

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'OdontoStomatologie



Année Universitaire 2007-2008

Thèse N° / ___/

**OESOPHAGOPLASTIE DANS LE SERVICE DE
CHIRURGIE « A » DU CHU DU POINT « G »
A PROPOS DE 21 CAS**

THESE DE MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le _____ 2008
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie
De l'Université de Bamako

Par
Monsieur Drissa KONE
Pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury:

Président : **Professeur Djibril SANGARE**

Membres : **Docteur Zanafon OUATTARA**
 Docteur Adama KOÏTA

Co-Directeur **Docteur Zimogo Zié SANOGO**

Directeur : **Professeur Sambou SOUMARE**

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, mauvaise habitude alimentaire. Elles sont dominées par le cancer de l'œsophage ou du cardia et les séquelles d'ingestion de caustiques. [1]

L'oesophagoplastie est le nom donné aux diverses opérations destinées à remplacer une partie plus ou moins grande de l'œsophage oblitéré, soit par une portion d'estomac, de jéjunum ou de colon transplanté. [17]

L'idée de l'oesophagoplastie est fort ancienne et les premières tentatives ont toutes été faites sur des sténoses bénignes de l'œsophage (BIRCHER 1894). Ce fut le jéjunum qui fut le premier organe transposé [18]

Cependant les premiers cas d'oesophagoplastie colique datent de 1911 par KELLING en Allemagne et VULLIET en France. Ils utilisèrent des transplants de colon transverse. [18 ; 23]

TOUPET et ORSONI en 1950 en France s'attachèrent ultérieurement à perfectionner l'usage de ce segment qui est la seconde technique la plus utilisée. [18 ; 23]

Cette technique opératoire est utilisée le plus souvent dans le cancer de l'œsophage vu à un stade tardif où la dysphagie est totale et l'alimentation impossible. [2]

A Djibouti à l'hôpital PELTIER, une étude réalisée en 1993 a porté sur 23 cas d'oesophagoplastie. [2]

A Lubumbashi (R D Congo) et à Lusaka (Zambie), une étude menée simultanément dans les départements de chirurgie des deux facultés de médecine

voisines a porté sur 55 cas d'oesophagoplastie sur une période de 15 ans d'activité chirurgicales[35].

Au Mali, en 1998, une étude portant sur la prise en charge anesthésiologique et réanimation réalisée sur 22 cas dans le service de réanimation à l'hôpital du POINT G a donné de bons résultats.

L'oesophagoplastie est une chirurgie lourde nécessitant une prise en charge multi disciplinaire et comportant un risque élevé de complications ; au Mali peu d'études ont été réalisées dans la prise en charge de cette pathologie chirurgicale, ce qui nous a conduit à mener une telle étude.

OBJECTIFS :

OBJECTIF GENERAL :

Evaluer la prise en charge des oesophagoplasties dans le service de chirurgie « A » du C.H.U du Point G.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- 1 Evaluer la fréquence des oesophagoplasties dans le service de chirurgie « A » du C.H.U du « Point G ».
- 2 Déterminer la nature des lésions ayant nécessité une oesophagoplastie.
- 3 Spécifier les différentes techniques utilisées.
- 4 Evaluer le pronostic.

A- GENERALITES :

I. RAPPEL ANATOMIQUE : [15 ; 16 ; 19 ; 21]

L'œsophage est un long conduit musculo-membraneux situé derrière la trachée. Il prend naissance au niveau de la gorge à l'extrémité inférieure 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 et 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'abdomen et s'ouvre 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 dans l'estomac est appelé cardia.

La direction générale de l'œsophage est un peu 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 accusée cependant que celle de la colonne vertébrale, car l'œsophage qui est appliqué en haut à la colonne vertébrale jusqu'à D4 s'en éloigne ensuite jusqu'à la 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 2 dernières portions décrivent dans le thorax une courbe très nette à convexité droite.

2. Dimensions :

L'œsophage mesure en moyenne 25 cm de long dont :

- Segment cervical : 5 cm
- Segment thoracique : 16 – 18 cm
- Segment intra abdominal : 3 cm.

Son diamètre vari suivant les régions entre 2 et 3 cm.

L'œsophage présente 3 rétrécissements :

- Le 1^{er}, cricoïdien correspond à l'orifice supérieur ;
- Le 2^{ème}, broncho aortique correspond à la bronche gauche et à l'aorte thoracique ;
- Le 3^{ème}, diaphragmatique et correspond à l'orifice inférieur.

Ces rétrécissements ne sont pas à confondre avec des sténoses pathologiques.

Il existe des zones dilatées entre ces rétrécissements.

3. configuration 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 étendue sauf à son extrémité inférieure où il prend une forme conique à base inférieure.

La surface intérieure 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 oesophagienne.

Dans la partie cervicale de l'œsophage les parois antérieure et postérieure sont appliquées l'une contre l'autre. Dans sa partie thoracique au contraire, elle est physiologiquement béante. Au niveau de sa traversée diaphragmatique sa lumière est virtuelle.

4. Rapports :

4.1. Orifice supérieur : l'orifice supérieur de l'œsophage répond :

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

Il est situé à 15 cm environ de la partie moyenne de l'arcade dentaire 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 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 cellulaire très mince ;

-**Sur les cotés :** il répond par l'intermédiaire de la gaine viscérale aux lobes latéraux du corps thyroïde, 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 laquelle il est uni par du tissu cellulaire dont la densité augmente de bas en haut et par des brides élastiques et musculaires lisses trachéo oesophagienne ;

. La bifurcation de la trachée et l'origine de la bronche gauche, parce que 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 trachéo-bronchiques ;

. L'artère bronchique et l'artère pulmonaire droite qui croisent toutes 2 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.

- **En arrière** : l'œsophage est appliqué sur la colonne vertébrale depuis son origine jusqu'à D4. Sur toute sa hauteur il répond successivement d'avant en arrière :

. A la gaine viscérale qui l'accompagne jusqu'à D4 ;

. A l'espace rétro viscérale;

. A l'aponévrose pré vertébrale ;

. Aux muscles pré vertébraux.

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

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

A 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 inter azygo-œsophagien et inter aortico-œsophagien ainsi qu'au ligament de MOROSOW tendu en arrière de l'œsophage entre ces deux culs de sac ;

A la petite veine azygos et aux premières artères intercostales 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.

- **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 ensuite et gagne peu à peu sa face postérieure.

- **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.

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 1 cm 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 à droite,

A la partie la plus déclive du poumon gauche ;

Au segment du rachis compris entre la partie moyenne de D10 et celle 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 longé par le petit épiploon. Les deux feuillets de cet épiploon s'écartent l'un de l'autre le long du bord droit de l'œsophage. Le feuillet antérieur se continue 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 oesophagien diaphragmatique

Il existe en fait un canal oesophagien diaphragmatique. L'œsophage abdominal est entouré sur toute sa longueur d'une gaine fibreuse sous péritonéale en avant, pré diaphragmatique en arrière ; inséré : en haut sur l'œsophage, 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 à l'aorte, au pilier gauche du diaphragme et au corps de D11 ;

En avant avec le lobe gauche du foie sur lequel il creuse une gouttière et se projette sur le 7^e cartilage costal ;

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

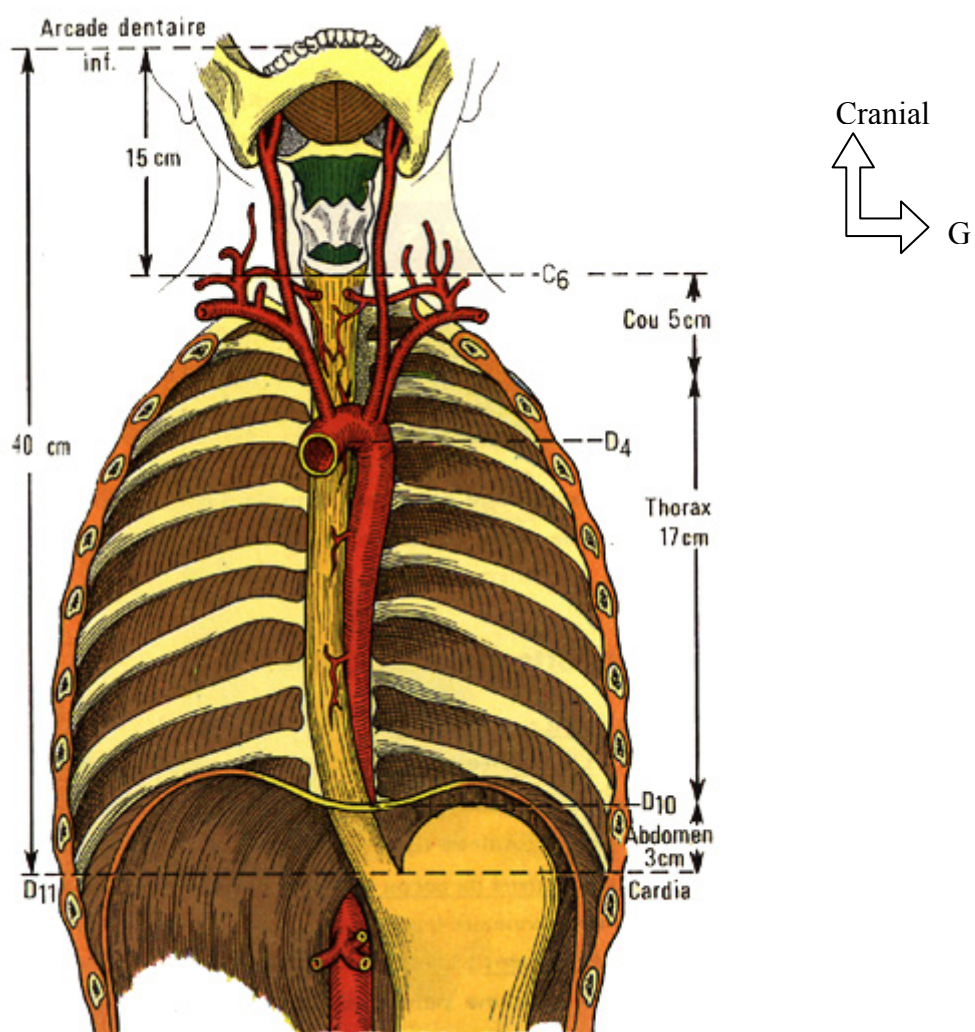


Fig1 : Portions de l'œsophage et l'aorte

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 stomachique) 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 bronchique et diaphragmatique 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 pré vertébraux, para trachéaux, 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 (récurent).

7. Structure

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

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

-La musculuse, elle est faite de muscles squelettiques au niveau du 1/3 supérieur ; de muscles squelettiques et lisses au niveau du 1/3 moyen ; celle du 1/3 inférieur est faite de muscles lisses ;

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

-La muqueuse de l'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.

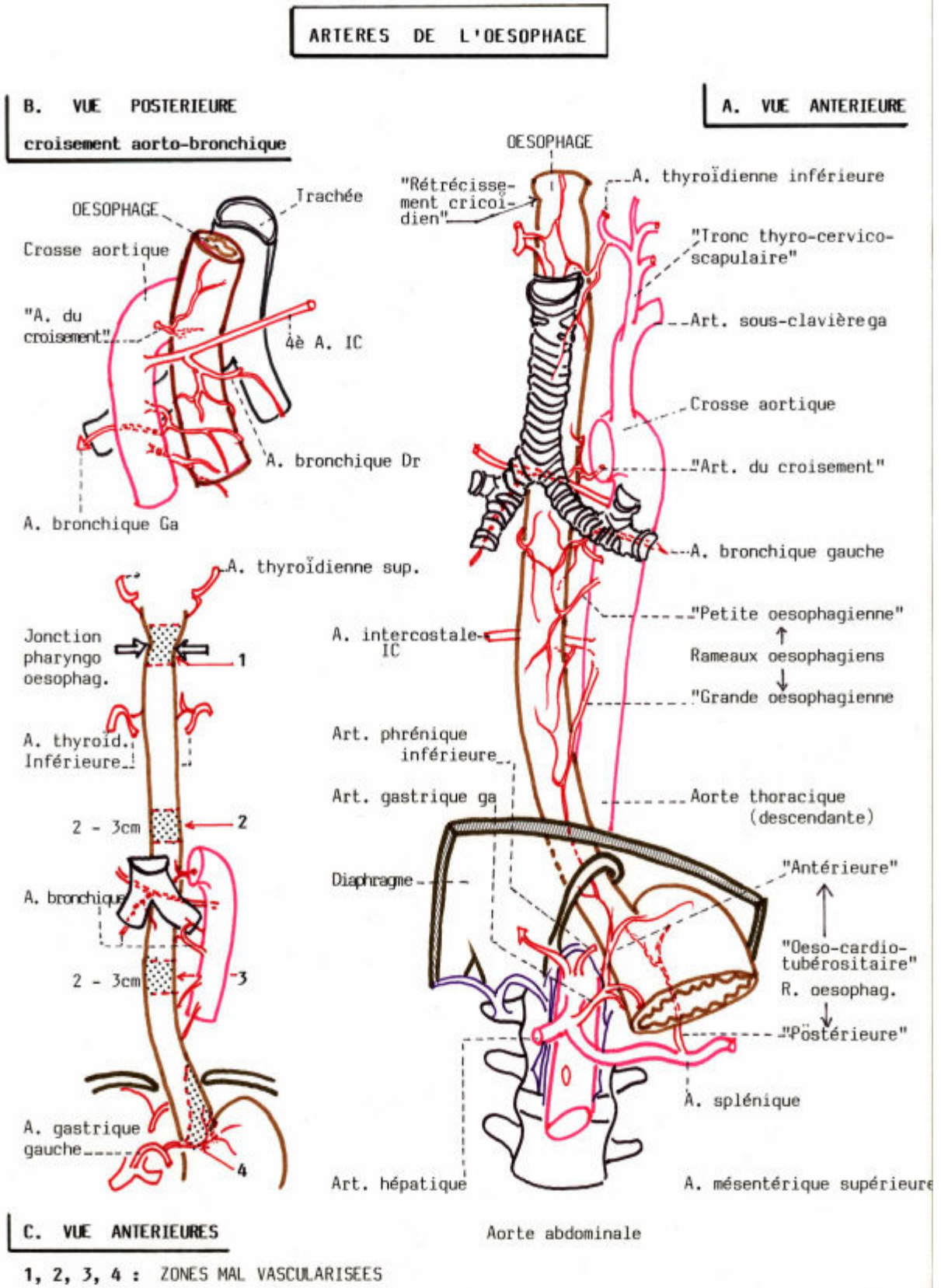


Fig 2 : Vascularisation artérielle de l'œsophage.

II. RAPPEL PHYSIOLOGIQUE.

1. La phase mécanique : [14]

Une fois rassemblée sur la partie moyenne du dos de la langue, les aliments mâchés et enduits de salives sont poussés vers l'isthme du gosier où leur contact avec les muqueuses réflexogènes déclenchent le mécanisme de la déglutition.

Celle-ci est constituée par l'ensemble des actes mécaniques par lesquels le bol alimentaire liquide ou pâteux est transporté de la cavité buccale vers l'estomac.

La propulsion se fait en trois temps : buccal pharyngien, oesophagien.

1.1. Le temps buccal :

Il est volontaire et réflexe.

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

- 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 oesophagien : 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 oesophagienne 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 musculeux, il est formé de fibres longitudinales et circulaires disposées tout comme dans l'estomac et l'intestin en vue de l'exécution d'onde péristaltique. Lors du passage de l'onde péristaltique les capteurs de pression montent une augmentation de 60 à 80 cm d'eau. La puissance oesophagienne est donc énergétique.

La vitesse de propagation de l'onde péristaltique est lente (2 à 4 cm/s). Pour parcourir l'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 des actions musculaires et la fixité de leur déroulement. Il s'agit d'un enchaînement réflexe dont le point de départ est le temps buccal. Que celui-ci soit volontaire ou réflexe, il projette le contenu de la bouche (salive ou aliment) au contact des zones réflexogènes. Ces zones déclenchent la série immuable des mouvements coordonnés qui font passer le bol de l'isthme du gosier vers l'estomac qui assure la couverture des fosses nasales et du pharynx. Ces zones sont :

- Le voile du palais et ses piliers antérieur et postérieur.
- La luvette,
- Les parois postérieure et antérieure,
- 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 relâchement musculaire qui constituent la déglutition normale. Le centre de la déglutition se trouve dans le bulbe sous le plancher du 4^{ème} ventricule au niveau du noyau solitaire du nerf vague. Autre fois on le croyait fragmenter 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 central est donné 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. Toute fois si la mise en branle du centre bulbaire de la déglutition est avant tout la conséquence des afférences réflexes en provenance de la région pharyngée, la déglutition tout au moins dans son déclenchement initial, peut être volontaire. La commande est en ce cas corticale et la zone qui en est responsable a été localisée à la partie antérieure de la 2^{ème} circonvolution frontale. Doté d'une innervation sympathique et para sympathique, l'œsophage reçoit des afférences motrices cholinergiques du nerf cervico dorsal. Au contraire le nerf vague est inhibiteur du cardia et le sympathique constricteur. Le péristaltisme oesophagien et le jeu associé du cardia révèlent l'antagonisme et la réciprocité de cette double innervation.

III. LES PATHOLOGIES STENOSANTES DE L'ŒSOPHAGE :

1. Cancer de l'œsophage [22 ; 18]

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 et 70 ans.

1.1.2. Facteurs favorisants :

Le tabagisme et l'alcoolisme chronique sont nettement incriminés.

La conservation des aliments par saumure ou dans des boîtes 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 œsophagites, l'endobrachyœsophage, le méga œsophage, le reflux gastro œsophagien.

1.1.3. Histologie :

1.1.3. a- Macroscopie :

Le cancer de l'œsophage peut revêtir plusieurs aspects : ulcero-bourgeonnant le plus fréquent ; ulcéré ; bourgeonnant ; infiltrant.

Le siège peut être : tiers supérieur dans 20% des cas; tiers moyen dans 30 % des cas ; tiers inférieur dans 50%.

1.1.3 b- Microscopie :

Le cancer de l'œsophage se présente sous deux formes histologiques :

- **Les carcinomes** : représentent 99% des cas de cancer de l'œsophage. Ils comprennent deux types :

. Les carcinomes épidermoïdes : représentent 90% des carcinomes, ils se produisent un tissu de type malpighien ;

. Les adénocarcinomes : représentent 9% des carcinomes, reproduisent un tissu de type glandulaire (muqueuse de BARETT) ;

- les autres types : représentent 1% des cancers de l'œsophage, il s'agit : des mélanomes malins, des sarcomes, des lymphomes malins.

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, les poumons, 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 moins de 5 cm 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 oesophagienne.

T2 : tumeur de plus de 5 cm sur la longueur de l'œsophage ne s'accompagnant pas d'extension extra oesophagienne 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 extra oesophagienne évidente.

N : état des ganglions lymphatiques.

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

N1 : ganglions homo latéraux mobiles.

N1a : cliniquement bénins.

N1b : cliniquement malins.

N2 : ganglion contro ou bilatéraux.

N3 : adénopathies fixes

M : présence ou absence de métastases.

M0 : pas de métastases évidentes.

M1 : métastases évidentes.

M1a : métastases ganglionnaires à distance.

M1b : autre métastases.

1.1.6 Stadification : 4 stades

Stade 0 = TisNoMo

Stade I = T1NoMo

Stade II = stade IIa : T2NoMo ou T3NoMo,

Stade IIb : T3N1Mo ou T2N1Mo

Stade III = T3N1Mo ou T4NxMo

Stade IV = TxNxM1

NB : Tx= tous T, Nx= tous N

1.1.7 : Autres caractéristiques :

Le cancer de l'œsophage est souvent associé à un cancer oto-rhino-laryngologique (O.R.L). Il a un caractère métastasants (foie, poumon, os) et est multifocal.

1.2. Diagnostic :

1.2.1. Clinique :

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

Les signes associés sont : les régurgitations, les vomissements, les hypersialorrhées, les éructations douloureuses et spasmodiques, la fétidité de l'haleine, l'altération de l'état général avec déséquilibre nutritionnel et hydro électrolytique.

1.2.2. Para clinique :

- **Le transit œso gastro duodéal (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 multi focal de la tumeur.

- **Le bilan d'extension :** il repose sur :

La bronchoscopie, l'échographie du foie, la radiographie du thorax, la radiographie du rachis, le scanner thoracique et abdominal à la recherche d'une extension médiastinale, l'examen O.R.L.

1.3. Complications : il peut s'agir de :

- Une paralysie récurrentielle,
- Une adénopathie sus claviculaire,
- Une dysphonie,
- Une anomalie à l'examen O.R.L.,
- Une fistule oeso bronchique,
- Une dénutrition.

1.4. Traitements :

A-But :

-**Traitement curatif :** exérèse de la tumeur avec curage ganglionnaire.

-**Traitement palliatif :** lorsque l'exérèse n'est plus possible, permettre un meilleur confort de vie.

Ralentir l'évolution néoplasique

*Radiothérapie externe (contre-indication absolue : fistule oesotrachéale ou oesobronchique +++contre-indication relative : adénocarcinome)

*Chimiothérapie radio sensibilisante (5FU+Cisplastine)

permettre la ré alimentation

traitement des carences

*Soutien psychologique (alcool +tabac plus ou moins maintenus)

*Antalgique +++

-Traitement préventif : arrêt de l'intoxication alcoolo-tabagique, traitement précoce des affections prédisposantes.

B-Moyens et méthodes :

1- Traitement curatif (20% des cas)=exérèse carcinologique

Chirurgie :

a) Principes du traitement chirurgical :

a-1 Voie d'abord il peut s'agir :

- Laparotomie +thoracotomie droite (Lewis-Santy) : 1/3 moyen, 1/3 inférieur
- Thoracophréno-laparotomie gauche (Sweet) :1/3 inférieur
- Laparotomie + thoracotomie droite + cervicotomie (Akiyama) : 1/3 moyen, 1/3 supérieur.
- Œsophagectomie sans thoracotomie : 1/3 inférieur, 1/3 supérieur
- Œsophagolaryngectomie totale (OPLT) : cancers ORL associés ou œsophage cervical haut.

a-2 œsogastrectomie polaire supérieure (OGPS) ou œsophagectomie totale

a-3 Curage ganglionnaire cœliaque et médiastinal

a-4 Faire un examen extemporané à la limite supérieure de l'œsophage

a-5 Anastomose œsogastrique (ou plus rarement œsocolique) intra thoracique ou cervicale

a-6 Jéjunostomie (1 mois puis ablation), non systématique

a-7 Pièce opératoire adressée à l'anatomo-pathologie

a-8 Alimentation :

- parentérale exclusive jusqu'à la reprise du transit

- puis : entérale par jéjunostomie
- puis : orale progressive après contrôle de l'anastomose par un transit aux hydrosolubles (j10).

b) Cas particuliers

b-1 Cancer de l'œsophage cervicale (pneumopathies par fausses routes, masse parfois palpable), rarement extirpable le traitement repose sur radiothérapie externe plus la chimiothérapie.

b-2 Cancer de l'œsophage juxta-cardial (dysphagie précoce)

- Gastrectomie totale élargie à l'œsophage abdominal par voie abdominale pure, le plus souvent, avec anastomose œsojéjunale sur anse en Y (ou plastie colique)
- ou OGPS par double voie (thoracique et laparotomie)

c) Les complications post opératoires :

c-1 Immédiates : il peut s'agir ;

- Une fistule anastomotique : cervicale le plus fréquente et peu grave ; intra thoracique moins fréquente mais plus grave ;
- Pneumopathie ;
- Mortalité opératoire est de 10 %.

c-2 A distance : amaigrissement, récédive.

2) Traitements complémentaires :

- Radiothérapie externe + Chimiothérapie (5FU + Cisplatine)

- Préopératoires (de principe ou pour une tumeur volumineuse) ;
- Ou post opératoire si exérèse incomplète (N+).

3) Traitement palliatif (80%)

3-1 Laser endo-oesophagien (contre indication : fistule œso-trachéale ou œso-bronchique) .Risque : perforation œsophagienne

3-2 Endoprothèse transtumorale

. Contre indication : cancer de l'œsophage cervical ++ (migration, mauvaise tolérance)

. Souvent précédée d'une dilatation endoscopie

. Si la tumeur est sous la crosse aortique (2/3 inférieurs)

. Seul traitement si fistule oesotrachéale ou oesobronchique

3-3 Postlethwait : oesophagoplastie rétro sternale sans oesophagectomie

3-4 Gastrotomie ou jéjunostomie d'alimentation

4 Cas particulier : fistule oesotrachéale ou oesobronchique

***Clinique :**

-Fausse route lors de l'alimentation liquide

-Pneumopathie

*TOGD aux hydrosolubles

*Fibroskopie bronchique +biopsies

*Endoprothèse puis alimentation orale

5-Pronostic et surveillance :

5-1Survie à 5 :

A tous stades confondus la survie à ans est de 5%, ainsi nous avons ;

- 70% de survie à 5 ans pour les tumeurs in situ ;
- 30% de survie à 5 ans pour les tumeurs T1 et N0 ;
- 15% de survie à 5 ans pour les tumeurs T2 ;
- 3% de survie à 5ans pour les tumeurs T3.

5-2 Surveillance :

Qui doit se faire les 6, 12, 18, 24 mois ; puis tous les ans et qui doit comportée ;

- un examen clinique ;
- une FOGD, une échographie hépatique, une radiographie pulmonaire,

le dosage des marqueurs tumoraux, un examen ORL, une fibroskopie trachéobronchique et si possible le Scanner (TDM).

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 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 des lésions gastriques.
- L'eau bouillante agit sur la muqueuse par effet thermique.

2.2. Conséquences anatomiques :

2.2.1. Macroscopie :

Les lésions apparaissent avec prédilection au niveau des rétrécissements physiologiques :

- Supérieur cricoïdien,
- Broncho aortique,
- Diaphragmatique.

2.2.2. Histologie :

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

- **1^{er} degré :** la brûlure ne touche que la muqueuse qui est oedematiée et érythémateuse.
- **2^{ème} degré :** les lésions plus profondes ne dépassent pas la sous muqueuse. Œdème, érythème et ulcération se couvrent rapidement de fausses membranes.

- **3^{ème} 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 d'un 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 connaître cette phase car c'est une période « d'accalmie traîtresse », trompeuse, pendant laquelle les lésions sténosiques peuvent se constituer à bas bruit. Les tuniques 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. La phase d'œsophagite chronique ou de rétrécissement cicatriciel apparaît dès le début de la 4^{ème} semaine.

2.2. Complications :

Immédiates : sont dominées par : les infections, les perforations œsophagiennes.

Tardives : à type de :

-Infections

-Abscesses rétro pharyngés, pulmonaires.

-Fistules oesotrachéales ou oesobronchiques.

-Oesophagites par reflux gastro oesophagien.

-Hernie hiatale par traction de l'œsophage fibrosé.

-Altération de l'état général avec déséquilibre hydro électrolytique.

-Sténose cicatricielle.

-Cancérisation secondaire.

2.5. Conduite à tenir :

En urgence, les lavages gastriques, la prescription d'émétisant ou de produits neutralisants sont proscrits. Il en est de même avec les pansements digestifs qui sont inutiles car la nécrose s'installe dès les 1^{ère} 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'œsophagite chronique est recommandée. Cette sonde est supprimée dès que les dilatations sont 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.

Inconvénients : elle favorise le reflux gastro oesophagien et constitue un corps étranger susceptible de provoquer un tissu de granulation. Elle est inconfortable et favorise une hyper sialorrhée 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^{ème} jour 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 des ces dilatations est la perforation oesophagienne.

2.6.2. Le traitement chirurgical :

On utilise la technique d'oesophagoplastie rétro sternale. 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 pré opératoire du patient et une réanimation per et post opératoire rigoureuse. De nombreuses complications sont possibles à cause de l'aspect anatomique de l'œsophage :

- Complication respiratoire ;
- Fistules ;
- Hémorragie,
- Complications cardio circulatoires.

La surveillance post opératoire est impérieuse et constante.

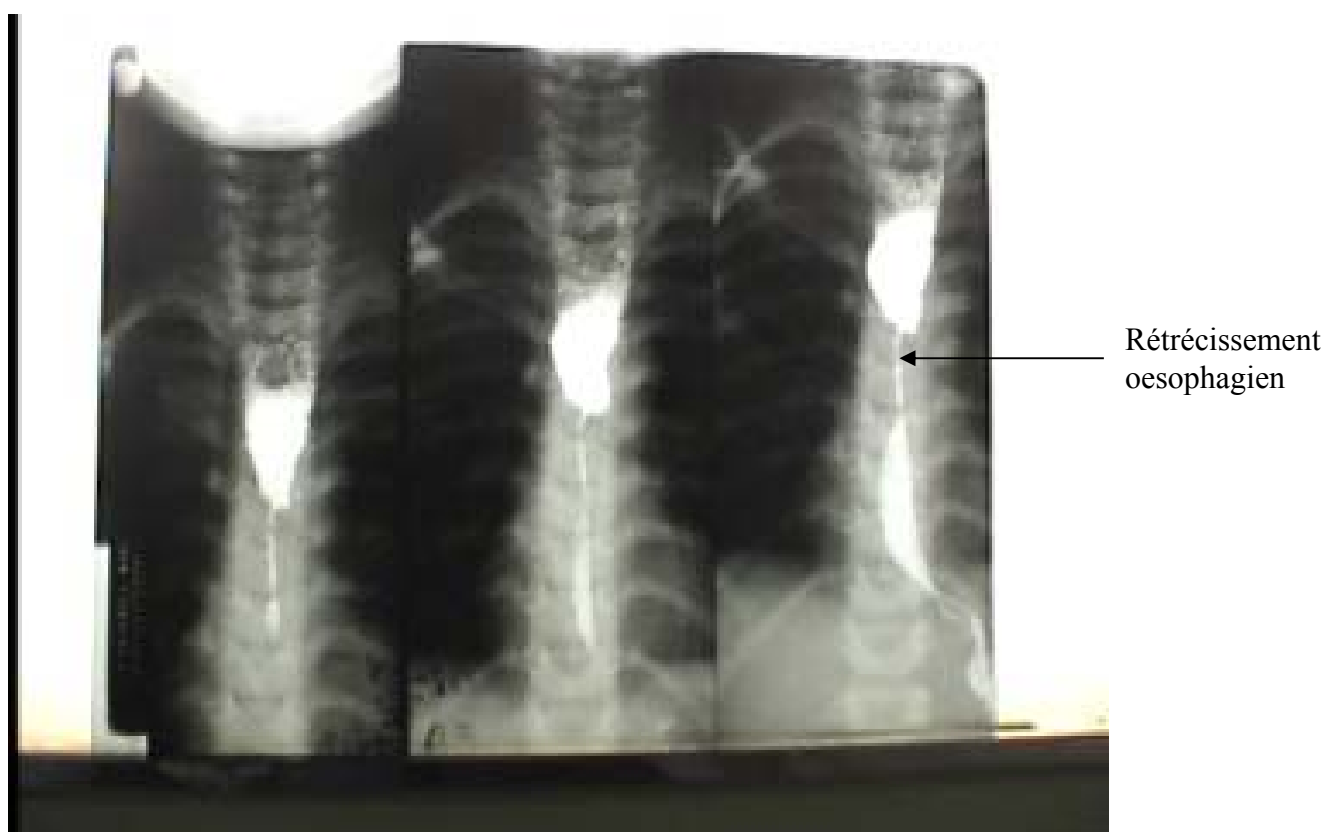


Fig 3: TOGD pour sténose caustique de l'œsophage

Image du service de chirurgie « A » du CHU du Point « G » Bamako.

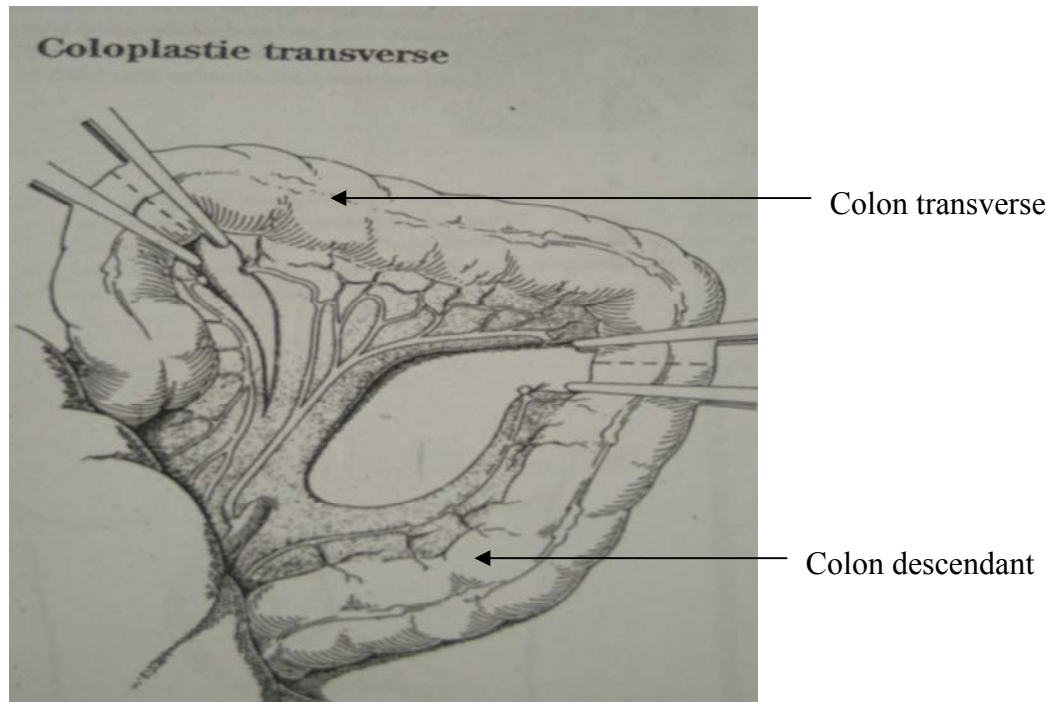


Fig 5 : Section du colon transverse entre deux pinces. [33]

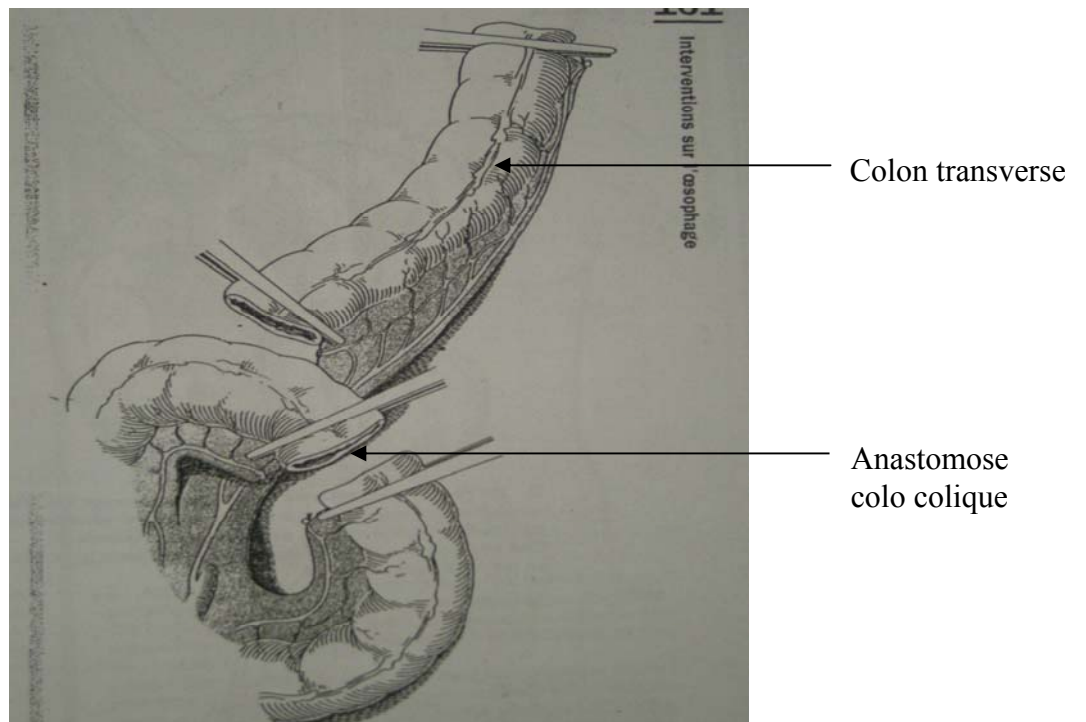
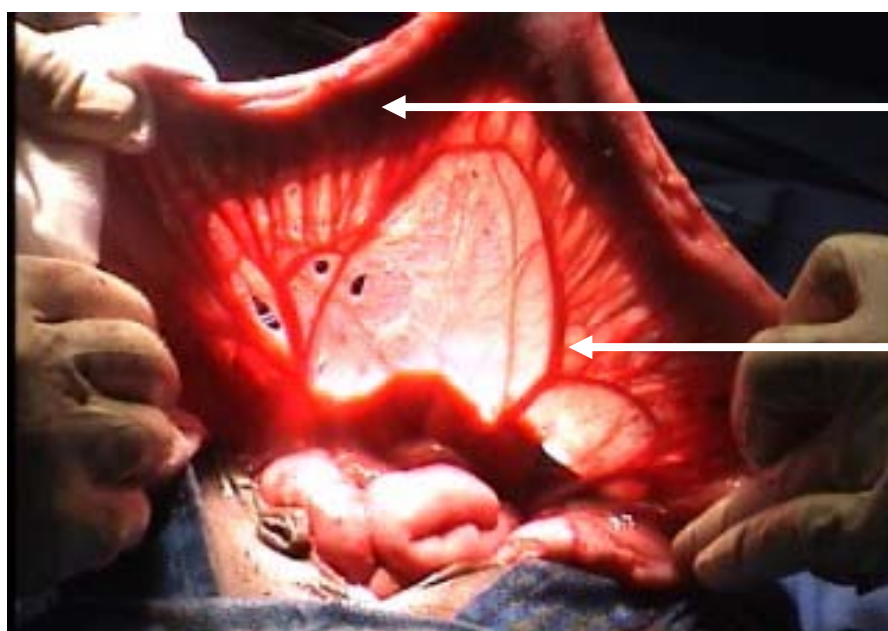


Fig 6 : Plastie prélevée et les deux moignons de colon transverse en voie d'anastomose. [33]

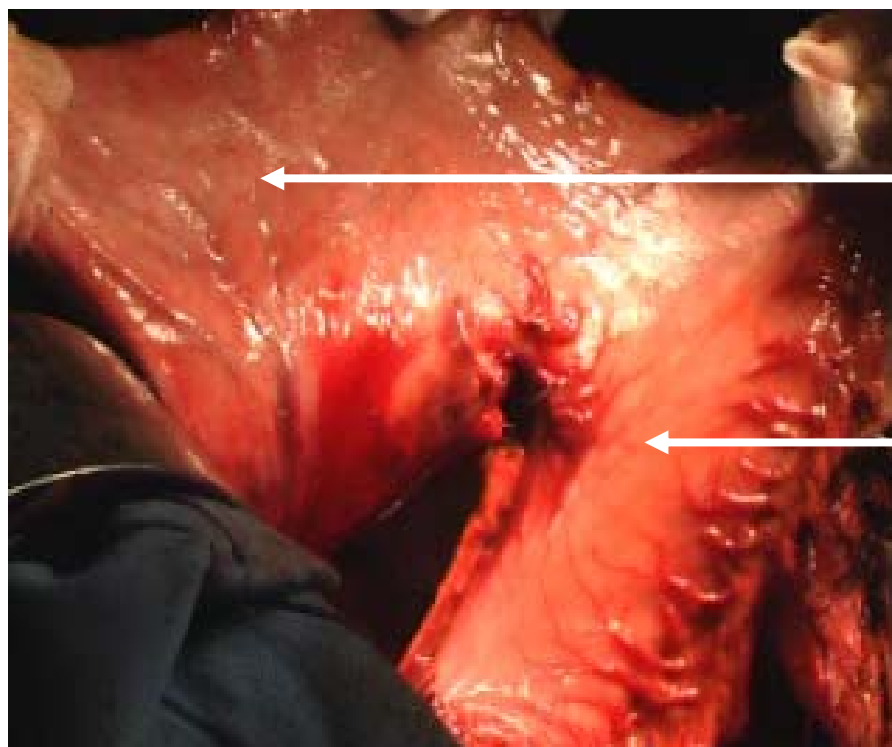


Colon transverse

Arcade
vasculaire

Fig 7 : Un transplant colique et ses arcades vasculaires.

Image du service de chirurgie « A » du CHU du Point « G » Bamako.



Estomac

Duodénum

Fig 8 : Une plastie gastrique après gastrectomie.

Image du service de chirurgie « A » du CHU du Point « G » Bamako.

B- MÉTHODOLOGIE :

⇒ Cadre de l'étude :

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G est un centre de troisième niveau de référence. Il est situé à 8 km du centre ville, sur la colline du Point G. Présentement l'hôpital regroupe 18 services dont deux services de chirurgie générale.

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G. Les activités chirurgicales sont dominées par la chirurgie digestive, thoracique et endoscopique.

Le service comprend deux pavillons (pavillon TIDIANI FAGANDA TRAORÉ et pavillon Chirurgie II). Les deux entités comprennent 40 lits d'hospitalisation dont 18 lits de troisième catégorie, 16 lits de deuxième catégorie et 6 lits de première catégorie.

Les activités chirurgicales du service sont couvertes par 7 chirurgiens.

⇒ Malades :

Echantillonnage : a comporté tous les malades présentant une lésion oesophagienne traumatique ou tumorale chez lesquels une oesophagoplastie a été pratiquée.

Critères d'inclusion : sont inclus dans notre étude, tous les patients opérés pour lésion oesophagienne chez lesquels l'oesophagoplastie a été pratiquée.

Critères de non inclusion : n'ont pas été retenus dans notre étude :

Tous les patients présentant des lésions oesophagiennes non opérés.

Tous les patients opérés mais n'ayant pas subi une oesophagoplastie.

⇒ Méthode :

Type d'étude : notre étude était rétro prospective

Période d'étude : l'étude s'est déroulée sur une période de neuf (9) ans allant du 1^{er} Janvier 1999 au 31 Décembre 2007.

Collecte des données : nous avons établi un protocole de recherche comportant :

- Une fiche d'enquête élaborée par nous même et corrigée par notre directeur de thèse.
- Un recueil des informations à partir des anciens dossiers rédigés lors de la consultation dans le service.
- Les compte rendus des consultations d'anesthésie- réanimation
- Les compte rendus opératoires du service.

Saisie des données : le traitement de texte a été effectué sur Microsoft Word version 2000; la saisie des données sur SPSS version 11.0 ; et l'analyse sur le logiciel Epi info 6.0.

Le test statistique de comparaison a été utilisé au cours de ce travail.

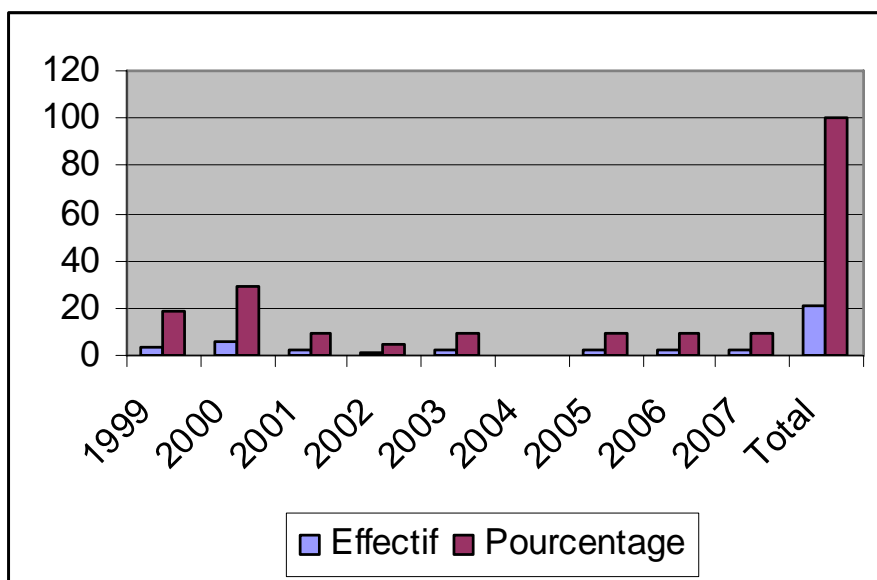
C- RESULTATS :

I- Fréquence :

Sur environ 4290 opérations de chirurgie digestive et thoracique pratiquées pendant cette période de 9 ans, nous avons pu trouver 21 cas d'affection oesophagienne chez lesquels l'oesophagoplastie a été effectuée ;représentant 0,49% de cette chirurgie.

II- Données socio démographiques :

Graphique I : Répartition des patients selon le nombre de cas par année



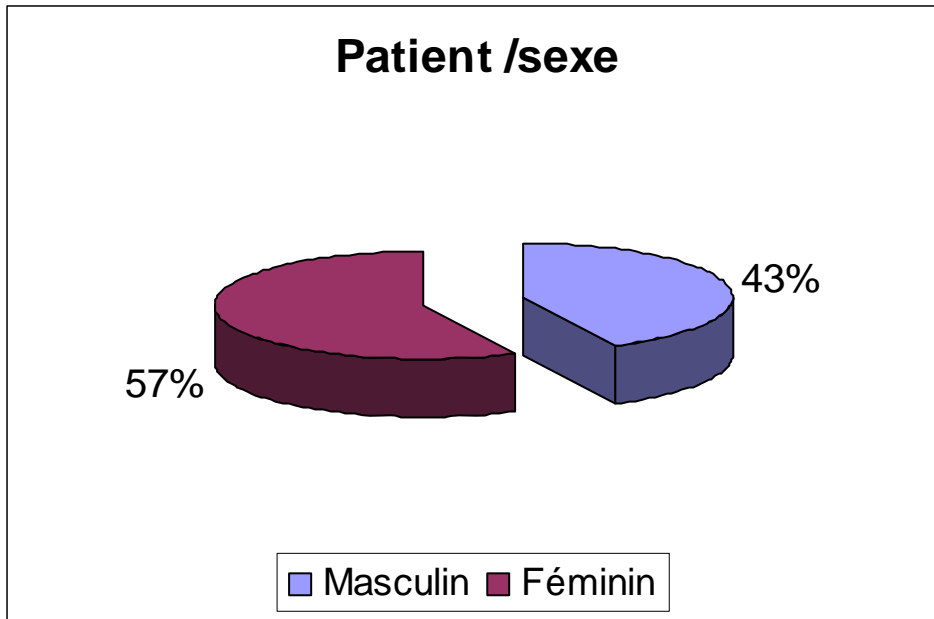
L'oesophagoplastie a été beaucoup plus pratiquée en 2000 avec 28,7% des cas.

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge :

Tranche d'âge (année)	Effectif	Pourcentage
< 45 ans	7	33
≥ 45 ans	14	67
Total	21	100

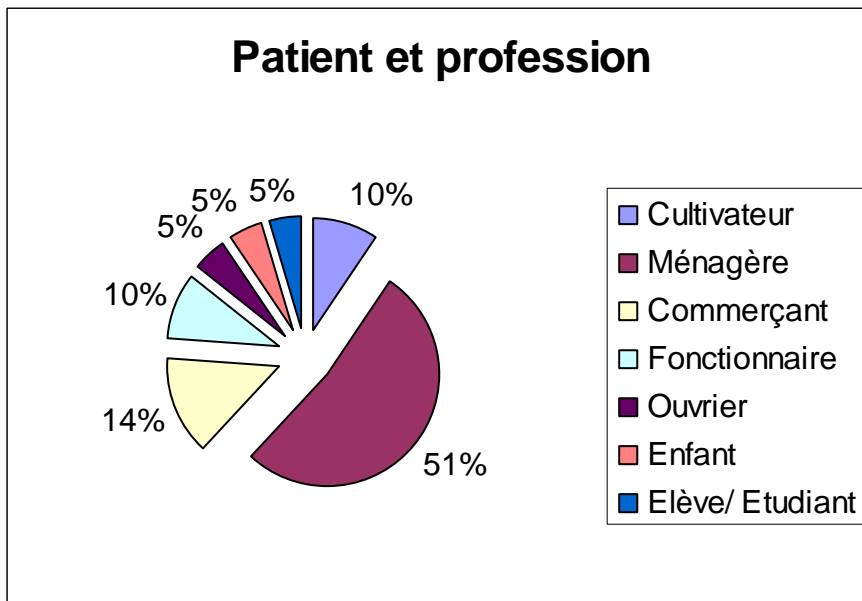
L'âge moyen était de 48,57 ans avec des âges extrêmes de 5 ans et 74 ans.

Graphique II : Répartition des patients selon le sexe



Le sexe féminin prédominait avec 57 % des cas soit un sex ratio de 1,3.

Graphique III: Répartition des patients selon la profession



Les ménagères étaient prédominantes avec 51% des cas.

III- Données cliniques :

Tableau II : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Dysphagie	21	100
Amaigrissement	18	85,7
Hypersialorrhée	13	61,9

Tableau III: Répartition des patients selon le délai de consultation

Délai de consultation	Effectif	Pourcentage
Inf à 6 mois	6	28,6
Sup ou égal à 6 mois	15	71,4
Total	21	100

La majorité, soit 71,4% de nos patients ont consulté après 6 mois des premiers symptômes.

Tableau IV: Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Oesophagite	7	33.3
Brûlure caustique	3	14.3
Ulcère gastro duodéal	1	4.8
Aucun	10	47.6
Total	21	100

Chez 10 de nos patients, on trouvait un antécédent de lésions oesophagiennes.

Tableau V: Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux sur le tube digestif	Effectif	Pourcentage
Oui	1	4.8
Non	20	95.2
Total	21	100

On notait une gastrostomie d'alimentation chez un de nos patients.

Tableau VI: Répartition des patients selon les facteurs de risque du cancer de l'œsophage

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
Alcool	2	9,5
Tabac	12	57,1
Alcool + Tabac	2	9,5

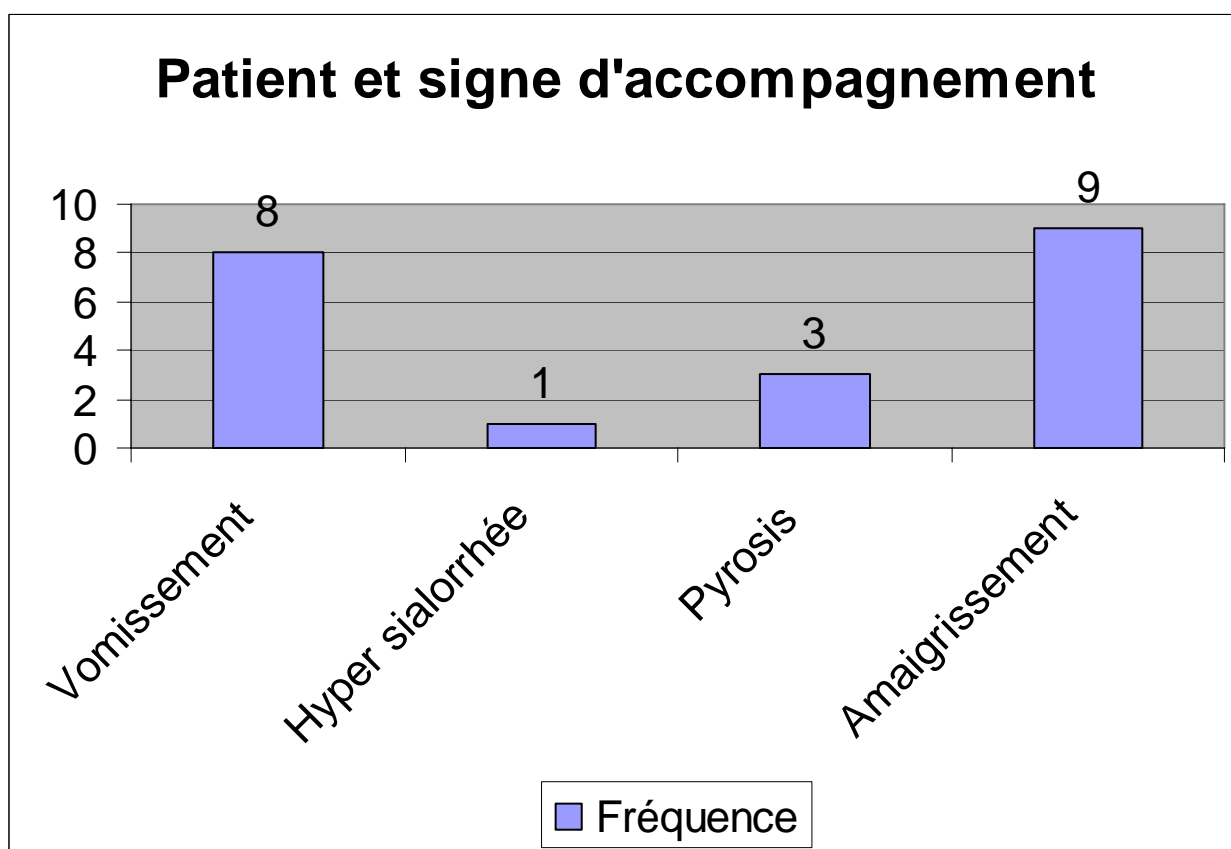
La consommation du tabac était retrouvée chez 57,1% de nos patients, 9,5% étaient alcooliques.

Tableau VII: Répartition des patients selon la notion d'ingestion de produit caustique

Notion d'ingestion de produit caustique	Effectif	Pourcentage
Oui	3	14.3
Non	18	85.7
Total	21	100

L'ingestion de produit caustique était retrouvée chez 14,3% de nos patients. Tous les autres patients soit 85,7% étaient d'origine cancéreuse.

Graphique IV : Répartition des patients selon les signes d'accompagnement



L'amaigrissement était retrouvé chez 42,8% de nos patients.

Tableau VIII: Répartition des patients selon l'Indice de Karnovsky

Indice de Karnovsky	Effectif	Pourcentage
Inf à 70 %	2	9.5
Entre 50 - 70%	19	90.5
Total	21	100

90,5% de nos patients avaient un Karnovsky compris entre 50 et 70%.

IV- Données des examens complémentaires :

a- Biologie :

Tableau IX: Répartition des patients selon le groupe sanguin et rhésus

Groupe sanguin	Effectif	Pourcentage
A+	5	23,8
B+	7	33,3
AB+	1	4,8
O+	8	38,1
Total	21	100

Le groupe sanguin 0 et rhésus positif était le plus représenté avec 38,1% des cas

Tableau X: Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine

Taux d'hémoglobine	Effectif	Pourcentage
Bas	10	47,6
Normal	11	52,4
Total	21	100

Le taux d'hémoglobine était normal chez 52,4% de nos patients.

Valeurs normales du taux d'hémoglobine

Enfant : = 12 à 16 g/dl

Homme : = 13 à 18 g/dl

Femme : = 12 à 16 g/dl

b- Imagerie :

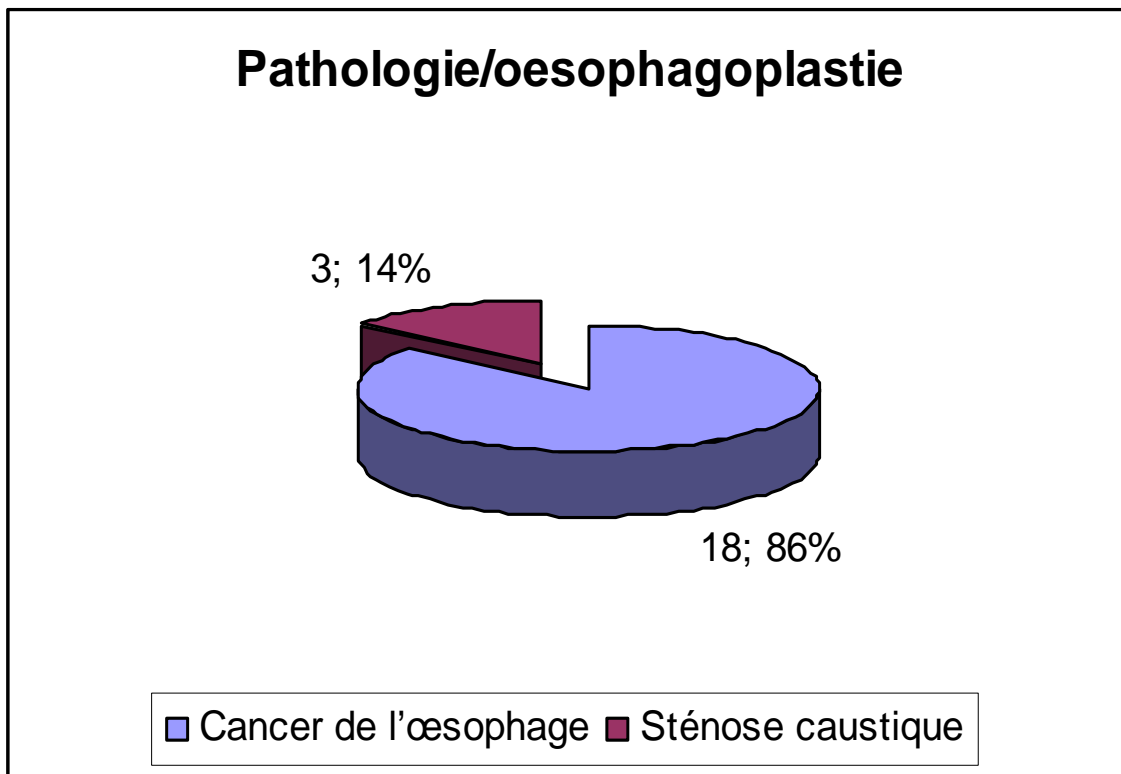
Tableau XI: Répartition des patients selon le siège des lésions à la FOGD

Siège des lésions	Effectif	Pourcentage
1/3 sup.	1	4,8
1/3 moyen	12	57,1
1/3 inf	8	38,1
Total	21	100

Le 1/3 moyen de l'œsophage avait représenté 57,1% des lésions à la FOGD.

L'examen histologique retrouvait le carcinome épidermoïde dans 100% des cas chez tous nos patients souffrant de cancer de l'œsophage.

Graphique V : Répartition des patients selon la Pathologie motivant l'oesophagoplastie



Le cancer de l'oesophage était la pathologie motivant l'oesophagoplastie dans 86% des cas.

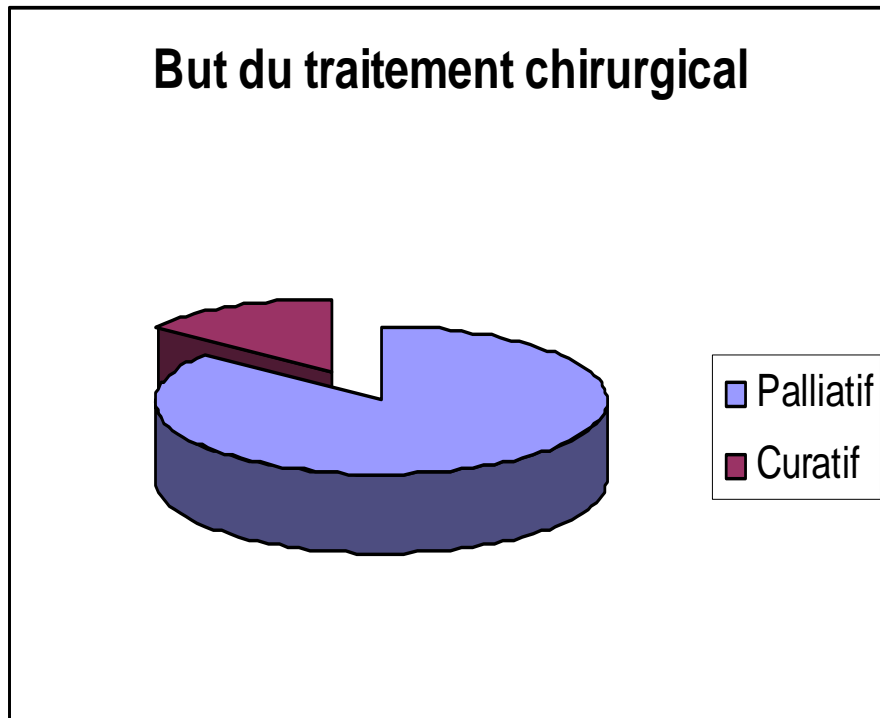
Tableau XII: Répartition des patients selon la classification ASA

Classe ASA	Effectif	Pourcentage
ASA I	1	4.8
ASA II	2	9.5
ASA III	18	85.7
Total	21	100

La classe ASA III était la plus représentée avec 85,7% des cas.

V- Données thérapeutiques :

Graphique VI: Répartition des patients selon le but du traitement chirurgical



Dans 86% des cas, le traitement effectué était palliatif.

- **Données chirurgicales:**

Installation du malade :

Tableau XIII: Répartition des patients selon la voie d'abord chirurgicale

Voie d'abord	Effectif	Pourcentage
Abdominale+cervicale gauche	13	61,9
Abdominale+thoracique droite	7	33,3
Abdominale+thoracique droite+cervicale droite	1	4,8
Total	21	100

La voie abdominale+cervicale gauche était la plus pratiquée avec 61,9% des cas.

Tableau XIV: Répartition des patients selon la nature du transplant prélevé

Transplant prélevé	Effectif	Pourcentage
Iléo colique droit	8	38,1
Colon droit+colon transverse	5	23,8
Colon transverse	1	4,8
Tubulisation gastrique	7	33,3
Total	21	100

Le transplant iléo colique droit était le plus utilisé avec 38,1% des cas

Tableau XV: Répartition des patients selon le trajet du transplant

Trajet du transplant	Effectif	Pourcentage
Retro sternal	19	90,5
Pré sternal	2	9,5
Total	21	100

Le trajet retrosternal était le plus emprunté avec 90,5% des cas.

Tableau XVI: Répartition des patients selon le type d'anastomose

Type d'anastomose	Effectif	Pourcentage
Oesogastrique (Tubulisation gastrique)	7	33,3
Oesojejunale	1	4,8
Colo colique + oeso colique + gastro colique (transplant colique)	6	28,6
Iléo colique+oeso iléale+gastro colique (transplant iléo colique)	7	33,3
Total	21	100

Tableau XVII: Répartition des patients selon la transfusion en per opératoire

Transfusion	Effectif	Pourcentage
Oui	18	85,7
Non	3	14,3
Total	21	100

La transfusion sanguine en per opératoire était effectuée chez 85,7% de nos patients.

Tableau XVIII: Répartition des patients selon la durée de l'intervention

La durée de l'intervention	Effectif	Pourcentage
Entre 2 -3 heures	5	23,8
Entre 3 -4 heures	7	33,3
Entre 4 -5 heures	3	14,3
Entre 5 -6 heures	6	28,6
Total	21	100

L'intervention a duré entre 3 et 4 heures chez 33,3% de nos patients.

La durée moyenne de l'intervention était de 4h 30mn.

Tableau XIX: Répartition des patients selon le séjour post opératoire en réanimation (jours)

Séjour post opératoire en réa	Effectif	Pourcentage
5 - 7 jours	18	85,6
8 - 10 jours	2	9,6
11 - 14 jours	1	4,8
Total	21	100

Après l'intervention, 85,6% de nos patients ont fait un séjour compris entre 5 et 7 jours au service d'anesthésie et de réanimation.

Avec un séjour moyen de 6,6 jours.

Tableau XX: Répartition des patients selon les suites opératoires précoces (≤ 7 jours)

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
Simple	9	42,9
Suppuration pariétale	5	23,8
Nécrose du transplant	1	4,8
Fistule cervicale	6	28,6
Total	21	100

Les suites opératoires précoces étaient simples chez 42,9% de nos patients.

Nous avons retrouvé 28,6% de fistule cervicale.

Tableau XXI: Répartition des patients selon les suites opératoires à j30

Suites opératoires à j30	Effectif	Pourcentage
Simples	13	61,9
Sténose anastomotique	5	23,8
Suppuration pariétale	1	4,8
Fistule cervicale	1	4,8
Décès	1	4,8
Total	21	100

Les suites opératoires à 30 jours étaient simples à 61,9% des cas.

23,8% de nos patients avaient une Sténose anastomotique.

Tableau XXII: Répartition des patients selon la ré intervention pour suites compliquées

Ré intervention pour suites compliquées	Effectif	Pourcentage
Oui	3	14,3
Non	18	85,7
Total	21	100

Une ré intervention était nécessaire chez 14,3% de nos patients soit 2 cas de nécrose du transplant colique et 1 cas de fistule cervicale.

Tableau XXIII: Répartition des patients selon les suites opératoires à 3 mois

Suites opératoires à 3 mois	Effectif	Pourcentage
Simple	13	61,9
Sténose anastomotique	2	9,5
Décès	6	28,6
Total	21	100

Les suites opératoires à 3 mois étaient simples à 61,9% des cas.

Nous avons enregistré 6 décès soit 28,6%.

Tableau XXIV: Répartition des patients selon les suites opératoires à 6 mois

Suites opératoires à 6 mois	Effectif	Pourcentage
Simple	8	38,1
Sténose	1	4,8
Décès	8	38,1
Perdu de vu	4	19,0
Total	21	100

Les suites opératoires à 6 mois étaient simples à 38,1% des cas.

Nous avons perdu de vu 19% de nos patients.

Tableau XXV: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
15 -20 jours	2	9,5
21 -25 jours	10	47,7
26 -30 jours	7	33,3
Sup à 30 jours	2	9,5
Total	21	100

47,7% de nos patients ont fait une durée d'hospitalisation comprise entre 21 et 25 jours avec une durée moyenne d'hospitalisation de 15,5 jours.

D- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

La collecte des données ne s'est pas réalisée sans difficultés notamment la mauvaise qualité de certains dossiers ne comportant pas suffisamment de renseignements cliniques.

Notre étude rétrospective s'est déroulée de Janvier 1999 à Décembre 2007 soit une période de 9 ans et a porté sur 21 dossiers.

Elle a porté sur les oesophagoplasties effectuées dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point « G ».

a- Aspect socio démographique

✓ Age :

L'oesophagoplastie se pratique à tous les âges. Dans notre étude, l'âge moyen était de 48,57 ans avec des âges extrêmes de 5 et 74 ans.

Au Mali, M Y MAIGA et coll [25] avaient retrouvé un âge moyen de 59,4 ans tous pour cancer de l'œsophage.

A Djibouti, J RICHARD et coll [2] avaient rapporté une moyenne d'âge de 50 ans.

E B F K ODIMBA [35] à Lubumbashi (R D Congo) et à Lusaka (Zambie) avait rapporté une moyenne d'âge de 51 ans avec des âges extrêmes de 21 et 81 ans.

En Europe, M RIBET et coll [23] (France) avaient rapporté des extrêmes d'âge de 13, 3 mois et 61 ans.

Le plus jeune patient de notre étude avait 5 ans ce qui est inférieur au 21 ans retrouvé par E B F K ODIMBA. Cela s'expliquerait par le fait que l'ingestion du produit caustique était accidentelle dans notre série (enfant) alors qu'elle était suicidaire ailleurs (adulte).

✓ **Sexe :**

Les résultats obtenus nous ont permis de constater une prédominance féminine : 12 cas sur un total de 21 patients soit 57% avec un sex-ratio de 1,3 en faveur des femmes.

Au Mali, M Y MAIGA et coll. [25] avaient retrouvé un sex-ratio de 0,45 en faveur des femmes (5 hommes pour 11 femmes).

A Djibouti, J Richard et coll. [2] avaient retrouvé 15 masculins et 8 féminins sur un total de 23 patients.

En Europe, M Ribet et coll. [23] (France) avait retrouvé 32 hommes et 36 féminins sur un total de 68 patients.

✓ **Profession :**

Dans notre étude, les ménagères étaient les plus retrouvées : 11 cas soit 51%.

Ces résultats sont proches des résultats trouvés par M Y MAIGA[25] et coll. du Mali soit 68,7%. Il s'agit là de populations pour la plupart, à revenus modestes et l'on sait le rapport entre le cancer de l'œsophage et les facteurs socio économiques notamment alimentaires[25].

b- Données cliniques

✓ **Motif de consultation:**

La dysphagie associée à l'amaigrissement plus l'hypersialorrhée étaient les plaintes majeures de nos patients.

✓ **Délais de consultation:**

La plupart de nos patients avaient consulté après 6 mois d'évolution des symptômes, presque tous pour cancer de l'œsophage avec un délai moyen de M Y MAIGA et coll. [25] au Mali avaient retrouvé un délai de consultation entre 4 et 7 mois.

Nos patients ayant consulté avant un mois étaient d'origine caustiques.

✓ **Facteurs de risque du cancer de l'oesophage:**

La consommation du tabac était significativement observée.

Le facteur alcool ne se fait pas trop ressentir dans notre série ; cela pourrait s'expliquer par des motifs religieux.

✓ **Ingestion de produits caustiques :**

Dans notre série sur les 21 patients, 3 étaient d'origine caustique et les 18 d'origine cancéreuse.

Les produits caustiques utilisés étaient de la soude caustique et d'un produit traditionnel à tendance acide.

✓ **But de l'ingestion caustique :**

Lorsqu'il s'agissait d'ingestion de produit caustique, tous nos patients : soit 14% l'avaient ingéré accidentellement. Il s'agissait de 2 enfants et d'un adulte. Ce dernier utilisait un produit traditionnel à tendance acide (saccarada mascarada associé à du miel qui se fermentait), il le prenait à but laxatif.

E B F K ODIMBA [35] en RD Congo et en Zambie retrouvait 24 cas sur 55 oesophagoplasties tous à but suicidaire par acide de batterie de moteur de véhicule.

En Europe, M Ribet et coll. [23] (France) retrouvaient 27 tentatives de suicide (adultes) et 10 accidents (8 enfants et 2 adultes).

Ces produits étaient surtout basiques ou acides.

✓ **Antécédents chirurgicaux:**

Parmi nos patients, un avait subi une gastrostomie d'alimentation pour sténose caustique soit une fréquence de 4,8%.

J RICHARD à Djibouti retrouvait un patient également chez lequel avait été effectué une gastrostomie d'alimentation pour cancer de l'oesophage due à l'absence du chirurgien principal et ceci en attendant une oesophagoplastie.

✓ **Indice de Karnovsky (IK):**

Parmi les 21 patients, 19 avaient un IK compris entre 50 et 70% par contre 2 avaient un IK supérieur à 70%. Ils avaient tous un $IK \geq 50\%$; cela pourrait s'expliquer par le fait que ceux qui avaient un IK inférieur à 50% bénéficiaient d'autres traitements autre que l'oesophagoplastie.

c- Données des examens complémentaires :

Tous nos patients bénéficiaient d'une fibroscopie première avec biopsie si cela était possible, d'un TOGD pour préciser l'extension en hauteur, d'une échographie abdominale et d'une radiographie de thorax de face pour le bilan d'extension.

Sur le plan histologique il s'agissait dans tous les cas de carcinomes épidermoïdes lorsqu'il s'agissait de cancer de l'œsophage.

Le bilan pré opératoire comprenait une NFS-VS, le groupe sanguin et rhésus, le taux de prothrombine, le temps de cephaline kaolin, et d'un examen O.R.L.

Le 1/3 moyen de l'œsophage était le siège préférentiel des lésions avec 51,7% suivi du 1/3 inférieur avec 38,1%. Ces données sont proches de la littérature, P MAILLET [18] retrouvait 50% pour les cancers du 1/3 moyen et 30 à 35% pour les cancers du 1/3 inférieur et du cardia.

Les classes ASA III étaient les plus représentées (18 cas soit 85,7%).

d- Données thérapeutiques :

✓ **But du traitement :**

Le traitement palliatif représentait 86% de nos patients, soit 18 patients sur les 21. Ce choix thérapeutique est dû à plusieurs facteurs notamment le retard de consultation de nos patients majoritairement dû au cancer, laissant ainsi le temps au cancer d'atteindre les structures voisines (inextirpable). A ce stade, seul un geste palliatif est envisageable surtout pour permettre au patient de s'alimenter à nouveau par la bouche.

Le traitement curatif ayant représenté 14% de nos patients, était pratiqué chez tous nos patients pour sténose caustique.

✓ **La voie d'abord chirurgicale :**

Dans notre série, la voie d'abord abdominale et cervicale gauche était la plus pratiquée soit 61,9% des cas. Cela s'expliquerait par le fait que chez la majorité de nos patients nous avons utilisé un transplant colique qu'il fallait prélever par laparotomie. pour contourner la tumeur en l'abouchant à l'œsophage cervicale saine. La voie d'abord abdominale plus thoracique droite était pratiquée chez 33,3% de nos patients.

La triple voie d'abord : abdominale plus thoracique droite plus cervicale droite étaient pratiquées une fois. Cette triple voie était pratiquée lorsque après une thoracotomie, on objectivait une grosse tumeur ayant envahi la face postérieure de la carène plus la bronche souche droite et la plèvre ; on décidait de fermer cette thoracotomie et de faire une cure palliative par coloplastie.

✓ **La nature du transplant prélevé :**

L'iéocolique droit était le transplant le plus prélevé avec 8 cas soit 38,1% de nos patients ; le colon droit plus le colon transverse était utilisé 5 fois soit 23,8%. Le colon transverse était une fois utilisé.

L'utilisation de l'iléo colique droit s'expliquerait par plusieurs raisons notamment sa vascularisation, la présence de la valvule de Bauhin empêchant les reflux vers le haut ; le faible calibre de l'iléon pouvant s'adapter plus facilement avec l'œsophage cervicale [18].

Par contre I B F K ODIMBA en R D Congo et en Zambie [35] utilisait le colon transverse dans tous ses cas d'oesophagoplastie colique.

J RICHARD et coll. à Djibouti [2] utilisaient le plus souvent le colon transverse gauche, l'angle colique gauche et une partie du colon descendant.

M RIBET et coll. en Europe (France) [23] utilisaient 27 fois l'iléo colique droit, 5 fois le colon transverse et 36 fois le colon gauche sur un total de 68 oesophagoplasties effectuées.

Ces différences pourraient s'expliquer par la qualité de la vascularisation du colon et aussi de l'expérience du chirurgien.

Dans notre série, la tubulisation gastrique était utilisée 7 fois soit 33,3% de nos patients.

Les séries africaines notamment I B F K ODIMBA en R D Congo et en Zambie [35] utilisait 24 fois la tubulisation gastrique sur 55 oesophagoplasties soit 43,6%.

J RICHARD et coll. à Djibouti [2] utilisaient une seule fois la tubulisation gastrique sur 23 oesophagoplasties soit 4,3% des cas et cela à cause de la mauvaise vascularisation du colon.

Par contre M RIBET et coll. en Europe (France) [23] dans leur série, n'ont pas fait de tubulisation gastrique.

Ces différences pourraient s'expliquer par le choix technique du chirurgien et ses décisions étaient généralement prises en per opératoire.

✓ **Le trajet du transplant colique**

90,5% de nos transplants coliques avaient un trajet retrosternal ; 9,5% avaient un trajet pré sternal. Ce trajet rétro sternal était généralement choisi pour éloigner le transplant de la zone tumorale. Le choix entre le trajet pré sternal et le trajet rétro sternal dépendait du choix tactique du chirurgien car chacun d'eux a ses avantages et ses inconvénients.

Dans les séries africaines le trajet rétro sternal était toujours préféré [2 ; 35].

✓ **Le type d'anastomose**

L'anastomose oesogastrique était effectuée dans 33,3% de nos patients et cela dans tous les cas de tubulisation gastrique.

Dans un cas, l'anastomose oesojéjunale était effectuée car, en per opératoire on découvrait une grosse tumeur cardiotuberositaire avec poly adénopathies cœliaque et un envahissement de l'œsophage abdominale; on décidait de faire une gastrectomie totale avec curage ganglionnaire cœliaque et diversion duodénale (anse en Y) avec anastomose au pied de l'anse jéjunale.

✓ **Le séjour post opératoire en réanimation**

Tous nos patients ont séjourné en réanimation juste après l'intervention. La majorité soit 85,6% ont passé un séjour compris entre 5 et 7 jours. Ce séjour post opératoire immédiat en réanimation est d'une importance fondamentale dans la prise en charge de ces patients.

L'optimisation des traitements antalgiques, de l'équilibre hydro électrolytique et de la nutrition parentérale permet aux patients de dépasser cette étape très délicate du dispositif thérapeutique, tous nos patients ont bénéficié de ce traitement.

Ainsi 95,2% de nos patients ont pu reprendre le transit entre j3 et j4 post opératoire dans le service de réanimation reprenant ainsi l'alimentation orale liquide progressivement ainsi que la poursuite de la voie parentérale et leur transfert au service de chirurgie avec un protocole thérapeutique.

✓ **Suites opératoires précoces.** (Inf ou égale à 7 jours).

Dans notre série, 42,9% de nos patients soit 9 cas avaient une suite opératoire simple. Par contre le reste de nos patients avait une complication à type de suppuration pariétale chez 5 patients soit 23,8% ; nécrose du transplant chez un patient soit 4,8% ; des fistules cervicales chez 6 patients soit 28,6%.

Nous n'avons constaté aucun décès en post opératoire précoce.

✓ **Suite opératoires à 30 jours**

Dans notre série, 13 patients soit 61,9% avaient une suite opératoire simple ; 5 patients soit 23,8% avaient une sténose anastomotique; un patient soit 4,8% avait une suppuration pariétale; un autre avait une fistule cervicale.

Nous avons constaté un décès soit 4,8% de nos patients. Ce décès est survenu au moment où on s'apprêtait à une ré intervention pour fistule cervicale.

✓ **Ré intervention pour suites compliquées :**

Nous avons effectué 3 ré interventions dans notre série soit 14,3% de nos patients, dans 2 cas on retrouvait une nécrose du transplant colique chez lesquels

on effectuait une toilette péritonéale, résection de toute la portion accessible du transplant et l'abouchement de l'ouverture gastrique à la peau sous forme de gastrostomie d'alimentation. Et dans un cas on retrouvait une fistule par lâchage partiel de l'anastomose colo gastrique chez lequel on effectuait la réparation de la fistule.

✓ **Suites opératoires à 3 mois :**

Dans notre série, 13 patients soit 61,9% des cas avaient une suite opératoire simples ; par contre 2 de nos patients soit 9,5% des cas avaient une sténose anastomotique ; malheureusement 6 patients soit 28,6% étaient décédés après 3 mois post opératoire. Ces décès pourraient s'expliquer par le stade évolué du cancer.

✓ **Suites opératoires à 6 mois**

Dans notre série, 8 patients soit 38,1% des cas avaient une suite opératoire simples ; par contre 1 de nos patients soit 4,8% des cas avait une sténose anastomotique; malheureusement 8 patients soit 38,1% étaient décédés après 6 mois post opératoire.

Nous avons perdu de vu 4 de nos patients soit 19% des cas qui ne se sont pas présentés à la date du rendez vous qu'on leur avait demandé. Malheureusement nous n'avions pas leurs numéros de contact pour pouvoir les joindre.

✓ **Durée d'hospitalisation**

La majorité de nos patients soit 47,7% des cas ont fait une durée d'hospitalisation entre 21 et 25 jours avec des extrêmes de 15 à 35 jours d'hospitalisations. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les patients n'ayant pas présentés de complications post opératoire ont été vite libérés pour éviter les infections nosocomiales. Par contre ceux ayant présenté une complication ont plus duré dans le service.

E- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

A. CONCLUSION :

Au cours de notre étude qui s'est étendue de Janvier 1999 à Décembre 2007, nous avons réalisé 21 cas d'oesophagoplastie dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

Cette technique opératoire réalisée chez des patients atteints en majorité de cancer de l'œsophage et des séquelles d'ingestion caustique apparaît comme une solution satisfaisante dans le seul but de permettre à ces patients de s'alimenter. Le bénéfice majeur de cette intervention est constitué par la reprise visible d'une alimentation orale, ressentie comme une véritable résurrection par ces patients qui, littéralement, mourraient de faim.

Les oesophagoplasties permettent, quand elles sont bien indiquées et exécutées, des soulagements appréciables et durables par rapport à l'abstention chirurgicale, mortelle à 100% et à court terme.

B. RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations ci-après :

⇒ Aux autorités sanitaires et politiques du pays

- La mise en place d'une politique nationale de lutte contre le cancer de l'œsophage et des brûlures caustiques sur les facteurs favorisants.
- L'octroi de matériels endoscopiques aux CHU, aux hôpitaux régionaux et aux centres de santé de références du Mali pour un dépistage précoce.
- La création d'un pool dynamique multidisciplinaire associant médecins, radiologues, chirurgiens et anesthésistes réanimateurs dans la prise en charge des oesophagoplasties.

⇒ Aux professionnels de la santé

- La pratique systématique de la fibroscopie œso-gastro-duodénale avec biopsies si nécessaire devant tout cas de dysphagie et tout cas de brûlure caustique.
- La référence à temps à une structure spécialisée tout cas de dysphagie.

⇒ Aux populations

- L'interdiction de faire vomir un patient, de lui donner un produit par la bouche après ingestion de produit caustique avant son admission à l'hôpital.
- La consultation médicale précoce devant toute dysphagie et toute ingestion de caustique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-TALL F K

Anesthésie et réanimation dans les oesophagoplasties à l'hôpital du Point G à propos de 22 cas. Thèse de médecine 1998.100p n°41.

2- RICHARD J ; ANSIAUX J P ; BIZEAU F ; CASABAN D ; GREBERT P ; MOUNIR B ; BLONZ J M ; MARY G ; TRANIER T-

Chirurgie palliative des cancers de l'œsophage à Djibouti : intérêt de l'oesophagoplastie colique.

(Médecine tropicale ; 1994, 54 : 235-238).

3- GERMAIN M A ; DEMERS G ; LAUNOIS B ; JULIERON M ; GAYET B ; FAVRE J P ; RAT P ; LUBOINSKI B ; TROTOUX J ; HUREAU J-

Oesophagoplastie de sauvetage par transplant libre de jéjunum après échecs répétés d'autres oesophagoplasties. Chirurgie 1993-1994 ; 119, p 672-681.

4- MOUREY F ; MARTIN L ; JACOB L –

Brûlures caustiques de l'œsophage. Conférence d'actualisation 1996, p 595-606.

5- MUNOZ N- BRONGRAND ; CATTAN P ; C DE CHAISEMARTIN ; BOTHHEREAU H ; HONIGMAN I ; SARFATI E-

Brûlures digestives extensives par caustiques : Quelles limites à l'exérèse ? Annales de chirurgie 128(2003) 373-378.

6- LEFLOT L ; PIETRERA P ; BRUN M ; CHATEIL J F –

Pathologie de l'œsophage chez l'enfant. EMC- Radiologie 2 (2005) 494-526.

7- RICHELME H ; BAULIEUX J –

Le traitement des cancers de l'œsophage. Monographies de l'Association Française de Chirurgie 88^{ème} congrès 1986.

8- CELERIER M –

Les plasties oesophagiennes. Ann. Chir. 1989 ; 43 :5-9.

9- RICHELME H ; BOURGEON A ; GRUTZ M ; REBOUD E ; FEKETE F ; JAMBERT DE BEAUJEN J ; PERACCHIA A –

Les oesophagoplasties coliques. Actualités chirurgicales. Chirurgie abdominale et digestive 1^{ère} partie Paris Masson 1978.

10- GAYET B –

Oesophagoplasties pour lésions bénignes de l'œsophage. Lyon Chir, 1989 ; 85 :183-186.

11- FEKETE F ; RONGERE C ; ASSENS P –

Cancérisation d'un œsophage restant exclus après oesophagoplastie pour sténose caustique. Ann. Chir, 1987 ; 41 : 341-342.

12- FOURTANIER G ; ESCAT J –

La coloplastie gauche en chirurgie oesophagienne. Lyon chir, 1990 ; 86 : 190-193.

13- JACQUES AMOUROUX –

Grand Atlas du corps humain ; description, fonctions, pathologies. Larousse
1996 ; p 154-156.

14- HERMANN H; CIER J F–

Précis de physiologies; 4^{ème} édition, Masson, p : 14-20.

15- DENISE LEGER-BOUCHER –

Anatomie et physiologie ; 2^{ème} édition ; édition du renouveau pédagogique INC,
p : 266.

16- ELAINE M MARIEB –

Anatomie et physiologie humaines ; 4^{ème} édition.

17- GARNIER- DELAMARE –

Dictionnaire des termes techniques de médecine ; 21^{ème} édition ; réimpression
en 1992 ; volume 2 ; p : 575.

18- P. MALLET –

Tumeurs malignes de l'œsophage, EMC (Paris) 1972, p 1-21.

19- FRANÇOIS DEBRET-

Anatomie physiologie pharmacologie générale ; 4^{ème} édition ; p : 310.

20- GARNIER- DELAMARE –

Dictionnaire des termes de médecine ; 27^{ème} édition ; 2002 ; p : 587.

21- MICHEL LACOMBE-

Précis d'anatomie et de physiologie humaine ; tome 1 ; 28^{ème} édition ; p : 104.

22- F MENEGAUX-

Hepato-Gastro-Enterologie chirurgicale ; éditions Vernazobres-Grego ; p : 97-119.

23- RIBET M ; BARRAT C-

L'oesophagoplastie colique pour lésions bénignes. Ann Gastroentérol Hépatol, 1996, 32, n°4, 153-157.

24- PIERRE KAMINA-

Précis d'anatomie clinique ; Tome III ; Maloine 2004; P53-60.

25- M.Y.MAÏGA ; G.DIALLO ; M.DEMBELE ; M.N'DIAYE ; N.ONGOÏBA ; Z.SANOOGO ; S.YENA ; H.A.TRAORE-

Cancer de l'oesophage : aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques. Volume 32. N° spécial CREGG.2002.P455-459.

26- M.SCHAFER; N.DEMARTINES; M.GOCK; P.A.CLAVIEN- **Chirurgie du cancer de l'oesophage.** Médecine et hygiène 2003. P1070-1073.

27- J.P.TRIBOULET-

La chirurgie du cancer de l'oesophage : pour qui, comment ? Gastroenterol clin bil 2005; 29:546-550.

28- H. MOUBAYED; P.JORNOD; G.ORY; R.POPESCU; W.KELLER;
D.PANTOFLICKOVA; F.VIANI-

Cancer de l'oesophage: dépistage, traitement et suivi. Médecine et
hygiène.2002. P213-216.

29- M.GIGNOU-

Traitement actuel du cancer de l'oesophage -I. Le concours médical 1995.
P1071-1076.

30- M.GIGNOU-

Traitement actuel du cancer de l'oesophage -II. Le concours médical 1995.
P1165-1168.

31- H.ROUVIERE ; A.DELMAS-

Anatomie Humaine descriptive topographique et fonctionnelle. 14^{ème}
édition. Tome 2. 1997. P318-25.

32- J.P TRIBOULET-

Intervention de Akiyama pour cancer de l'oesophage, haut situé. J.Chir
1999. P23-28.

33- K.KREMER ; V.SCHUMPELICK ; G.HIERHOZER-

Atlas des techniques opératoires. Editions Vigot-Paris 1994. P145-165.

34- L.BRON ; P.MONNIER-

Le cancer de l'oesophage : actualités. Rev Med SUISSE 2005; I: 2284-7.

35- E B F K ODIMBA-

La chirurgie de l'œsophage dans les pays en développement. Notre expérience de 15 ans. E-mémoires de l'académie Nationale de chirurgie, 2002, 1(4) : 45-48.

FICHE D'ENQUÊTE n° :...../ _ / _ / _ /

Q1 : N° du dossier du malade :/ _ / _ / _ /

I- DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Q2 : Nom et prénoms :

Q3 : Age (année) : / _ / _

Q4 : Sexe :/ _ /

1 : Masculin

2 : Féminin

Q5 : Profession/ _ /

1-cultivateur 2-Menagère 3-commerçant 4-fonctionnaire 5-ouvrier.

6-Enfant 7-Elève/Etudiant 8-Eleveur 9Indeterminé.

Q5a : Autre à préciser.....

Q6 : Ethnie :/ _ /

1-Sarakolé 2-Bambara 3-Peulh 4-Dogon

5-Sonrhai 6-Sénoufo 7-Malinké 8-Bozo

Q7 : Adresse à Bamako :

.....

Q8 : Région d'origine :/ _ /

1-Kayes 2-Koulikoro 3-Sikasso 4-Segou 5-Mopti 6-Gao

7-Tombouctou 8-Kidal 9- District de Bamako 10-Indeterminé.

Q8a : Autres à préciser.....

Q9 : Date de consultation :/ _ / _ / _ / _ /

Q10 : Motif de consultation :/ /

1- Dysphagie 2- Vomissement 3-Hypersialorrhée 4-Amaigrissement

5-Regurgiation 6-1+2+3+4 7-1+3+4 8-1+4

Q11 : Date d'hospitalisation :/ _ / _ / _ / _ /

II- LES ANTECEDENTS

Q12 : **Médicaux** :/ _ /

1-Megaoesophage 2-Oesophagite 3-Brulure caustique

4-HTA 5-Diabète 6-Athsme 7-Ulcère gastroduodenal 8-Indeterminé

6-Eructation 7-Hypersialorrhée 8-Pyrosis 9 -1+2+3

10-7+8 11-1+7+8 12-Indeterminé

Q20a :Autres à préciser...../ /

Q21 : Délais entre début des signes et la date de consultation...../ /

1-entre 1 et 3mois 2-entre 4 et 6mois 3-Entre 7 et 9mois 4-sup à 9mois

B/ Examen physique

Q21 : Etat général : Karnovsky...../ /

1-supérieur à 70% 2-Compris entre 50et70% Inférieur à 50%

Q21a Taille : (cm)...../ / / /

Q21b Poids: (Kg)...../ / /

Q21c Température(°C)...../ / / /

Q21d Tension artérielle(mm/hg)...../ / / / / /

Q21e Conjonctives...../ /

1-Pales 2-Colorées

Q22 : Classe ASA...../ /

1- ASA I 2-ASA II 3-ASA III 4-ASA IV 5-ASA V

Q23 : Inspection...../ /

1- Thorax harmonieux et symétrique 2- Déformation thoracique

Q23a Autres à préciser :

Q24 : Palpation...../ /

1-Masse abdominale 2- Pas de masse abdominale

Q24a Autres à préciser.....

Q25 :Aires ganglionnaires/ /

1- Libres 2- Ganglions palpables

Q26 : Localisation du ganglion...../ /

1-Ganglion de Troisier 2- Axillaire 3- Inguinale

4 Cervical 5-sous maxillaire 6-1+2 7- 1+3 8-1+2+3+4+5

9-4+5

Q27 : Auscultation cardiaque...../ /

- 1- Physiologique 2- Présence de souffle cardiaque
Q28 : Auscultation pulmonaire...../ /
1- Physiologique 2-Présence de râle pulmonaire
Q29 :Autres à préciser.....

IV. Examens complémentaires

- Q30 : F.O.G.D
Nature de la lésion :
Siège de la lésion :/ /
1-1/3 sup 2 1/3 moyen 3 1/3 inf 4-2/3 sup 5-2/3 inf 6-3/3
Q31 : T.O.G.D
Nature de la lésion :
Siège de la lésion :
1-1/3 sup 2 1/3 moyen 3 1/3 inf 4-2/3 sup 5-2/3 inf 6-3/3
Q32 : Radiographie pulmonaire de face...../ /
1 : Normale 2 : Présence de métastases
Q32a :Autre à préciser.....
Q33 : Echographie abdominale :/ /
1-Normale 2- Métastases hépatiques 3- Adénopathies profondes
Q33a : Autre à préciser.....
Q34 :Scanner cervico abdominal.....
.....
Q34a-Autre à préciser.....

A Examens biologiques

- Q35 : Taux d'Hémoglobine :/ /
- 1-Bas 2- Normal 3-Non fait
Q36 : Groupage sanguin...../ /
1-À 2-B 3-AB 4-O 5-non fait
Q37 : Rhésus...../ /
1-Positif 2-Négatif 3- non fait

Q38 :Glycémie :...../ /

1-Basse 2-Normale 3-Elevée 4-non faite

Q39 :Créatininémie :...../ /

1-Basse 2-Normale 3-Elevée 4- non faite

Q40 :Temps de Cephaline Kaolin (TCK)/ /

1-Bas 2-Normal 3-Elevé 4- non fait

Q41 : Transaminases/ /

1-Basses 2-Normales 3-Elevées 4- non faite

Q42 : Alpha foeto protéine :...../ /

1-Normale 2-Elevée 3-non fait

Q43 : Résultat anatomopathologique :...../ /

1- Carcinome épidermoïde 2- Sarcome 3-non fait

Q43a Autre à préciser

V. TRAITEMENT

A/ Médical

A1/ Avant le bloc opératoire

Q44 : Alimentation parentérale (produits) :/ /

1-Oui 2- Non

Q45 : Vitaminothérapie :...../ /

1- Oui 2- Non

Q46 : Rééquilibration hydro électrolytique :...../ /

1- Oui 2- Non

Q47 : Préparation colique...../ /

1- Oui 2- Non

Q48 : Durée de la préparation colique...../ /

1-7Jours 2-sup à 7jours 3- inf à 7 jours

Q49 : Transfusion iso groupe iso rhésus :/ /

1- Oui 2- Non

49a : Si transfusion, nombre de poche...../ /

1- 2

2- 3

3- 4

A2/ Après le bloc opératoire

Q50 : Alimentation parentérale (produits) :/ /

1-Oui

2- Non

Q51 : Vitaminothérapie +antibiothérapie+antalgique...../ /

1- Oui

2- Non

Q52 : Rééquilibrage hydro électrolytique :...../ /

1- Oui

2- Non

Q53 : Transfusion iso groupe iso rhésus :/ /

1- Oui

2- Non

Q53a : Si transfusion, nombre de poche...../ /

1- 2

2- 3

3- 4

B/ INSTRUMENTAL si sténose caustique

Q54 :Dilatation endoscopique...../ /

Oui

2- Non

C/ CHIRURGICAL

Q55 : But du traitement chirurgical :...../ /

1-Curatif

2-Palliatif

Q56 : Pathologie sténosante motivant l'oesophagoplastie/ /

1- Cancer de l'œsophage 2- Sténose caustique

Q56a : Autre à préciser.....

Q57 : Voie d'abord :/ /

1-Abdominale + Cervicale droite 2-Abdominale + cervicale gauche

3-Abdominale+thoracotomie droite 4-Abdominale + thoracotomie droite

cervicale droite

Q58 : Transplant prélevé...../ /

1-Iléo colique droit 2-Colon droit 3-colon droit+transverse 4-Colon transverse 5-colon transverse+gauche 6- Colon gauche 7-tubulisation gastrique

- Q58a : Si autres, préciser.....
- Q59 : Trajet du transplant...../ /
1- Rétro sternale 2-mediastinal 3-pre sternale
- Q60 : La tumeur a-t- elle été touchée ?..... / _/
1-Oui 2- Non
- Q61 : Type d'anastomose en per-operatoire/_/
1-Oesogastrique 2-Oesoduodenale 3- oesojéjunale 4-oesocolique
5-colocoliq+oesocoliq+gastrocoliq 6-ileocoliq+oeso iléale+gastrocoliq
- Q61a : Autres à préciser.....
- Q62 : Durée du séjour pré opératoire au service de réanimation (jour)...../_/_/
- Q63 : Temps entre l'ingestion de caustique et l'intervention chirurgicale
(heure)...../_/_/.
- Q64 : Durée de l'intervention (heure).....
- Q65 :Durée de l'acte anesthésiologique (heure)...../_/_/
- Q66: Durée de séjour post opératoire au service de réanimation (jour)..... / _/_/
- Q67 :Reprise du transit...../ /
1-inf à j3 2-entre j3 et j4 3- sup à j4
- Q68 : Reprise de l'alimentation orale liquide...../ /
1-Entre j1 et j4 2- Entre j5 et j10 3- Entre j11 et j13
- Q69 : Suites opératoires précoces (inf ou égale à 7jrs)...../_/
1-Simples 2-Suppuration pariétale 3-nécrose du transplant colique
4-Fistule par lâchage de suture 5-Hémorragie 6-Décès 7- Indéterminé
- Q70: Suites opératoires à 15 jours...../_/
1-Simples 2-Stenose anastomotique 3-Suppuration pariétale
4Fistule digestive 5-Décès
- Q70a : Autres à préciser.....
- Q71 : Ré intervention pour suites compliquées...../ /
1- Oui 2- Non
- Q72 : Suites à un mois...../ /

1- Simples

2- Sténose

3- Décès

Q73 : Suites à 6 mois...../ /

1- Simples

2 Sténose

3- Décès

4-Perdu de vu

Q74 : Durée du séjour hospitalier (jour)...../_/_/

Q75 : Date de sortie

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KONE

Prénom : Drissa

Titre de la thèse : Oesophagoplastie dans le service de chirurgie « A » à propos de 21 cas au CHU du point « G ».

Année Universitaire : 2007-2008

Pays d'origine : MALI

Lieu de soutenance : FMPOS de Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Chirurgie « A » CHU du Point « G »

RESUME :

Notre étude a porté sur 21 patients tous opérés chez lesquels l'oesophagoplastie a été pratiquée dans le service de chirurgie « A » au CHU du Point « G ». Il s'agissait d'une étude rétrospective qui s'est déroulée de Janvier 1999 à Décembre 2007.

Elle avait pour objectif d'évaluer la fréquence des œsophagoplasties dans ledit service, de déterminer les différentes indications des lésions ayant nécessité une oesophagoplastie, de spécifier les différentes techniques utilisées et enfin d'évaluer le pronostic.

De cette étude il ressort que l'âge moyen était de 48,54 ans, les deux sexes étaient concernés. La dysphagie, l'hypersialorrhée plus l'amaigrissement étaient les plaintes majeures. Le retard diagnostique explique le geste chirurgical palliatif par transplant colique (l'iléo colique droit surtout) chez les opérés de cancer de l'œsophage qui représentaient 86%. S'agissant des sténoses caustiques soit 14%, les patients avaient ingéré le produit caustique accidentellement bénéficiant ainsi d'un geste chirurgical curatif par tubulisation gastrique ou par transplant colique.

Les suites opératoires précoces étaient simples chez 42,9% ; par contre le reste de nos patients avait une complication à type de suppuration pariétale; de nécrose du transplant de fistules cervicales.

Nous n'avons constaté aucun décès pendant les 7 premiers jours post opératoire.

Conclusion : Les oesophagoplasties permettent, quand elles sont bien indiquées et exécutées, des soulagements appréciables et durables par rapport à l'abstention chirurgicale qui est mortelle à 100% et à court terme.

Mots clés Oesophagoplastie/ Cancer/ Sténose caustique/. Œsophage.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

JE LE JURE !!!

