
La chirurgie de l'oesophage dans les pays en développement. Notre expérience de 15 ans

E B-F K Odimba¹

1. Professeur ordinaire à l'Université de Lubumbashi
BP 1413 Lubumbashi (RDC)
Professeur visiteur à l'Université de Lusaka
P/B 558X Lusaka (Zambie)

Correspondance :
E-mail : odimbaetienne@hotmail.com

Résumé

Dans ce rapport clinique, l'auteur présente une série de 84 patients traités au cours d'une période de 15 ans. Les méthodes thérapeutiques comprenaient : le traitement médical symptomatique pour des patients avec lésions très évoluées, les dilatations oesophagiennes associées ou non à une endoprothèse de type « tube de Celestin », une gastrostomie ou une jéjunostomie définitive pour alimentation, une oesogastrectomie partielle avec rétablissement de continuité selon la technique de Gavriiliu modifiée pour lésion opérable du tiers inférieur de l'oesophage, un contournement de la lésion par une oesophagoplastie avec le côlon transverse selon la technique de Belsey modifiée pour lésion oesophagienne fixée ou pour sténose caustique.

Au vu des résultats obtenus, l'auteur recommande, dans des cas bien choisis et si les conditions sont favorables, l'usage de ces deux dernières techniques, dans les pays en développement où l'alimentation orale est plus accessible que les autres types d'alimentation et où les sténoses oesophagiennes paraissent être en augmentation.

Mots-clés : Oesophage / chirurgie / cancer / sténose caustique / reflux gastro-oesophagien / autolyse.

Introduction

Les infrastructures des départements de chirurgie des Cliniques Universitaires de Lubumbashi en 1984, et de l'« University Teaching Hospital » de Lusaka en 1994 ne permettaient pas que l'on « touche » à l'oesophage. Cependant, nous avons observé un nombre croissant de patients souffrant de lésions oesophagiennes graves, atteignant des sujets jeunes. Les possibilités logistiques d'évacuation sanitaire vers des centres mieux nantis dont ceux de l'Afrique du sud étaient très limitées.

L'abstention chirurgicale et les simples stomies d'alimentation définitive (gastrostomie ou jéjunostomie) étaient alors grevées d'un pronostic médiocre avec une survie qui ne dépassait pas 18 mois. Ceci nous a conduit à choisir la chirurgie pour certains cas sélectionnés, ayant, toutefois, toujours en tête de réaliser une chirurgie la moins agressive possible.

Abstract

Esophageal surgery in developing countries : our experience over 15 years.

In this clinical report, the author presents a series of 84 patients treated over a 15 year-period. Males were predominant: 76/8, with a sex ratio of almost 10M / 1F. Mean age was 51 (extremes : 21 and 81 years). Main causes were cancer (45/84); caustic stricture (26/84); esophageal trauma (9/84); peptic stricture by reflux (3/84)

Therapeutic attitudes included: symptomatic medical treatment without surgery for patients with advanced diseases, esophageal dilatations with or without Celestin tube insertion, permanent feeding gastrostomy or jejunostomy, modified Gavriiliu technique after a partial esophagectomy for distal third resectable esophageal disease, or a modified Belsey technique (to by-pass an unresectable lesion or a caustic stricture using the transverse colon)

Results showed a 21% (20/83) mortality rate within a two-year follow-up with modified Gavriiliu, 10% (9/67) with modified Belsey; 77% (76/92) after esophageal dilatations, 82% (81/81) after feeding gastrostomy or jejunostomy, and 100% without surgical treatment. Factors of morbidity and mortality were mainly related with associated injuries (in trauma), bleeding, sepsis, malnutrition, cachexia and the evolution of a malignant disease

The author pleads, in selected patients, for the use of modified Gavriiliu and Belsey techniques in developing countries where oral diet is more available than other means and where esophageal strictures frequency is increasing.

Key words : esophageal surgery / cancer / caustic stricture / peptic stricture / traumatism / autolysis

Patients et méthodes

Institutions/infrastructures

Nous rapportons ici une série personnelle de 84 patients dont les dossiers sont utilisables. Ces malades ont été reçus et traités par nous et dans les équipes que nous avons dirigées dans les départements de chirurgie des deux facultés de médecine voisines : la faculté de médecine de l'Université de Lubumbashi (UNILU) et l'Ecole de médecine de l'Université de Zambie (UNZA)

Dans ces institutions peu fournies en moyens diagnostiques modernes, chaque dossier devait contenir les résultats d'un examen clinique le plus détaillé possible et ceux d'une hématologie fondamentale : groupe sanguin et rhésus, formule-numération sanguine, taux d'hémoglobine, temps de saignement, temps de coagulation et vitesse de sédimentation en cas d'un processus pathologique chronique. La morphologie des lésions oesophagiennes était habituellement apportée par l'opacification au sulfate de baryum ou (en cas de suspicion de perforation ou fistule) à un opacifiant hydrosoluble. Dans les indications classiques, nous pratiquions, souvent personnellement, une oesophagoscopie, au fibroscope s'il s'agissait d'une recherche diagnostique, avec ou sans prélèvements biophysiques selon le cas.

Si la sténose oesophagienne était franchissable, la gastro-duodénoscopie complétait le temps oesophagien. L'endoscopie oesophagienne réalisée pour dilatation se faisait avec un oesophagoscope rigide. Des cas de sténoses caustiques nous faisaient renoncer à l'usage de l'oesophagoscope rigide car ces sténoses nous paraissaient être constituées de scléroses intéressant les trois tuniques oesophagiennes, peu dilatables, avec risque de perforation ou rupture. Chez tous les patients, un cliché de thorax était fait systématiquement. Enfin l'examen histologique des pièces d'oesogastrectomie a été systématique.

Patients, tranches d'âge, sex ratio

Sur plus de 4580 opérations de chirurgie viscérale pratiquées pendant cette période de 15 ans nous avons pu trouver 84 observations utilisables d'affection oesophagienne. Ceci donne une incidence d'environ 2% de cette chirurgie pendant cette période.

La prédominance masculine était nette, avec 75 patients du sexe masculin contre 8 femmes, soit un sex ratio d'environ 10 hommes pour 1 femme. Le plus jeune de nos patients avait 21 ans et le plus âgé 81 ans. L'âge moyen était de 51 ans.

Etiologies

Les affections néoplasiques de l'œsophage ont été les plus fréquentes : 45/84 ; suivies des sténoses caustiques essentiellement après tentative d'autolyse par ingestion d'acide pour batteries de véhicules à moteur : 26/84 ; des lésions oesophagiennes traumatiques : 10/84 et des sténoses peptiques sur brachyoesophage acquis après longue évolution défavorable du reflux gastro-oesophagien : 3/84.

La diversification des étiologies s'est montrée dépendante de l'âge. Le cancer, en général spino-cellulaire, intéressait la plupart du temps les sujets âgés (âge moyen : 60 ans, extrêmes : 53 et 81 ans). Les patients porteurs des sténoses caustiques étaient en général des sujets jeunes, (âge moyen : 26 ans, extrêmes à 22 et 45 ans). Les traumatismes oesophagiens et les sténoses peptiques concernaient surtout les sujets d'âge intermédiaire (âge moyen : 46 ans, extrêmes : 35 et 70 ans) pour les sténoses traumatiques, et 47 ans avec des extrêmes de 35 ans et 66 ans pour les sténoses peptiques

Les Indications thérapeutiques

Elles ont été surtout fonction de l'étiologie, de la localisation sur l'œsophage, du stade évolutif et bien sûr des disponibilités du plateau technique.

Ainsi, la montée au cou du côlon transverse « à la Belsey » a été utilisée dans 31/84 dont 24 fois pour sténoses caustiques, 5 fois pour cancers inextirpables et 2 fois un trauma sévère de l'œsophage. L'oesogastrectomie distale avec montée gastrique dans le thorax et pyloroplastie par digitoclasie a été pratiquée dans 24 cas sur 84 dont 15 fois pour cancer du 1/3 inférieur de l'œsophage, 7 fois pour trauma oesophagien et 2 fois pour brachy œsophage avec sténose peptique. Les dilatations oesophagiennes avec ou sans insertion d'une endoprothèse de type « Celestin tube » ont été faites surtout en cas de cancer : 12 fois et 1 fois en cas de sténose peptique. Les stomies définitives d'alimentation ont été réalisées 11 fois dont 9 fois pour cancer et 2 fois pour sténose caustique. Enfin, les abstentions chirurgicales avec institution de soins médicaux purement symptomatiques ont été indiquées cinq fois dont 4 pour cancer dépassé et 1 pour un traumatisme sévère.

Techniques et Suivi

Nos attitudes thérapeutiques ont été très variées. L'abstention chirurgicale était adoptée chez les patients parvenus à la phase terminale de leur affection et chaque fois que le risque chirurgical apparaissait démesuré par rapport à l'évolution spontanée de la lésion. Un traitement médical consistant à la prise médicamenteuse symptomatique avec ou sans règles hygiéno-diététiques était alors institué.

Les procédés palliatifs ont été des dilatations avec ou sans endoprothèses et les stomies définitives d'alimentation sans oublier les exclusions bipolaires de l'œsophage avec stomies temporaires d'alimentation. Les dilatations oesophagiennes ont été le plus souvent faites aux bougies en deux ou plusieurs séances. Elles furent plutôt réalisées pour les sténoses néoplasiques. Dans certains cas, particulièrement des cancers des deux tiers inférieurs inopérables, les dilatations oesophagiennes ont été associées à l'insertion d'une endoprothèse de type « Celestin tube » Les gastrostomies et jéjunostomies étaient la plupart du temps tunnelliées dans leur trajet sous-cutané sur cinq à huit centimètres surtout lorsqu'elles étaient prévues définitives. Les stomies définitives ont été de préférence des gastrostomies, tandis que les stomies temporaires des jéjunostomies, nous ménageant la possibilité d'utiliser l'estomac dans un temps ultérieur.

Les résections oesogastriques avec la technique de Gavrilu modifiée n'ont concerné que les lésions du tiers inférieur. Le plus grand nombre fut réalisé par la seule laparotomie, avec sacrifice fréquent de la rate à la moindre lésion pour éviter les saignements postopératoires difficilement compensables dans notre environnement. Le moignon gastrique a été régulièrement anastomosé à l'œsophage proximal selon la technique d'enfouissement. La tubulisation n'était pas toujours nécessaire, de même que la grande mobilisation gastrique. Certaines anastomoses ont été faites mécaniquement à l'UTH de Lusaka. En cas

de lésion plus évoluée ou plus haute, nous réalisons deux incisions séparées abdominale et thoracique et, après sa libération par voie abdominale, l'estomac était attiré dans le thorax pour la gastrectomie, à travers l'orifice hiatal élargi. Une digitoclasie pylorique a toujours été pratiquée pour éviter la stase liée à la vagotomie contemporaine de la résection oesophagienne.

Quant à la montée dans le cou de l'oesophagoplastie colique transverse, elle était préparée par une large laparotomie médiane. L'appréciation fonctionnelle des pédicules vasculaires comprenant des tests de clampage a régulièrement guidé les sections suivies de rétablissement de la continuité colique. Beaucoup d'asepsie mais aussi de soin étaient apportés au transfert du segment colique pour éviter la torsion de l'anse et l'endommagement des pédicules vasculaires. Le transfert du côlon transverse se faisait en rétrogastrique comme dans la technique originale, mais dans certains cas il était fait en pré-gastrique si ceci ne perturbait pas la vascularisation ; ceci permettait de gagner du temps et de tordre moins l'anse. Le bout distal de l'anse colique était alors anastomosé en termino-latéral à la face antérieure de l'antrum gastrique. Pendant ce temps, le moignon colique proximal était toujours enveloppé dans un champ abdominal imbibé de sérum physiologique. Le cheminement rétrosternal était amorcé à l'aide de grosses pinces de type Rochester-Péan et agrandi avec un tube métallique de type sigmoïdoscope. Le passage du côlon devait s'y faire sans forcer et en vérifiant les battements vasculaires. L'anastomose oesophago-colique était alors pratiquée en termino-terminal. Un drain thoracique gauche a été systématique.

Le suivi de nos patients s'est fait jusqu'à une période de deux ans postopératoire, cliniquement, biologiquement et radiologiquement. En dehors des complications relatives à l'opération et à l'affection, nous avons évalué particulièrement l'état de la nutrition, la déglutition, la prise de poids. Un taux d'hémoglobine, une numération formule et une vitesse étaient demandés à la recherche d'une anémie ou d'une infection. L'opacification postopératoire se faisait vers la fin de la première semaine, puis à la demande.

Résultats

Mortalité et morbidité

Comme décrit dans la méthodologie, un suivi de deux ans a été organisé pour ces patients, basé essentiellement sur les consultations externes des patients après leur sortie de l'hôpital avec, le cas échéant, la pratique de certains examens de contrôle et la réalisation de certains traitements d'appoint comme une reprise opératoire plus ou moins précocement ou la dilatation endoscope d'une anastomose oeso-colique.

Dans ce court terme (post-hospitalisation précoce, semi-tardif ou tardif) la mortalité a été : de 5 des 24 patients qui avaient subi une oesogastrectomie avec montée de l'estomac intra-thoracique (soit 20,83%) de 3 des 31 traités par oesophagoplastie du côlon transverse (soit 9,67%), de 10 patients sur les 13 traités par dilatation oesophagienne avec ou sans insertion d'une endoprothèse (soit

76,92%), de 9 opérés sur 11 traités par gastrostomie ou jéjunostomie d'alimentation (81,81%), et de 100% pour tous les cas où la chirurgie avait été contre indiquée

Les circonstances ou facteurs de morbidité ou de mortalité étaient : soit les lésions associées (particulièrement dans les traumatismes), soit les hémorragies postopératoires sans possibilité de compensation, soit des manifestations septiques (chocs septiques), la dénutrition, la cachexie et l'évolution cancéreuse.

Discussion

Il était classique, dans les années 1970-1980, de dire qu'en Afrique, le cancer de l'œsophage, était moins fréquent par exemple que celui de l'estomac. Il était admis que les facteurs censés favoriser l'apparition de cette maladie par une irritation chronique de la muqueuse oesophagienne, l'alcoolisme et le tabagisme, étaient peu fréquents dans notre continent, alors que les conditions favorisant l'apparition du cancer de l'estomac (incluant les aléas de la conservation alimentaire) nous étaient plus familières. Mais l'on sait aujourd'hui que les pays industrialisés n'ont plus le monopole de la consommation alcool-tabagique. La malnutrition ou la dénutrition des consommateurs paraissent propices à l'augmentation des affections oesophagiennes chroniques. D'autres affections de l'œsophage semblent aussi avoir trouvé leur expansion avec le développement technologique, l'urbanisation non équilibrée et ses conséquences. Les accidents de la route sont de plus en plus fréquents et n'ont de particulier que la pauvreté des infrastructures pour les traiter. L'urbanisme non équilibré a drainé la majorité de la population rurale vers les grandes cités où augmentent le stress (avec accroissement des maladies peptiques et psychosomatiques), la pauvreté, le grand banditisme avec ses agressions traumatiques, le désespoir de l'exclusion avec ses crises dépressives et les tentatives de suicide.

Malgré la précarité des moyens diagnostiques disponibles, les affections dont il est question ici n'ont pour la plupart pas posé de problème d'identification. Sur les plaintes des patients ou les circonstances de survenue, la clinique, la radiographie standard, l'opacification oesophagienne associée ou non à l'endoscopie ont régulièrement permis de diagnostiquer un rétrécissement de l'œsophage. Le véritable problème était de savoir comment traiter chaque type lésionnel selon sa nature, son siège et son stade évolutif avec les moyens thérapeutiques mentionnés précédemment. Les objectifs de cette prise en charge visent deux points : enrayer l'évolution de la maladie parfois et permettre l'alimentation du patient toujours. Au stade où nous recevons nos patients et pour des raisons anatomiques, seule la chirurgie touchant à l'œsophage peut permettre d'atteindre le premier objectif, même pour les cancers spinocellulaires de l'œsophage réputés radio-sensibles. Mais chacun de nous sait que cette chirurgie est rendue difficile, particulièrement aux deux tiers supérieurs pour des raisons évidentes de congruence, de précarité vasculaire et des spécificités des tuniques oesophagiennes. Ceci fait que, dans nos conditions d'exercice, nous ne la réalisons,

presque exclusivement, que pour les lésions du tiers inférieur de l'organe.

L'alimentation du malade nous paraît seule conditionner la survie de nos patients. Pour des lésions non évolutives (non néoplasiques) à partir d'un certain degré (comme les sténoses caustiques et peptiques étendues) elle nous paraît le seul objectif à rechercher. Or dans nos cités, des solutions pour alimentation parentérale, riches en acides aminés et lipides sont inaccessibles : introuvables ou trop coûteuses pour un traitement long. L'alimentation intraveineuse à long terme poserait d'ailleurs des problèmes de matériels et de septicité. La seule possibilité commune reste l'usage des aliments locaux par voie entérale et orale, c'est-à-dire transitant par l'œsophage (résection-anastomose) ou son substitut (plastie du côlon transverse). L'alimentation par les stomies est une alimentation passive et qui n'excite que peu les phases de la digestion. L'apport alimentaire au niveau du jéjunum (jéjunostomie d'alimentation), n'a évidemment pas d'effet sécrétagogue gastro-duodéal.

Nos modifications des procédés initiaux de Gavriliu d'une part et de Belsey d'autre part, sont peu importantes et découlent essentiellement des éléments ci-après. Pour la première technique, nos indications se faisant uniquement pour les lésions du tiers inférieur de l'œsophage, la tubulisation n'est requise que rarement. Dans cette hypothèse, elle n'entraîne pas une trop grande mobilisation de l'estomac et peu d'« astuces » sont requises. Pour la technique de Belsey, le transfert de l'anse côlon transverse ne passe pas toujours en rétrogastrique mais parfois en avant de l'estomac si ce passage ne compromet pas la vascularisation. Ceci permet de gagner du temps et de bien vérifier la vascularisation de cette anse.

Conclusion

Les affections oesophagiennes sont une réalité en expansion dans les statistiques des cliniques universitaires d'Afrique. Elles semblent être une conséquence des dégradations des mentalités conduisant à l'accroissement de la consommation alcool-tabagique, mais aussi des accidents par augmentation du trafic routier et la rançon d'un urbanisme déséquilibré avec son lot de stress, de dépressions et d'agressions traumatiques.

Cette situation alarmante contraste dans nos hôpitaux universitaires avec la précarité des moyens de prise en charge des affections évolutives et surtout pour permettre aux patients de s'alimenter oralement avec des produits locaux. Ce type d'alimentation apparaît plus physiologique, plus abordable et plus efficace que l'usage des solutions intraveineuses et que les apports entéraux par gastrostomie ou jéjunostomie d'alimentation.

Les résections oeso-gastriques distales et les oesophago-plasties du côlon transverse contournant la lésion, permettent, quand elles sont bien indiquées et exécutées, des soulagements appréciables et durables par rapport à l'abstention, mortelle à 100% et à court terme.