

ARTICLE ORIGINAL

LES STENOSSES CAUSTIQUES DE L'ŒSOPHAGE: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES EN CHIRURGIE VISCERALE AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM) DE COTONOU

CAUSTIC ESOPHAGEAL STENOSIS: EPIDEMIOLOGICAL, DIAGNOSIS AND THERAPEUTIC ASPECTS IN VISCERAL SURGERY AT TEACHING HOSPITAL CENTER HUBERT KOUTOUKOU MAGA OF COTONOU

KC VIGNON(1), MNA MEHINTO(2), DK MEHINTO(1), R VIGNON(3), NH NATTA N'TCHA(1), N PADONOU(1)

1. Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale
2. Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique (CUGO)
Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou Maga. 01BP386 Cotonou-Bénin.
3. Hôpital d'Instruction des Armées (HIA)-Camp guézo-Cotonou

RÉSUMÉ

Introduction: La sténose caustique de l'œsophage est peu fréquente en chirurgie viscérale.

But: Etudier ses aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques

Méthode: A partir d'une étude rétrospective du 1er Janvier 2001 au 31 Mars 2011 en chirurgie viscérale au CNHU-HKM de Cotonou, les dossiers de 24 cas de sténose caustique de l'œsophage ont été analysés.

Résultats: La fréquence était de 2,3 cas/an et elle représentait 0,33 % des hospitalisés. L'âge moyen des patients était de 31,2 ans, la sex-ratio de 1,6. C'étaient essentiellement des mariés (15/24) et des chrétiens (19/24). La dysphagie isolée ou non était présente chez tous les patients, la soude caustique était surtout en cause (13/24), la tentative d'autolyse la première circonstance étiologique (23/24). L'état général était bon dans 15 cas (15/24), 19 patients (19/24) ne présentaient pas de lésions buccales et 20 (20/24) n'avaient pas douleur abdominale. Ont été réalisés: fibroscopie œso-gastro-duodénale (17/24), transit œso-gastro-duodénal (12/24), les 2 examens (5/24). La sténose était sur l'œsophage: cervical (3/24), thoracique (9/24), abdominal (5/24); sténose étagée de l'œsophage (1/24), portion œsogastrique (4/24), portion œso gastro-pylorique (1/24), œsophage et pylore (1/24). Le traitement chirurgical était palliatif et dominé par la jéjunostomie d'alimentation définitive (18/24). En hospitalisation, la morbidité était de 2/24 et la mortalité de 1/24

Conclusion: Les sténoses caustiques de l'œsophage ont été observées surtout chez des hommes jeunes qui tentaient de se suicider. Le traitement chirurgical a été palliatif. La morbidité et la mortalité hospitalière étaient relativement faibles.

Mots clés: Œsophage, Sténose caustique

SUMMARY

Introduction: Esophageal caustic stenosis is little frequent in visceral surgery

Aim: Study its epidemiological, diagnosis and therapeutic aspects

Method: About a retrospective study in visceral surgery at CNHU-HKM of Cotonou, from January 1st 2001 to March 31th 2011; 24 cases of esophageal caustic stenosis were analyzed

Results: Frequency was 2.3 cases /year and it represents 0.33% of hospitalized patients. The average age of patients was 31.2 years; sex-ratio was 1.6. They were essentially married persons (15/24) and Christians (19/24). Dysphagia only or with another signs was present in all the patients, caustic soda was especially in causes (13/24) and suicide attempts the first etiological circumstance (23/24). General state was good in 15 cases (15/24), 19 patients (19/24) without oral lesions and 20 without abdominal pain. They realized duodenal gastro esophageal endoscopy (17/24), duodenal gastro esophageal transit (12/24), and the two examinations (5/24). Stenosis position on esophagus was: cervical (3/24), thoracic (9/24), abdominal (5/24), a lot of place at esophagus (1/24), gastro esophageal portion (4/24), pyloro gastro esophageal portion (1/24), esophagus and pylorus (1/24). Surgical treatment done was palliative and dominated by definitive feeding jejunostomy (18/24). During hospitalization, morbidity was 2/24 and mortality was 1/24.

Conclusion: esophageal caustic stenosis were especially noted in young men who tried to commit suicide. Surgical treatment was palliative. Hospital morbidity and mortality were relatively low.

Keywords: Esophagus, Caustic stenosis

Tirés à part:

DK MEHINTO : 01 BP 499 Cotonou.

E-mail : dmehinto@yahoo.fr

INTRODUCTION

La sténose caustique de l'œsophage est une réduction du calibre de la lumière œsophagienne due à l'ingestion de produits corrosifs [1]. La femme jeune est le plus souvent concernée et la soude caustique est en cause dans la majorité des cas [1, 2]. Cette pathologie est surtout révélée par une dysphagie progressive après antécédent d'ingestion des produits caustiques. La fibroscopie œsophagienne ou le transit œsophagien permettent de confirmer le diagnostic de sténose [1]. La sténose peut être limitée à l'œsophage ou peut atteindre en même temps d'autres segments du tractus digestif. Le traitement médical précède, accompagne et succède aux traitements endoscopique et/ou chirurgical qui visent à améliorer la vidange de l'œsophage dans le segment digestif d'aval normal et à éviter les complications [3]. Notre but a été d'exposer les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des cas de sténoses caustiques de l'œsophage.

MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective du 1er janvier 2001 au 31 Mars 2011 dans les services de chirurgie viscérale "A" et "B" du CNHU-HKM de Cotonou. Elle a porté sur les dossiers des patients hospitalisés pour sténose caustique de l'œsophage. Nos critères d'inclusion ont été l'existence:

- d'une observation médicale complète au regard de nos variables comportant l'antécédent d'ingestion de produits caustiques,
- un compte rendu opératoire attestant qu'un geste thérapeutique a été réalisé pour sténose caustique de l'œsophage.

Les variables étudiées ont été les suivantes : âge, sexe, ethnie, profession, situation matrimoniale, religion, délai de consultation, motifs d'hospitalisation, produit caustique ingéré, circonstance d'ingestion du produit caustique, antécédents de dilatation instrumentale avant l'admission en chirurgie, signes cliniques, signes paracliniques, bilan préopératoire et traitement en chirurgie, durée d'hospitalisation, évolution.

Plusieurs classifications ont été utilisées :

Classification des œsophagites selon Savary cité par Dubin J [1] : stade I (érosions non confluentes), stade II (érosions larges confluentes), stade III (érosions circonférentielles), stade IV (sténose et ulcère)

Classification des gastrites et duodénites selon Zargar [4]: grade 0 (absence de lésion); grade 1 (érythème, œdème); grade 2a (ulcérations superficielles, fausses membranes, hémorragie muqueuse); grade 2b (ulcérations creusantes, confluentes, circonférentielles); grade 3a (nécrose focale); grade 3b (nécrose diffuse); grade 4 (perforation).

Le bilan préopératoire et de retentissement était réalisé systématiquement : Groupage sanguin Rhésus,

Numération Formule Sanguine, Taux de Prothrombine, Temps de Céphalin Kaolin, urémie, glycémie, créatininémie, ionogramme sanguin, protidémie, radiographie du thorax de face, électrocardiogramme et consultation cardiologique, consultation pré-anesthésique. Le patient était programmé lorsqu'il était déclaré apte par les anesthésistes. La voie d'abord était la laparotomie. Les actes opératoires dépendaient entre autres, du segment digestif atteint (œsophage seul ou association avec autres segments) et du caractère complet ou non de la sténose. Un recul d'un an a été observé en ce qui concerne l'évolution.

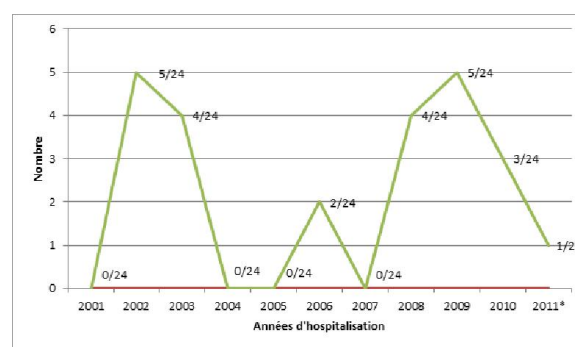
Le traitement et l'analyse des données ont été informatiques grâce aux logiciels: Microsoft Excel et Microsoft Word 2007, Epi-Info version 3.5.1. La base de données ainsi obtenue a été transférée dans le logiciel SPSS version 3.5.1 pour l'analyse et la tabulation.

RÉSULTATS

1-Aspects épidémiologiques

1-1 Fréquence

Pendant la période d'étude, 10 ans 3 mois ; sur les 7183 patients hospitalisés dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale "A" et "B", 49 soit 0,7% étaient atteints d'affections chirurgicales non tumorales de l'œsophage. Parmi eux, 24 patients (0,3 % des hospitalisés ou 49% des patients présentant une pathologie chirurgicale non tumorale de l'œsophage) avaient une sténose caustique de l'œsophage. La fréquence a été de 2,3 cas/an. La figure N°1 montre la fréquence annuelle des cas de sténose caustique de l'œsophage.



* 1er janvier 2011 au 31 mars 2011

Figure 1 : Répartition des patients atteints de sténose caustique de l'œsophage en fonction de l'année d'hospitalisation.

1-2 Age

L'âge moyen a été de 31,2 ans avec des extrêmes de 15 et 62 ans.

1-3 Sexe

On avait dénombré 15 hommes et 9 femmes, soit une sex-ratio de 1,6.

1-4 Ethnie

La répartition des patients atteints de sténose caustique de l'œsophage en fonction de l'ethnie se présentait comme suit: Fon (6/24); Goun (5/24); Yoruba (4/24); Nago (3/24); Adja, Mina, Kotafon, Sahouè, Dendi, Ibo, (1/24 dans chaque cas).

2-1-5 Profession

Il s'agissait de : commerçant (6/24); élève/étudiant (5/24); fonctionnaire, ouvrier/manœuvre, artisan/cultivateur (4/24 dans chaque cas); ménagère (1/24).

2-1-6 Situation matrimoniale

Sur les 24 patients, 15 étaient mariés et 9 étaient célibataires.

2-1-7 Religion

Les chrétiens étaient majoritaires (19 cas; 19/24). Ils étaient suivis de: musulmans et animistes (2 dans chaque cas, 2/24) puis d'adepte de vodoun (1 cas; 1/24).

2- Aspects diagnostiques

2-1 Délai de consultation

Le délai moyen était égal à 36 jours avec des extrêmes de 1 et 120 jours. Il était égal à 1 mois (17 patients; 17/24), compris entre 1 et 3 mois (6 patients; 6/24) enfin 4 mois après le début de la symptomatologie pour 1 patient (1/24).

2-2 Motifs d'hospitalisation

Les motifs d'hospitalisation ont été les suivants : syndrome œsophagien fait de dysphagie, régurgitation, hypersialorrhée (15 cas; 15/24); dysphagie isolée (9 cas; 9/24); douleur rétrosternale (13 cas; 13/24) ; hématomèse (4 cas; 4/24).

Le tableau I présente la répartition des patients atteints de sténose caustique de l'œsophage en fonction des caractères de la dysphagie.

Tableau I: Répartition des patients atteints de sténose caustique de l'œsophage en fonction des caractères de la dysphagie

	Nom bre	Proportion
Nature		
Sélective aux aliments liquides	1	1 / 2 4
Sélective aux aliments solides	11	1 1 / 2 4
Totale	12	1 2 / 2 4
Total	24	2 4 / 2 4
Constance		
Permanente	8	8 / 2 4
Intermittente	16	1 6 / 2 4
Total	24	2 4 / 2 4
Siège		
Cervical	8	8 / 2 4
Thoracique	9	9 / 2 4
Abdominal	7	7 / 2 4
Total	24	2 4 / 2 4

2-3 Produit caustique ingéré

Les produits ingérés par les 24 patients étaient de la soude caustique (13 cas), de l'acide sulfurique (6 cas), de l'acide chlorhydrique (3 cas), de l'eau de javel (1 cas), du pétrole avec comprimé de quinine et potasse (1 cas).

2-4 Circonstances d'ingestion du produit caustique

Il s'agissait de tentative d'autolyse (23 cas; 23/24) et d'ingestion accidentelle (1 cas; 1/24).

2-5 Antécédents de dilatation instrumentale

Il a été noté des séances de dilatation instrumentale œsophagienne à l'endoscopie chez 5 patients avant leur admission en chirurgie viscérale. Il s'agissait des cas de sténose incomplète. L'échec de la dilatation a été l'indication opératoire chez ces patients. Les 19 autres patients n'en avaient pas bénéficié. Les raisons n'étaient pas mentionnées dans leur dossier.

2-6 Signes généraux

Le tableau II résume la répartition des patients atteints de sténose caustique de l'œsophage en fonction des signes généraux.

Tableau II: Répartition des patients atteints de sténose caustique de l'œsophage en fonction des signes généraux

	Nombre	Proportion
Etat général		
altéré	9	9 / 24
Bon état général	15	15 / 24
Total	24	24 / 24
Température		
Hyperthermie	5	5 / 24
Température normale	19	19 / 24
Total	24	24 / 24
Coloration des muqueuses		
Muqueuses palpébrales pâles	2	2 / 24
Muqueuses palpébrales normo colorées	22	22 / 24
Total	24	24 / 24
Fréquence cardiaque		
Tachycardie	1	1 / 24
Fréquence cardiaque normale	23	23 / 24
Total	24	24 / 24
Etat d'hydratation		
Déshydratation	2	2 / 24
Absence de déshydratation	22	22 / 24
Total	24	24 / 24

2-7 Signes physiques

Ils étaient absents. Notamment à l'examen de l'abdomen on ne notait rien de particulier.

2-8 Résultats des consultations psychiatriques

Sur les 23 cas (23/24) de sténose caustique de l'œsophage secondaire à une tentative d'autolyse, une consultation psychiatrique a été réalisée chez 19 patients. Les résultats suivants ont été notés: 2 cas de trouble de la personnalité, 9 cas d'état dépressif et 8 patients suivis en psychiatrie pour un diagnostic non encore élucidé.

2-9 Signes d'examen paracliniques

Sur le plan diagnostique, les patients avaient bénéficié soit d'une fibroscopie œso-gastro-duodénale seule (17 cas; 17/24), soit d'un transit œso-gastro-duodénal seul (12 cas; 12/24), soit des 2 examens (5 cas; 5/24).

La sténose siégeait au niveau des segments suivants: œsophage cervical (3 cas; 3/24); œsophage thoracique (9 cas; 9/24); œsophage abdominal (5 cas; 5/24); sténose étagée de l'œsophage (1 cas; 1/24); association à la sténose œsophagienne, de sténose gastrique (5 cas) et pylorique (2 cas) de répartition jonction œsogastrique (4 cas; 4/24); œsophage, estomac et pylore (1 cas; 1/24); œsophage et pylore (1 cas; 1/24). La sténose était complète dans 17 cas (17/24) et incomplète dans 7 cas (7/24).

L'état de la muqueuse en amont de la sténose était normal dans 18 cas et anormal dans 6 cas. A la fibroscopie œso-gastro-duodénale, il a été observé une œsophagite stade II (2/24), III (2/24) et IV (2/24). Dans les cas d'association à la sténose œsophagienne, de sténose gastrique (5 cas) et pylorique (2 cas) comme signalés plus haut, il a été constaté une gastrite grade 2b (1 cas) et une gastrite grade 3a (2 cas; 1/24);

Des examens biologiques de retentissement réalisés, on notait : protidémie (8 cas; 8/24), normale dans 5 cas (5/8) et basse chez 3 patients (3/8) ; numération formule sanguine (24 cas; 24/24) qui était normale chez 19 patients (19/24) et avait montré une anémie dans 5 cas (5/24) avec un taux d'hémoglobine compris entre 8 et 10 grammes par décilitre. Le bilan rénal (24 cas; 24/24) était normal.

3-Aspects thérapeutiques

Le traitement était chirurgical associé à un traitement médical pré, per et post-opératoire.

3-1 Traitement médical

-Les classes de médicaments utilisées ont été: soluté pour rééquilibration hydroélectrolytique (24 cas; 24/24); antalgique (11 cas; 11/24); antibiotique (16 cas; 16/24); anti-inflammatoire, antianémique (5 cas; 5/24); vitaminothérapie B, C, D (3 cas; 3/24); antipyrétique (3 cas; 3/24); anxiolytique, pansement gastrique, psychotrope (2 cas; 2/24).

-Une psychothérapie de soutien a été réalisée chez 19 patients (19/24) alors que 5 n'en ont pas bénéficié.

- Les anomalies observées dans le bilan préopératoire ont été corrigées.

3-2 Traitement chirurgical

L'anesthésie a été générale. La voie d'abord était la laparotomie médiane sus ombilicale. Les actes chirurgicaux étaient essentiellement fonction du siège et du caractère complet ou non de la sténose. Sur les 7 cas de sténose œsophagienne incomplète, en dehors des 5 cas de dilatation instrumentale endoscopique déjà mentionnés dans les antécédents, il a été réalisé une dilatation chirurgicale (1 cas) et une plastie cardiaque chirurgicale (1 cas). Dans le tableau III est représentée la répartition des patients atteints de sténose caustique de l'œsophage en fonction du siège, du caractère complet ou non de la sténose et, des actes chirurgicaux. Dans le souci de résumer tout le traitement de la sténose dans un seul tableau, nous avons fait figurer aussi dans ce tableau III, les antécédents de dilatations instrumentales endoscopiques.

L'évolution au cours de l'hospitalisation, a été favorable chez 22 patients et émaillée de complications dans 2 cas dont 1 cas de dénutrition isolée et 1 cas de dénutrition avec toux grasse, hoquet et douleur rétrosternale qui était décédé. La mortalité a été alors de 1/24. La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,9 jours avec des extrêmes de 1 et 40 jours. A un an, 12 patients (12/24) ont été perdus de vue ; 4 sur les 12 revus (4/12) ont présenté des complications : douleur rétrosternale (2 cas; 2/12), réapparition de dysphagie aux solides (2 cas; 2/12).

Tableau III: Répartition des patients atteints de sténose caustique de l'œsophage en fonction du siège, du caractère complet ou non de la sténose, et des actes chirurgicaux*.

	N o m b r e	a c t e s c h i r u r g i c a u x *	N o m b r e
Sténose œsophagienne cervicale complète	3	Jéjunostomie d'alimentation définitive	3
Sténose œsophagienne thoracique incomplète	2	Dilatation instrumentale endoscopique + Gastrostomie d'alimentation conclue définitive après échec de la dilatation	2
Sténose œsophagienne thoracique complète	6	Jéjunostomie d'alimentation définitive	6
Sténose œsophagienne thoracique complète	1	Gastrostomie d'alimentation définitive	1
Sténose œsophagienne abdominale incomplète	2	Dilatation instrumentale endoscopique + Jéjunostomie d'alimentation conclue définitive après échec de la dilatation	2
Sténose œsophagienne abdominale complète	3	Jéjunostomie d'alimentation définitive	3
Sténose étagée incomplète de l'œsophage	1	dilatation instrumentale endoscopique œsophagienne+ Jéjunostomie d'alimentation conclue définitive après échec de la dilatation	1
Sténose incomplète de la jonction œsogastrique	1	Cardioplastie	1
Sténose complète de la jonction œsogastrique	3	Jéjunostomie d'alimentation définitive	3
Sténose incomplète de l'œsophage, de l'antre et du pylore	1	Dilatation chirurgicale de l'œsophage et plastie antropylorique	1
Sténose complète de l'œsophage et du pylore	1		1

* Les antécédents de dilatation instrumentale endoscopique figurent aussi dans le tableau III dans un souci de résumer tout le traitement de la sténose dans un seul tableau.

DISCUSSION

Aspects épidémiologiques

Notre fréquence 2,3 cas/an de sténose caustique de l'œsophage se rapproche des 3 cas/an observés par certains auteurs [2, 5], mais est inférieure aux 7 cas/an rapportés par Saetti R et al [6]. Cette fréquence relativement faible dans notre étude est due entre autres, au fait que celle-ci a eu lieu en chirurgie viscérale où ne sont admis que les adultes.

L'âge moyen était de 31,2 ans. Cela montre que les sténoses caustiques de l'œsophage avaient surtout touché les sujets jeunes. Notre résultat est similaire à celui de Odimba K [7] qui avait rapporté un âge moyen de 26 ans dans une étude réalisée dans les services de chirurgie viscérale de Lusaka (Gambie) et de Lubumbashi (République démocratique du Congo). Par contre, Mèhinto DK et al [2] avaient dans leur travail rapporté une moyenne d'âge plus faible que la nôtre (12 ans) qui s'explique par la présence d'une forte proportion d'enfants (67,4%) dans leur échantillon. En outre, Saetti R et al [6] en Italie et Berthet B et al [3] en France ont trouvé respectivement un âge moyen de 42,6 ans et 40,2 ans, donc plus élevé mais toujours jeune.

La prédominance était masculine dans notre travail, soit 15 hommes et 9 femmes. Nos résultats sont contraires à ceux de plusieurs auteurs [6, 8] qui avaient plutôt rapporté une prédominance féminine. Par ailleurs, il a été remarqué que dans les populations composées d'enfants la sex-ratio est supérieure à 1 donc une prédominance masculine [2, 9]. Celle-ci constatée dans les séries dont la population est composée d'enfants, s'expliquerait par le fait que les garçonnets sont plus turbulents que les fillettes et donc plus exposés aux ingestions accidentelles, principales circonstances étiologiques chez cette catégorie de patients. Par contre chez les adultes les circonstances étiologiques sont dominées par les tentatives d'autolyse [2], ce que nos données ont confirmé : 23/24.

Aspects diagnostiques

Le délai de consultation après le début de la symptomatologie était inférieur à 1 mois dans 17 cas sur les 24. Ce délai relativement court par rapport à ce qu'on a l'habitude d'observer chez nos patients présentant une pathologie non urgente est dû certainement à la dysphagie signe classique de sténose œsophagienne [2, 10]. En effet, les patients ne supportant pas ne plus pouvoir manger n'ont pas eu de choix. La nature des produits ingérés était la soude caustique dans 13 cas sur les 24, produit plus souvent en cause dans beaucoup de travaux chez les enfants comme chez les adultes [2, 9-12]. Ceci serait dû, entre autres, au fait que ce produit dangereux, utilisé dans beaucoup de domaines d'activité, est non seulement en vente libre dans ces pays mais aussi sans précautions d'étiquetage, précautions obligatoires par exemple en

France [13]. La consultation psychiatrique devrait être réalisée chez tous les patients. Dans notre étude 5 patients (5/24) n'en ont pas bénéficié dont le seul cas d'ingestion accidentelle et 4 cas de tentative d'autolyse, ce qui est une faute à notre humble avis. A ce jour dans le service, tous les patients ayant une sténose caustique ont systématiquement droit à une consultation psychiatrique. Des 19 patients qui en avaient bénéficié, il a été noté 2 cas de trouble de la personnalité, 9 cas de dépression et 8 patients déjà suivis en psychiatrie pour un diagnostic non encore élucidé. Tout ceci rend compte de la fragilité psychoaffective de ces patients et il faut en tenir compte dans la prise en charge. En ce qui concerne le diagnostic de confirmation paraclinique de la sténose, nos patients avaient bénéficié soit d'une fibroscopie œso-gastro-duodénale seule (17 cas; 17/24), soit d'un transit œso-gastro-duodénal seul (12 cas; 12/24), soit des 2 examens (5 cas; 5/24).

On note ainsi la prédominance de réalisation de la fibroscopie œso-gastro-duodénale (22/24) comme cela est recommandé [14]. Pour certains auteurs, les lésions doivent être évaluées au plus tôt par la fibroscopie, et la cicatrisation ultérieure par le transit œsogastrique [13, 15, 16].

Dans notre étude, l'œsophage thoracique avec 9 cas sur 24 fait partie des sièges les plus fréquents de sténose. Pour Celerier M [11], le rétrécissement physiologique de calibre à certains endroits de l'œsophage dont l'œsophage thoracique, a pour conséquence une plus grande surface de contact entre la muqueuse œsophagienne et le caustique et un temps de passage plus long favorisant la sténose.

Aspects thérapeutiques

Avant le traitement chirurgical dans notre service, des séances de dilatation œsophagienne instrumentale à l'endoscopie ont été notées dans les antécédents de 5 patients sur les 24. Il s'agissait des cas de sténose incomplète. Le degré de consistance de la sténose, sa hauteur, son nombre, son siège, la disponibilité du matériel et de la compétence font partie aussi des éléments de décision d'une dilatation instrumentale endoscopique [2, 17, 18]. Même s'il est conseillé de tenter d'abord la dilatation endoscopique, il est évident que si la sténose est fibreuse, il vaut mieux un traitement chirurgical. La dilatation par bougie de Savary Gillard et la dilatation pneumatique donneraient de meilleurs résultats [19]. Le traitement chirurgical a été palliatif dans la quasi-totalité des cas dans notre série. En effet un seul a pu bénéficier d'une cardioplastie pour sténose incomplète de la jonction oeso-gastrique (tableau III). Or étant donné que, bon nombre de ces patients, avaient un état général satisfaisant, il devrait être possible de réaliser chez eux une plastie œsophagienne. En fait il s'agit d'une chirurgie lourde nécessitant non seulement une collaboration entre plusieurs spécialistes qualifiés

don't le chirurgien, l'anesthésiste, le nutritionniste ; mais aussi la disponibilité du matériel adéquat. L'inexistence de ces conditions explique pourquoi la chirurgie a été exclusivement palliative chez nos patients qui très souvent n'ont pas les moyens pour se faire évacuer dans des centres équipés des pays à technologie plus avancée pour une prise en charge plus efficiente. Dans l'étude de Odimba K [7], la stomie d'alimentation était réalisée dans les cas d'association avec une tumeur de l'œsophage. Pour Brette M et al [16], la plastie œsophagienne est indiquée après échec du traitement instrumental. Par contre Traissac L [20] préconise plutôt un traitement chirurgical d'emblée, vu les déceptions non négligeables du traitement instrumental. Les actions de prévention, obligatoire pour la population, doivent être encore spécifiques chez les patients aux antécédents psychiatriques. Sur les 24 patients, 2 ont présenté des complications (2/24). La dénutrition est présente chez ces 2 patients qui ont consulté tardivement. Par contre, dans la série de Gossot D [21] où des plasties chirurgicales ont pu être réalisées, la morbidité était due aux fistules et aux

sténoses anastomotiques. A long terme, il existerait un risque de survenue de cancer sur sténose caustique de l'œsophage. Ainsi pour certains auteurs comme Kim Y [22], en cas de sténose de la portion inférieure de l'œsophage, il serait préférable en plus de la plastie, de réaliser une résection de l'œsophage distal, afin de mettre les patients à l'abri d'une dégénérescence maligne.

CONCLUSION

Les sténoses caustiques de l'œsophage ont été observées surtout chez des sujets jeunes de sexe masculin le plus souvent dans le cadre d'une tentative d'autolyse. Le traitement chirurgical a été palliatif dans la quasi-totalité des cas notamment à cause de plateau technique inadéquat et parfois d'absence de compétence spécifique des praticiens. La morbidité et la mortalité étaient relativement faibles. Il est nécessaire de doter le CNHU-HKM de matériel adéquat et de personnel qualifié pour une meilleure prise en charge des patients.

RÉFÉRENCES

- 1-Dubin J, Meyer V. Diagnostic des sténoses de l'œsophage de l'adulte. Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-825-A-10, 1996.
- 2- Mèhinto DK, Olory-togbé J-L, Amossou F, Padonou N. Aspects thérapeutiques des sténoses œsophagiennes d'origine caustique au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou. J Afr Chir Digest 2003; 3 (1): 206-11.
- 3- Berthet B, Bernadini D, Lonjou T, Assa-dourian R, Gauthier A. Traitement des sténoses caustiques du tractus digestif supérieur. J Chir 1995; 132 (11): 447-50.
- 4- Zargar SA, Kochhar R, Mehta S, Mehta SK. The role of fiberoptic endoscopy in the management of corrosive ingestion and modified endoscopic classification of burns. Gastrointest Endosc 1991; 37: 165-9.
- 5- Ribert M, Barret C. Utilisation du côlon dans l'œsophagoplastie pour lésions bénignes de l'œsophage. Ann Chir 1995; 49 (2) 133-7.
- 6- Saetti R, Silvestrini M, Cutone C, Barion U, Mirri L, Narne S. Endoscopies treatment of upper air way and digestive tract lesions caused by caustic agents. Ann Otol Rhinol Laryngol 2003; 112 (1): 29-36.
- 7- Odimba K. 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): 45-8.
- 8- Ofoegbu R. Incidence, pattern and african variation of common benign diseases of the esophagus. Am J Surg 1982; 144: 273-6.

- 9- Agossou-Voyèmé A, Ayivi B, Koura A, Toukourou R, Hounnou G, Koumakpaï S. Les brûlures caustiques de l'œsophage chez l'enfant au CNHU-HKM de Cotonou. *Rev Afr Chir* 1998; 11 (3): 664-9.
- 10- Attipou K, Gnassingbé K, Sewa E, Kombate D, James K. Aspects épidémiologiques et diagnostiques des sténoses caustiques de l'œsophage au Togo. *J Afr Chir Digest* 2007; 7 (1): 642-7.
- 11- Celerier M. Les plasties œsophagiennes. *Ann Chir* 1989; (1): 5-9.
- 12- Karnak I, Anyl F, Buyukpamucku N, Hicsomez A. Combined use of steroid, antibiotics and early bougienage against structure formation following esophageal burns. *Cardio Vasc Surg* 1999; 40 (2), 307-10.
- 13- Celerier M. Œsophagites caustiques. *Encycl Med Chir (Paris – France) Estomac-Intestin*, 9200 A 10-1989-12p.
- 14- Beneguida M, Alnou N, Abassi O, Sadradui A, El harrar N. Les lésions caustiques du tractus digestif supérieur. *J Chir* 1989; 125 (5): 350-4.
- 15- Guibert J, Sicart N, d'Agata P, Guillex N, Delorne G. Radiologie des œsophagites corrosives. *Revue de laryngologie* 1980; 101 (5-6): 7.
- 16- Brette M, Aidan K, Halimi B, Cattani P, Grozzier F. Pharyngo-esophagoplasty by coloplasty for the treatment of past-caustic pharyngo laryngeal esophageal burn: a report of 13 cases. *Ann Oto Laryngol Chir Cervicofac* 2000; 117 (3), 147-54.
- 17- Sereme M, Ouattara M, Ouedraogo P, Gyebre Y, Bongoungou G, Bandré E et al. Notre expérience dans la prise en charge des sténoses caustiques de l'œsophage dans les Centres Hospitalo-Universitaires de Ouagadougou. *Med Afr Noire* 2010; 57 (12): 557-62.
- 18- Zannini P, Negri G, Melloni G. Ingestion de caustiques: Traitement chirurgical des lésions cicatricielles. *Acta Endoscopica* 1992; 22 (4): 445-51.
- 19- Mekki M, Said M, Begbith M, Kricherne I, Celly S, Jouini R. Dilatation pneumatique des sténoses de l'œsophage chez l'enfant à propos de 5 cas. *Arch Pediatr* 2001; 8 (5): 489-92.
- 20- Traissac L, Dubois J, Gault A. Place de l'endoscopie dans les œsophagites caustiques et traitement dilateur des sténoses cicatricielles. *Rev Laryn* 1980; 101 (5-6): 294-300.
- 21- Gossot D, Sarfati E, Celerier M. Immédiat esojéjunale anastomosis after gastrectomy in caustic necrosis. *Ann Chir* 1989; 43 (5): 352-5.
- 22- Kim Y, Sung S, Kim J. Is it necessary to resect the diseased esophagus in performing reconstruction for corrosive esophageal stricture? *Eur J Cardiothorac Surg* 2001; 20 (1): 1-6.