

**SOMMAIRE**

**PAGES**

**INTRODUCTION**

**CHAPITRE I : GENERALITES**

I Rappel anatomique

II Rappel physiologique

III Pathologies sténosantes de l'œsophage

IV Evolution de l'anesthésie générale

V Prise en charge d'un patient en anesthésie générale

VI Particularité de l'anesthésie générale au cours de la chirurgie oesophagienne

**CHAPITRE II NOTRE TRAVAIL**

I Méthodologie

II Résumé des cas

III Résultats

IV Commentaires et discussions

V Conclusion et recommandations

**BIBLIOGRAPHIE**

**ANNEXES**

# *INTRODUCTION*

## **I INTRODUCTION**

Les pathologies oesophagiennes entraînant des sténoses ont une prévalence élevée en république du Mali 16% [1].

Cette prévalence est en nette progression à cause du changement de comportement de la population : régime alcool tabagique, changement d'habitude alimentaire.

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

Le traitement de ces cas nécessite une chirurgie lourde, une réanimation pré, per, post opératoire 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.

Nous avons été inspiré pour notre étude par l'expérience ivoirienne en matière de prise en charge anesthésiologique des oesophagoplasties [29].

Au Mali une première série portant sur 12 cas a été présentée au 11ème 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) 1997 [9].

Une étude portant sur 22 cas avec des résultats excellents a été effectuée en 1998 à l'Hôpital du Point « G » [5].

Notre étude s'inscrit dans la droite ligne des 4 travaux antérieurs.

Il a pour objectifs :

## ***Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas***

### **OBJECTIF GENERAL :**

Contribuer à une meilleure prise en charge des malades devant être opérés pour sténose oesophagienne en matière d'Anesthésie Réanimation à l'Hôpital du Point « G ».

### **Objectifs spécifiques :**

1. Décrire les modalités de prise en charge anesthésique des oesophagoplasties en milieu hospitalier bamakois.
2. Décrire les modalités de prise en charge post opératoire des oesophagoplasties.

## **GENERALITES**

### **I. RAPPEL ANATOMIQUE :**

L'œsophage 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 :** le trajet de l'œsophage 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'œsophage avec l'estomac est appelé cardia.

La direction générale de l'œsophage 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'œsophage décrit dans le sens antéropostérieur une courbe concave en avant, moins marquée avec celle du rachis. L'œsophage est appliqué en haut à la colonne vertébrale jusqu'à D4 ; s'en éloigne ensuite jusqu'à sa terminaison (plan sagittal).

Dans le plan frontal, l'œsophage 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'œsophage 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 et 3 cm. L'œsophage présente 3 rétrécissements :

- le premier, cricoïdien correspond à l'orifice supérieure ;
- le deuxième, aortico-bronchique correspond à l'aorte et à la bronche gauche. C'est là que s'arrêtent les corps étrangers.
- le troisième est diaphragmatique et correspond à l'orifice inférieur où stagnent un moment les liquides caustiques déglutis.

**3- Configurations externe et interne :**

L'œsophage 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 étendu sauf à son extrémité inférieure où il prend une forme conique à base inférieure lisse.

La surface interne est rose pale 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 repli semi-lunaire plus ou moins marqué suivant les sujets. C'est la valvule cardio-œsophagienne.

Dans la partie cervicale de l'œsophage les parois antérieures et postérieures 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'œsophage répond :

- en avant au bord inférieur du cartilage cricoïde,
- en arrière à C<sub>6</sub>.

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

##### **4.2. Portion cervicale :**

- **en avant** : l'œsophage est en rapport avec la trachée, le nerf récurrent gauche. Ce nerf monte sur la face antérieure de l'œsophage qui déborde de la trachée à gauche, tandis que le récurrent droit longe le bord droit de l'œsophage. L'œsophage, la trachée, les récurrents sont entourés par la gaine viscérale du cou ;
- **en arrière** : il est séparé de l'aponévrose vertébrale, des muscles pré vertébraux et de la colonne vertébrale par une 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'œsophage occupe dans le thorax le médiastin postérieur.

- **En avant**, il est en rapport de haut en bas avec :
  - 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-œsophagienne ;
  - La bifurcation de la trachée et l'origine de la bronche gauche.

L'œsophage 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 inter trachéaux ;
- L'artère bronchique et l'artère pulmonaire droite qui croisent toutes deux transversalement la face antérieure de l'œsophage ;
- Le péricarde : le cul de sac de HALLER et la couche cellulo-graisseuse qui remplit l'espace portal.

## **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- **En arrière** : l'œsophage 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 rétroviscéral ;
- 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 gauche, il s'incline progressivement de haut en bas vers la ligne médiane et se place dès D7 ou D8 en arrière du conduit œsophagien ;
- 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 ;
- Aux culs de sacs pleuraux interazygo-œsophagien et interaortico-œsophagien ainsi qu'au ligament de MOROSOW tendu en arrière de l'œsophage 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.

- **A droite** : l'œsophage 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'œsophage au dessous de la crosse de l'azygos. Il dévie peu à peu et gagne cette face postérieure.

- **A gauche** : l'œsophage 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'œsophage.



## **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

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

### **4.4. Portion diaphragmatique :**

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

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

Les pneumogastriques sont appliqués sur l'œsophage : 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 œsophagienne. 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 œsophagien. Les ramifications du pneumogastrique droit sont directement appliquées sur la paroi œsophagienne. Par l'intermédiaire du diaphragme, l'œsophage abdominal répond :

- A l'aorte qui est en arrière et à droite,
- A 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 œsophagien 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 logé par le petit épiploon. Les deux feuillets de cet épiploon s'écartent l'un de l'autre le long du bord droit de l'œsophage. Le feuillet antérieur se poursuit avec le péritoine antérieur de l'œsophage.

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

#### **4.6. Canal œsophagien diaphragmatique :**

Il existe en fait un canal œsophagien diaphragmatique. L'œsophage abdominal est entouré sur toute sa longueur d'une gaine fibreuse sous péritonéale, en avant pré diaphragmatique et en arrière inséré 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'œsophage se trouve un espace cellulaire de glissement.

#### **4.7. 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<sup>e</sup> cartilage costal ;

A gauche, le cardia répond au sommet de l'angle ouvert en haut compris entre l'œsophage et la grosse tubérosité de l'estomac.

### **5. Vascularisation**

#### **5.1. Artérielle :**

- Le 1/3 supérieur de l'œsophage 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 (coronaire stomacique) et de l'artère phrénique gauche.

#### **5.2. Veineuse :**

Les veines œsophagiennes 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'œsophage se déversent dans les nodules lymphatiques pharyngés et cervicaux latéraux profonds le long de la veine jugulaire interne ;
- Les vaisseaux lymphatiques du 1/3 moyen de l'œsophage vont vers les nodules lymphatiques prévertébraux, paratrachéaux, trachéo-bronchiques supérieur et inférieur, broncho-pulmonaire et médiastinaux postérieurs ;
- Les vaisseaux lymphatiques du 1/3 inférieur vont vers les nodules lymphatiques gastriques gauches 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 œsophagien formé le long de l'œsophage par les deux nerfs vagues et le nerf pharyngé inférieur (récurrent).

### **7. Histologie :**

La paroi œsophagienne 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 se mêle au tissu conjonctif des structures adjacentes ;
- La musculeuse ; elle est faite de muscles squelettique au niveau du 1/3 supérieur ; de muscles squelettiques et lisses au niveau du 1/3 moyen ; celle du 1/3 inférieure est faite de muscles lisses ;
- la sous muqueuse contient du tissu conjonctif, des vaisseaux et des glandes muqueuses ;
- la muqueuse de l'œsophage 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, œsophagien.

**1.1. Le temps buccal** ; il est volontaire et réflexe.

**1.2. Le temps pharyngien** ; il est réflexe et a deux fonctions :

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

**1.3. Le temps œsophagien** : l'œsophage est un organe intra thoracique et la pression qui règne est celle de la cavité du thorax. C'est une pression négative qui subit les variations respiratoires. En respiration calme elle est de  $-7$  et  $-14$  cm d'eau. Cette dépression intra œsophagienne contribue à faciliter le passage du bol alimentaire 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 amorçant l'onde péristaltique qui fera progresser les aliments dans l'œsophage. L'œsophage est un tube musculéux, 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 pressions montrent une augmentation de 60 à 80 cm d'eau. La puissance œsophagienne est donc énergétique. La vitesse de propagation de l'onde péristaltique est lente (2 à 4 cm/s). Pour parcourir l'œsophage, 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'œsophage, 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

## ***Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas***

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<sup>ème</sup> ventricule au niveau du noyau solitaire du nerf vague. Autre fois on le croyait fragmenté en plusieurs parties qui commandent 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 inter neuronique 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 inter neuronique 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'œsophage, celui-ci est sectionné en plusieurs segments : la déglutition est provoquée en excitant le pharynx. L'onde péristaltique parcourt tout l'œsophage malgré ses solutions de continuité. Toutefois 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

## ***Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas***

sympathique, l'œsophage reçoit des afférences motrices cholinergiques du nerf 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'antagoniste et la réciprocité de cette double innervation.

### **III. LES PATHOLOGIES STENOSTANTES DE L'ŒSOPHAGE :**

#### **1. Cancer de l'œsophage**

##### **1.1. Généralités :**

###### *1.1.1. Epidémiologie :*

Le cancer de l'œsophage 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, mais ;

La conservation des aliments par saumure ou dans des boites de conserve 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, infiltrant et sténosant ; soit ulcéreux, soit bourgeonnant ; touchant le 1/3 moyen de l'œsophage. Plus rarement c'est un adénocarcinome, situé au 1/4 inférieur de l'œsophage et apparaissant sur endobrachyoesophage.

## ***Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas***

### *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'œsophage :*

#### **T : extension de la tumeur primitive**

**Tis** : cancer in situ

**T0** : pas de tumeur primitive évidente

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

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

**T3** : tumeur avec extension évidente extra oesophagienne.

#### **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 évidents

**M1a** métastase ganglionnaire à distance

**M1b** : autres métastases.

## **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

### *1.1.6. Autres caractéristiques :*

Le cancer de l'œsophage est souvent associé à un cancer oto-rhino-laryngologie (ORL). Il a un caractère métastasiant (foie, poumon, os) et est multifoical.

## **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, secondairement 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, saignement 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,

L'échographie du foie,

La radiographie du thorax,

La radiographie du rachis,

La tomодensitométrie (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. Traitements :**

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 post opératoires est impérieuse. Elle doit être à large spectre.

## ***Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas***

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 ( jéjunostomie, 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 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. Le mode d'action des agents corrosifs est varié :

- 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 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,

## **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- diaphragmatique.

### **2.2.2. Histologie :**

L'oesophagoscopie permet de classer les brûlures en trois degrés selon **TAILLEN (4)** :

- **1<sup>er</sup> degré** : la brûlure ne touche que la muqueuse qui est œdématiée et érythémateuse.

- **2<sup>ème</sup> degré** : les lésions plus profondes ne dépassent pas la sous muqueuse. Oedème, érythème et ulcération se couvrent rapidement de fausses membranes.

- **3<sup>ème</sup> 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'œsophage :

#### **2.3.1. Phase de début :**

- **Forme bénigne** : elle dure une semaine. Il n'y a pas de lésions œsophagiennes ou tout au plus une simple œsophagite 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 œsophagienne 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'accalmie traîtresse », trompeuse, pendant laquelle les lésions sténosiques peuvent se constituer à bas bruit. Les tunique œsophagiennes 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.

## **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

La phase d'oesophagite chronique ou de rétrécissement cicatriciel dès le début de la 4<sup>ème</sup> semaine.

### **2.4. Complications :**

**Immédiates** : sont dominées par :

- les infections,
- les perforations oesophagiennes.

**Tardives** : à type de :

- Infections.
- Abscesses retropharyngés, pulmonaires.
- Fistules oesotrachéales ou oesobronchiques.
- Oesophagites 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 manœuvres risquent d'entraîner des perforations oesophagiennes ou gastriques.

Une antibiothérapie systématique à large spectre est recommandée. 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

## **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

possibles. La sonde nasogastrique a l'avantage de maintenir l'œsophage 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'œsophage.

Inconvénient : 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 un 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 cicatricielles :**

#### *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<sup>ème</sup> environ si une sonde nasogastrique a été mise en place. Quotidiennement 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 chirurgical :*

On utilise la technique d'oesophagoplastie rétrostérale. Cette chirurgie est indiquée en cas de perforation ou de sténose totale ; lors des échecs de dilatation ou 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'œsophage :

-complications respiratoires ;

Fistules ;

Hémorragies ;

Complications cardiocirculatoires.

La surveillance post-opératoire est impérieuse et constante.

#### **IV .ÉVOLUTION DE L'ANESTHESIE GÉNÉRALE**

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 a été les premiers anesthésiques volatiles utilisés.

En 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 : hydroxide, propanidine, gamma OH, kétamine( Kétalar<sup>R</sup>), le propofol( Diprivan<sup>R</sup>), étomidate( Hypnonidate<sup>R</sup>).

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.

L'introduction de la relaxation musculaire (curarisation) a permis de faciliter l'intubation et assurer un confort supplémentaire aux chirurgiens.

La manipulation de certaines zones réflexogènes chez des patients narcotisés, analgésiés et relâchés peut être à l'origine de réactions désagréables ; d'où l'intérêt de procéder à une protection neurovégétatives qui fait appel au droperidol (Droleptan<sup>R</sup>), la chlorpromazine.

L'anesthésie a également exploité au fil des ans les progrès de la technologie : (respirateur, matériels sophistiqués de monitoring)

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

La chirurgie oesophagienne est caractérisée par :

- le mauvais état général des patients dû à la vascularisation œsophagienne ;
- les voies d'accès difficiles, variables et multiples ;
- la cicatrisation difficile due à la pauvreté de la vascularisation œsophagienne ;
- 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 entraînent chez ces malades 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 colon 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 les imidazolés (métronidazole) ;

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 neuroleptanalgie 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 (éthylisme, coronaropathie) doivent entrer en ligne de compte.

### **2.2. Surveillance et réanimation per opératoire :**

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 per opératoire 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 :



## ***Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas***

-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'œsophage, la dénutrition et l'infection.

**\* Hémorragiques** :

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

# *METHODOLOGIE*

## **I. METHODOLOGIE**

### **1. Type et période d'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective qui s'entend sur une période de dix ans. Trois années ont été consacrées à l'étude prospective (janvier 2002 à décembre 2003) ; elle a porté sur 48 cas.

**Cadre d'étude :** Ce travail a été réalisé dans le département d'Anesthésie de Réanimation et des Urgences de l'Hôpital national du Point-G en collaboration avec les services de chirurgies viscérales. L'hôpital National du Point-G construit en 1906 sur un espace de 25 hectares, est situé à 8km du rond point de l'hôtel de ville de Bamako ; avec une capacité d'hospitalisation de 511 lits. En son sein se trouvent des spécialités médicales comme :

- la médecine interne et la diabétologie, l'infectiologie, la Rhumatologie,
- l'hémato-oncologie,
- la cardiologie,
- la pneumo-phtisiologie,
- la neurologie,
- la néphrologie avec une unité d'hémodialyse
- la psychiatrie.

On y trouve aussi d'autres unités comme :

- l'anesthésie – réanimation et les urgences,
- la chirurgie viscérale et vasculaire, la chirurgie générale, la chirurgie thoracique, et la coeliochirurgie ;
- l'urologie et l'andrologie et
- la gynécologie et l'obstétrique.
- la pharmacie, un service de laboratoire d'analyse médicale, d'un service d'imagerie médicale ainsi que la médecine nucléaire.

C'est un hôpital qui mène sa mission en collaboration avec la FMPOS.

Il s'agit d'un hôpital de référence en terme de soins secondaires, tertiaires et quaternaires au profit des autres hôpitaux et cliniques du pays.

## **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

### **1.1. Le service d'anesthésie réanimation :**

Il comporte 5 unités dirigées par un médecin anesthésiste réanimateur. Il s'agit d'une réanimation polyvalente :( médicale, chirurgicale et pédiatrique)

La réanimation chirurgicale porte sur la prise en charge pré et post opératoire des chirurgies lourdes telles que :

- ❖ La gastrectomie, l'œsophagoplastie, la duodenopancréatectomie céphalique (DPC) ;
- ❖ Certaine chirurgie urodigestive ;
- ❖ Enfin la chirurgie thoracique et les grands brûlés.

L'unité de réanimation : a une capacité de 9 lits. Elle exploite de façon optimale les techniques et thérapeutiques telles que : l'abord veineux central , la nutrition parentérale, la ventilation artificielle, la trachéotomie, la défibrillation, la dopaminothérapie etc.

Avec une capacité de neuf lits, elle est dotée d'équipements suivants :

De moniteurs dynamap compact PA.8103, dynamap Pa.18465 critikon, dynamap plus 8723, dynamap plus ORN .628, dynamap compact T, dynamap compact, physiogard SM 784, physiogard SM 785; physiogard ORN. 628

De pompes à perfusion P. 3000 B vial médical, INSUFOMATR, INCAR -ST

De respirateurs logic 07, monal DCC, servo ventilator 900D, servo ventilator 900C.

D'oxymètre Nellcor Puritan Bennett-190,

De défibrillateur Defigard (2000, 3000, 1002) ;

De seringues auto- pousseuses SE.400B. vial médical Becton Dickinson, SA-4, Vial médical PILOTE-A C.E. 0459

D'aspirateurs miraux et mobiles SM- 350 ;

De kits pour abord veineux central, monitoring PVC, de trachéotomie

De boîtes d'intubations.

Le personnel est composé de sept médecins dont quatre médecins

Anesthésistes réanimateurs parmi lesquels un professeur agrégé ; trois médecins

généralistes faisant fonction d'urgentistes, deux infirmiers d'état , quatre infirmiers du

premier cycle , deux aides soignants, cinq garçons de salle et enfin d'étudiants en année de thèse faisant fonction d'interne et des externes.

\* **L'unité des urgences** : est administrée par 3 médecins urgentistes, un assistant médical (Infirmier d'état), 3 infirmiers du 1<sup>er</sup> cycle, 4 aides soignants et 5 agents de soutiens.

## **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

\* **L'unité d'anesthésie** : comporte 6 blocs opératoires une salle de réveil équipée. Le fonctionnement est assuré par 3 médecins anesthésistes réanimateurs assistés de 14 techniciens d'anesthésie.

**Chaque bloc est doté d'une salle d'opération autonome équipée comme suite :**

Matériel	Bloc1	Bloc2	Bloc3	Bloc4	Bloc5	Bloc6 (urgence)
Aspirateur Electrique	1	1	1	1	1	1
Table d'anesthésie	1	1	1	1	1	1
Aspirateur à vide	1	1	1	1	1	1
capnographe	0	1	0	0	0	0

La table d'anesthésie comprend l'évaporateur d'halothane, l'évaporateur d'enflurane, le bypass ou oxygène rapide, le cardioscope et l'assistant respirateur. Chaque intervenant en anesthésie a en plus à sa disposition, un stéthoscope, un brassard manuel, un laryngoscope muni de lames de différente taille, un masque facial manuel, des sondes d'intubation et d'aspiration, des canules de Guedel.

### **1.2. Les services chirurgicaux :**

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

Chaque service est doté d'une salle opératoire autonome équipée de matériel d'anesthésie complet. Il est à noter que la chirurgie A comporte une unité de coeliochirurgie.

### **2. Population d'étude :**

L'étude a porté sur les patients admis au département d'Anesthésie, de Réanimation et des Urgences de l'Hôpital national du Point-G, en pré et postopératoire pour oesophagoplastie en collaboration avec les services de chirurgies viscérales recrutés au cours de la consultation pré anesthésique à partir des critères d'inclusion et de non inclusion.

**3. Critères d'étude**

**3.1. Critères d'inclusion :**

- Confirmation endoscopique 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 et V.

## **MATERIEL ET METHODE**

### **Collecte et analyse des données**

La collecte a été réalisée sur une fiche d'enquête ; et la saisie des données est effectuée sur logiciel Microsoft Office Word 2003, et analysées sur logiciels SPSS 11.0 for Windows et Epi-info 6[version 3.2.2 des Centers of Diseases Control and Prevention (CDC) et de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS)].

Les tests statistiques utilisés étaient :

- Tests paramétriques : moyenne, écart type.
- Tests non paramétriques : le test de Khi-2 ( $X^2$ ).

Les graphiques ont été réalisés grâce au logiciel Microsoft Office Excel 2003.

### **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'anesthésie comporte :

- une table ;
- un garrot ;
- des cathéters 16,18 ou 20 Gauge ;
- du coton hydrophile ;
- antiseptiques (alcool 90°, bétadine)
- des seringues de 2,5 ou 10 cc ;
- des perfuseurs et des transfuseurs ;
- des solutés (SS 0,9%, SG 5%), des solutés de remplissage (macromolécules, Ringer Lactate) ;

## **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- différents produits anesthésiques de la prémédication, de l'induction, de l'entretien et du réveil ;
- des antibiotiques,
- du sang iso groupe, iso rhésus ;
- 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, vasopresseur.

### **4.2. Méthodes :**

Tous les patients ont été vus en consultations pré anesthésique. Ils ont été transféré au moins 48 h en soins intensifs (réanimation) avant Jo (jour de l'intervention) pour une préparation préopératoire (rééquilibrage 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 (neuroleptanalgie 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, le 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 systoliques et diastoliques, la fréquence cardiaque, le tracé de **l'ECG et la SPO2**. Les produits utilisés ont été l'atropine et le diazépam 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 (O<sub>2</sub> à 100%) a été respecté avant l'induction aux narcotiques. Le relâchement musculaire pour l'intubation et le confort chirurgical a été obtenu par des doses de charge de curare. L'utilisation de la sonde d'intubation armée facilite la ventilation au moment des



***Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas***

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.

# *NOTRE ETUDE*

**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/mm

T° : 36°7C

Poids : 45 Kg

Classe ASA II

**Préparation préopératoire :**

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

-Nutrition parentéral, rééquilibration hydroélectrolytique et antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500cc/24H
- SG 30% : 500cc/24H
- SG 5% : 1000cc/24H
- SS 0,9% : 500cc/24H
- Métronidazole : 0,5 g x 2/24H
- Gentamycine : 80mg x2/24H
- 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.

***Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas***

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

A J11, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 500cc/24H
- SS 0,9% : 500cc/24H
- Métronidazole : 250mg 2cpx 2/24H
- Gentamycine : 80mg x2/24H

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 le 22/06/92 en **SI**

### **Evaluation préopératoire :**

TA : 100/60 mmHg

FC : 60 battements/mm

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/24H
- SG 30% : 500cc/24H
- SG 5% : 500cc/24H
- SS 0,9% : 500cc/24H
- Quinimax : 0,60 g x 2/24H
- Ampicilline : 1g x3/24H

### **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 œsophagectomie plus gastrectomie subtotale avec anastomose termino-terminale.

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

***Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas***

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

A J5, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000cc/24H
- SS 0,9% : 500cc/24H
- Métronidazole : 250mg 2cpx 3/24H
- Ampicilline : 1g x 3/24H

L'évolution a été favorable, aucune complication n'a été observée.

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

**DOSSIER N° 3**

**SS**, 71 ans, sexe masculin, Minianka, cultivateur

**Service d'origine : chirurgie A**

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

Admise le 11/07/92 en **SI**

**Evaluation préopératoire :**

TA : 100/60 mmHg

FC : 64 battements/mm

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/24H
- SG 30% : 500cc/24H
- SG 5% : 1000cc/24H
- SS 0,9% : 500cc/24H
- Quinimax : 0,60 g x 2/24H
- Ampicilline : 1g x 3/24H
- Vitamine C, B12, 6, une ampoule de chaque/24H

**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 2 unités de sang O+

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

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

***Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas***

**En postopératoire, l'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrique et l'antibiothérapie polyvalente (+ métronidazole 0,5g x2/24H) ont été poursuivies.**

A J5, le traitement a été simplifié avec

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000cc/24H
- SS 0,9% : 500cc/24H
- Métronidazole : 250mg 2cpx 2/24H
- Amoxicilline : 1g x 3/24H

L'évolution a été favorable, aucune complication n'a été observée.

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 A**

Diagnostic d'entrée : sténose caustique de l'oesophage.

Admise le 20/07/92 en **SI**

**Evaluation préopératoire :**

TA : 90/60 mmHg

FC : 60 battements/mm

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/24H puis Trivé 1000 : 1000cc /24H
- SG 30% : 500cc/24H
- SG 5% : 1000cc/24H
- SS 0,9% : 500cc/24H
- Quinimax : 0,40 g x 2/24H
- Métronidazole : 0,5g x 2/24H
- Gentamycine : 80mg x 2/24H
- Péfloxacin : 400 mg x 2/24H

**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 fentanyl et de vécuronium
- 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.

**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

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

A J6, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000cc/24H
- SS 0,9% : 500cc/24H
- Chloroquine 1cp /24H
- Céfadoxil (ORACEFAL<sup>R</sup>) : 1cp x 3/24H

L'évolution a été favorable .On a observée une thrombose du membre inférieur droit qui a bien évolué sous nadroparine (Fraxiparine<sup>R</sup>).

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 le 08/03/93 en **SI**

**Evaluation préopératoire :**

TA : 120/70 mmHg

FC : 76 battements/mm

T° : 37°5C

Poids : 43 Kg

Classe ASA II

**Préparation préopératoire :**

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

**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 thoraco-abdominal avec œsophagectomie plus gastrectomie subtotale avec anastomose termino-terminale.

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

***Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas***

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

A J7, le traitement a été simplifié avec

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

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

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

**DOSSIER N° 6**

**MK** 46ns, sexe féminin, ménagère, Malinké

**Service d'origine : chirurgie B**

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

Admis le 24/04/ 93 en **SI**

**Evaluation préopératoire :**

TA : 80/50mmHg

FC : 54 battements /mn

T° : 36,8°C

Poids 36Kg

Classe ASA III

**Préparation préopératoire :**

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

-Nutrition parentérale et rééquilibration hydroélectrolytique

- Trophysan : 500cc/24H
- SG 10% : 500cc/24H
- SG 5% : 500cc/24H
- SS 0,9% : 500cc/24H
- Amoxicilline : 1g x 3/24H

**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 thoraco-abdominal avec œsophagectomie plus gastrectomie subtotale avec anastomose termino-terminale .

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

***Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas***

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

A J7, le traitement a été simplifié avec :

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

L'évolution a été favorable, aucune complication n'a été observée

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

**DOSSIER N° 7**

**DM**, 21 ans sexe féminin, ménagère, Malinké.

**Service d'origine chirurgie B.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine caustique.

Admis en SI, le 07/05/2003.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 90/60mmHg ;
- FC : 80 battements/mn ;
- T° : 37,5°C
- Poids : 46Kg.
- Classe ASA II

**Préparation préopératoire :**

- prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- assistance nutritionnelle et rééquilibration hydroélectrolytique :
  - Totamine : 500cc/24h;
  - SG 30% :500cc/24h
  - SG 5%/ 500cc/24h ;
  - SS 0,9% : 500cc/24h.
  - Amoxicilline 1gx3/24h ;
  - Métronidazole sirop Une C à S x 3/24h ;
  - Vitamine C : une ampoule /24h.

**Elle a été opérée le 11/05/93 sous AG.**

- Prémédication : atropine, diazépam ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : thiopental ;
- Curarisation : pancuronium ;
- Intubation : sonde armée N°7 ;
- Entretien : halothane, réinjection pancuronium, fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG5% 1500cc.

**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

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

Elle a présenté une légère chute tensionnelle

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : L'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.**

AJ7, le traitement a été simplifié avec :

- reprise de l'alimentation orale,
- SG 5% 1000cc/24h,
- SS 0,9% 500cc/24h ;
- Ampicilline 1g x 2/24 heures,
- Métronidazole 250mg : 2comprimés x 3/24h ;

L'évolution a été favorable sans complication.

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



**DOSSIER N°8**

KT, 65 ans sexe féminin, ménagère, Sarakolé.

**Service d'origine chirurgie C.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine cancéreuse.

Admis en **SI**, le 08/0 5/93.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 130/70mmHg ;
- FC : 96 battements/mn ;
- Poids : 47Kg.
- T° : 36,5°C
- Classe ASA II

**Préparation préopératoire :**

- prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- assistance nutritionnelle et rééquilibration hydroélectrolytique :
  - Totamine : 500cc/24h;
  - SG 30% :500cc/24
  - SG 5%/ 500cc/24h ;
  - SS 0,9% : 500cc/24h.

**Elle a été opérée le 18/05/93 sous AG.**

- Prémédication : atropine, diazépam ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : thiopental ;
- Curarisation : vécuronium ;
- Intubation : sonde armée N°7 ;
- Entretien : halothane, réinjection fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG5% 1000cc.

**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

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

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : L'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.**

AJ5, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale,
- SG 5% 1000cc/24h,
- SS 0,9% 500cc/24h ;
- Amoxicilline 1g x 3/24 heures,
- Métronidazole 250mg : 2 comprimés x 3/24h ;

L'évolution a été favorable sans complication.

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

**DOSSIER N°9**

**BD**, 10 ans sexe masculin, élève, Sarakolé.

**Service d'origine chirurgie B.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine cancéreuse.

Admis en **SI**, le 14/05/93.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 110/80mmHg ;
- FC : 104 battements/mn ;
- Poids : 28Kg.
- T° : 37,1°C
- Classe ASA II

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :
- Trophysan : 500cc/24h;
- SG 10%/ 500cc/24h ;
- SS 0,9% : 500cc/24h.
- Amoxicilline 1gx3/24h ;

**Il a été opéré le 18/05/93 sous AG.**

- Prémédication : atropine, midazolam ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : Kétamine ;
- Curarisation : Vécuronium ;
- Intubation : sonde armée N°6 ;
- Entretien : halothane, réinjection fentanyl.

**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG5% 1500cc ;

Transfusion de deux unités de sang O+.

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

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : L'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.**

AJ5, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale,
- SG 5% 500cc/24h,
- SS 0,9% 500cc/24h ;
- Ampicilline 500mg x 3/24 heures,
- Métronidazole 250mg 2comprimés x 3/24h ;

L'évolution a été favorable sans complication.

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

**DOSSIER N°10**

**MK**, 60 ans, sexe masculin, Malinké, cultivateur.

**Service d'origine : Chirurgie B.**

Diagnostic d'entrée : sténose de l'œsophage d'origine cancéreuse.

Admis en **SI** le 27/08/93.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 140/80mmHg
- FC : 84 battements/mn
- T° :37,6°C
- Poids : 68 Kg
- Classe ASAII

**Préparation préopératoire :**

- Prise de la voie veineuse centrale (jugulaire interne)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :
- Trophysan : 500cc/24h
- SG 30% : 500cc/24h
- SS0, 9% 500cc/24h
- SG 5% 500cc/24h
- Amoxicilline : 1g x 3/ 24h.

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

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : thiopental
- Curarisation : vécuronium
- Intubation : sonde armée N°8

**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Entretien : halothane, réinjection de fentanyl
- Solutés utilisés : SS 0,9% 2000cc, SG 5% 1000cc

- Transfusion de 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.

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

A j7, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000 cc / 24 h
- SS 0,9% : 500cc / 24
- Amoxicilline 1g x 3 / 24h
- Péfloxacine 400 mg 1 amp x 2 / 24 h ( Péflocine<sup>R</sup>)

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

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° : 36,5°C
- Poids : 55 kg
- Classe ASA III

**Préparation préopératoire**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie

polyvalente :

- Totamine : 500<sub>cc</sub>/24h
- SG 30% : 500<sub>cc</sub>/ 24h
- SG 5% : 500<sub>cc</sub>/24H
- SS 0,9%: 500<sub>cc</sub> /24h
- Amoxicilline : 1g x 3 / 24h

**Il a été opéré le 24 /09/03 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% 2000<sub>cc</sub>, SG 5% 1500<sub>cc</sub>

## **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

Transfusion de 2 unités de sang O<sup>+</sup>

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.

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

A J5, le traitement a été simplifié avec :

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

L'évolution a été favorable, aucune complication n'a été observée.

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 et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500<sub>cc</sub>/24h
- SG 30% : 500<sub>cc</sub>/ 24h
- SG 5% : 500<sub>cc</sub>/24H
- SS 0,9%: 500<sub>cc</sub> /24h
- Métronidazole sirop: 1 c à soupe x 3 / 24 h
- Amoxicilline : 1g x 3 / 24h

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

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : thiopental
- Curarisation : vévuronium

## **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Intubation : sonde armée N° 7
- Entretien : halothane, réinjection de fentanyl et de vécuronium
- Solutés utilisés : SS 0,9% 2000<sub>cc</sub>, SG 5% 2000<sub>cc</sub>
- Transfusion de 2 unités de sang A<sup>+</sup>

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 5h30 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% : 1000<sub>cc</sub>/24h
- SS 0,9% : 1000<sub>cc</sub>/24h
- Gentamycine 80 mg x 2/ 24h
- Nalbuphine: Nubain<sup>R</sup>: 2 <sub>cc</sub> (4 mg) x 2 / 24h

Il est décédé à J9 des suites de delirium tremens (alcoolo-tabagique connu).

**DOSSIER N° 13**

**BD**, 60 ans, sexe masculin, peulh, pharmacien à la retraite.

**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, r ééquilibrage hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyavvlente :

- Trophysan : 500<sub>cc</sub>/24h
- SG 30% : 500<sub>cc</sub>/ 24h
- SS 0,9%: 500<sub>cc</sub> /24h
- Quinimax: 0,20 mg/24h
- Vitamine C, B6, B12 : ½ amp / 24 h
- Amoxicilline : 250 mg x 3 / 24h

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

- Prémédication : atropine,
- Analgésie : fentanyl
- Induction : halothane
- Intubation : sonde armée N° 5
- Entretien : halothane

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Solutés utilisés : SS 0,9% 2000<sub>cc</sub>, SG 5% 500<sub>cc</sub>
- Transfusion de 1 unités de sang O<sup>+</sup>
- Transfusion de 2 unités de sang A<sup>+</sup>

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.

**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% : 500<sub>cc</sub>/24h
- Amoxicilline 250 mg x 3 / 24h

L'évolution a été favorable, aucune complication n'a été signalée.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 10/11/93.

**DOSSIER N° 14**

**SN**, 60 ans, sexe féminin, Minyanka, pharmacien à la retraite.

**Service d'origine : Chirurgie B**

Diagnostic d'entrée : sténose l'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 : 41 kg
- Classe ASA III

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (jugulaire interne)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- Trophysan : 500<sub>cc</sub>/24h
- SG 30% : 500<sub>cc</sub>/ 24h
- SG 5% : 500<sub>cc</sub>/ 24h
- SS 0,9%: 500<sub>cc</sub> /24h
- Métronidazole : 250 mg 2 cp x 3/24h
- Vitamine C, 1 amp / 24 h
- Amoxicilline : 1 g x 3 / 24h

**Il a été opéré le 12/05/94 sous anesthésie générale:**

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : thiopental

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Curarisation : vécuronium
- Intubation : sonde armée N° 7
- Entretien : enflurane, réinjection de thiopental, vécuronium
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500<sub>cc</sub>, SG 5% 1000<sub>cc</sub>

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

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

**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% : 500<sub>cc</sub>/24h
- SS 0,9% : 500<sub>cc</sub>/24h
- Amoxicilline 1g x 3 / 24h

L'évolution a été favorable, aucune complication n'a été observée.

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'œsophage.

Admis en **SI** le 08/05/94

### **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 et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500<sub>cc</sub>/24h
- SG 30% : 500<sub>cc</sub>/ 24h
- SG 5% : 500<sub>cc</sub>/ 24h
- SS 0,9%: 500<sub>cc</sub> /24h
- Amoxicilline : 250 mg 2 cp x 3/24h

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

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : thiopental
- Curarisation : vécuronium

**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Intubation : sonde armée N° 7
- Entretien : halothane, réinjection de thiopental, fentanyl
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1000<sub>cc</sub>, SG 5% 500<sub>cc</sub>
- 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 retrosternal.

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

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

Il est décédé des suites d'une hémorragie importante par nécrose du transplant colique à J<sub>9</sub>.



**DOSSIER N° 16**

**SS**, 68 ans, sexe masculin, Sarakolé, policier à la retraite.

**Service d'origine : Chirurgie B**

Diagnostic d'entrée : sténose œsophagienne 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 et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500<sub>cc</sub>/24h
- SG 30% : 500<sub>cc</sub>/ 24h
- SG 5% : 500<sub>cc</sub>/ 24h
- SS 0,9%: 500<sub>cc</sub> /24h
- Amoxicilline : 1g x 3 / 24h

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

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

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Entretien : anflurence, réinjection fentanyl, vécuronium
- Solutés utilisés : SS 0,9% 2000<sub>cc</sub>, SG 5% 1000<sub>cc</sub>

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.

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

A J6, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000<sub>cc</sub>/ 24h
- SS 0,9%: 1000<sub>cc</sub> /24h
- Métronidazole: 250 mg 2cp X 3 / 24 h
- Ampicilline : 1g x 3 / 24h

L'évolution a été favorable, aucune complication n'a été observée.

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 œsophagienne 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 et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500<sub>cc</sub>/24h
- SG 30% : 500<sub>cc</sub>/ 24h
- SG 5% : 500<sub>cc</sub>/ 24h
- SS 0,9% : 500<sub>cc</sub> /24h
- Amoxicilline : 1g x 3 / 24h

**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

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Entretien : anflurane, réinjection fentanyl et de vecuronium
- Solutés utilisés : SS 0,9% 2500<sub>cc</sub>, SG 5% 1000<sub>cc</sub>
- Transfusion de 2 unités de sang 0+

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominal, plus cervicotomie 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.

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

A J8, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000<sub>cc</sub>/ 24h
- SS 0,9%: 1000<sub>cc</sub> /24h
- Métronidazole: 250 mg 2cp X 3 / 24 h
- Ampicilline : 1g x 3 / 24h

L'évolution a été favorable, aucune complication n'a été observée.

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

## **DOSSIER N° 18**

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

**Service d'origine : Chirurgie B.**

Diagnostic d'entrée : sténose œsophagienne.

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 et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500<sub>cc</sub>/24h puis Trivé 1000 : 1000cc / 24 h
- SG 30% : 500<sub>cc</sub>/ 24h
- SG 5% : 500<sub>cc</sub>/ 24h
- SS 0,9%: 500<sub>cc</sub> /24h
- Métronidazole: 250 mg X 3 24 h
- Amoxicilline : 1g x 3 / 24h

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

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : kétamine

**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Curarisation : pancuronium
- Intubation : sonde armée N° 7
- Entretien : halothane
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500<sub>cc</sub>, SG 5% 1500<sub>cc</sub>

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

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

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

A J5, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 500<sub>cc</sub>/ 24h
- SS 0,9%: 500<sub>cc</sub> /24h
- Métronidazole: 250 mg 2cp X 3 / 24 h
- Ampicilline : 1g x 3 / 24h

Aucune complication n'a été observée. 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'œsophage.

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 PIRIGOFF)

- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500<sub>cc</sub>/24h
- SG 30% : 500<sub>cc</sub>/ 24h
- SG 5% : 500<sub>cc</sub>/ 24h
- SS 0,9%: 500<sub>cc</sub> /24h
- métronidazole : 250mg 2cp x 3 / 24h

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

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Induction : propofol
- Curarisation : pancuronium

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Intubation : sonde armée N° 6 1/2
- Entretien : halothane
- Solutés utilisés : SS 0,9% 2000<sub>cc</sub>, SG 5% 1500<sub>cc</sub>
- Transfusion de 2 unités de sang 0+

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.

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

A J5, le traitement a été simplifié avec :

- Reprise de l'alimentation orale
- SG 5% : 1000<sub>cc</sub> / 24h
- SS 0,9% : 500<sub>cc</sub> / 24h
- Métronidazole: 250 mg 2cp X 3 / 24 h
- Ampicilline : 1g x 3 / 24h.

Un petit épanchement liquidien à la base thoracique droite a été observé en post opératoire, il a disparu sous 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 féminine, 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 et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500cc / 24h
- SG 30% : 500cc /24h
- SG 5% : 500cc /24h
- Métronidazole 250 mg 2 cp x 3 / 24
- Amoxicilline : 1g x 3 / 24h

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

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Introduction : propofol
- Curarisation : vecuronium
- Intubation : sonde armée N°7

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- 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.

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

A J7, le traitement a été simplifié avec :

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

L'évolution a été favorable, aucune complication n'a été observée.

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 mm Hg
- FC : 84 battements / mn
- T° : 37°2C
- Poids : 58kg
- Classe ASA III

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (jugulaire interne)
- Rééquilibration hydroélectrolytique :
- SG 5% : 1000cc / 24h
- SS 0,9% : 1000cc / 24h
- Métronidazole : 250mg, 2 cp x 3 / 24h
- Amoxicilline 1g x 3 /24h

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

- Prémédication : atropine, diazépam
- Analgésie : fentanyl
- Introduction : kétamine
- Curarisation : pancuronium
- Introduction : sonde armée N°7
- Entretien halothane, réinjection de pancuronium
- Solutés utilisé : SS 0,9% 1500cc, SG 5% 1000cc
- Transfusion de 2 unités de sang O +

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

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'es 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<sup>e</sup> intervention.**

**L'équilibration hydroélytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.**

A J5, le traitement a été simplifié avec :

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

En dehors d'une hémorragie postopératoire qui a été maîtrisée après une reintervention 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 III

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (jugulaire externe cathétérisée (au-delà du confluent de PIROGOFF))
- Rééquilibration hydroélectrolytique :
- SG 5% : 500cc / 24h
- SS 0,9% : 500cc / 24h

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

- Prémédication : atropine, diazépam
- Introduction : kétamine
- Curarisation : vécuronium
- Introduction : sonde armée N°7
- Entretien halothane, réinjection de kétamine et de vécuronium
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG 5% 1500cc

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

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.

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

A J11, le traitement a été simplifié avec :

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

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.

**DOSSIER N°23**

**AC**, 07 ans sexe féminin, élève, bambara.

**Service d'origine chirurgie B.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine caustique.

Admis en **SI**, le 13/0 8/99.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 90/50mmHg ;
- FC : 100battements/mn ;
- Poids : 19 Kg.
- T° : 36,8°C
- Classe ASA I

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- SG 5%/ 500cc/24h ;
- SS 0,9% : 500cc/24h ;
- Amoxicilline 500mgx3:24h

**Elle a été opérée le 15/08/99 sous AG.**

- Prémédication : atropine;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : thiopental ;
- Curarisation : vécuronium ;
- Intubation : sonde armée N°5 ;
- Entretien : halothane, réinjection fentanyl, vécuronium ;
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1000cc, SG5% 750cc.

**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

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

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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/24h,
- SS 0,9% 500cc/24h ;
- Amoxicilline 500mg x2/24h ;
- Métronidazole 250mg : 1comprimé x 3/24h ;

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 28 /08/99.



**DOSSIER N°24**

**SK**, 23 ans, sexe masculin, cultivateur, Bambara.

**Service d'origine chirurgie A.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine cancéreuse.

Admis en **SI**, le 12/01/00.

**\*Evaluation préopératoire :**

- TA : 115/75mmHg ;
- FC : 80 battements/mn ;
- Poids : 35Kg.
- T° : 37,2°C
- Classe ASA II

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500cc/24h;
- SG 5%/ 500cc/24h ;
- Ringer lactate : 500cc/24h ;
- Métronidazole 0,5g x 2/24h ;

**Il a été opéré le 14/01/00 sous AG.**

- Prémédication : atropine, diazépam ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : Kétamine ;
- Curarisation : Vécuronium ;
- Intubation : sonde armée N°7 ;
- Entretien : enflurane, réinjection fentanyl, vécuronium ;
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG5% 1000cc ;

## **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Transfusion de deux unités de sang O+.

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

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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/24h,
- SS 0,9% 500cc/24h ;
- Ampicilline 1g x 3/24 heures,
- Métronidazole 250mg 2comprimés x 3/24h ;

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 24 /01/00.

**DOSSIER N°25**

**AC**, 34 ans, sexe féminin ménagère, Bambara.

**Service d'origine chirurgie B**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine caustique

Admis en **SI**, le 18/ 02/2000

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 85/50mmHg;
- FC : 115battements/mn ;
- Poids : 36Kg.
- Classe ASA III

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (Jugulaire interne)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie

polyvalente :

- Totamine : 500cc/24h;
- SG 30% :500cc/24h
- SG 5%/ 500cc/24h ;
- SS 0,9% : 500cc/24h.
- Amoxicilline 1g x3/24h.

**Elle a été opérée le 01/03/2000 sous AG.**

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

**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Solutés utilisés : SS 0,9% 1000cc, SG5% 500cc.
- Transfusion de deux unités de sang A+

La technique chirurgicale a été un abord thoracique gauche plus résection et anastomose termino terminale.

Elle a présenté une chute tensionnelle.

Le réveil a été effectué au bloc opératoire.

**En post opératoire : L'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.**

Transfusion de trois unités O- en SI a été effectuée.

Le décès a été constaté et déploré à J9 des suites de délirium tremens.

**DOSSIER N°26**

**BT**, 43 ans sexe masculin cultivateur, Bambara.

**Service d'origine chirurgie B.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine cancéreuse.

Admis en **SI**, le 22/08/2000.

**\* Evaluation préopératoire :**

- TA : 80/50mmHg ;
- FC : 54 battements/mn ;
- Poids : 41Kg.
- T° : 36,8°C
- Classe ASA III

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (Jugulaire interne)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie

polyvalente :

- Trophysan: 500cc/24h;
- SG 30%/ 500cc/24h ;
- SG 5% 500cc/24h;
- SS 0,9% : 500cc/24h.
- Amoxicilline 1g x 3/24h ;
- Métronidazole 0,5g x 2/24h ;
- Vitamine C ; une ampoule /24h

**Elle a été opérée le 24/08/2000 sous AG.**

- Prémédication : atropine, diazépam ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : Kétamine ;
- Curarisation : Vécuronium ;

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Intubation : sonde armée N°7;
- Entretien : halothane, réinjection fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG5% 1000cc ;

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

Le réveil a été effectué au bloc opératoire sans particularité.

**En post opératoire : 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/ 24h ;
- SS 0,9% 500cc/24h ;
- Amoxiciline 1gx 3/24 heures,
- Métronidazole 250mg 2comprimés x 3/24h ;

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 03/ 09/ 2000.

**DOSSIER N° 27**

**AS**, 06 ans, sexe féminin, Sarakolé, élève.

**Service d'origine : Chirurgie A.**

Diagnostic d'entrée : sténose caustique de l'œsophage.

Admise le 27/ 09/ 2000 en **SI**.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 80/50mmHg.
- FC : 130 battements/mn.
- T° : 37,2°C.
- Poids : 16Kg.
- Classe ASA I.

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (jugulaire externe cathétérisée au-delà du confluent de PIROGOFF)
- Rééquilibration hydro électrolytique ;
- SS 0,9% 500cc/24h ;
- SG 5% 500cc/24h;
- Totamine 500cc/24h.

**Elle a été opérée le 28/09/2000 sous AG :**

- Prémédication : atropine
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : thiopental ;
- Curarisation : vécuronium ;
- Intubation : sonde armée N°5 ;
- Entretien : Flutane, réinjection de vécuronium et de fentanyl ;
- Solutés utilisés : SS 0,9% 500cc ; SG5% 500cc

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

Elle a présenté une stabilité hémodynamique.

En post opératoire, 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 ;
- SG5% 500cc/24h;
- Amoxicilline 500mg x3/ 24h;
- Métronidazole 250mg x2/24h

L'évolution a été favorable, aucune complication n'a été observée.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 03/10/2000

**DOSSIER N°28 :**

**TC**, 63 ans, sexe masculin, cultivateur.

**Service d'origine Chirurgie A.**

Diagnostic d'entrée : sténose oesophagienne d'origine cancéreuse.

Admis en **SI** le 17/10/2000.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 130/80mmHg.
- Fréquence cardiaque 116 battements /mn.
- T° : 36°C.
- Poids : 51Kg.
- Classe ASAII.

**Préparation préopératoire.**

- Prise d'une voie veineuse centrale fémorale ;
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie

polyvalente :

- Totamine : 500cc/24h ;
- SG 30% : 500cc/24h ;
- SS 0,9% : 500cc/24h ;
- Métronidazole sirop : une C à S x3/24h ;
- Amoxicilline : 1gx3/24h.

**Il a été opéré le 19/10/2000 sous AG.**

- 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/24h ; SG 5% 2000cc/24h ;
- Transfusion de 2 unités de sang A+.

La technique chirurgicale a été une thoracotomie gauche, plus résection anastomose termino-terminale.



**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

Il a présenté une stabilité hémodynamique.

Le réveil s'est effectué au bloc opératoire sans particularité ;

**En post opératoire : 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 ;
- SG5% 1000cc/24h ;
- SS 0,9% 1000cc/24h ;
- Gentamycine : 80mgx 2/24h ;
- Nalbufine (**Nubain**<sup>R</sup>) : (dilué dans 10cc d'eau distillée : 2cc x3/24h)

Evolution a été favorable, aucune complication ;

Le transfert dans le service d'origine a été effectué 28/10/2000.

**DOSSIER N°29**

**AT**, 66 ans, sexe masculin, cultivateur, Bambara.

**Service d'origine chirurgie B.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine cancéreuse.

Admis en **SI**, le 28/ 12/2000.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 90/60mmHg ;
- FC : 105 battements/mn ;
- Poids : 46Kg.
- Classe ASA III.

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500cc/24h ;
- SG 5%/ 500cc/24h ;
- Ringer lactate : 1000cc/24h.
- L'amoxicilline 1gx3/24h ;
- Métronidazole 0,5g (perfusion) x2/24h ;

**Il a été opéré le 29/12/2000 sous AG.**

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

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominale plus résection et anastomose termino-terminale.

Transfusion de 2 unités de sang AB+.

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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,
- SG5% 1000cc/24h,
- SS0, 9% 1000cc/24h,
- Gentamycine 80mgx2/24h ;
- Nalbufine (**Nubain<sup>R</sup>**) : (dilué dans 10 cc d'eau distillée : 2 cc x 3/24h.

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 05 /01/2001.

**DOSSIER N°30**

**SS**, 69 ans sexe masculin, cultivateur, Sarakolé.

**Service d'origine chirurgie B.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine cancéreuse.

Admis en **SI**, le 21/02/2001.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 120/90mmHg ;
- FC : 90 battements/mn ;
- Poids : 56Kg.
- Classe ASA II

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie

polyvalente :

- SG 5%/ 500cc/24h ;
- Ringer lactate : 1000cc/24h.
- L'amoxicilline 1gx3/24h ;
- Métronidazole 0,5g (perfusion) x2/24h ;

**Il a été opéré le 23/02/2001 sous AG.**

- Prémédication : atropine, diazépam ;
- Induction : thiopental ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Curarisation : vécuronium ;
- Intubation : sonde armée N°7 ;
- Entretien : halothane, réinjection thiopental, fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 2500cc, SG5% 2000cc.

### ***Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas***

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominale plus résection et anastomose termino-terminale.

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

En post opératoire : Hémorragie post opératoire corrigée par une transfusion de 2 unités de sang O+.

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,
- SG5% 1000cc/24h,
- SS0, 9% 1000cc/24h,
- Gentamycine 80mgx2/24h ;
- Nalbufine (**Nubain<sup>R</sup>**) : (dilué dans 10cc d'eau distillée : 2cc x3/24h.

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 30 /02/2001.

**DOSSIER N°31**

**AT**, 53 ans sexe féminin, enseignante, Bambara.

**Service d'origine chirurgie A.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine cancéreuse.

Admis en **SI**, le 12/05/2001.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 120/80mmHg ;
- FC : 115 battements/mn ;
- Poids : 50Kg.
- T° : 36 ,8°C
- Classe ASA II.

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500cc/24h ;
- SG 30%/ 500cc/24h ;
- SG 5%/ 500cc/24h ;
- SS 0,9% 500cc/24H
- Métronidazole sirop : Une C à S x3/24h ;
- L'amoxicilline 1gx3/24h ;

**Elle a été opérée le 14/05/2001 sous AG.**

- Prémédication : atropine, diazépam ;
- Analgésie :fentanyl ;
- Induction : propofol ;
- Curarisation : vécuronium ;

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Intubation : sonde armée N°7 ;
- Entretien : halothane, réinjection vécurium, fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 2500cc, SG5% 2000cc
- Transfusion de 2 unités de sang AB+ ;

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominale plus cervicotomie gauche plus transplant colique avec tunellisation retrosternale.

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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/24h,
- SS 0,9% 1000cc/24h,
- Gentamycine 80mgx2/24h ;
- Nalbufine (**Nubain<sup>R</sup>**) : (dilué dans 10cc d'eau distillée : 2cc x3/24h).

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 22/05/2001.

**DOSSIER N°32**

**DD**, 72 ans sexe masculin, cultivateur, Bambara.

**Service d'origine chirurgie A.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine cancéreuse.

Admis en **SI**, le 18/05/2001.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 90/50mmHg ;
- FC : 100 battements/mn ;
- Poids : 40Kg.
- Classe ASA III.

**Préparation préopératoire :**

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

- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 1000cc/24h ;
- SG 5%/ 1000cc/24h ;
- Ringer lactate 1000cc/24H
- Transfusion de 2 unités de sang B+
- Métronidazole sirop : Une C à S x3/24h ;
- L'amoxicilline 1gx3/24h ;

**Il a été opéré le 20/05/2001 sous AG.**

- Prémédication : atropine, diazépam ;
- Analgésie :fentanyl ;
- Induction : thiopental ;
- Curarisation : vécuronium ;



**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Intubation : sonde armée N°7 ;
- Entretien : halothane, réinjection thiopental, fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 2500cc, SG5% 2000cc
- Transfusion de 2 unités de sang B+.

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominale plus cervicotomie gauche plus transplant colique avec tunellisation retrosternale.

Le réveil a été observé en soins intensifs.

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

La transfusion de 2 unités de sang B+ a été effectué à J 2

Décès à J3 des suites d'une hémorragie importante par nécrose du transplant colique.

**DOSSIER N°33**

**AB**, 44 ans sexe masculin, cultivateur, bambara.

**Service d'origine chirurgie A.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine cancéreuse.

Admis en **SI**, le 19/07/2001.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 110/80mmHg ;
- FC : 90 battements/mn ;
- Poids : 52kgs
- Classe ASA II.

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (Jugulaire interne)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- SG 5%/ 1000cc/24h ;
- Ringer lactate 1000cc/24H
- L'amoxicilline 1gx 3/24h ;

**Il a été opéré le 20/07/2001 sous AG.**

- Prémédication : atropine, diazépam ;
- Analgésie :fentanyl ;
- Induction : Kétamine ;
- Curarisation : vécuronium ;
- Intubation : sonde armée N°7 ;
- Entretien : halothane, réinjection Kétamine, fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1000cc, SG5% 500cc
- Transfusion de 2 unités de sang A+ ;

**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominale plus cervicotomie gauche plus transplant colique avec tunellisation antéro-sternale.

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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/24h,
- SS 0,9% 1000cc/24h,
- Gentamycine 80mgx2/24h ;

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 29/07/2001.

**DOSSIER N°34**

**OK**, 57 ans sexe masculin, cultivateur, Malinké.

**Service d'origine chirurgie A.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine cancéreuse.

Admis en **SI**, le 19/08/2001.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 130/80mmHg ;
- FC : 116 battements/mn ;
- Poids : 52Kg.
- T° : 36°C
- Classe ASA II

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500cc/24h;
- SG 30% :500cc/24
- SG 5%/ 500cc/24h ;
- SS 0,9% : 500cc/24h.
- L'amoxicilline 1gx3/24h ;
- Métronidazole sirop Une C à S x 3/24h ;

**Il a été opéré le 21/08/2001 sous AG.**

- Prémédication : atropine, diazépam ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : propofol ;
- Curarisation : vécuronium ;

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Intubation : sonde armée N°7 ;
- Entretien : halothane, réinjection vécuronium, fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 2500cc, SG5% 2000cc.
- Transfusion de 2 unités de sang A+

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominale plus résection et anastomose termino-terminale.

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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,
- SG5% 1000cc/24h,
- Gentamycine 80mg x 2/24h ;
- Nalbufine (**Nubain**<sup>®</sup>) : (dilué dans 10cc d'eau distillée : 2cc x 3/24h.

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 28 /08/2001.

**DOSSIER N°35**

**FC**, 9 ans sexe féminin, élève, Bambara.

**Service d'origine chirurgie A.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine caustique.

Admis en SI, le 14/11/2001.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 85/55mmHg ;
- FC : 115 battements/mn ;
- Poids : 12Kg.
- Classe ASA II

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (Jugulaire interne)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie

polyvalente :

- Totamine : 500cc/24h;
- SG 5%/ 500cc/24h ;
- SS 0,9% : 500cc/24h.
- L'amoxicilline 500g x 3/24h ;
- Métronidazole sirop Une C à C x 3/24h ;

**Elle a été opérée le 15/11/2001 sous AG.**

- Prémédication : atropine;
- Induction : Kétamine ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Curarisation : vécuronium ;
- Intubation : sonde armée N°5 ;
- Entretien : halothane, réinjection fentanyl.

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Solutés utilisés : SS 0,9% 1000cc, SG5% 500cc.

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominale plus cervicotomie gauche plus transplancolique avec tunellisation rétrosternale.

Le réveil a été observé en soins intensifs.

**En post opératoire : 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,
- SG5% 500cc/24h,
- Amoxicilline 500mg x 2/24h ;

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 22 /11/2001.

**DOSSIER N°36**

**AT**, 7 ans sexe féminin, élève, Malinké.

**Service d'origine chirurgie B.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine caustique.

Admis en **SI**, le 17/12/2001.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 100/80mmHg ;
- FC : 105 battements/mn ;
- Poids : 18Kg.
- T° : 37°C
- Classe ASA I

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- Trophysan : 500cc/24h;
- SG 5%/ 500cc/24h ;
- SS 0,9% : 500cc/24h.
- Amoxicilline 500g x 3/24h ;
- Métronidazole sirop Une C à C x 3/24h ;

**Elle a été opérée le 19/12/2001 sous AG.**

- Prémédication : atropine, midazolam ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : Kétamine ;
- Curarisation : vécuronium ;
- Intubation : sonde armée N°5 ;



### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Entretien : halothane, réinjection fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1000cc, SG5% 500cc.

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominale avec cervicotomie gauche plus transplant colique avec tunellisation retrosternale.

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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,
- SG5% 500cc/24h,
- Amoxicilline 500mg x 2/24h.

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 26 /12/2001.

**DOSSIER N°37**

**BS**, 19 ans sexe masculin, élève, Peulh.

**Service d'origine chirurgie A.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine caustique.

Admis en **SI**, le 24/01/2002.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 90/50mmHg ;
- FC : 115 battements/mn ;
- Poids : 23Kg.
- T° : 37°C
- Classe ASA III

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (Jugulaire interne)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- SG 5%/ 500cc/24h ;
- SS 0,9% : 500cc/24h.
- L'amoxicilline 1g x 2/24h ;
- Métronidazole sirop Une C à S x 3/24h ;
- Transfusion de 2 unités de sang O+

**Il a été opéré le 25/01/2002 sous AG.**

- Prémédication : atropine, diazépam ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : Kétamine ;
- Curarisation : vécuronium ;
- Intubation : sonde armée N°6 ;

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Entretien : halothane, réinjection fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1000cc, SG5% 500cc.

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominale avec cervicotomie gauche plus transplant colique avec tunellisation retrosternale.

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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,
- SG5% 500cc/24h,
- SS 0,9% 500cc/24h
- Gentamycine 40mg x 2/24h ;

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 31 /01/2002.

**DOSSIER N°38**

**SS**, 69 ans sexe masculin, cultivateur, Sarakolé.

**Service d'origine chirurgie B.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine cancéreuse.

Admis en **SI**, le 21/02/2002.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 120/90mmHg ;
- FC : 90 battements/mn ;
- Poids : 56Kg.
- T° : 36°C
- Classe ASA II

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- SG 5%/ 500cc/24h ;
- Ringer lactate : 1000cc/24h.
- Amoxicilline 1gx 3/24h ;
- Métronidazole sirop Une C à S x 3/24h ;

**Il a été opéré le 23/02/2002 sous AG.**

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

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG5% 2000cc.
- Transfusion de 2 unités de sang O+

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominale plus résection et anastomose termino-terminale.

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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,
- SG5% 1000cc/24h,
- Gentamycine 80mg x 2/24h ;

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 01 /03/2002.

**DOSSIER N°39**

**MT**, 19 ans sexe masculin, cultivateur, Malinké.

**Service d'origine chirurgie B.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine caustique.

Admis en **SI**, le 14/03/2002.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 110/80mmHg ;
- FC : 115battements/mn ;
- Poids : 36Kg.
- T° : 37° C
- Classe ASA II

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (Jugulaire interne)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- Trophysan : 500cc /24h;
- SG10%/ 500cc/24h ;
- SS 0,9% : 500cc/24h.
- L'amoxicilline 1gx3/24h ;
- Métronidazole 0,5g x 2/ 24h ;

**Il a été opéré le 16/03/2002 sous AG.**

- Prémédication : atropine, midazolam ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : Kétamine ;
- Curarisation : vécuronium ;
- Intubation : sonde armée N°7 ;

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Entretien : halothane, réinjection vécuronium, fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 2500cc, SG5% 2000cc.
- Transfusion de 2 unités de sang O+

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

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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,
- SG5% 500cc/24h,
- SS 0,9% 500cc/ 24h
- Métronidazole 250mg 2comprimés x 3/ 24H.
- Ampicilline 500mg : 2 gélules x 2/24h.

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 23 /03/2002.

**DOSSIER N°40**

**MO**, 29 ans sexe masculin, enseignant, Bambara.

**Service d'origine chirurgie B.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine cancéreuse.

Admis en **SI**, le 08/04/2002.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 90/60mmHg ;
- FC : 80 battements/mn ;
- Poids : 49Kg.
- T° : 37,5°C
- Classe ASA II

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500cc/24h;
- SG 30% :500cc/24
- SG 5%/ 500cc/24h ;
- SS 0,9% : 500cc/24h.
- Amoxicilline 1gx3/24h ;
- Métronidazole sirop Une C à S x 3/24h ;
- Vitamine C : une ampoule /24h.

**Il a été opéré le 21/08/2001 sous AG.**

- Prémédication : atropine, diazépam ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : thiopental ;



**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Curarisation : pancuronium ;
- Intubation : sonde armée N°7 ;
- Entretien : halothane, réinjection pancuronium, fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG5% 1500cc.

La technique chirurgicale a été un abord thoraco-abdominale plus résection et anastomose termino-terminale.

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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% 500cc/24h,
- SS 0,9% 500cc/24h ;
- Amoxicilline 1g x 2/24 heures,
- Gentamycine 40mg x 2/24h ;

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 17 /04/2002.

**DOSSIER N°41**

**SO**, 27 ans sexe féminin, ménagère, Malinké.

**Service d'origine chirurgie B.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine caustique.

Admis en **SI**, le 11/06/2002.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 110/70mmHg ;
- FC : 72 battements/mn ;
- Poids : 54Kg.
- T° : 37°C
- Classe ASA I

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500cc/24h;
- SG 30% :500cc/24
- SG 5%/ 500cc/24h ;
- SS 0,9% : 500cc/24h.
- L'amoxicilline 1g x 3/24h ;

**Elle a été opérée le 13/06/2002 sous AG.**

- Prémédication : atropine, diazépam ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : thiopental ;
- Curarisation : vécuronium ;
- Intubation : sonde armée N°7 ;

**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Entretien : halothane, réinjection thiopental, fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1000cc, SG5% 500cc.
- Transfusion de 2 unités de sang A+

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

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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,
- SG5% 1000cc/24h,
- Gentamycine 40mg x 2/24h ;

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 20 /06/2002.

**DOSSIER N°42**

**MD**, 47 ans sexe féminin, enseignante, Peulh.

**Service d'origine chirurgie A.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine cancéreuse.

Admis en **SI**, le 05/07/2002.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 100/60mmHg ;
- FC : 60 battements/mn ;
- Poids : 46Kg.
- T° : 37°C
- Classe ASA II

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500cc/24h;
- SG 30% :500cc/24
- SG 5%/ 500cc/24h ;
- SS 0,9% : 500cc/24h.
- Quinimax 0,60g x 2/ 24h
- L'ampicilline 1gx 3/24h ;

**Elle a été opérée le 07/07/2002 sous AG.**

- Prémédication : midazolam ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : thiopental ;
- Curarisation : vécuronium ;

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Intubation : sonde armée N°7 ;
- Entretien : enflurane, réinjection vécuronium.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG5% 1000cc.

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

Le réveil a été effectué après injection de **naloxone** au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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 ;
- SG5% 1000cc/24h ;
- SS 0,9% 500cc/24h ;
- Métronidazole 250mg : 2cp x 3/24h ;
- Ampicilline 1g x 3/ 24h.

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 16 /07/2002.

**DOSSIER N°43**

**AS**, 06 ans sexe féminin, élève, Sarakolé.

**Service d'origine chirurgie A.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine caustique.

Admis en **SI**, le 27/09/2002.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 80/50mmHg ;
- FC : 130 battements/mn ;
- Poids : 16Kg.
- T° : 37°C
- Classe ASA I

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (jugulaire interne)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500cc/24h;
- SG 5%/ 500cc/24h ;
- SS 0,9% : 500cc/24h.
- Amoxicilline 500 mg x 3/24h ;
- Métronidazole sirop Une C à Cx 3/24h ;

**Elle a été opérée le 28/09/2002 sous AG.**

- Prémédication : atropine;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : thiopental ;
- Curarisation : vécuronium ;
- Intubation : sonde armée N°5;

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Entretien : halothane, réinjection vécuronium, fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 500cc, SG5% 500cc.

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

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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,
- SG5% 500cc/24h,
- Ampicilline 500mg x 2/24h.

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 05 /10/2002.

**DOSSIER N°44**

**SC**, 08 ans sexe féminin, élève, Peulh.

**Service d'origine chirurgie B.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine caustique.

Admis en **SI**, le 22/09/2002.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 110/60mmHg ;
- FC : 124 battements/mn ;
- Poids : 12Kg.
- T° : 38,5°C
- Classe ASA I

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- Trophysan : 500cc/24h;
- SG 30% :500cc/24
- SG 5%/ 500cc/24h ;
- SS 0,9% : 500cc/24h.
- Quinimax 0,20g x 2 /24h
- L'amoxicilline 250mg x3/24h ;

**Elle a été opérée le 24/09/2002 sous AG.**

- Prémédication : atropine;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : halothane ;
- Curarisation : vécuronium ;



### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Intubation : sonde armée N°5 ;
- Entretien : halothane.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1000cc, SG5% 500cc.
- Transfusion d'une unité de sang O+.

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

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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,
- SG5% 500cc/24h,
- Amoxicilline 250mg x 3/24h.

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 30 /10/2002.

**DOSSIER N°45**

**P D**, 18 ans sexe masculin, cultivateur, Peulh.

**Service d'origine chirurgie A.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine caustique.

Admis en **SI**, le 07/11/2002.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 100/60mmHg ;
- FC : 80 battements/mn ;
- Poids : 46Kg.
- T° : 37,5°C
- Classe ASA II

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500cc/24h;
- SG 30% :500cc/24
- SG 5%/ 500cc/24h ;
- SS 0,9% : 500cc/24h.
- L'amoxicilline 1gx3/24h ;
- Métronidazole sirop deux C à S x 3/24h ;
- Vitamine C : une ampoule /24h.

**Il a été opéré le 09/11/2002 sous AG.**

- Prémédication : atropine, diazépam ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : thiopental ;

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Curarisation : Pancuronium ;
- Intubation : sonde armée N°7 ;
- Entretien : halothane, réinjection pancuronium, fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG5% 1500cc.

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

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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/24h,
- SS 0,9% 500cc/24h
- Gentamycine 80mg x 2/24h ;

L'évolution a été favorable sans complication.

Le transfert dans le service d'origine a été effectué le 15 /11/2002.

**DOSSIER N°46**

Y T, 60 ans sexe masculin, pharmacien en retraite, Bambara.

**Service d'origine chirurgie A.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine cancéreuse.

Admis en **SI**, le 17/11/2002.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 130/80mmHg ;
- FC : 118 battements/mn ;
- Poids : 52Kg.
- T° : 36°C
- Classe ASA II

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle et rééquilibration hydroélectrolytique :
  - Totamine : 500cc/24h;
  - SG 30% : 500cc/24
  - SG 5%/ 500cc/24h ;
  - SS 0,9% : 500cc/24h.
  - L'amoxicilline 1gx3/24h ;
  - Métronidazole sirop Une C à S x 3/24h ;

**Il a été opéré le 19/11/2002 sous AG.**

- Prémédication : atropine, diazépam ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : propofol ;
- Curarisation : vécuronium ;
- Intubation : sonde armée N°7 ;

**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Entretien : halothane, réinjection vécuronium, fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 2500cc, SG5% 2000cc.
- Transfusion de 2 unités de sang A+

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

Le réveil a été effectué sans particularité au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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,
- SG5% 1000cc/24h ;
- SS 0,9% 1000cc/24h ;
- Gentamycine 80mg x 2/24h ;
- Nalbufine (**Nubain**<sup>R</sup>) : (dilué dans 10cc d'eau distillée : 2cc x 3/24h.

Il est décédé à J9 des suites de delirium tremens (Alcool tabagique connu).

**DOSSIER N°47**

**TS**, 73 ans sexe masculin, cultivateur, Sarakolé.

**Service d'origine chirurgie B.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine cancéreuse.

Admis en **SI**, le 13/12/2002.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 130/70mmHg ;
- FC : 96 battements/mn ;
- Poids : 47Kg.
- T° : 36,5°C
- Classe ASA II

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500cc/24h;
- SG 30% :500cc/24
- SG 5%/ 500cc/24h ;
- SS 0,9% : 500cc/24h.
- L'amoxicilline 1gx3/24h ;
- Métronidazole sirop Une C à S x 3/24h ;

**Il a été opéré le 15/12/2002 sous AG.**

- Prémédication : atropine, diazépam ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : thiopental ;
- Curarisation : vécuronium ;

### **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Intubation : sonde armée N°7 ;
- Entretien : halothane, réinjection fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1500cc, SG5% 1000cc.
- Transfusion de 2 unités de sang A+

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

Le réveil a été effectué après injection de naloxone au bloc opératoire.

**En post opératoire : 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,
- SG5% 1000cc/24h,
- SS 0,9% 500cc/24h ;
- Gentamycine 80mg x 2/24h ;
- Nalbufine (**Nubain**<sup>R</sup>) : (dilué dans 10cc d'eau distillée : 2cc x 3/24h.

Il est décédé à J9 des suites de delirium tremens (Alcool tabagique connu) .

**DOSSIER N°48**

**BO**, 28 ans sexe masculin, enseignant, Bambara.

**Service d'origine chirurgie B.**

Diagnostic : sténose de l'œsophage d'origine caustique.

Admis en **SI**, le 19/02/2003.

**Evaluation préopératoire :**

- TA : 110/70mmHg ;
- FC : 72 battements/mn ;
- Poids : 54Kg.
- T° : 37°C
- Classe ASA I

**Préparation préopératoire :**

- Prise d'une voie veineuse centrale (fémorale)
- Assistance nutritionnelle, rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente :

- Totamine : 500cc/24h;
- G 30% :500cc/24
- G 5%/ 500cc/24h ;
- SS 0,9% : 500cc/24h.
- Amoxicilline 1gx3/24h ;

**Il a été opéré le 21/02/2003 sous AG.**

- Prémédication : atropine, diazépam ;
- Analgésie : fentanyl ;
- Induction : thiopental ;
- Curarisation : vécuronium ;
- Intubation : sonde armée N°7 ;



**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

- Entretien : halothane, réinjection thiopental, fentanyl.
- Solutés utilisés : SS 0,9% 1000cc, SG5% 500cc.
- Transfusion de 2 unités de sang A+

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

Le réveil a été effectué après injection de naloxone au bloc opératoire.

**En post opératoire : L'assistance nutritionnelle, l'équilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie polyvalente ont été poursuivies.**

Il est décédé en J2 des suites de nécrose du transplant avec hémorragie importante

# *RESULTATS*

### **III. RESULTATS**

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

<b>Sexe</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage</b>
Masculin	28	<b>58,3</b>
Féminin	20	41,7
Total	48	100

Le sexe masculin a représenté **58,3%** des patients.

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

<b>Agés en année</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage</b>
0-9	8	16,7
10-19	4	8,4
20-29	6	12,5
30-39	3	6
40-49	7	14,5
50-59	4	8,4
60-69	11	<b>23</b>
70-79	5	10,5
	48	100

L'âge moyen dans la série a été de 46 ans avec des extrêmes de 6 à 73 ans. La tranche d'âge 60-69 a représenté 23%

## **Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

**Tableau III** : Répartition des patients selon le diagnostic

<b>Diagnostic</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage</b>
Sténose d'origine cancéreuse	27	<b>56,2</b>
Sténose caustique	21	43,8
Total	48	100

La sténose d'origine cancéreuse a représenté **56,2%**.

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

<b>Classe ASA I</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage</b>
ASA I	6	12,5
ASAI	29	<b>60,5</b>
ASA III	13	27
Total	48	100

La classe ASA II a représenté **60,5%** des cas.

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

<b>Type de voie centrale</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage</b>
Fémorale	27	<b>56,25</b>
Jugulaire interne	17	35,41
Jugulaire externe/CP	4	8,33
Total	48	100

L'abord de la voie fémorale a représenté **56,25%** des cas.

**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

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

Nutrition parentale	Nombre de cas	Pourcentage
Oui	28	<b>58</b>
non	20	42
Total	48	100

Les patients ayant bénéficié d'une nutrition parentérale représentent **58%** des cas.

**Tableau VII** : Répartition par rapport à la technique chirurgicale

Technique chirurgicale	Nombre de cas	Pourcentage
Thoracotomie gauche + résection et anastomose termino-terminale	7	15
Thoracotomie droite + résection et anastomose termino-terminale	1	2
Abord thoraco-abdominal + cervicotomie gauche+ transplant colique avec tunellisation retrosternale	16	<b>33,3</b>
Abord thoraco-abdominal + cervicotomie gauche+ transplant colique avec tunellisation antésternale	2	4
Thoracotomie gauche + cervicotomie avec résection tumorale + stripping	1	2
Abord abdominal + résection et anastomose termino –terminale	6	12,5
Abord thoraco-abdominal + résection et anatomose termino-terminale	15	31,2
Total	48	100

Abord thoraco-abdominal + cervicotomie gauche+ transplant colique avec tunellisation retrosternale a représenté **33,3%** des techniques utilisées.

**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

**Tableau VIII** : Répartition par rapport à la transfusion sanguine.

Transfusion	Nombre de cas	Pourcentage
Oui	41	<b>85</b>
non	7	15
Total	48	100

Le recourt à la transfusion sanguine a été chez **85%** des patients.

**Tableau XII** : Répartition des patients en fonction de la reprise de l'alimentation orale ou entérale

Nombre de jours après intervention	Nombre de cas	Pourcentage
J5	35	<b>73</b>
J6	4	8,3
J7	7	14,5
> J7	2	4,2
Total	48	100

La reprise alimentaire en J5 a représenté **73%**.

**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

**Tableau X** : Réparation des patients en fonction des complications observées

<b>Complications</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage</b>
Thrombose veineuse	1	8,33
Suppurations : cervicale de la base pulmonaire droite	2	16,66
Hémorragie post opératoire	2	16,66
Hémorragie + nécrose du transplant colique (décès)	<b>3</b>	25
Delirium tremens (décès)	<b>4</b>	36,36
Total	<b>12</b>	100

Hémorragie + nécrose du transplant colique (décès) : **3 cas**.

Décès des suites de Delirium tremens : **4**

Nombre total de complications observées : **12**.

**TABLEAU XI** : Répartition des patients selon la durée de la chirurgie.

<b>Durée (en heure)</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage</b>
4 -6	22	46
> 6	26	<b>54</b>
Total	48	100

Dans **54%** des cas l'acte chirurgical a été supérieur à 6 heures.

**TABLEAU XII** : Répartition des patients selon la durée de l'anesthésie.

<b>Durée (en heure)</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage</b>
5 - 6	22	46
> 6	26	<b>54</b>
Total	48	100

La durée de l'anesthésie a été supérieure à 6 heures chez **54%** des patients.

La technique d'anesthésie a été la neuroleptanalgie avec curarisation dans tous les cas.

**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

**TABLEAU XIII** : Répartition des patients selon la résidence.

<b>Résidence</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage</b>
Urbain	17	35,4
Ruraux	31	<b>64,6</b>
Total	48	100

Les ruraux ont représenté **64,6%** des patients.



# COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

#### **IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

Ce travail est la suite logique des travaux préliminaires présentés à Yaoundé (1994) et Bamako (1997 et 1998). Pour sa réalisation, quarante huit patients provenant des services de chirurgie viscérale ont été recensés et suivis (22 patients pour l'étude rétrospective et 26 pour la prospective).

L'âge moyen dans notre série a été de 46,04 ans avec comme extrêmes 6 et 73 ans.

Le cancer de l'œsophage a été en cause dans 27 cas (56,2%) et la sténose caustique dans 21 cas (43,8%).

La classe ASA II a représenté 60,5% et ASA III (27%).

Le risque élevé de la mortalité chez les sujets ASA IV et V nous ont fait éviter 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 nécessaire et systématique chez tous les patients : gage de sécurité [2].

Elle a été la fémorale pour 31 patients, la jugulaire interne pour 17 et la jugulaire externe pour 4 patients.

La sous Clavière a été évitée de façon délibérée.

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 quinze patients ;
- un abord thoraco-abdominal plus cervicotomie gauche avec montage d'un transplant colique avec tunellisation rétrosternale dans seize cas.

Contrairement aux cas européens [3], [11], [12], [21] le réveil s'est effectué au bloc opératoire chez 83% de nos patients.

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

La reprise de l'alimentation orale s'est effectuée dans la majorité des cas à J<sub>5</sub> (trente cinq cas soit 73 %) ou plus tard.

Nous avons observé 7cas de décès :

Trois par nécrose du transplant avec hémorragie à J<sub>1</sub> ;

Quatre par delirium tremens à J<sub>9</sub> ; contre deux cas de décès dans l'étude de Tall [ 5].

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) ;

***Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas***

- deux 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.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## **V.CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

Le présent travail a permis de démontrer la faisabilité de la chirurgie lourde oesophagienne à l'Hôpital du Point « G » et l'obtention de résultats satisfaisants dans des conditions de travail de Paye en développement.

Les patients sont vus à un stade tardif, la prédominance des sténoses tumorales rend la prise en charge plus complexe.

Malgré ces handicaps ; 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 parentale quand les moyens du patient l'autorisent ;
- une neuroleptanalgie associée à une curarisation profonde ;
- un monitarage 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 pronostic plus avantageant 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 et anesthésistes réanimateurs.
  
3. Doter d'avantage l'Hôpital du Point « G » de Référence en matériel de chirurgie lourde et d'anesthésie réanimation pour une meilleure prise en charge pré, per et postopératoires des patients devant bénéficier d'oesophagoplastie.

# *REFERENCES*

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

**1. AUFFREY J.P., FULACHIE V.**

Anesthésie et réanimation dans la chirurgie du tube digestif.  
EMC-1-3656 A10-1985-Tome III

**2. BERTHE O.**

Intérêt de l'abord veineux central en milieu hospitalier.  
Thèse médecine, Bamako, 1997, N° 31

**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 Nationale du Point G à propos de 12 cas.  
XI<sup>e</sup> 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 Nationale du Point G à propos de 19 cas.  
XIII<sup>e</sup> congrès annuel de la SARANF, 1996, Bamako  
RAMUR, Tome II, N°1, 1<sup>er</sup> semestre 1997, 45-49

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

L'histoire d'une sténose oesophagienne.

**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

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, 36570 A10, 1992, 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'œsophage 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 – 1970.

**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. PHILIPID., 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



**Prise en charge anesthésiologique dans les oésophagoplasties portant sur 48 cas**

Ed. Masson, Paris, 1989, 60-70

**21. RANSON BITKER B.**

Prévision du risqué 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. SAMI 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 prosective, X<sup>e</sup> Congrès annuel de la SARANF Abidjan RAMUR N°3, 2<sup>e</sup>  
semestre, 1995.

**30. WRIGHT S.**

Physiologie appliquée à la Médecine.  
Ed. Flammarion, paris, 1989, 474 – 486.



# *ANNEXES*

**LOCALISATION ET RESUME DE LA THESE**

**TITRE** : Prise en charge anesthésiologiste des oesophagoplasties à l'Hôpital du Point « G » à propos de 48 cas.

**Nom** : **KONE**

**Prénom** : **Oumar**

**Année universitaire** : **2004—2005**

**Ville de soutenance** : **Bamako**

**Lieu de dépôt** : **Bibliothèque de la FMPOS**

**Secteurs d'intérêt** : **Anesthésie Réanimation, Chirurgie, Médecine interne, Gastro-Entérologie.**

**RESUME**

Notre travail a été une étude rétrospective et prospective réalisée d'Octobre 1991 à Mars 2003.

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 du Point « G » Quarante (48) patients souffrant d'une sténose oesophagienne (d'origine cancéreuse ou caustique ont subi une oesophagoplastie).

Tous les malades ont été vus en consultation pré anesthésique et ont bénéficié d'une préparation préopératoire (voie veineuse centrale, nutrition parentérale, rééquilibration hydro électrolytique, 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 soins intensifs jusqu'à la reprise de l'alimentation par voie orale.

On a observé 11 cas de décès :

- Quatre par hémorragie plus nécrose du transplant colique
- Sept par delirium tremens

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

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

**Mots clés** : **sténose, abord veineux central, nutrition parentérale neuroleptanalgesie.**