

---

## Résultats du traitement chirurgical de l'achalasia : à propos de 16 cas

---

N. Ele<sup>1</sup>, P. Bouya<sup>2</sup>, B. Atipo Ibara<sup>3</sup>, C. Kouba<sup>1</sup>, R. Massengo<sup>1</sup>

1. Service de chirurgie digestive (Pr. R. MASSENGO)

2. Service d'urologie (CHU – Brazzaville)

3. Service de gastro-entérologie et de médecine interne (Pr. A. ITOUA NGAPORO), (CHU – Brazzaville)

Correspondance :

Docteur N ELE

Service de chirurgie digestive

Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville BP : 2095 (Congo)

E-mail : chirurgiedigestivechu@yahoo.fr

---

### Résumé

Le but de cette étude rétrospective était d'étudier les résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical de l'achalasia par la technique de Heller.

De mars 1988 à février 2000, 16 achalasia ont été opérées dans le service. Il s'agissait de 9 hommes et 7 femmes, d'âge moyen 31 ans (extrêmes : 17 et 51 ans)

Le diagnostic d'achalasia a été établi sur les arguments cliniques, radiologiques et endoscopiques à la recherche de lésions associées.

Tous les patients ont subi une oesocardiomyotomie extra-muqueuse de Heller associée à un dispositif anti-reflux par cardioplastie.

Les suites opératoires ont été simples dans 15 cas et compliquées dans 1 cas de brèche iatrogène de la muqueuse oesophagienne, réparée secondairement.

Sur le plan fonctionnel, la dysphagie, les régurgitations ainsi que les douleurs rétrosternales ont disparu et nous avons obtenu 9 résultats excellents, 4 bons résultats et 3 résultats moyens.

L'Achalasia est une affection relativement rare. Plusieurs modalités thérapeutiques ont été proposées et la chirurgie grâce à la technique de Heller (oesocardio-myotomie extra-muqueuse) apporte une meilleure garantie.

**Mots clés :** Achalasia /dilatation / oesocardiomyotomie / extra-muqueuse /chirurgie / Heller.

### Abstract

#### Results of surgical treatment of achalasia, about 16 cases.

The aim of this retrospective study was to assess the short and long term results of the surgical treatment for achalasia, by the technique of Heller.

Nine men and 7 women with an average age of 31 years (17 to 51) were included. The diagnosis of achalasia was established on radiological and endoscopic findings. All patients underwent an extra-mucous membrane Heller's oesocardiomyotomy, associated with anti-reflux cardioplasty.

The average follow-up time of the patients was two years. There were no deaths. There were no complications in 15 cases. One patient suffered a iatrogenic breach of the esophagus mucous membrane which needed secondary repair.

Functional symptoms such as dysphagia, regurgitations and retrosternal pains were improved. Overall, results were described as excellent in 9 patients, good in 4 patients and medium in 3 patients.

Achalasia is a relatively rare disease. Although several therapeutic strategies have been proposed, we think that surgery using the Heller's technique (extra mucous membrane oesocardiomyotomy) carry better results.

**Key words :** Achalasia / dilatation / oesocardiomyotomy / extra-mucous / surgery / Heller.

---

### Introduction

L'Achalasia est caractérisée par la dilatation de l'œsophage en rapport avec un obstacle fonctionnel. Depuis sa première description en 1672 par Thomas Willis [1], cette affection a fait l'objet de plusieurs études concernant sa physiopathologie ; les plus récentes reposent sur les données de la manométrie [2]. Dans l'achalasia, l'objectif thérapeutique est de réduire ou de supprimer l'obstacle fonctionnel situé sur le bas œsophage. Cet objectif peut être atteint par plusieurs modalités thérapeutiques : l'oesocardiomyotomie extra muqueuse longitudinale de type Heller, par chirurgie conventionnelle [3-4], par chirurgie laparoscopique ou thoracoscopique [5-6-7], par dilatation

pneumatique progressive per endoscopique [8], et récemment par injection intrasphinctérienne de toxine botulique par voie endoscopique [9-10-11].

A partir de 16 cas opérés par myotomie longitudinale extra muqueuse selon Heller, nous rapportons notre expérience dans le traitement de l'achalasia.

### Matériel et méthode

De mars 1988 à février 2000, nous avons opéré 16 achalasia symptomatiques. Parmi les patients, il y avait 9 hommes et 7 femmes, d'âge moyen 31 ans, (extrêmes : 17 et 51 ans).

Le diagnostic d'achalasia a reposé sur la symptomatolo-

gie clinique, la radiologie, dont le transit baryté, et par l'endoscopie digestive haute.

La durée moyenne des symptômes préopératoires variait entre 5 mois et 7 ans.

Les caractéristiques cliniques, la durée moyenne des symptômes et les scores de dysphagie étaient établis chez tous nos patients avant le traitement chirurgical.

La symptomatologie clinique était dominée par la dysphagie, trouvée chez tous les patients. Elle était associée à des douleurs rétro sternales (14 fois), des régurgitations (15 fois) et un amaigrissement (11 fois)

L'exploration radiologique trouvait un élargissement du médiastin sur le cliché thoracique standard chez tous les patients.

Le transit baryté oesophagien permettait de préciser le stade de la maladie :

- dilatation légère de l'œsophage en entonnoir (fig.1) avec un diamètre inférieur à 5 cm : Stade I (8 cas);
- dilatation modérée de l'œsophage avec un diamètre compris entre 5 et 8 cm : Stade II (5 cas);
- "œsophage en chaussette", fortement dilaté avec un diamètre supérieur à 8 cm : Stade III (3 cas);

L'examen endoscopique permettait dans tous les cas de franchir le sphincter inférieur de l'œsophage, confirmant le caractère fonctionnel de l'obstacle. La muqueuse était normale chez tous les malades, et aucune lésion organique associée n'a été trouvée.

La manométrie oesophagienne, investigation la plus spécifique pour le diagnostic de l'achalasia dans sa phase initiale [2] n'a pu être réalisée par insuffisance du plateau technique.

Nous avons procédé à la mise en place d'une sonde d'aspiration continue n°18 dans l'œsophage la nuit qui précédait l'intervention, afin de vider l'œsophage achalasiaque.

L'intervention de Heller était réalisée chez un patient installé en décubitus dorsal, avec un billot souple sous la base du thorax à l'aplomb du mamelon, la table opératoire réglée en léger pro cubitus. Par la voie d'abord médiane sus-ombilicale, une valve exerçait une traction vers le haut. Toutes ces manœuvres avaient pour but d'exposer la région hiatale. Le péritoine pré-œsophagien était alors incisé transversalement en commençant à droite après section de la pars flaccida de l'épiploon gastro hépatique. Cette incision péritonéale se terminait sur le bord gauche de l'œsophage, alors que l'hiatus oesophagien était libéré. La libération de l'œsophage était ensuite réalisée en introduisant l'index de la main droite d'abord latéralement, en restant au contact de l'œsophage qui était contourné. L'œsophage était abaissé dans l'abdomen et contrôlé par un lacs. L'œsophage thoracique était disséqué le plus haut possible. L'exposition du trajet de la myotomie s'achevait par une préparation soigneuse de la face antérieure du cardia, car à ce niveau il existe des épaissements lipomateux et surtout des veines transversales qui nécessitent une hémostase préventive. Nous procédions ensuite à la réalisation de la myotomie.

L'oesocardiomyotomie extra muqueuse longitudinale de

Heller avait intéressé les deux couches musculaires depuis la face antérieure de la grosse tubérosité de l'estomac au contact du faisceau oblique d'Helvétius et remontait l'œsophage sur une longueur d'au moins 9 cm [3].

Nous élargissions la myotomie par la résection d'une bandelette de muscle sur l'un des bords de la myotomie. Un dispositif anti-reflux était confectionné selon deux modalités:

- une hémi valve antérieure selon la technique de Dor [3] (7 fois)
- une hémi valve postérieure selon la technique de Toupet [3] (9 fois).

L'intervention a toujours été réalisée sous antibioprophy-laxie : amoxicilline+acide clavulanique, 1g en intraveineuse à l'induction, 1g en fin d'intervention, puis 1g en intraveineuse 8 heures après.

Au 4<sup>e</sup> jour postopératoire les patients reprenaient une alimentation liquide, puis semi-liquide au 6<sup>e</sup> jour. Au 8<sup>e</sup> jour, nous réalisions un transit baryté oesophagien de contrôle.

## Résultats

Les résultats du traitement chirurgical ont été jugés selon les critères de la classification de VANTRAPPEN [12]. Ces critères portent sur les symptômes cliniques suivants : la dysphagie, les douleurs rétrosternales, les régurgitations et la perte de poids.

On distingue 4 groupes :

- groupe I : résultats excellents, les patients ne présentent pas de symptômes ;
- groupe II : bons résultats, les patients présentent une dysphagie occasionnelle ou des douleurs de courte durée ;
- groupe III : résultats moyens, dysphagie au moins une fois par semaine ; il n'y a pas de régurgitations ni de perte de poids ;
- groupe IV: mauvais résultats, dysphagie prolongée ou fréquente, ou dysphagie et régurgitations, ou douleurs rétrosternales quotidiennes.

Parmi les 16 patients opérés, 14 ont été revus régulièrement en consultation. Le recul moyen de l'étude a été de 2 ans (extrêmes :1 et 3 ans). Deux patients ont été perdus de vue.

Les suites opératoires ont été simples dans 15 cas. Dans un cas, les suites opératoires se sont compliquées du fait d'une brèche iatrogène de la muqueuse oesophagienne, méconnue en peropératoire. Cette brèche a nécessité une reprise opératoire au 2<sup>e</sup> jour et a été traitée par une suture simple et par la confection d'une jéjunostomie d'alimentation.

Sur le plan fonctionnel, nous avons obtenu la disparition de la dysphagie, des régurgitations, des douleurs rétrosternales ainsi qu'une reprise pondérale chez 9 patients.

Le transit baryté (fig2) oesophagien postopératoire a montré dans tous les cas une régression de la dilatation oesophagienne et un bon passage de la baryte.

Ainsi, selon les critères de la classification de VANTRAPPEN [12] nous avons globalement obtenu :

- 9 résultats excellents ;
- 4 bons résultats ;
- 3 résultats moyens.

Aucun décès n'a été enregistré dans notre étude et la durée moyenne d'hospitalisation a été de 11 jours (extrêmes : 8 et 25 jours).

## **Discussion**

Sur les symptômes rencontrés, la dysphagie est constante. C'est le symptôme le plus courant et le plus précoce de la maladie [13-15], tel est le cas dans notre série. Nos 16 patients présentaient une dysphagie. Il s'agit le plus souvent d'une dysphagie rétrosternale basse, dans la période initiale de la maladie, elle est variable et capricieuse, aggravée par le stress. Cette dysphagie a parfois un caractère paradoxal, c'est à dire élective pour les liquides, alors que les solides passent bien. Les douleurs thoraciques s'observent principalement à la période initiale de la maladie [14, 15], dans notre étude, 14 patients présentaient ce symptôme. Ces douleurs sont en rapport avec les contractions anarchiques de l'œsophage achalastique et sont parfois déclenchées par l'ingestion des boissons glacées. [3,14]. Ces douleurs sont constantes dans les formes vigoureuses de l'achalasia [13].

Les régurgitations constituent le second symptôme le plus fréquent de cette affection [13,15].

Dans notre étude, 15 patients présentaient ce symptôme. Ces régurgitations peuvent être actives, elles résultent des contractions post prandiales de l'œsophage achalastique. Elles peuvent être passives, provoquées par l'antéflexion et le décubitus. Enfin l'amaigrissement est fréquent, parfois considérable [3,13], résultant d'une alimentation insuffisante. Dans notre série, 11 patients présentaient un amaigrissement.

Sur le plan technique, l'oesocardiomyotomie extra muqueuse longitudinale de Heller a été le traitement de choix pour tous nos patients. Il consiste en une myotomie antérieure, qui sectionne toutes les fibres musculaires des deux couches de l'œsophage inférieur et du cardia. Sur ce plan, la myotomie doit être suffisamment longue vers le haut, sur 8 cm environ à partir de la jonction oesogastrique, et s'étendre sur 2 à 3 cm en-dessous sur la face antérieure de la grosse tubérosité au contact des fibres musculaires profondes, qui sont non seulement circulaires mais aussi obliques (cravate d'Helvétius) [3].

Dans les suites postopératoires immédiates, le seul risque réel est la fistule par plaie muqueuse méconnue ou d'apparition secondaire après chutes d'escarres ou encore après lâchage de suture [3].

Cette complication peut être évitée en prenant certaines précautions : il faut inciser uniquement les deux couches musculaires de l'œsophage, et arrêter la myotomie dès que la muqueuse fait hernie sur la moitié antérieure de la myotomie. Il ne faut pas faire de coagulation intempestive de la sous muqueuse. Lorsque la perforation

est reconnue en cours d'intervention, celle-ci doit être réparée par suture au fil fin à petites aiguilles serties [3].

Les résultats de la myotomie de Heller selon les données de la littérature montrent un taux de succès global de 89% avec un taux de mortalité inférieur à 1% [16].

Dans notre série, nous avons eu une complication postopératoire immédiate consécutive à une perforation de la muqueuse œsophagienne, méconnue en peropératoire (6,25%). Le taux de succès global était de 93, 75%.

Les échecs de la technique de Heller peuvent être la réapparition ou la persistance d'un sphincter inférieur de l'œsophage achalastique, par myotomie incomplète ou insuffisamment large [3], une myotomie longue, élargie par la résection d'une bandelette longitudinale sur l'un ou les deux bords de la myotomie [3], peuvent pallier ces échecs.

La principale complication à long terme est le reflux gastro œsophagien consécutif à la section du sphincter inférieur fonctionnel de l'œsophage au cours de la myotomie. Le meilleur traitement de cette complication est la prévention du reflux gastro œsophagien par la confection d'un dispositif antireflux [2-3]. Les autres causes d'échec de l'opération de Heller sont l'ignorance ou l'apparition d'un cancer de l'œsophage situé en amont du sphincter inférieur de l'œsophage, d'où l'intérêt de réaliser une endoscopie digestive haute avant une opération de Heller, et devant tout échec de celle-ci [3].

Depuis une dizaine d'années, dans de nombreux pays, la myotomie de Heller est réalisée par chirurgie laparoscopique [4-5] ou thoracoscopique [6]. Ces deux voies d'abord permettent une meilleure exposition avec des suites opératoires simples.

La dilatation pneumatique progressive de l'œsophage achalastique représente une alternative thérapeutique, elle permet de réduire l'obstacle fonctionnel en réalisant une dilacération des couches musculaires de l'œsophage, tout en respectant la muqueuse et la séreuse [3].

Récemment, certains auteurs ont proposé une modalité de traitement de l'achalasia par injection de toxine botulique dans le sphincter inférieur de l'œsophage par voie endoscopique [9-10-11]. Cette option thérapeutique peut offrir une solution utile chez les patients âgés qui ne toléreraient pas les complications d'une démarche thérapeutique plus invasive.

## **Conclusion**

Malgré l'apport ces dernières années dans les pays développés du traitement de l'achalasia par chirurgie laparoscopique ou thoracoscopique, l'opération de Heller par chirurgie conventionnelle demeure un traitement efficace.

Cette intervention, par son accessibilité, reste l'indication de choix dans les pays en voie de développement.

## Références

1. Hurst V. Achalasia of the cardia. *Quart J. Med* ; 1915 : 119
2. Couturier D., Samana J., Chaussade S. Troubles moteurs de l'oesophage. *E.M.C. Gastroentérologie*, 1994 ; 9 : 201, A- 10
3. Maillard H.N., Hay J. M. Les Myotomies oesophagiennes. *E.M.C. Techniques chirurgicales*, 1987 ; 40183, 11
4. Heller E. Extramucosa cardioplastic beim chronischen. Cardiospasmus mit dilatation des oesophagus mit Grenzgeb. *Med chir.* 1914 ; 27 : 141
5. Bouamrine D., Millat B., Veyrac M., Bauret P. Traitement par laparoscopie du méga oesophage idiopathique. *Gastroenterol. Clin. Biol.* 1997 ; 21 : 43.
6. Kunath U. Thoracoscopic myotomy of the esophagus in achalasia. *Chirurg* 1994 ; 65 : 726-9
7. Depaula A. L., Hashiba K., Bafuho M. Laparoscopic approach of esophageal achalasia. *Surg. Endosc.* 1995 ; 9 : 220
8. Nostrant T. T. Esophageal dilatation. *Dig Dis*, 1995 ; 13 : 33-55
9. Pasricha P. J., Ravich W. J., Hendrix T. R. et al. Intrasphincteric botulinum toxin for the treatment of achalasia. *N. Engl. J Med.* 1995 ; 332 : 774-8
10. Fishman V.M., Parkman I. P., Schlano T D. Symptomatic improvement in achalasia after botulinum toxin injection of the lower esophageal sphincter. *Am J Gastroenterol*, 1996 ; 91 : 1724-30
11. Zerbib Franck, Bruley des Varannes S. Le traitement endoscopique de l'achalasia de l'oesophage. *Hépatogastroentérologie* 2001 ; 8 : 13-7.
12. Vantrappen G., Hellemans J., Deloof W., Valemois P., Vandembroucke J. Treatment of achalasia with pneumatic dilatations. *Gut* 1971 ; 12 : 268-75
13. Couturier D. Troubles moteurs primitifs de l'oesophage (achalasia), spasmes diffus, syndrome du péristaltisme douloureux, formes intermédiaires) In : Galmiche J.P., Colin R. Eds., *Troubles de la motricité de l'oesophage, reflux gastro oesophagien*. Doin. Paris. 1987 : pp. 33-56.
14. Couturier D. Douleurs thoraciques d'origine oesophagienne est-il possible de les reconnaître et comment ? *Ann. Med. Interne*, 1987 ; 138 : 399-402.
15. Couturier D., Samama J. Clinical aspects and manometric criteria in achalasia. *Hepatogastroenterology* 1991 ; 38: 481-7.
16. Ferguson M. K. Achalasia : current evaluation and therapy. *Ann. Thorac. Surg.* 1991 ; 52 : 336- 42