

ASPECTS THERAPEUTIQUES DES STENOSES OESOPHAGIENNES D'ORIGINE CAUSTIQUE AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE COTONOU (A Propos de 43 cas).

INTRODUCTION

Les sténoses oesophagiennes compliquent 50 % des brûlures caustiques graves et 3 à 30 % de l'ensemble des ingestions réelles [1]. Le traitement de ces sténoses va des méthodes conservatrices aux remplacements oesophagiens [2]. Le but de cette étude a été de rapporter notre expérience thérapeutique sur les sténoses oesophagiennes d'origine caustique au Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 14ans 3mois du 1^{er} Janvier 1989 au 31 Mars 2003 portant sur la prise en charge thérapeutique des sténoses caustiques oesophagiennes hospitalisées au CNHU de Cotonou. Nous avons recensé 62 dossiers à partir des registres de sortie de quatre services : Chirurgie viscérale, Chirurgie pédiatrique, Oto-Rhino-Laryngologie et Pédiatrie.

Nos critères d'inclusion ont été : observation médicale complète, diagnostic de sténose confirmé à la fibroscopie et/ou au transit oeso-gastro-duodénal (TOGD), traitement suivi et évolution disponibles dans le dossier. Nous avons éliminé 12 dossiers pour défaut de renseignement sur la nature du traitement et 7 pour refus de traitement et sortie contre avis médical. Il reste 43 dossiers pour lesquels nous avons analysé l'âge, le sexe, les caustiques en cause, l'aspect et le siège des sténoses, le traitement et l'évolution. Le traitement a été instrumental (dilatation) et chirurgical. Le traitement instrumental exclusif a été appliqué à 25 patients soit 58,14% des cas, le traitement chirurgical exclusif chez 10 patients soit 23,26% des cas et pour 8 patients soit 18,60 % des cas, le traitement chirurgical a été fait après échec de la dilatation. Les moyens de dilatation ont été la bougie de SAVARY-GILLIARD : 13 cas (39,40%) ; la sonde naso-gastrique : 12 cas (36,36%) ; l'association sonde naso-gastrique et bougie de SAVARY-GILLIARD : 7 cas (21,21%) et la bougie conventionnelle : 1 cas (3,03%). Le traitement chirurgical avait consisté en gastrostomie seule : 9 cas (20,93%) et en oesophagoplastie après gastrostomie d'alimentation : 9 cas (20,93%). Les données ont été recueillies sur un questionnaire et traitées par le logiciel Epi-info version 6. La comparaison des pourcentages a été faite à l'aide du test du khi 2 avec un seuil de significativité de 0,05.

RESULTATS

1-Fréquence

Nous avons noté 43 cas de sténose oesophagienne d'origine caustique traités en 14ans 3mois soit en moyenne 3 cas par an.

2-Age

L'age moyen a été de 12ans avec des extrêmes de 22mois et 35ans. Il s'agissait de 29 enfants soit 67,44%des cas et de 14 adultes soit 32,56 %des cas.

3-Sexe

On a noté 30 hommes et 13 femmes soit une sex-ratio de 2,30.

4-Caustiques

La soude caustique a été le produit le plus souvent en cause : 40 cas soit 93,02 %, l'acide sulfurique : 2cas soit 4,65 % et l'acide nitrique : 1cas soit 2,33%. La quantité ingérée a été estimée à une ou plusieurs gorgées.

5-Aspect et siège des sténoses

En fibroscopie, il a été noté une sténose serrée régulière dans 18cas (41,86%) ; une sténose serrée irrégulière dans 2 cas (4,65%) ; une sténose lâche dans 4 cas (9,30%). Le degré de sténose n'a pas été précisé dans 16 cas (37,20%). Au TOGD on avait noté 13 cas (30,23%) de sténose étagée; 8cas (18,60%) de sténose tubulaire; 5 cas (11,63%) de sténose moniliforme. Dans 6cas (13,95%), la sténose a été qualifiée de serrée sans autre détail.

Le siège de la sténose a été le tiers moyen et/ou le tiers inférieur de l'œsophage 29 fois soit 67,44% des cas alors que 14 fois soit 32,56% des cas le tiers supérieur a été intéressé.

6-Traitement

6-1-Traitement instrumental ou dilatation oesophagienne

Le délai minimum entre le jour d'ingestion de caustique et la 1^{ère} séance de dilatation a été de 21 jours, le maximum 216 jours, et la moyenne 84 jours. La dilatation a été pratiquée chez 33patients soit 76,74 % des cas. Elle a été exclusive chez 25 d'entre eux soit 58,14% des cas alors que chez les 8 restants soit 18,60% des cas, elle a été complétée par un traitement chirurgical.

Le résultat de la dilatation oesophagienne est résumé dans le tableau I ci-dessous

Tableau I :

Résultat de la dilatation oesophagienne en fonction des moyens utilisés, du nombre de séances, du degré de sténose et de la nature des caustiques chez les patients atteints de sténose oesophagienne caustique au CNHU de COTONOU (1989-2003).

n	Reprise de l'alimentation	persistance de la dysphagie
Moyens utilisés		
Bougie de Savary-Gilliard 13	7	6
Sonde naso-gastrique 12	5	7
Sonde naso-gastrique et Bougie de Savary-Gilliard 7*	4	3
Bougie conventionnelle 1	1	0
TOTAL 33	17	16
Nombre de séances**		
3 séances 1	0	1
4 séances 7	3	4
5 séances 6	3	3
7 séances 3	2	1
13 séances 1	0	1
non précisé 15	9	6
TOTAL 33	17	16

Degré de sténose			
		8	10
Sténose serrée régulière	18	2	0
Sténose serrée irrégulière	2	4	0
Sténose lâche	4	3	6
Non précisé	9		
TOTAL	33	17	16
Nature des caustiques			
		15	16
Soude caustique	31	1	0
Acide sulfurique	1	1	0
Acide nitrique	1		
TOTAL	33	17	16

*Après échec d'utilisation de la sonde naso-gastrique.

** Le nombre moyen de séance a été de 5,3.

Parmi les 16 patients chez qui la dysphagie a persisté ,8 ont bénéficié secondairement du traitement chirurgical,4 ont subi encore des séances de dilatation, 2 ont été perdus de vue et 2 étaient décédés dont l'un par dénutrition et l'autre par fistule oeso-trachéale.

6-2-Traitement chirurgical

Il a été appliqué à 18patients soit 41,86% des cas .Parmi eux , 8 soit 18,60% des cas l'ont eu après échec du traitement instrumental alors que 10 soit 23,26% des cas avaient bénéficié d'emblée du traitement chirurgical car porteur de sténose étagée faisant craindre l'échec de la dilatation. En ce qui concerne les méthodes, il s'agissait de la gastrostomie d'alimentation chez 18patients soit 41,86%des cas. Parmi eux, 9 soit 50 % avaient bénéficié d'une oesophagoplastie. Il a été réalisé une oesophagectomie à thorax fermé suivie immédiatement d'une colooesophagoplastie isopéristaltique rétrosternale. Le transplant a été l'iléocôlon droit dans 8 cas (88,88 % des plasties) et le côlon transverse dans 1cas (11,12 %). L'oesophagoplastie a concerné les enfants et a été pratiquée soit en Suisse ou à l'hôpital de zone de Kandi au Nord du Bénin dans le cadre des activités de l'Organisation Non Gouvernementale «Terre des hommes » :8 cas, soit en France : 1cas.

Les indications ont été l'échec du traitement instrumental (8cas de sténose serrée régulière) et sténose préjugée non récupérable par la dilatation (1cas de sténose tubulaire). Les résultats de l'oesophagoplastie ont été satisfaisants dans 8cas (88,88 %) avec reprise de l'alimentation par voie orale et dans 1cas (11,12%) le décès était survenu au 65è jour post-opératoire dans un tableau non précisé. Parmi les 9 autres patients gastrostomisés n'ayant pas encore eu l'oesophagoplastie, portent la sonde de gastrostomie avec un recul de 2mois à 6 ans alors que 5 étaient décédés de dénutrition portant le nombre total de décès à 6 après traitement chirurgical soit 33,33%des malades traités chirurgicalement.

Le tableau II récapitule l'évolution après traitement.

Tableau II

Répartition des patients en fonction de l'évolution après traitement instrumental et chirurgical des sténoses oesophagiennes caustiques au CNHU de Cotonou

		Nombre de patients		pourcentage
Satisfaisant	Après dilatation	17	25	58,14
	Après oesophagoplastie	8		
Dilatation en cours			4	9,30
Port de sonde de gastrostomie			4	9,30
Perdus de vue			2	4,65
Décès	Après dilatation	2	8	18,61
	Après gastrostomie	5		
	Après oesophagoplastie	1		
Total			43	100

7-Mortalité

Nous avons enregistré 8 décès soit 18,61% des patients. Les causes des décès ont été la dénutrition : 6 cas soit 75% des décès, la fistule oeso-trachéale compliquant le traitement instrumental : 1 cas soit 12,50% des décès et dans 1 cas soit 12,50% le décès était survenu au 65ème jour après l'oesophagoplastie dans des circonstances non élucidées.

8-Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 54 jours.

DISCUSSION

1-Traitement instrumental

Il a été largement utilisé puisque 33 patients soit 76,74% en ont bénéficié. Notre attitude rejoint celle de plusieurs auteurs dont ANDREOLLO NA [3] qui pensent qu'il faille d'abord tenter les dilatations endoscopiques. Les moyens utilisés dans notre série ont été la bougie de SAVARY-GILLIARD, la bougie conventionnelle et la sonde naso-gastrique. Si les deux premiers moyens ont été signalés par plusieurs auteurs [3,4], l'utilisation de la sonde naso-gastrique a été rarement rapportée et nous pensons que ce moyen ne devrait être employé qu'en l'absence de meilleurs instruments de dilatation. Le nombre de séances ne peut être prévu et la vraie difficulté est de savoir quand est-ce qu'il faut

conclure à l'échec de la dilatation en l'absence de complications. KUKKADY A[5] ayant travaillé sur 10 cas de sténose oesophagienne d'origine caustique pour lesquels 424 dilatations ont été réalisées avec reprise de l'alimentation orale chez 7 patients soit 70% des cas, avait conclu que de multiples séances de dilatations arrivent toujours à bout de la majorité des cas de sténose oesophagienne d'origine caustique. Cette attitude classique qui veut que les séances soient répétées autant de fois que la symptomatologie clinique l'impose est contestée par certains auteurs dont TRAISSAC L [6]. Ceux-ci, se basant sur les progrès réalisés dans la chirurgie de remplacement oesophagien, pensent qu'il vaut mieux une bonne chirurgie à des séances de dilatations pénibles, fréquentes et partiellement efficaces. Cependant OTTE JB [7] affirme qu'il faut s'accorder un délai de 3 à 6 semaines de dilatation avant de poser l'indication opératoire. Dans nos conditions de travail, les séances de dilatations sont longtemps poursuivies tant qu'il n'y a pas de complications et nous pensons que le traitement instrumental donne de meilleurs résultats lorsqu'il est appliqué dès l'amorce de la sténose que dans les cas très anciens où la sténose devient scléreuse. Ces dilatations sont autorisées en l'absence de tout phénomène inflammatoire après le 15^e jour suivant l'ingestion de produit caustique [8]. Ce délai est respecté dans notre série puisque le plus court a été de 21 jours. Nous avons eu un taux global de succès de 51,52%. En utilisant exclusivement la bougie de SAVARY-GILLIARD, nous avons eu un succès de 53,85%. Ce résultat se rapproche de celui de 54,54% rapporté par LOPEZ VALLEJOS P [4] mais est inférieur à celui de 66,1% trouvé par ANDREOLLO NA [3]. Le seul patient traité par la bougie conventionnelle dans notre série a repris l'alimentation par voie orale. D'autres auteurs ayant utilisé la bougie conventionnelle ont des résultats variables : PANIERI E [9] n'avait eu aucun succès sur 39 cas alors que BERTHET B[10] avait eu sur 12 cas, 5 succès soit 41,66%. Par ailleurs MEKKI M [2] a rapporté 4 succès sur 5 cas de dilatation pneumatique soit 80% de succès. On constate alors que les résultats des dilatations par bougie de SAVARY-GILLIARD et des dilatations pneumatiques semblent meilleurs et pour MEKKI M [2], les dilatations pneumatiques pourront être l'avenir du traitement instrumental. Comme on peut le remarquer il y a une grande disparité dans la taille des échantillons et la plupart des auteurs n'ont pas signalé le degré de sténose qui n'est certainement pas le même chez tous les patients; ces différents résultats devraient alors être nuancés.

2-Traitement chirurgical

Il avait concerné 18 patients soit 41,86% des cas dont 8 après échec de la dilatation et 10 sans dilatation préalable. Ces 10 patients étaient porteurs de sténose étagée faisant craindre l'échec de la dilatation. Pour CONTARDO C[11] lorsque la sténose est longue et multiple, il vaut mieux la chirurgie d'emblée. Tous les 18 patients ont eu une gastrostomie d'alimentation. Cette gastrostomie est conseillée par certains auteurs dont BERTHET B[10] mais d'autres préfèrent une jéjunostomie afin de garder l'estomac intact pour une éventuelle anastomose oeso-gastrique. Des 18 patients identifiés pour bénéficier du traitement chirurgical, 9 soit 50% ont pu avoir une oesophagoplastie. Dans l'attente d'avoir cette plastie, 5 des 9 restants étaient décédés par dénutrition et 4 portent à ce jour une sonde de gastrostomie. En fait la chirurgie de remplacement oesophagien pose des problèmes de réanimation non encore résolus au Bénin, ce qui justifie qu'elle ne soit pas encore réalisée chez ces 4 gastrostomisés qui finiront probablement par être évacués dans des pays où la prise en charge est meilleure. Pour nous l'oesophagoplastie doit rester le dernier recours mais nous pensons comme TRAISSAC L [6] que dans les sténoses complètes, la chirurgie est la seule solution logique. Dans la technique de colo-oesophagoplastie isopéristaltique à thorax fermé utilisée, la thoracotomie ayant été évitée, le risque opératoire était diminué. L'iléo-côlon droit utilisé comme transplant est plus avantageux en raison entre autre de la parfaite congruence oeso-iléale. Cependant, on pourrait employer l'estomac, le colon transverse ou le jéjunum. Lorsqu'il est isopéristaltique comme dans notre série, le transplant cœliac assure un passage alimentaire parfait[12]. Par ailleurs KRISAR Z [12] estime qu'il est inutile de réséquer l'oesophage en cas de lésion bénigne. Par contre pour KIM YT[13] la section de l'oesophage distal mettra les patients à l'abri de la dégénérescence maligne de l'oesophage brûlé laissé en place. Dans notre série l'oesophagoplastie a été satisfaisante dans 88,88% des cas et ce résultat doit inciter à en réaliser dès qu'on a conclu à l'échec de la dilatation.

CONCLUSION

Notre expérience thérapeutique des sténoses oesophagiennes d'origine caustique confirme les données de la littérature selon lesquelles la dilatation doit presque toujours être tentée et qu'en cas d'échec, l'oesophagoplastie est le traitement idéal.

REFERENCES

- 1- di COSTANZO J, DEVEZE JL, JOUGLARD J, NOIRCLERC M, OHRESSER PH.
Problèmes de réanimation posés par les brûlures par caustiques du tractus digestif supérieur. Rev Prat 1979 ; 29 (15) : 1268.
- 2- MEKKI, SAID M, BELGHITH M, KRICHENE I, CHELLY S, JOUINI R, NOURI A, GANNOUNI A.
Pneumatic dilatation of caustic esophageal stenosis in children. Report of five cases. Arch Pediatr 2001; 8 (5) : 489-92.
- 3- ANDREOLLO NA, LOPES LR, INOGUTTI R, BRANDALISE NA, LEONARDI LS.
Conservative treatment of benign esophageal strictures using dilatation. Analysis of 500 cases. Rev Assoc Med Bras 2001 ; 47 (3) : 236-43.
- 4- LOPEZ VALLEJOS P, GARCIA SANCHEZ MV, NARANJO RODRIGUEZ A, GALVEZ CALDERON C, HERVAS MOLINA A, CHICANO GALLARDO M, MINO FUGAROLAS G.
Endoscopic dilatation of caustic esophageal strictures. Gastroenterol hepatol 2003 ; 26 (3) : 147-51.
- 5- KUKKADY A, PEASE PW.
Long – term dilatation of caustic strictures of the esophagus. Pediatr surg Int 2002 ; 18 (5-6) : 486-90.
- 6- TRAISSAC L, DUBOIS JP, GAULT A.
Place de l'endoscopie dans les oesophagites caustiques et traitement dilatateur des sténoses cicatricielles. Rev Laryn 1980 ; 101 (5-6) : 294-00.
- 7- OTTE JB, de VILLE de GOYET J, KESTENS PJ, BUTS JP, MOULIN D, FIASSE R.
Modification de la stratégie thérapeutique dans les oesophagites caustiques graves chez l'enfant. Plaidoyer pour l'intervention chirurgicale précoce dans les formes diffuses. Acta Gastro-Enterologica Belgica 1982 ;45 :527-34.
- 8- MAMEDE RC, de MELLO – FILHO FV.
Ingestion of caustic substance and its complications. Sao Paulo Med J 2001 ; 119 (1) : 10 – 5.
- 9- PANIERI E, RODE HN, MILLAR AJ, CYWES S.
Esophageal replacement in the management of corrosive strictures : when is surgery indicated. Pediatr Surg Int 1998 ; 13 (5-6) : 336 – 40.
- 10- BERTHET B, BERNADINI D, LONJOU T, ASSADOURIAN R, GAUTHIER A.
Traitement des sténoses caustiques du tractus digestif supérieur. J. chir 1995 ; 132 (11) : 447 – 50.
- 11- CONTARDO C.
Ingestion of corrosive substances. Rev Gastroenterol Peru 1998 ; 18 (3) : 264 – 72
- 12- KRISAR Z, KOTSIS L, DOBJANSHI A, MONOSI M, ABRUDAN T.
Plastie de l'œsophage par le côlon transverse en cas de sténose par caustique. Bulletin de la société internationale de chirurgie 1968 ; (6) : 650-54
- 13- KIM YT, SUNG SW, KIM JH.
Is it necessary to resect the diseased esophagus in performing reconstruction for corrosive esophageal stricture ? Eur J cardiothorac surg 2001 ; 20 (1) : 1-6.