

LE DIVERTICULE DE ZENKER : PREMIÈRE DESCRIPTION AU GABON

R. NGUEMA-MVE (1), A. BITEGHE (1)

RÉSUMÉ

L'observation d'un gabonais de 64 ans porteur d'un diverticule de Zenker récidivé est rapportée.

C'est le premier cas décrit en Afrique Centrale.

La récurrence est la complication habituelle de la diverticulopexie.

A cet effet, les aspects diagnostiques et thérapeutiques sont discutés.

Mots clés : Diverticule de Zenker - Diverticulectomie - Gabon.

SUMMARY

Zenker's diverticulum : first description in Gabon

The observation of a 64 years old Gabonese man is reported. This is the first case described in Central Africa.

Recurrence is the most frequent complication of the inversion of the diverticula.

Diagnosis and therapeutics aspects are discussed.

Key words : Zenker's diverticulum - excision - Gabon.

INTRODUCTION

En 1764, A. LUDLOW (1, 2), décrivait le premier cas de diverticule pharyngo-oesophagien. Il s'agit d'une hernie de la muqueuse oesophagienne à la face postérieure de la jonction pharyngo-oesophagienne (2, 5). Elle serait liée à une dyskinésie de l'oesophage sous-jacent ; plus rarement à une sténose organique (3). Elle se manifeste par de la dysphagie, des régurgitations, des symptômes respiratoires et par une perte pondérale (2). Les diverticules pharyngo-oesophagiens représentent environ les 2/3 des diverticules de l'oesophage (5).

Le diagnostic est évoqué par la clinique et confirmé par la radiographie. Le traitement en est chirurgical (4, 5, 6, 7, 8). Pourtant, en Afrique Centrale, l'affection semble rare ou

1. Service de chirurgie générale et digestive Hôpital Provincial de l'Estuaire à Melen B.P. 450 Libreville - GABON.

négligée ; aucune publication la concernant n'a été faite ces 5 dernières années dans cette région.

Nous rapportons ici, le premier cas gabonais.

OBSERVATION

Mr B... Charles, 64 ans, Gabonais est vu en consultation en mars 1995 pour un gêne alimentaire nette faite de dysphagie et de régurgitations de plus en plus invalidantes depuis 6 mois avec perte de poids de 5 kg.

Dans ses antécédents, il avait été opéré à l'Hôpital Laënnec de Paris en 1989 pour un diverticule de Zenker. Cette intervention avait consisté en une diverticulopexie. Le patient aurait été amélioré pendant quelques temps ; mais les symptômes sont réapparus progressivement motivant une consultation pour aggravation de la symptomatologie.

Devant ce tableau, on évoqua une récurrence du diverticule qui était confirmée par le transit oeso-gastro-duodéal (clichés 1 et 2).

**Transit baryté :
Cliché n°1 : Vue de face**

**Cliché n°2 : Incidence des 3/4
(la lettre D désigne le diverticule)**

La fibroscopie montrait un diverticule de Zenker en position postérolatérale droite sans signes locaux suspects. Les explorations fonctionnelles n'étaient pas réalisées.

Le bilan préopératoire était normal. L'intervention eut lieu le 19.04.95 et cette fois-ci, on réalisa une diverticulectomie isolée. Les suites opératoires furent simples. La symptomatologie disparut immédiatement. L'anatomie pathologique avait confirmé l'absence de signes de malignité. Au 6e mois le patient était toujours asymptomatique et avait repris 8 kg.

DISCUSSION

Le diagnostic de récurrence de diverticule de Zenker est confirmé chez ce patient. Outre la rareté du diverticule de Zenker, cette observation est remarquable.

- Sur le plan épidémiologique, il s'agit du premier cas décrit au Gabon,
- Le mode de découverte a été aisé par les antécédents et la symptomatologie clinique,
- La résolution des symptômes a été nette après l'exérèse du diverticule,
- L'absence d'une dégénérescence maligne a été confirmée.

La diverticule de Zenker est le plus fréquent des diverticules oesophagiens et se rencontre dans 2/3 des cas (5). Il survient volontiers entre la 5e et la 7e décennie avec un âge moyen de 62 ans, touchant l'homme avec prédilection, sex-ratio > 2 (2, 3, 5, 10, 13, 14). Notre observation concernait effectivement un Gabonais de 64 ans. Pourtant, l'affection semble rare ou négligée en Afrique Centrale. Une recherche bibliographique sur cette affection ces 5 dernières années s'est avérée infructueuse dans cette région. La pathogénie du diverticule de Zenker est encore discutée. Les nombreuses hypothèses avancées pour comprendre sa survenue expliquent la diversité des modalités chirurgicales employées (8). La plupart des auteurs mettent en cause une dyskinésie du sphincter supérieur de l'oesophage dans la genèse des diverticules pharyngo-oesophagiens (5, 14). Pour certains, le spasme ou l'achalasia du muscle crico-pharyngien entraînerait une hyperpression sus-jacente qui ferait céder la paroi pharyngienne au point où elle est la plus faible, c'est-à-dire dans l'aire d'écartement des muscles constricteurs du pharynx (5). Pour d'autres enfin, c'est une incoordination pharyngo-oesophagienne qui en serait à l'origine (7). Lors de la déglutition, il y aurait incoordination entre la pulsion pharyngée et le relâchement oesophagien (10, 14). L'hypotonie du mésopharynx favorisée par l'âge produirait alors une hernie de la muqueuse à travers la musculature. RIBET (10) retient 3 conditions pour la formation d'un diverticule : la dyskinésie, la pulsion pharyngée et les points faibles.

Cliniquement, l'affection se manifeste par des signes digestifs : dysphagie et régurgitations surtout ; des signes respiratoires : fausses routes, toux, bronchopneumopathies et des signes généraux : perte de poids (10). Notre observation comportait surtout de la dysphagie, des régurgitations et une perte pondérale conséquente.

Le diagnostic évoqué par la clinique est confirmé par le transit oeso-gastro-duodénal qui situe le diverticule, montre sa taille et peut montrer la dyskinésie sous-jacente (3). Dans notre cas, il a montré le diverticule et l'absence de lésions associées.

La fibroscopie explore le collet et le diverticule et permet la biopsie des lésions suspectes (3). Elle vérifie aussi l'absence de lésions associées de l'oesophage. Ce fut le cas chez notre patient.

L'exploration fonctionnelle de l'oesophage permet de reconnaître la dyskinésie présente dans 70% des cas (3).

Associée à la ph-métrie, elle permet de documenter un reflux gastro-oesophagien pré-existant. Ces 2 examens n'ont pu être réalisés dans notre service faute de structures. Mais ils n'ont pas empêché de réaliser un traitement adéquat.

La principale complication évolutive est la dénutrition (5). Notre observation en est démonstrative. Cette dénutrition s'expliquerait par le retard de consultation dû au caractère progressif de la dysphagie. Les autres complications sont plus rares et sont représentées par les infections cervicales, les abcès du poumon et la cancérisation. Cette cancérisation est d'un pronostic sévère (1, 5, 11) ; aussi la radiographie et l'endoscopie sont-ils indispensables avant toute intervention. Elle survient souvent sur des diverticules évoluant depuis longtemps (9). On aurait pu craindre une transformation maligne devant la gravité de la symptomatologie et la dégradation de l'état général chez notre patient.

La chirurgie représente le seul traitement curatif du diverticule de Zenker. Celle-ci reste néanmoins controversée. Les attitudes sont variées et aucune technique ne semble faire l'unanimité. Certains auteurs proposent la diverticulopexie (2), geste simple mais avec un fort taux de récurrence

(4) ; notre observation est édifiante. Pour beaucoup d'auteurs (4, 5, 7, 10, 14), la diverticulotomie est l'intervention de choix.

Elle aurait l'avantage de supprimer le diverticule et d'éviter une éventuelle transformation maligne. C'est l'intervention que nous avons réalisée avec un bon résultat fonctionnel immédiat et à moyen terme. La myotomie du muscle crico-pharyngien est proposée par certaines équipes comme seul traitement des petits diverticules (13) ; d'autres l'associent soit à la diverticulopexie, soit à la diverticulotomie (5, 10, 12). Enfin, certains comme MICHOT (7) sont formellement opposés à la section de ce muscle. En général, il s'agit d'interventions bénignes dont la morbidité et la mortalité sont faibles.

CONCLUSION

Il s'agit du premier cas de diverticule de Zenker décrit au Gabon. Le diagnostic a été aisément évoqué devant les antécédents et la symptomatologie et confirmé par la radiographie.

L'endoscopie a montré l'absence de lésions suspectes de malignité. La diverticulotomie a entraîné la guérison.

BIBLIOGRAPHIE

1. D.A. BOWDER and P.M. STELL.
Carcinoma arising in posterior pharyngeal pulsion diverticulum (Zenker's diverticulum).
Br. J. Surg. 1987, 74 (7).
2. D.A. BOWDER and P.M. STELL.
Surgical management of posterior pharyngeal pulsion diverticula : inversion versus one stage excision.
Br. J. Sur. 1987, 74 (11).
3. J.P. FAVRE, J. BAULIEUX, C. DUCERF, P. RAT, O. HAAS et J.J. SALA.
Traitement chirurgical des diverticules de l'oesophage thoracique.
Chirurgie, 1990, 116 : 786-790.
4. K. MARK, M.D. FERGUSON.
Evolution of therapy for pharyngoesophageal (Zenker's) diverticulum.
Ann. Thorac. Surg. 1991 ; 51 = 848-852.
5. D. GOSSOT, E. SARFATI, M. CELERIER, C. DUBOST.
Les diverticules pharyngo-oesophagiens.
Méd. Chir. Dig. 1986, 15, (7) : 457-459.
6. I. LEBLANC, M. SCOTTE, F. MICHOT, P. TENIERRE.
Troubles de la relaxation du sphincter inférieur de l'oesophage après l'exérèse d'un diverticule oesophagien médico-thoracique par pulsion.
Ann. Chir. 1972, 46, (3) : 255-257.
7. F. MICHOT, P. LIENHARD et J.N. MAILLARD.
La myotomie du crico-pharyngien est inutile dans la cure chirurgicale du diverticule pharyngo-oesophagien.
Chir. 1978, 104 : 679-682.
8. J. MOUROUX, D. BENCHIMOL, J. SANTINI, J.L. BERNARD, J.M. BEREDER, M. ABDOU-ADA, A. BOURGEON, H. RICHELME.
Diverticules pharyngo-oesophagiens : résultats d'une série de quarante et une diverticulotomies.
Ann. Chir. 1991, 45 (5) : 391-395.
9. M. ERIC, NANSON.
Carcinoma in a long standing pharyngeal diverticulum.
Br. J. Surg. 1976, 63 : 417-419.
10. M. RIBET, K. GHOCH et F.R. PRUVOT.
Traitement Chirurgical du diverticule de Zenker.
Lyon Chir. 1989, 85/3.
11. A. SAUVANET, B. GAYET, J. LEMEE, F. FEKETE.
Les cancers sur diverticule de l'oesophage.
La Presse Médicale. 1992, 22 Février, 21, (7).
12. H. VIARD, J.P. FAVRE, S. RIBET et M. DAVID.
La dyskinésie sous-jacente aux diverticules de l'oesophage, son incidence thérapeutique.
Chirurg. 1973, 99 : 512-518.
13. H. VIARD, J.P. FAVRE, M. CAYOT, P. LEQUIN, G. MERLAND, M. SOW.
Diverticules épiphryniques de l'oesophage à propos de seize cas opérés.
Ann. Chir. 1982, 36 (6) : 411-415.