparation préopératoire** : le service dispose de cathéters veineux centraux, d'appareils de mesure de la pression veineuse centrale ainsi que des robinets (2 - 3 voies ou même plus) pour faire passer les nutriments et les solutés.

Les nutriments, solutés, perfuseurs, transfuseurs et différents produits (antibiotiques, antiseptiques intestinales) sont fournis par le malade souvent par le service

*** Phase opératoire :**

Le plateau technique de l'anesthésiste comporte :

- une table ;
- un garrot ;
- des cathéters 16, 18 ou 20 gauge ;
- du coton hydrophile ;
- antiseptiques (alcool 90°, bétadine...) ;
- des seringues de 1, 2, 5 ou 10 CC ;
- des perfuseurs et des transfuseurs ;
- des solutés (SS 0,9% , SG 5%), des solutés de remplissage (macromolécules, Ringer Lactate) ;
- différents produits anesthésiques de la prémédication, de l'induction, de l'entretien et du réveil ;
- des antibiotiques ;
- du sang isogroupe , isorhésus ;
- nécessaire pour assistance cardio-respiratoire : respirateur , ballon d'oxygène , ambu, sondes d'intubation armées ou simples, canules de GUEDEL.
- nécessaire pour assistance cardio-circulatoire : Physiogard, vasopresseurs .

*** En post-opératoire :** le service de soins intensifs dispose d'appareils performants pour assurer au mieux le monitoring et la surveillance des patients en post-opératoire :

4.2. Méthodes :

Tous les patients ont été vus en consultation .

Ils ont été transférés au moins 48 h en soins intensifs (réanimation) avant J_0 (jour de l'intervention) pour une préparation pré-opératoire (rééquilibration hydroélectrolytique , transfusion , antibiothérapie) . Les nutriments et les solutés ont été passés à une vitesse constante et une durée déterminée , réglées d'avance manuellement (avant la rénovation du service) , ou à la pompe à perfusion .

La technique anesthésique a été l'anesthésie générale (neuroleptanalgesie et curarisation profonde) . Elle a été faite :

- soit par le médecin anesthésiste ;
- soit par l'interne ou l'infirmier anesthésiste assisté par le médecin.

A l'arrivée au bloc , la patient a été installé sur la table d'intervention après vérification de son identité .

* **Prémédication** : elle a été faite au bloc opératoire, après ponction veineuse périphérique et monitoring à l'aide du Physiogard qui affiche les pressions artérielles systolique et diastolique , la fréquence cardiaque , le tracé de l'ECG et la SPO₂ . Les produits utilisés ont été l'atropine et le diazepam dont les doses ont variés en fonction du patient (poids, âge , état général) .

* **Induction** : un délai de 3 à 4 mn pendant lequel le patient a été oxygéné au masque (O₂ à 100 %) a été respecté avant l'induction aux narcotiques.

Le relâchement musculaire pour l'intubation et le confort chirurgical ^{ont} été obtenu par des doses de charge de curare . L'utilisation de la sonde d'intubation armée facilite la ventilation au moment des changements de position .

Le produit analgésiant a été administré en dose fractionnée avant l'incision et le reste à la demande .

Les paramètres physiologiques sont mesurés et notés juste avant l'induction et serviront de valeur de référence .

* **L'entretien** : a été assuré par :

- soit par l'inhalation modulée des halogénés (enflurane ou halothane) appuyée au besoin;

- soit par la réinjection de curare ou d'analgésique .

La ventilation pulmonaire a été faite par un respirateur ou manuellement.

Les paramètres physiologiques ont été mesurés et notés sur la fiche d'anesthésie toutes les 5 mn . Ils ont permis d'avoir une allure générale du profil hémodynamique des patients pendant la durée de l'acte.

Les incidents éventuels : bradycardie, tachycardie, hypo ou hypertension, hémorragies ont été notés.

* **Le réveil** : l'extubation a été réalisée au bloc opératoire et les patients maintenus sous O_2 à 100% au masque.

Il a été spontané, avec inversion des morphiniques ou des curares au besoin.

Les paramètres physiologiques ont été mesurés et notés.

A la fin de l'intervention, l'importance de l'hémorragie, la quantité , la qualité des solutés, le nombre d'unité de sang ont été notés sur la fiche d'anesthésie.

Après l'intervention (J_0) les malades ont été pris en charge en soins intensifs (SI) jusqu'à la reprise d'une alimentation entérale satisfaisante.

* **Le protocole de suivi** comporte :

- les renseignements généraux ;
- un bilan clinique et paraclinique ;
- le diagnostic et l'éventuel type d'intervention ;
- la classification ASA ;
- le type de préparation ;
- les incidents et accidents liés à la chirurgie, à l'anesthésie ;
- les complications postopératoires ;
- la date de reprise de l'alimentation entérale.

II . RÉSUMÉ DES CAS

II . RESUME DES CAS

Dossier N°1

AT, 55 ans, sexe féminin, sarakolé, ménagère.

Service d'origine : chirurgie A

Diagnostic d'entrée : sténose caustique de l'oesophage

Admise le 14 / 10 / 91 en SI

*** Evaluation préopératoire :**

TA : 110 / 80 mmHg

FC : 92 battements / mn

T° : 36°7C

Poids : 45 Kg

Classe ASA II

*** Préparation préopératoire :**

- Prise d'une jugulaire externe cathétérisée au delà du confluent de PIROGOFF

- Nutrition parentérale et rééquilibration hydroélectrolytique :

- Totamine : 500cc / 24h

- SG 30% : 500cc / 24h

- SG 5% : 1000cc / 24h

- SS 0,9% : 500cc / 24h

- métronidazole : 0,5g x 2 / 24h

- gentamycine : 80 mg x 2 / 24h

- quinimax : 0,40 g x 2 / 24h.

*** Elle a été opérée le 16 / 10 / 91 sous anesthésie générale :**

- Prémédication : atropine, diazépam

- Analgésie : péthidine

- Induction : thiopental

- Curarisation : pancuronium
- Intubation : sonde armée N°7
- Entretien : enflurane, réinjection de thiopental et de pancuronium
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1000cc, SG 5% 1000cc
- Transfusion de 2 unités de sang O+

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominal avec cervicotomie gauche et montage d'un transplant colique après tunellisation rétrosternale.

Elle a présenté une stabilité hémodynamique. Le réveil a été sans particularité et s'est effectué au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 5 h 20mn

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.

A J₁₁, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 500cc / 24 h
- SS 0,9% : 500cc / 24 h
- métronidazole : 250 mg 2 cp x 2 / 24 h
- gentamycine : 80 mg x 2 / 24 h

L'évolution a été favorable. Une suppuration cervicale qui a bien évolué a été observée.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 31 / 10 / 91

Dossier N°2

YS, 45 ans, sexe masculin, bamanan, cultivateur

service d'origine : Chirurgie A

Diagnostic d'entrée : sténose de l'oesophage d'origine cancéreuse

Admis en SI le 22 / 06 / 92

* Evaluation Préopératoire :

TA : 100 / 60 mmHg

FC : 60 battements / mn

T° : 36°C

Poids : 45 Kg

Classe ASA II

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Nutrition parentérale et rééquilibration hydroélectrolytique :
 - Totamine : 500cc / 24 h
 - SG 30% : 500cc / 24 h
 - SG 5% : 500 / 24 h
 - SS 0,9% : 500cc / 24 h
 - quinimax : 0,60 mg x 2 / 24 h.
 - ampicilline : 1g x 3 / 24 h

* Il a été opéré le 30 / 06 / 92 sous anesthésie générale :

- Prémédication : midazolam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : thiopental
- Curarisation : vécuronium
- Intubation : sonde armée n°7
- Entretien : enflurane
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc; SG 5% 1000cc

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominal, avec oesophagectomie, plus gastrectomie sub-totale avec anastomose termino-terminale.

Il a présenté une stabilité hémodynamique. Le réveil a été effectué après injection de naloxone au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 4 h 10 mn

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente (+ métronidazole 0,5g x 2 / 24 h) ont été poursuivies.

A J₅, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000cc / 24 h
- SS 0,9% : 500cc / 24h
- métronidazole : 250 mg 2 cp x 3 / 24 h
- ampicilline 1 g x 3 / 24 h

L'évolution a été favorable. Aucune complication n'a été signalée.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 06 / 07 / 92

Dossier N°3

SS, 71 ans, sexe masculin, minianka, forgeron,
service d'origine : Chirurgie A

Diagnostic d'entrée : sténose d'origine cancéreuse

Admis en SI le 11 / 07 / 92

* Evaluation Préopératoire :

TA : 100 / 60 mmHg

FC : 64 battements / mn

T° : 36°C

Poids : 55 Kg

Classe ASA II

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Nutrition parentérale et rééquilibration hydroélectrolytique :
 - Totamine : 500cc / 24 h
 - SG 30% : 500cc / 24 h
 - SG 5% : 1000cc / 24 h
 - SS 0,9% : 500cc / 24 h
 - quinimax : 0,60 g x 2 / 24 h.
 - ampicilline : 1g x 3 / 24 h
 - vitamine C, B12, B6, une ampoule de chaque / 24 h

* Il a été opéré le 14 / 07 / 92 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : thiopental
- Curarisation : vécuronium
- Intubation : sonde armée N°7
- Entretien : enflurane, réinjection de fentanyl et de vécuronium

- Solutés utilisés : SS 0,9% 1000cc, SG 5% 1000cc
- Transfusion de deux unités de sang 0+

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominal, avec oesophagectomie plus gastrectomie sub-totale avec anastomose termino-terminale.

Il a présenté une stabilité hémodynamique. Le réveil a été sans particularité et s'est effectué au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 3 h 20 mn

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente (+ métronidazole 0,5 g x 2 / 24 h) ont été poursuivies.

A J₅, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000cc / 24 h
- SS 0,9% : 500cc / 24 h
- métronidazole : 250 mg 2 cp x 2 / 24 h
- amoxicilline 1g x 3 / 24 h

L'évolution a été favorable. Aucune complication n'a été signalée.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 20 / 07 / 92.

Dossier N°4

DD, 30 ans, sexe féminin, bamanan, ménagère

Service d'origine : chirurgie C

Diagnostic d'entrée : sténose caustique de l'oesophage

Admise le 20 / 07 / 92 en SI

* Evaluation préopératoire :

TA : 90 / 60 mmHg

FC : 60 battements / mn

T° : 36°5C

Poids : 40 Kg

Classe ASA II

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Nutrition parentérale et rééquilibration hydroélectrolytique :
 - Totamine : 500cc / 24 h, puis Trivé1000 : 1000cc / 24 h
 - SG 30% : 500cc/24 h
 - SS 0,9% : 500cc / 24h
 - métronidazole : 0,5 g x 2 / 24 h
 - gentamycine : 80 mg x 2 / 24 h
 - quinimax : 0,40 g x 2 / 24 h.
 - Péfloxacin : 400 mg x 2 / 24 h

* Elle a été opérée le 22 / 07 / 92 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : kétamine
- Curarisation : vécuronium
- Intubation : sonde armée N°7
- Entretien : enflurane, réinjection de vécuronium et de fentanyl

- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG 5% 1000cc
- Transfusion de 2 unités de sang O-

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominal avec cervicotomie gauche et montage d'un transplant colique après tunellisation rétrosternale.

Elle a présenté une stabilité hémodynamique. Le réveil a été sans particularité et s'est effectué au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 4h.

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.

A J₆, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 500cc / 24 h
- SS 0,9% : 500cc / 24 h
- chloroquine 1cp / 24 h
- céfadroxil (Oracéfal^R) : 1 cp x 3 / 24

L'évolution a été favorable. On a observé une thrombose du membre inférieur droit qui a bien évolué sous nadroparine (Fraxiparine^R).

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 01 / 08 / 92.

Dossier N°5

MT, 15 ans, sexe masculin, bamanan, cultivateur

Service d'origine : Chirurgie C

Diagnostic d'entrée : sténose de l'oesophage d'origine cancéreuse

Admis en SI le 08 / 03 / 93

*** Evaluation Préopératoire :**

TA : 120 / 70 mmHg

FC : 76 battements / mn

T° : 37°5C

Poids : 43 Kg

Classe ASA II

*** Préparation préopératoire :**

- **Prise d'une voie veineuse centrale (jugulaire interne)**
- **Nutrition parentérale et rééquilibration hydroélectrolytique :**
 - **Trophysan : 500cc / 24 h**
 - **SG 10% : 500cc / 24 h**
 - **SG 5% : 500 / 24 h**
 - **SS 0,9% : 500cc / 24 h**
 - **amoxicilline : 1g x 3 / 24 h**

*** Il a été opéré le 10 / 08 / 93 sous anesthésie générale :**

- **Prémédication : atropine, diazépam**
- **Analgésie : fentanyl**
- **Induction : thiopental**
- **Curarisation : vécuronium**
- **Intubation : sonde armée N°7**
- **Entretien : halothane**
- **Solutés utilisés : SS 0,9% 1000cc, SG 5% 500cc**

La technique chirurgicale a été un abord abdominal, avec oesophagectomie et anastomose termino-terminale.

Il a présenté une stabilité hémodynamique. Le réveil a été effectué après injection de prostigmine au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 2 h 30 mn

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente (plus métronidazole 0,5g x 2 / 24 h) ont été poursuivies.

A J₇, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 500cc / 24 h
- SS 0,9% : 500cc / 24 h
- métronidazole : 250 mg 2 cp x 3 / 24 h
- amoxicilline 1g x 3 / 24 h

L'évolution a été favorable. Aucune complication n'a été signalée.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 18 / 03 / 93.

Dossier N° 6

MK, 46 ans, sexe féminin, malinké, ménagère.

service d'origine : Chirurgie B

Diagnostic d'entrée : sténose oesophagienne d'origine cancéreuse

Admise en SI le 27 / 04 / 93

* Evaluation Préopératoire :

TA : 80 / 50 mmHg

FC : 54 battements / mn

T° : 36°8C

Poids : 36 Kg

Classe ASA III

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (jugulaire interne)
- Assistance nutritionnelle et rééquilibration hydroélectrolytique :
 - Trophysan : 500cc / 24 h
 - SG 30% : 500cc / 24 h
 - SG 5% : 500cc / 24 h
 - SS 0,9% : 500cc /24 h
 - métronidazole 0,5 g x 2 / 24 h.
 - amoxicilline : 1g x 3 / 24 h
 - vitamine C : 1 amp / 24 h

* Elle a été opérée le 29 / 04 / 93 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : kétamine
- Curarisation : vécuronium
- Intubation : sonde armée N°7
- Entretien : halothane, réinjection : fentanyl, vécuronium

- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG 5% 1000cc

La technique chirurgicale a été un abord thoracique droit, avec oesophagectomie plus anastomose termino-terminale.

Elle a présenté une stabilité hémodynamique. Le réveil a été sans particularité et s'est effectué au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 4 h.

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.

A J₅, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 500cc / 24 h
- SS 0,9% : 500cc / 24 h
- métronidazole : 250 mg 2 cp x 3 / 24 h
- amoxicilline 1g x 3 / 24 h

L'évolution a été favorable. Aucune complication n'a été signalée.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 05 / 05 / 93.

Dossier N° 7

DM, 21 ans, sexe féminin, malinké, ménagère.

service d'origine : Chirurgie B

Diagnostic d'entrée : sténose caustique de l'oesophage

Admise en SI le 07 / 05 / 93

* Evaluation Préopératoire :

TA : 90 / 60 mmHg

FC : 80 battements / mn

T° : 37°5C

Poids : 46 Kg

Classe ASA II

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Nutrition parentérale et rééquilibration hydroélectrolytique :
 - Totamine : 500cc / 24 h
 - SG 30% : 500cc / 24 h
 - SG 5% : 500cc / 24 h
 - métronidazole sirop : 2 c à soupe x 3 / 24 h
 - amoxicilline : 1g x 3 / 24 h
 - vitamine C : 1amp / 24 h

* Elle a été opérée le 11 / 05 / 93 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : thiopental
- Curarisation : pancuronium
- Intubation : sonde armée N°7
- Entretien : halothane, réinjection : fentanyl, pancuronium
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG 5% 1500cc

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominal, avec cervicotomie gauche et montage d'un transplant colique après tunellisation retrosternale.

Elle a présenté une légère chute tensionnelle. Le réveil a été sans particularité et s'est effectué au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 5 h 20 mn

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.

A J₇, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000cc / 24 h
- SS 0,9% : 500cc / 24 h
- métronidazole : 250 mg 2 cp x 3 / 24 h
- ampicilline 1g x 3 / 24 h

L'évolution a été favorable. Aucune complication n'a été signalée.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 18 / 05 / 93.

Dossier N°8

KT, 65 ans, sexe féminin, sarakolé, ménagère.

service d'origine : Chirurgie C

Diagnostic d'entrée : sténose oesophagienne d'origine cancéreuse

Admise en SI le 08 / 05 / 93

* Evaluation Préopératoire :

TA : 130 / 70 mmHg

FC : 96 battements / mn

T° : 36°5C

Poids : 47 Kg

Classe ASA II

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Nutrition parentérale et rééquilibration hydroélectrolytique :
 - Totamine : 500cc / 24 h
 - SG 30% : 500cc / 24 h
 - SG 5% : 500cc / 24 h
 - SS0,9% : 500cc / 24 h
 - amoxicilline : 1g x 3 / 24 h

* Elle a été opérée le 18 / 05 / 93 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : thiopental
- Curarisation : vécuronium
- Intubation : sonde armée n°7
- Entretien : halothane, réinjection : fentanyl,
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG 5% 1000cc

La technique chirurgicale a été un abord thoracique gauche oesophagectomie plus anastomose termino-terminale.

Elle a présenté une stabilité ^{hemodynamique}. Le réveil s'est effectué après injection de naloxone au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 4h

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente (+ métronidazole 0,5 g x 2 / 24 h) ont été poursuivies.

A J₅, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000cc / 24 h
- SS 0,9% : 500cc / 24 h
- métronidazole : 250 mg 2 cp x 3 / 24 h
- amoxicilline 1 g x 3 / 24 h

L'évolution a été favorable. Aucune complication n'a été signalée.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 27 / 05 / 93.

Dossier N°9

BD, 10 ans, sexe masculin, sarakolé, élève.

service d'origine : Chirurgie B

Diagnostic d'entrée : sténose caustique de l'oesophage

Admis en SI le 14 / 05 / 93

* Evaluation Préopératoire :

TA : 110 / 80 mmHg

FC : 104 battements / mn

T° : 37°C

Poids : 28 Kg

Classe ASA II

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Nutrition parentérale et rééquilibration hydroélectrolytique :
 - Trophysan : 500cc / 24 h
 - SS 0,9% : 500cc / 24 h
 - SG 10% : 500cc / 24 h
 - amoxicilline : 1g x 3 / 24 h

* Il a été opéré le 18 / 05 / 93 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine, midazolam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : kétamine
- Curarisation : vécuronium
- Intubation : sonde armée N°6
- Entretien : halothane, réinjection : fentanyl,
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG 5% 1500cc
- Transfusion 2 unités de sang O+

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominal, avec cervicotomie gauche et montage d'un transplant iléo-colique après tunellisation retrosternale.

Il a présenté une stabilité hémodynamique. Le réveil a été sans particularité et s'est effectué au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 5 h 30 mn

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente (+ métronidazole 250 mg x 2 / 24 h) ont été poursuivies.

A J₅, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 500cc / 24 h
- SS 0,9% : 500cc / 24 h
- métronidazole : 250mg 2cp x 3 / 24 h
- ampicilline 500 mg 3 x 24 h

L'évolution a été favorable. Aucune complication n'a été signalée.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 24 / 05 / 93.

Dossier N° 10

MK, 60 ans, sexe masculin, malinké, chauffeur à la retraite.

service d'origine : Chirurgie B

Diagnostic d'entrée : sténose de l'oesophage d'origine cancéreuse

Admis en SI le 27 / 08 / 93

* Evaluation Préopératoire :

TA : 140 / 80 mmHg

FC : 84 battements / mn

T° : 37°6C

Poids : 68 Kg

Classe ASA II

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (jugulaire interne)
- Assistance nutritionnelle et rééquilibration hydroélectrolytique :
 - Trophysan : 500cc / 24 h
 - SG 30% : 500cc / 24 h
 - SG 5% : 500cc / 24 h
 - SS 0,9% : 500cc / 24 h
 - amoxicilline : 1 g x 3 / 24 h

* Il a été opéré le 31 / 08 / 93 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : thiopental
- Curarisation : vécuronium
- Intubation : sonde armée N°8
- Entretien : halothane, réinjection de fentanyl,
- Solutés utilisés : SS 0,9% 2000cc, SG 5% 1000cc
- Transfusion de 3 unités de sang A+

La technique chirurgicale a été un abord thoracique gauche, oesophagectomie avec anastomose termino-terminale.

Il a présenté une stabilité hémodynamique. Le réveil a été sans particularité et s'est effectué au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 5 h 20 mn

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.

A J₇, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000cc / 24 h
- SS 0,9% : 500cc / 24 h
- amoxicilline 1g x 3 / 24 h
- péfloxacin 400mg 1 amp x 2 / 24 h (Péflacine^R)

L'évolution a été favorable. Aucune complication n'a été signalée.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 08 / 09 / 93.

Dossier N° 11

BHM, 62 ans, masculin, sonrhaï, cultivateur.

service d'origine : Chirurgie A

Diagnostic d'entrée : sténose oesophagienne d'origine cancéreuse

Admis en SI le 22 / 09 / 93

* Evaluation Préopératoire :

TA : 170 / 120 mmHg

FC : 100 battements / mn

T° : 36°5C

Poids : 55 Kg

Classe ASA III

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)

- Assistance nutritionnelle et rééquilibration hydroélectrolytique :

- Totamine : 500cc / 24 h

- SG 30% : 500cc / 24 h

- SG 5% : 500cc / 24 h

- SS 0,9% : 500cc / 24 h

- Amoxicilline : 1g x 3 / 24 h

* Il a été opéré le 24 / 09 / 93 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine, diazépam

- Analgésie : fentanyl

- Induction : thiopental

- Curarisation : vécuronium

- Intubation : sonde armée N°7

- Entretien : halothane, réinjection de fentanyl et de vécuronium

- Solutés utilisés : SS 0,9% 2000cc, SG 5% 1500cc

- Transfusion de 2 unités de sang O+

La technique chirurgicale a été un abord thoracique gauche cervicotomie et résection tumorale + stripping.

Il a présenté une stabilité hémodynamique. Le réveil a été effectué au bloc opératoire après injection de naloxone.

La durée de l'intervention a été de 5h

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente (+ métronidazole 0,5g x 2 / 24 h) ont été poursuivies.

A J₅, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000cc / 24 h
- SS 0,9% : 500cc / 24 h
- métronidazole : 250 mg, 2 cp x 3 / 24 h
- amoxicilline 1 g x 3 / 24 h

L'évolution a été favorable. Aucune complication n'a été signalée.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 30 / 09 / 93

Dossier N°12

AS, 60 ans, sexe masculin, peulh, pharmacien à la retraite.

service d'origine : Chirurgie A

Diagnostic d'entrée : sténose oesophagienne d'origine cancéreuse

Admis en SI le 17 / 01 / 93

* Evaluation Préopératoire :

TA : 130 / 80 mmHg

FC : 116 battements / mn

T° : 36°C

Poids : 51 Kg

Classe ASA II

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)

- Assistance nutritionnelle Rééquilibration hydroélectrolytique :

- Totamine : 500cc / 24 h

- SG 30% : 500cc / 24 h

- SG 5% : 500cc / 24 h

- SS 0,9% : 500cc / 24 h

- métronidazole sirop : 1 c à soupe x 3 / 24 h

- amoxicilline : 1g x 3 / 24 h

* Il a été opéré le 19 / 10 / 93 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine, diazépam

- Analgésie : fentanyl

- Induction : propofol

- Curarisation : vécuronium

- Intubation : sonde armée N°7

- Entretien : halothane, réinjection fentanyl, vécuronium

- Solutés utilisés : SS 0,9% 2500cc, SG 5% 2000cc

- Transfusion de 2 unités de sang A+

La technique chirurgicale a été un abord abdominal cervicotomie gauche et montage d'un transplant colique après tunellisation retrosternale.

Il a présenté une stabilité hémodynamique. Le réveil a été sans particularité et s'est effectué au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 5 h 30 mn

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.

A J₅, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000cc / 24 h
- SS 0,9% : 1000cc / 24 h
- gentamycine 80 mg x 2 / 24 h
- nalbuphine : Nubain^R : 2 cc (4 mg) x 2 / 24 h

Il est décédé à J₉ par delirium tremens (alcool-tabagique connu).

Dossier N° 13

BD, 6 ans, sexe masculin, peulh.

service d'origine : Chirurgie B

Diagnostic d'entrée : sténose caustique de l'oesophage

Admis en SI le 25 / 10 / 93

* Evaluation Préopératoire :

TA : 110 / 60 mmHg

FC : 124 battements / mn

T° : 38°5C

Poids : 12 Kg

Classe ASA II

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle rééquilibration hydroélectrolytique :
 - Trophysan: 500cc / 24 h
 - SG 30% : 500cc / 24 h
 - SS 0,9% : 500cc / 24 h
 - quinimax : 0,20 g / 24 h
 - amoxicilline : 250 mg x 3 / 24 h
 - vitamine C, B6, B12 : 1/2 amp / 24 h

* Il a été opéré le 27 / 10 / 93 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine
- Analgésie : fentanyl
- Induction : halothane
- Intubation : sonde armée N°5
- Entretien : halothane
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1000cc, SG 5% 500cc
- Transfusion : 1 unité de sang O+

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominal, avec cervicotomie gauche et montage d'un transplant colique après tunellisation retrosternale.

Il a présenté une stabilité hémodynamique. Le réveil a été sans particularité et s'est effectué au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 4h 40mn

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.

A J₅, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 500cc / 24 h
- amoxicilline 250 mg x 3 / 24 h

L'évolution a été favorable. Aucune complication n'a été signalée.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 01 / 11 / 93.

Dossier N° 14

SN, 60ans, sexe féminin, minyanka, ménagère.

service d'origine : Chirurgie B

Diagnostic d'entrée : sténose oesophagienne d'origine cancéreuse

Admise en SI le 08 / 05 / 94

* Evaluation Préopératoire :

TA : 110 / 80 mmHg

FC : 80 battements / mn

T° : 37°C

Poids : 41Kg

Classe ASA III

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (jügulaire interne)
- Assistance nutritionnelle, Rééquilibration hydroélectrolytique :
 - Trophysan : 500cc / 24h
 - SG 30% : 500cc / 24 h
 - SG 5% : 500cc / 24 h
 - SS 0,9% : 500cc / 24 h
 - métronidazole : 250 mg 2 cp x 3 / 24 h
 - amoxicilline : 1 g x 3 / 24 h
 - Vitamine C : 1amp/24h

* Elle a été opérée le 12/05/94 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : thiopental
- Curarisation : vécuronium
- Intubation : sonde armée N°7
- Entretien : enflurane, réinjection de thiopental, vécuronium

- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG 5% 1000cc

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominal avec oesophagectomie et anastomose termino-terminale.

Elle a présenté une stabilité hémodynamique. Le réveil a été sans particularité et s'est effectué au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 4h.

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.

A J₅, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 500cc / 24 h
- SS 0,9% : 500cc / 24 h
- amoxicilline 1g x 3 / 24 h

L'évolution a été favorable. Aucune complication n'a été signalée.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 18 / 05 / 94.

Dossier N° 15

TC, 26 ans, sexe masculin, bamanan, employé de commerce.

service d'origine : Chirurgie B

Diagnostic d'entrée : sténose caustique de l'oesophage

Admis en SI le 18 / 05 / 94

* Evaluation Préopératoire :

TA : 110 / 70 mmHg

FC : 72 battements / mn

T° : 37°C

Poids : 54 Kg

Classe ASA I

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)

- Assistance nutritionnelle rééquilibration hydroélectrolytique :

- Totamine : 500cc / 24 h

- SG 30% : 500cc / 24 h

- SG 5% : 500cc / 24 h

-SS 0,9% : 500cc / 24 h

- amoxicilline : 1g x 3 / 24 h

* Il a été opéré le 20 / 05 / 94 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine, diazépam

- Analgésie : fentanyl

- Induction : thiopental

- Curarisation : vécuronium

- Intubation : sonde armée N °7

- Entretien : halothane, réinjection Thiopental, fentanyl

- Solutés utilisés : SS 0,9% 1000cc, SG 5% 500cc

- Transfusion de 2 unités de sang A+

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominal, avec cervicotomie gauche et montage d'un transplant colique après tunellisation retrosternale.

Il a présenté une stabilité hémodynamique. Le réveil a été effectué au bloc opératoire après injection de naloxone.

La durée de l'intervention a été de 6h 35mn

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.

Il est décédé par suite de nécrose du transplant colique avec hémorragie importante à J₁.

Dossier N° 16

SS, 68 ans, sexe masculin, sarakolé, policier à la retraite.

service d'origine : Chirurgie B

Diagnostic d'entrée : sténose oesophagienne d'origine cancéreuse

Admis en SI le 22 / 05 / 94

* Evaluation Préopératoire :

TA : 160 / 90 mmHg

FC : 92 battements / mn

T° : 36°3C

Poids : 42 Kg

Classe ASA III

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (jugulaire interne)
- Assistance nutritionnelle Rééquilibration hydroélectrolytique :
 - Totamine : 500cc / 24 h
 - SG 30% : 500cc / 24 h
 - SG 5% : 500cc / 24 h
 - SS 0,9% : 500cc / 24 h
 - amoxicilline : 1 g x 3 / 24 h

*Il a été opéré le 24/05/94 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : thiopental
- Curarisation : vecuronium
- Intubation : sonde armée N°7
- Entretien : enflurane, réinjection fentanyl, vecuronium
- Solutés utilisés : SS 0,9% 2000cc, SG 5% 1000cc

La technique chirurgicale a été un abord thoracique gauche plus oesophagectomie avec anastomose termino-terminale.

Il a présenté une légère chute tensionnelle. Le réveil a été sans particularité et s'est effectué au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 3h 20mn .

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente (+ métronidazole 0,5g x 2 / 24H) ont été poursuivies.

A J₆, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000cc / 24 h
- SS 0,9% : 1000cc / 24 h
- métronidazole : 250 mg 2cp x 3 / 24 h
- ampicilline 1 g x 3 / 24 h

L'évolution a été favorable. Aucune complication n'a été signalée.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 01 / 06 / 94.

Dossier N° 17

CS, 70 ans, sexe féminin, sarakolé, ménagère.

service d'origine : Chirurgie A

Diagnostic d'entrée : sténose oesophagienne d'origine cancéreuse

Admise en SI le 05 / 12 / 95

* Evaluation Préopératoire :

TA : 121 / 75 mmHg

FC : 78 battements / mn

T° : 37°2C

Poids : 42 Kg

Classe ASA III

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (jugulaire interne)
- Assistance nutritionnelle rééquilibration hydroélectrolytique :
 - Totamine : 500cc / 24 h
 - SG 30% : 500cc / 24 h
 - SG 5% : 500cc / 24 h
 - SS 0,9% : 500cc / 24 h
 - amoxicilline : 1 g x 3 / 24 h

* Elle a été opérée le 07 / 12 / 95 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : kétamine
- Curarisation : vécuronium
- Intubation : sonde armée N°7
- Entretien : enflurane, réinjection de fentanyl et de vécuronium
- Solutés utilisés : SS 0,9% 2500cc, SG 5% 1000cc
- Transfusion de 2unités de sang O+

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominal, plus cervicotomie gauche et montage d'un transplant colique après tunellisation anté sternale.

Elle a présenté une légère chute tensionnelle au bloc opératoire. Le réveil a été sans particularité et s'est effectué au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 5h.

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente (+ métronidazole 0,5g x 2 / 24 h) ont été poursuivies.

A J₈, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000cc / 24 h
- SS 0,9% : 1000cc / 24 h
- métronidazole : 250 mg 2 cp x 3 / 24 h
- ampicilline 1 g x 3 / 24 h

L'évolution a été favorable. Aucune complication n'a été signalée.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 18 / 12 / 95.

Dossier N° 18

SS, 43 ans, sexe féminin, malinké, ménagère.

service d'origine : Chirurgie B

Diagnostic d'entrée : sténose oesophagienne

Admise en SI le 08 / 04 / 96

* Evaluation Préopératoire :

TA : 132 / 68 mmHg

FC : 81 battements / mn

T° : 37°2C

Poids : 39 Kg

Classe ASA III

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (jugulaire interne)

- Assistance nutritionnelle parentérale rééquilibration

hydroélectrolytique :

- Totamine : 500cc / 24 h puis Trivé1000 : 1000cc / 24 h

- SG 30% : 500cc / 24 h

- SG 5% : 500cc / 24 h

- SS 0,9% : 500cc / 24 h

- métronidazole: 250 mg x 3 / 24 h

- amoxicilline : 1 g x 3 / 24 h

* Elle a été opérée le 05 / 04 / 96 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine, diazépam

- Analgésie : fentanyl

- Induction : kétamine

- Curarisation : pancuronium

- Intubation : sonde armée N°7

- Entretien : halothane
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG 5% 1500cc

La technique chirurgicale a été un abord thoracique gauche oesophagectomie avec anastomose termino-terminale.

Elle a présenté une stabilité hémodynamique. Le réveil a été sans particularité et s'est effectué au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 4 h 20 mn

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.

A J₅, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 500cc / 24 h
- SS 0,9% : 500cc / 24 h
- métronidazole : 250 mg 2cp x 3 / 24 h
- ampicilline 1 g x 3 / 24 h

Aucune complication n'a été signalée. L'évolution a été favorable.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 10 / 04 / 96.

Dossier N° 19

AS, 55 ans, sexe féminin, peulh, ménagère.

service d'origine : Chirurgie B

Diagnostic d'entrée : sténose peptique de l'oesophage

Admise en SI le 03 / 03 / 96

*** Evaluation Préopératoire :**

TA : 106 / 52 mmHg

FC : 88 battements / mn

T° : 37°C

Poids : 51 Kg

Classe ASA II

*** Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (jugulaire externe cathétérisée
au delà du confluent de PIROGOFF)

- Assistance nutritionnelle rééquilibration hydroélectrolytique :

- Totamine : 500cc / 24 h

- SG 30% : 500cc / 24 h

- SS 0,9% : 500cc / 24 h

- métronidazole : 250 mg 2 cp x 3 / 24 h

*** Elle a été opérée le 06 / 05 / 96 sous anesthésie générale :**

- Prémédication : atropine, diazépam

- Analgésie : fentanyl

- Induction : propofol

- Curarisation : pancuronium

- Intubation : sonde armée n°6 1/2

- Entretien : halothane

- Solutés utilisés : SS 0,9% 2000cc, SG 5% 1500cc

- Transfusion de 2unités de sang O+

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominal, oesophagectomie avec anastomose termino-terminale.

Elle a présenté une stabilité hémodynamique. Le réveil a été effectué au bloc opératoire après injection de naloxone.

La durée de l'intervention a été de 5 h 20 mn

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente (+ amoxicilline 1 g x 3 / 24 h métronidazole 0,5 g x 2 / 24 h) ont été poursuivies.

A J₅, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000cc / 24 h
- SS 0,9% : 500cc / 24 h
- métronidazole : 250 mg 2 cp x 3 / 24 h
- amoxicilline 1 g x 3 / 24 h

Un petit épanchement liquidien à la base thoracique droite a été observé en post opératoire. Il a disparu sans traitement. L'évolution a été favorable.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 13 / 05 / 96.

Dossier N° 20

NM, 40 ans, sexe féminin, sarakolé, ménagère.

service d'origine : Chirurgie B

Diagnostic d'entrée : sténose oesophagienne d'origine cancéreuse

Admise en SI le 14 / 07 / 97

* Evaluation Préopératoire :

TA : 99 / 72 mmHg

FC : 86 battements / mn

T° : 36°5C

Poids : 41 Kg

Classe ASA III

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (jugulaire interne)
- Assistance nutritionnelle rééquilibration hydroélectrolytique :
 - Totamine : 500cc / 24 h
 - SG 30% : 500cc / 24 h
 - SG 5% : 500cc / 24 h
 - SS 0,9% : 500cc / 24 h
 - métronidazole 250 mg 2 cp x 3 / 24 h
 - amoxicilline : 1 g x 3 / 24 h

* Elle a été opérée le 16 / 07 / 97 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : propofol
- Curarisation : vecuronium
- Intubation : sonde armée N°7
- Entretien : halothane, réinjection propofol
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG 5% 1000cc

- Transfusion de 2 unités de sang AB+

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominal, oesophagectomie avec anastomose termino-terminale.

Elle a présenté une stabilité hémodynamique. Le réveil a été sans particularité et s'est effectué au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 5 h 30 mn

* En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.

A J₇, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000cc / 24 h
- SS 0,9% : 1000cc / 24 h
- métronidazole : 250mg, 2 cp x 3 / 24 h
- amoxicilline 1g x 3 / 24 h

L'évolution a été favorable. Aucune complication n'a été signalée.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 25 / 07 / 97.

Dossier N° 21

BS, 70 ans, sexe masculin, malinké, manoeuvre à la retraite.

service d'origine : Chirurgie A

Diagnostic d'entrée : sténose oesophagienne d'origine cancéreuse

Admis en SI le 13 / 01 / 97

* Evaluation Préopératoire :

TA : 157 / 91 mmHg

FC : 84 battements / mn

T° : 37°2C

Poids : 58 Kg

Classe ASA III

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (jugulaire interne)

- Rééquilibration hydroélectrolytique :

- SG 5% : 1000cc / 24 h

- SS 0,9% : 1000cc / 24 h

- métronidazole 250 mg 2 cp x 3 / 24 h

- amoxicilline : 1 g x 3 / 24 h

* Il a été opéré le 15 / 12 / 97 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine, diazépam

- Analgésie : fentanyl

- Induction : kétamine

- Curarisation : pancuronium

- Intubation : sonde armée N°7

- Entretien : halothane, réinjection de pancuronium

- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG 5% 1000cc

- Transfusion de 2 unités de sang O+

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominal, oesophagectomie plus gastrectomie avec anastomose termino-terminale.

Il a présenté une stabilité hémodynamique. Le réveil a été sans particularité et s'est effectué au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 4h 40mn

* En postopératoire, on a noté une hémorragie importante qui a nécessité une 2^e intervention à J₁.

L'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.

A J₅, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000cc / 24 h
- SS 0,9% : 500cc / 24 h
- métronidazole : 250 mg 2cp x 3 / 24 h
- ampicilline 1 g x 3 / 24 h

En dehors d'une hémorragie postopératoire qui a été maîtrisée après une réintervention à J₁, l'évolution a été satisfaisante.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 21 / 12 / 97.

Dossier N° 22

ID, 35 ans, sexe masculin, peulh, rebobineur à l'Energie du Mali.

service d'origine : Chirurgie B

Diagnostic d'entrée : sténose caustique de l'oesophage

Admis en SI le 10 / 11 / 97

* Evaluation Préopératoire :

TA : 115 / 68 mmHg

FC : 86 battements / mn

T° : 37°C

Poids : 54 Kg

Classe ASA II

* Préparation préopératoire :

- Prise d'une voie veineuse centrale (jugulaire externe cathétérisée au delà du confluent de PIROGOFF)

- Rééquilibration hydroélectrolytique :

- SG 5% : 500cc / 24 h

- SS 0,9% : 500cc / 24 h

* Il a été opéré le 12 / 11 / 97 sous anesthésie générale :

- Prémédication : atropine, diazépam

- Induction : kétamine

- Curarisation : vécuronium

- Intubation : sonde armée N°7

- Entretien : halothane, réinjection de kétamine et de vécuronium

- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG 5% 1500cc

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominal, oesophagectomie avec anastomose termino-terminale.

Il a présenté une légère chute tensionnelle. Le réveil a été sans particularité et s'est effectué au bloc opératoire.

La durée de l'intervention a été de 5 h 30 mn

* En postopératoire, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente (métronidazole 0,5 g x 2 / 24 h amoxicilline 1 g x 3 / 24 h) ont été poursuivies.

A J₁₁, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000cc / 24 h
- SS 0,9% : 500cc / 24 h
- métronidazole : 250 mg 2cp x 3 / 24 h
- ampicilline 1g x 3 / 24 h

On a noté un hydropneumothorax droit qui a bien évolué sous ofloxacine.

L'évolution a été favorable dans l'ensemble.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 27 / 11 / 97.

III . RESULTATS

III . RESULTATS

1 . Tableau I : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	12	54,55
Féminin	10	45,45
Total	22	100

2. Tableau II : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Ages en année	Effectif	Pourcentage
0 - 9	2	9,09
10 - 19	1	4,55
20 - 29	2	9,09
30 - 39	2	9,09
40 - 49	4	18,18
50 - 59	2	9,09
60 - 69	6	27,27
70 - 79	3	13,64
	22	100

L'âge moyen dans la série a été de 46,04 ans avec comme extrême 6 ans et 71 ans.

3 . Tableau III : Répartition des patients selon le diagnostic

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Sténose d'origine cancéreuse	14	63,64
Sténose caustique	8	36,36
Total	22	100

4 . **Tableau IV** : Répartition en fonction de la classification ASA

Classe ASA	Effectif	Pourcentage
ASA I	1	4,55
ASA II	13	59,09
ASA III	8	36,36
Total	22	100

5 . **Tableau V** : Répartition selon le type de voie centrale utilisée pour la préparation

Type de voie centrale	Effectif	Pourcentage
Fémorale	10	45,45
Jugulaire interne	9	40,91
Jugulaire externe /CP	3	13,64
Total	22	100

La majorité des patients ont bénéficié d'une fémorale (45,45%) suivies de la jugulaire interne (40,91%).

6 . **Tableau VI** : Répartition en fonction de l'institution d'une nutrition parentérale

Nutrition parentérale	Effectif	Pourcentage
oui	20	90,91
non	2	9,09
Total	22	100

7 - **Tableau VII** : Répartition par rapport à la transfusion préparatoire

Transfusions	Effectif	Pourcentage
oui	2	9,09
non	20	90,91
Total	22	100

8 . La technique anesthésique a été la neuroleptanalgesie avec curarisation dans tous les cas.

9 . Tableau VIII : Répartition par rapport à la transfusion peropératoire

Transfusion	Effectif	Pourcentage
Oui	17	77,27
Non	5	22,73
Total	22	100

10 . Tableau IX : Répartition par rapport à la technique chirurgicale

Technique Chirurgicale	Effectif	Pourcentage
Thoracotomie gauche + résection et anastomose termino-terminale	4	18,18
Thoracotomie droite + résection et anastomose termino-terminale	1	4,55
Abord thoraco-abdominal +cervicotomie gauche + transplant colique avec tunellisation rétrosternale	6	27,27
Abord thoraco-abdominal +cervicotomie gauche + transplant colique avec tunellisation anté sternale	1	4,55
Thoracotomie gauche + cervicotomie avec résection tumorale + stripping	1	4,55
Abord abdominal + résection et anastomose termino-terminale	2	9,09
Abord thoraco-abdominal + résection et anastomose termino-terminale	7	31,81
Total	22	100

11 . Tableau X : Répartition par rapport à la transfusion post opératoire

Transfusion	Effectif	Pourcentage
Oui	4	18,18
Non	18	81,82
Total	22	100

12 . Le réveil a été effectué au bloc opératoire pour tous les patients.

13 .Tableau XI : Répartition des patients en fonction de la reprise de l'alimentation orale ou entérale

Nombre de jours après intervention	Effectif	Pourcentage
J ₅	12	57,14
J ₆	2	9,52
J ₇	4	19,05
> J ₇	3	14 , 29
Total	21	100

14 - Tableau XII : Répartition des patients en fonction des complications observées

Complications	Effectif	pourcentage
Thrombose veineuse	1	4,55
Suppurations : cervicale, de la base pulmonaire droite	2	9,09
Hémorragie post opératoire	1	4,55
Hémorragie + nécrose du transplant colique (décès)	1	4,55
Delirium tremens (décès)	1	4,55

IV . COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

IV . COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Ce travail est la suite logique des travaux préliminaires présentés à Yaoundé (1994) et Bamako (1997). Pour sa réalisation, vingt deux patients provenant des services de chirurgie viscérale ont été recensés et suivis (19 patients pour l'étude rétrospective et 3 pour celle prospective).

L'âge moyen dans notre série a été de 46,04 ans avec comme extrêmes 6 et 71 ans.

Le cancer de l'oesophage a été en cause dans quatorze cas (63,44%) et la sténose caustique dans huit cas (36,63%).

Treize patients étaient ASA II (59,09%) et ASA III (36,36%).

Le risque élevé de la mortalité chez les sujets ASA IV et V nous ont fait évité ces cas, dans un travail que nous voulons "starter".

Dans tous les cas les patients sont vus à un stade très tardif par rapport aux cas européens [1], [12].

La prise d'une voie veineuse centrale s'est avérée indispensable et systématique chez tous les patients : gage de sécurité [2].

Vingt patients (90,91%) ont bénéficié d'une nutrition parentérale.

La transfusion sanguine a été nécessaire chez deux patients en préopératoire à cause de l'anémie (9,09%); chez dix sept patients en peropératoire (77,27%) et chez quatre patients en postopératoire (18,18%).

Tout comme dans la série de Yéo T [29], la neuroleptanalgie a été systématique.

La technique chirurgicale a été essentiellement :

- un abord thoraco-abdominal avec anastomose termino-terminale chez sept patients ;
- un abord thoraco-abdominal plus cervicotomie gauche avec montage d'un transplant colique avec tunellisation rétrosternale dans six cas

Contrairement aux cas européens [3], [11], [12], [21] le réveil s'est effectué au bloc opératoire chez tous nos patients.

La poursuite de la respiration artificielle n'a pas été nécessaire.

La reprise de l'alimentation orale s'est effectuée dans la majorité des cas à J₅ (douze cas soit 54,54%) ou plus tard.

Nous avons déploré deux cas de décès en postopératoire immédiat :

- un par nécrose du transplant avec hémorragie à J₁ ;
- un par delirium tremens à J₉.

Les complications ont été :

- deux cas de suppuration (une cervicale et une basale thoracique droite) ;
- un cas de thrombose veineuse ayant bien évolué sous héparine de bas poids moléculaire (nadroparine) ;
- un cas d'hémorragie importante avec collapsus maîtrisé grâce à la transfusion et au remplissage.

Tout comme les auteurs européens [1] [2] et Abidjanais [29], nous retenons que le pronostic des sténoses caustiques est meilleur à celui des sténoses cancéreuses.

**V . CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS**

V . CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le présent travail a permis de démontrer la faisabilité de la chirurgie lourde oesophagienne à l'Hôpital National de référence du Mali et l'obtention de résultats satisfaisants.

Les complications émaillant traditionnellement cette chirurgie peuvent être minimisées par la prise systématique de certaines mesures :

- une prise d'un abord veineux central ;
- une nutrition parentérale quand les moyens du patient l'autorisent;
- une neuroleptanalgie associée à une curarisation profonde ;
- un monitoring et une rééquilibration hydroélectrolytique adéquats à toutes les étapes : pré, per et postopératoires.

La précocité^{du diagnostic} des cas tumoraux, l'expérience des équipes de chirurgie peuvent avoir une influence sur la qualité des résultats.

Au terme de cette étude nous formulons les **recommandations** suivantes :

1 . Informer les populations sur :

- la symptomatologie de la sténose oesophagienne ;
- la gravité de cette pathologie ;
- la nécessité d'une chirurgie lourde à très haut risque per et postopératoire dans ces cas ;
- le meilleur pronostic de la chirurgie pour les cas de sténoses caustiques.

2 . Sensibiliser les équipes médicales sur la nécessité de :

- référer tôt les cas de dysphagie ;
- créer un "pool" dynamique multidisciplinaire associant médecins internistes (ou généralistes), chirurgiens viscéraux et anesthésistes-réanimateurs.

3 . Doter d'avantage l'Hôpital National de référence en matériels de chirurgie lourde et d'anesthésie-réanimation pour une meilleure prise en charge pré, per et postopératoires des patients devant bénéficier d'oesophagoplastie.

BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 . AUFFREY J.P., FULACHIE V.

Anesthésie et réanimation dans la chirurgie du tube digestif.

EMC - 1 - 36561 A10 - 1985 - Tome III

2 . BERTHE O.

Intérêt de l'abord veineux central en milieu hospitalier.

Thèse médecine, Bamako, 1997, N° 34

3 . BINET J.P.

La chirurgie thoracique en 1975

Rev. Prat. 1975, 25, 3112 - 3113

4 . CAMUZET J.P., JAQUEN H., LEPRINCE B, LECLECH G, BOURDINIÈRE J.

Les Oesophagites caustiques de l'enfant

Ouest Médical, 1984, 37, 15, 803 - 807

5 . CORNET L., N'GUESSAN H.A., MOBIOT L.M., RICHARD KADIO M., DOUANE G.P. DICK R., YAKPA E.

Cancer de l'oesophage : Etude de 48 cas au CHU de Treichville (Abidjan)

Médecine d'Afrique Noire, 1983, 30, 4, 161 - 167

6 . DEBRI J.C., FAUGERE JM., LAVIGNE F, QUINIOU N.

Les oesophagites corrosives dans un hôpital d'Afrique à propos de 12 cas

Dakar Médical, 1982, 27, 4, 511 - 520

7 . DIALLO A., TRAORE A.K., TRAORE H.A., DIARRA S.

Etude de la faisabilité de la nutrition parentérale à l'hôpital National du
Point G

Mali Med, 1995 Tome X, N° 3 - 4

8 . DIALLO A., DIALLO G., DELAYE A., KOUMARE A.K., SOUMARE S.

Anesthésie et réanimation dans chirurgie oesophagienne à l'Hôpital National du Point G à propos de 12 cas.

XI^e congrès annuel de la SARANF, 1994, Yaoundé

9 . DIALLO A., DOUMBIA D., DIALLO G., DELAYE A., KOUMARE A.K., SOUMARE S.

Anesthésie et réanimation dans chirurgie oesophagienne à l'Hôpital National du Point G à propos de 19 cas.

XIII^e congrès annuel de la SARANF, 1996, Bamako

RAMUR, Tome II, N°1, 1^{er} semestre 1997, 45 - 49.

10 . DIOP E.M., DIOP L.S., SANOKHO A., NIANG I, KUAKUVI N.

L'histoire d'une sténose oesophagienne.

Dakar Médical, 1979, 24, 9, 177 - 178.

11 . FISCHLER M., RAFFIN L., BRUSSET A., SEIGNEUR F.

Anesthésie en chirurgie thoracique

EMC, Anesthésie réanimation, 36570 A10, 1992, Tome III .

12 . FOGLIANI J., FUENTES P.

L'anesthésie et la réanimation dans la pathologie oesophagienne de l'adulte.

EMC , Anesthésie-Réanimation , 36575 A10, 1980, Tome III.

13 . KAMINA P.

Dictionnaire d'anatomie.

Ed Mallone, Paris, 1973, 1184-1186.

14 . LAXENAIRE M.C., GUIMENEZ.

Kinésithérapie respiratoire en milieu chirurgical.

Rev. Prat. Ann. Anest. Franç., 1973, 14, 11.

15 . MONAD C., DUHAMEL B.

Schémas d'anatomie, Thorax N°6.

Ed Vigot, paris, 1982, 142-163.

**16 . MBAKOP A., NDJITOYA P., NDAM E.C., ABONDO A.,
BIWOLE A., TAGHY SARTE M., TCHOUANNHOU I.**

Cancer de l'oesophage en milieu camerounais

Aspects anatomo-pathologiques et cliniques

Publications Médicales Africaines, 1990, 103, 17 - 22.

17. NOVIANT P.

Le risque opératoire lié aux gestes anesthésiques.

Rev. Prat. 1967, 17, 1669 - 1670.

18 . OBERLIN S., GREGOIRE R., BAILLIERE J.B.

Précis d'anatomie

Ed. Atlas, Paris, 1983, Tome I, Pages 406, Tome II, Pages 222 - 311.

19 . PHILIPPI D., VALLEIX D., DESCOTTES B.

Les oesophogoplasties

Med. Chir. Dig., 1991, 20, 6, 321 - 326.

20 . RAPIN M.

Le Grand Dictionnaire Encyclopédique Médical Tome I

Histoire de l'anesthésie

Ed. Masson, Paris, 1986, 69 - 70.

21 . RANSON BITKER B.

Prévision du risque opératoire en chirurgie thoracique

Bull. Physiopatho. Resp. 1966, 2, 1524.

22 . ROUESSE J., MACHOVER D.

Abrégé de cancérologie

Ed. Masson, Paris, 1976, 143 - 146.

23 . ROUVIER H., DELMAS A.

Anatomie humaine Tome II

Ed. Masson, Paris, 1974, 318 - 325.

24 . SAMII K.

Protocole d'Anesthésie-Réanimation

MAPAR, Arnett 1990.

25 . SOUMARE S.

Gastrectomie totale à propos de 6 cas.

Mali Med, 1995, 1, 3 - 4.

26 . SAUVIGNON X., VIARD P.

Les produits de l'anesthésie

Ed. Doin, Paris, 1997.

27. SAVARY M.

Cancer de l'oesophage : diagnostic endoscopique précoce.

Gastro-Entéro-Clin-Biol., 1985, 9, 1, 2 - 3.

28 . TRAORE A.K.

Etude de la nutrition parentérale à l'HNPG.

Thèse Médecine, Bamako, 1993.

**29 . YEO T., AMONKOU A., SORO L., YAPO Y., BROUH Y.,
KONAN E., KOFFI S., BONDURAND A.**

Anesthésie et Réanimation dans la chirurgie de l'oesophage au CHU de
Yopougon. Etude prospective, X^e Congrès annuel de la SARANF Abidjan

RAMUR N°3, 2^e semestre, 1995.

30 . WRIGHT S.

Physiologie appliquée à la Médecine .

Ed. Flammarion, Paris, 1989, 474-486.

ANNEXES

ABBREVIATIONS

amp : ampoule

ASA : American Society of Anesthesiologists

cc : centimètre cube

cm : centimètre

cm / s : centimètre par seconde

cp : comprimé

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

C₁ : première vertèbre cervicale

C₂ : deuxième vertèbre cervicale

C₆ : sixième vertèbre cervicale

°C : degré celcius

D₄ : quatrième vertèbre dorsale

D₇ : septième vertèbre dorsale

D₈ : huitième vertèbre dorsale

D₁₀ : dixième vertèbre dorsale

D₁₁ : onzième vertèbre dorsale

ECG : Electrocardiogramme

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

g : gramme

h : heure

HNPG : Hôpital National du Point G

J₀ : jour de l'intervention

J_x : x jour après l'intervention

Kg : Kilogramme

mm : millimètre

mn : minute

NFS : numération formule sanguin

N° : numéro

O₂ : Oxygène

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PVC : pression veineuse centrale

RAMUR : Revue Africaine d'Anesthésiologie et de Médecine d'Urgence.

SARANF : Société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Noire Francophone.

SMAR : Société Malienne d'Anesthésie Réanimation

SPO₂ : Saturation périphérique en oxygène.

SG : sérum glucosé

SS : sérum salé

T° : température

TA : tension artérielle

TOGD : Transit Oeso-Gastro-Duodéal

MINISTERE DE LA SANTE DE LA

SOLIDARITE ET DES PERSONNES

AGEES

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE

HOPITAL NATIONAL DU POINT « G »

SERVICE D'ANESTHESIE-REANIMATION

CONSULTATION DU:

NOM: _____ Prénom: _____

Diagnostic: _____ Nature de l'intervention: _____

Chirurgien: _____ Service: _____

Profession: _____ Poids: _____ Age: _____

Groupe sanguin: _____

I- ANTECEDENTS

- Allergologiques: _____
- Pleuro-pulmonaires: _____
- Cardio-vasculaires: _____
- Uro-néphrologiques: _____
- Digestifs: _____
- Endocrinologiques: _____
- Chirurgicaux: _____
- Anesthésiologiques: _____
- Transfusionnels: _____
- Thérapeutiques: _____
- Autres : _____

II- EXAMEN CLINIQUE:

- T.A.

III- EXAMENS BIOLOGIQUES:

- Glycémie: _____ Hématocrite: _____
- Créatininémie: _____ Hémoglobine: _____
- Urée: _____ Plaquettes: _____
- TP: _____ TC: _____ Globules R: _____
- TCK: _____ Globules B: _____
PN _____ PE: _____
PB: _____ Mono: _____
Lympho: _____

IV- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

V- CLASSIFICATION ASA

1 2 3 4 5 Urgences

VI- PROTOCOLE ANESTHESIOLOGIQUE

<input type="checkbox"/> Atropine	<input type="checkbox"/> Halogénés
<input type="checkbox"/> Valium	<input type="checkbox"/> I.O.T.
<input type="checkbox"/> Morphine	<input type="checkbox"/> Rachi
<input type="checkbox"/> GamaOH	<input type="checkbox"/> Célocurine
<input type="checkbox"/> Nesdonal	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Kétalar	<input type="checkbox"/> Pachycurares
	<input type="checkbox"/> Péridurale

VII- OBSERVATIONS:

Horaires	T°	PA	FC	Drains	Diurèse	Autres
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
	Dernière Evaluation ou Total					

Observations _____

LOCALISATION ET RESUME DE LA THESE

TITRE : Anesthésie et Réanimation dans les oesophagoplasties à l'Hôpital National du Point G : A propos de 22 cas.

Nom : TALL

Prénoms : Fadima Koureïssy

Année universitaire : 1997 - 1998

Ville de Soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'Intérêt : Anesthésie-Réanimation, Chirurgie, Médecine Interne, Gastro-Entérologie.

RESUME :

Notre travail a été une étude rétrospective et prospective réalisé d'Octobre 1991 à Novembre 1997.

Il a pour but de contribuer à la prise en charge des malades devant être opérés pour sténose oesophagienne en matière d'Anesthésie-Réanimation à l'Hôpital National du Point G.

22 patients souffrant d'une sténose oesophagienne (d'origine cancéreuse ou caustique) ont subi une oesophagoplastie.

Tous les malades ont été vus en consultation préanesthésique et ont bénéficié d'une préparation préopératoire (voie veineuse centrale, nutrition parentérale, rééquilibration hydroélectrolytique, antibiothérapie).

Les critères d'inclusion ont été :

- présence d'une sténose oesophagienne basse ou moyenne ;
- appartenance aux classes ASA I, II ou III.

Ont été exclus de l'étude :

- les patients ayant une sténose oesophagienne haute ;
- ceux appartenant aux classes ASA IV ou V.

La technique anesthésique a été la neuroleptanalgesie avec curarisation profonde.

La technique chirurgicale a été dans la majorité des cas :

- un abord thoraco-abdominal avec résection et anastomose termino-terminale.
- un abord thoraco-abdominal avec cervicotomie gauche et montage d'un transplant colique avec anastomose termino-terminale.

Le suivi post opératoire a été assuré en SI jusqu'à la reprise de l'alimentation par voie orale.

On a observé 2 cas de décès : l'un par suite d'hémorragie importante avec nécrose du transplant colique et l'autre par suite de delirium tremens.

Les incidents observés ont bien évolué. Il s'agit de :

- une thrombose veineuse du membre inférieur droit ;
- une suppuration cervicale et de la base thoracique gauche ;
- une hémorragie importante avec collapsus en post opératoire immédiat.

Mots clés : sténose oesophagienne, abord veineux central, nutrition parentérale, neuroleptanalgie.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.