

ARTICLE ORIGINAL

STÉNOSE CAUSTIQUE DE L'ŒSOPHAGE CHEZ L'ENFANT AU MALI

CHILD CAUSTIC STENOSIS OF THE ESOPHAGUS IN MALI

L KANTÉ, A TOGO, M KEITA, I DIAKITÉ, BT DEMBÉLÉ, A TRAORÉ, Y COULIBALY, S YENA, A MAÏGA, A SAMAKÉ, H SAMAKÉ, G DIALLO

service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré

RÉSUMÉ

L'ingestion des substances caustiques constitue encore un accident fréquent et grave chez l'enfant. La sténose caustique de l'œsophage qui en résulte pose des problèmes de la prise en charge au Mali. Les objectifs de ce travail étaient de décrire les signes cliniques, paracliniques et les modalités thérapeutiques. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 34 enfants, allant du 1er janvier 2000 au 31 Décembre 2007. La fréquence hospitalière a été de 0,20% des hospitalisations avec un âge moyen de 3,5 ans et une sex ratio de 2,09 en faveur des garçons. Tous nos patients ont été reçus en consultation ordinaire pour dysphagie avec dénutrition dans 28 cas (82,3%). La circonstance de survenue a été accidentelle dans tous les cas. La soude caustique a été responsable dans 50% des cas. Le délai moyen de la prise en charge a été de 6 mois (extrêmes 7-18 mois). Nous avons réalisé la gastrostomie d'alimentation chez tous les patients et l'oesophagoplastie chez 79,41% soit 27 patients. Le taux de morbidité a été de 61,67% et la mortalité 20,58% (n=7). La durée moyenne d'hospitalisation a été de 8,8 jours (extrêmes 1-30 jours) et le coût moyen 43980,5 FCFA (extrêmes 64350-198960 Fcfa)

Mots-clés: gastrostomie d'alimentation, oesophagoplastie, Mali.

SUMMARY

The caustic substance ingestion constitutes a frequent and serious accident in child. The caustic stenosis of the esophagus that results pose of the problems of the hold in charge in Mali. The objectives of this work were to describe the signs clinics, Para clinics, and the modes of the hold in charge. It is about a retrospective survey carrying on 34 children, active of January 2000 to December 2007. the hospitable frequency was of 0,20% of ,hospitalization with a middle age of 3,5 years and a sex ratio of 2,09 for the boys. All our patients have been received in plain consultation for dysphagia with denutrition 28 times (82, 3%). the circumstance of intervening was in any case accidental. The welds caustic was represented by 50% of the cases. the middle delay of the hold in charge was of 6 months (extreme 7-18 months). We achieved the gastrostomy of food at all sick and the oesophagoplastie at 79,41% either 27 patients. The rate of morbidity was of 61,76% and mortality 20,58% (n=7). the middle length of hospitalization was of 8, 8 days (extreme 1 - 30 days) and the middle cost was of CFA 43980.5 (extreme: CFA 64350-198960)

Keywords: gastrostomy, oesophagoplasty, Mali.

Tirés à part

Dr Lassana Kanté maître assistant en chirurgie générale Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto stomatologie (FMPOS) Bamako
E-mail : lassanakante@gmail.com Tel : 76440486

INTRODUCTION

L'ingestion de substance caustique constitue toujours un accident grave et fréquent chez l'enfant. La sténose caustique de l'œsophage qui en est la complication la plus redoutable, pose des problèmes de prise en charge qui varient du traitement conservateur au remplacement de l'œsophage [1]. Elle survient généralement après l'ingestion accidentelle, volontaire ou criminelle d'un produit corrosif. La gravité de cette lésion est fonction de la nature, de la concentration, du temps de contact et de la quantité du produit ingéré, toujours difficile à évaluer [2]. Les sténoses caustiques exposent au risque de cancérisation de l'œsophage (1 à 4% des cancers) avec un temps de latence d'environ 40 ans [2]. Elles seraient de meilleur pronostic du fait de leur découverte précoce [1]. Cellérier et Gayet [3] sur une étude faite sur les brûlures par ingestion de caustique ont trouvé une mortalité globale de 10% et une morbidité de 30-40%. Dans la littérature mondiale, il n'existe pas de statistique du nombre d'ingestion de caustique par rapport à une population donnée. La fréquence est estimée à 1000 cas par an au Pays-Bas, 5000 à 15000 cas aux USA [3,4]. Autrefois principalement chirurgical, le traitement de la sténose caustique de l'œsophage est devenu accessible à la dilatation de première intention et la chirurgie est surtout réservée aux complications, aux échecs de la dilatation [4]. Au Mali, il n'y a eu aucune étude exclusivement sur la sténose caustique chez l'enfant d'où la motivation de ce travail avec les objectifs de décrire les aspects cliniques et paracliniques, les modalités thérapeutiques et le coût de la prise en charge.

PATIENTS ET MÉTHODOLOGIE

Une étude rétrospective sur 8 ans du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2007 portant sur 34 cas de sténose caustique a été réalisée dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Ont été inclus dans cette étude tous les enfants admis en chirurgie pédiatrique pour sténose caustique de l'œsophage. A l'échantillonnage, nous avons procédé à un recrutement systématique de tous les enfants de 0 à 15 ans, hospitalisés pour sténose caustique de l'œsophage. Le recueil des données a été fait de façon confidentielle par nous même avec un interrogatoire au lit du malade pour l'étude prospective et la consultation des dossiers pour l'étude rétrospective. L'âge des enfants a été défini selon les critères suivants : le nourrisson correspond à un âge compris entre 1 et 3 ans, le petit enfant un âge supérieur à 3 ans et ≤ 9 ans ; l'âge du grand enfant se situe entre 10 et 15 ans. Les variables étudiées ont été les données cliniques, le bilan biologique standard, le transit œsogastroduodéal, les modalités thérapeutiques et le coût de la prise en charge. Les résultats ont été analysés avec le test

statistique Khi2 avec un seuil de probabilité significatif à $P < 0,05$.

RÉSULTATS

Sur 34 cas de sténose caustique de l'œsophage colligés en 8 ans, nous avons eu une fréquence annuelle de 4,86% (17293 hospitalisés). L'âge moyen des patients a été de 3,5 ans \pm 2,1 avec des extrêmes de 1 et 9 ans. Les garçons ont prédominé dans chaque classe d'âge avec 67,6% avec un sexe ratio de 2,09 [Tableau I]

Tableau I : Répartition des patients selon le Sexe/âge

	Garçons	Filles	Total
Nourrissons	7(20,5%)	4(11,7%)	11
Enfants	14(41,3%)	7(20,5%)	21
Grandsenfants	2(6%)	-	2
Total	23	11	34

La circonstance de survenue de la sténose caustique a été accidentelle chez tous nos patients. Dans la répartition des patients selon les substances ingérées, la soude caustique a été représentée dans 50% des cas [Tableau II].

Tableau II : Nature du caustique ingéré

	Effectifs	Pourcentage
Eau de batterie	3	9
Potasse	14	41
Soude caustique	17	50
Total	34	100

A l'admission, la dysphagie était présente chez tous nos patients. Une dysphagie totale avait été notée chez 27 patients (79,5%) et une dysphagie aux solides chez 7 patients (20,5%). Dans 30 cas (88,2%), la dysphagie était associée à des vomissements et dans 28 cas (82,3%), à une dénutrition. La durée moyenne d'évolution entre l'ingestion et la prise en charge médicalisée a été de 6 mois (extrêmes 7 – 18 mois). A l'admission, le bilan biologique standard (numération sanguine, groupage rhésus, TP-TCK, glycémie, créatinémie, ionogramme sanguin complet), la radiographie du thorax et le transit œsogastroduodéal ont été effectués chez tous nos patients. Le tiers moyen de l'œsophage a été la localisation des lésions dans 50% des cas avec une

sténose serrée unique. A l'admission, tous nos patients avaient des signes de déshydratation de différents degrés. La dilatation instrumentale première a été effectuée chez 3 patients (9%) qui ont ensuite présenté un échec. Une gastrostomie d'alimentation a été réalisée chez tous les patients (100%). Dans les suites, 4 patients ont présenté un prolapsus muqueux de l'estomac au niveau de la stomie avec lâchage de fils et 3 patients une fuite de la sécrétion gastrique et un prolapsus de la muqueuse gastrique. La technique de l'oesophagoplastie en retro sternal avec le colon transverse sans thoracotomie a été réalisée chez 27 patients (79,41%) [Tableau III].

Tableau III : Technique opératoire

	Effectifs	Pourcentage
Akiyama	7	20,59
Colo-oesophagoplastie transverse en retrosternal	27	79,41
Total	34	100

Dans les suites opératoires, nous avons eu 6 cas de nécrose du transplant colique, 15 cas de fistule cervicale postopératoire et 7 décès [Tableau IV].

Tableau IV - complications postopératoires selon les techniques

	Colo-oesophagoplastie N=27	Akiyama N= 7
Nécrose du transplant	6 (22,22%)	0
Fistule cervicale	9(33,33%)	6(85,72%)
Décès	6(22,22%)	1(14,28%)

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 12,02 jours \pm 9,9 avec des extrêmes de 2 et 35 jours. Le coût moyen a été évalué à 122.758 FCFA avec des extrêmes de 64.350 et 198.960 Fcfa [Tableau V].

Tableau V : Coût de la prise en charge

	Coût Moyen	Ecart Type	Extrêmes
Frais consultation	1088	287,9	1000-2000
Frais Examens			
Complémentaires	35852,9	68142	9000-50000
Frais hospitalisation	193823	24383,4	2250-75000
Frais médicaments	12454,4	8888,6	1250-30000
Frais Anesthésie	10000	-	10000-10000
Frais intervention	43980,5	12172,3	15100-48960
Coût Total	122552,6	37072,9	64350-198960

COMMENTAIRES

La phrase prospective de l'étude a eu pour avantage d'examiner nous même les malades pendant l'hospitalisation, de recueillir les données fiable et de suivre les patients. L'ingestion des substances caustiques est assez fréquente chez l'enfant. Nous avons retrouvé une fréquence hospitalière de 0,2% qui ne diffère pas de celle retrouvée par Lamireau et al.[4] en France $P > 0,05$. Dans notre série, la tranche d'âge des petits enfants, âge > 3 ans et ≤ 9 ans prédomine. C'est le stade préscolaire, la curiosité, le besoin d'explorer, la soif et la non sécurisation des produits qui amène les enfants à ingérer les substances caustiques [5]. Notre âge moyen de 3,5 ans correspondant aux petits enfants a été retrouvé par certains les auteurs[5,6,7,8] avec un $p > 0,05$ [Tableau VI].

Tableau VI : Age/auteurs

	Nombre	âge moyen/année	P
Keita,Guinée,2002	18	4,6	P=0,0004
Hanza,Egypte,2002	475	3,2	P=0,0916
Contini ,Sierra Leone,2007	40	4,5	P=0,315
Boukhtir,Tunisie,2003	26	3,2	P=0,253
Nous,Mali,2009	34	3,5	

La prédominance masculine observée dans notre série a été retrouvée dans les séries françaises [4] et Egyptiennes [6] $P > 0,05$; mais le sexe n'est pas un facteur prédominant dans l'ingestion de substance caustique. Les agents en cause dans les sténoses caustiques sont très divers. Les bases et les acides forts en particulier représentent les caustiques les plus redoutables. Notre taux d'ingestion de 50% de soude caustique par rapport aux substances caustiques est comparable à ceux retrouvés dans les séries guinéennes, béninoises et tunisiennes [5,8,9] avec $P > 0,05$. Dans notre série ainsi que dans la littérature [5,6], il existe une prédominance de l'ingestion des substances caustiques par rapport aux substances acide. Au Mali, les agents en cause de la sténose caustique de l'oesophage sont utilisées dans la cuisine pour la préparation du To, la teinture, la fabrication du savon local et dans la préparation des substances pour défriser les cheveux. Le manque de surveillance des enfants est un facteur prédominant dans la survenue de la sténose caustique ; quand on sait que cela survient chez les enfants d'âge préscolaire, très turbulents, qui ont le besoin d'explorer. Aussi, la mauvaise conservation des produits caustiques jouent un rôle important. Ces produits sont souvent jetés un

peu partout dans la cour de la maison ou conservés dans des récipients destinés aux aliments. Ces substances devraient être conservées dans les endroits surs peu ou pas accessibles aux enfants. L'ingestion de substance caustique est toujours suivie d'une nécrose plus ou moins étendue en surface et en profondeur [4]. La cicatrisation muqueuse et pariétale est évolutive pendant plusieurs mois, ce qui explique la survenue à bas bruit d'une sténose œsophagienne tardive se manifestant par une dysphagie. Cette dysphagie est souvent associée à une hypersialorrhée, des vomissements et la dénutrition. Le taux de dysphagie de 100% ne diffère pas de celui des séries guinéennes (5) et Béninoises [9]. Dans notre Série, la colo-oesophagoplastie en retro sternal a été réalisée chez 27 patients et la technique d' Akiyama chez 7 patient. Celle-ci est comparable à celle retrouvée dans les séries turques [10]et algériennes [11] avec $p > 0,05$ [Tableau VIII]

Tableau VIII : Auteurs/Technique

	N	Lewis Santy	Colo-oesophagoplastie en retro-sternal	Akiyama
Kandil,Algérie 2000	28	4(14,12%)	24(85,7%) P=0,347	-
Orkan,Turquie:2004	81	0		-
Hanza,Egypte;2008	475	28(5,8%)	317(66,7%) P=0,04	130(27,5%) P=0,423
Nous,Mali	8	0	27(79,41%)	7(20,58%)

RÉFÉRENCES

- 1-Marie JP,Dehesdin D,,Guitrancourt J. Prise en charge des brûlures caustiques chez l'enfant. Ann. pediatri. 1999 ;39 : 495-500.
- 2 - Francois L. Anatomie-Physiologie.Maladies de l'œsophage. Manuel Pratique d'ORL.2000 ; p : 289-304
- 3- Celerier M,Gayet B. Les brûlures par ingestion de caustique.In Celerier M et Gayet B (Ed) .Les traumatismes de l'œsophage 1998 ; P 9-64
- 4- T. Lamireau,B.Lianas,C.Deprez,F. El Hammar,P.Vergnes et Col. Gravités des ingestions des produits caustiques chez l'enfant. Chirurgie Pédiatrique Paris 2001 ;220 : 45-50
- 5- B. Keita :La prise en charge des sténoses caustiques de l'œsophage à l'hôpital National de Conakry. Thèse Med. 2002
- 6- Alaa F.Hamza, Sameh Abdelhay, Hatem Sherif,Tarek Hasan,Hisham Soàliman et coll. Caustic eosophageal strictures in children : 30 years experience. J. of Pediatr. Surg 2003; P (38) :828-833
- 7- S.Contini, M. Tesfaye,C. Zambiacchi,P.Picone,D. Pacchione et coll. Corrosive eosophageal injuries in children.A

Dans les suites opératoires, nous avons eu quinze cas de fistule cervicale dont 14 cas ont tari pendant l'hospitalisation et six cas de nécrose du transplank colique dans la technique de colo-oesophagoplastie entraînant le décès des patients. Ces complications post-opératoires pourraient s'expliquer par la technique opératoire, le retard de la prise en charge, le manque de moyen financier et le manque de plateau technique adéquat.

Le cout moyen de la prise en charge a été de 43980,5 FCFA. Le salaire minimum interprofessionnel garanti au Mali était de 28640 FCFA. Cette somme est donc au dessus des revenus mensuelles de la grande majorité de la population malienne

CONCLUSION

La sténose caustique de l'œsophage chez l'enfant reste grave avec des séquelles redoutables .Les complications postopératoires sont nombreuses. Le meilleur traitement reste la prévention

shortlived experience in Sierra Leone. J. of Pediatr. Otorhinolaryngology 2007;71 : 1597-1604.

8- S. Boukhtir,I.Fetni,S.Mazighmrad,M. A. Mongalgi,A. Debbabi et coll. Corticothérapie à forte dose dans le traitement des oesophagites caustiques sévères chez l'enfant. Service de Medecine Infantile C Tunis 2003 ;11 : 13-17

9- A.K. Agossou, B. Aiyivi. Aspects thérapeutiques des sténoses oesophagiennes d'origine caustique au CNHU de Cotonou. J. Africain de chirurgie digestive 2004 ; vol 04 :138-142

10- Orkan E.,Celik A.,Izmir O. Two stage colooesophagoplasty in children with caustic burns of the oesophagus hemodynamic basis of delayed cervical anastomosis: theory and fact. J. Pediatr Surg 2004; p (39) : 545-548

11- S. Kandil,M. Boubekeur,Z. Labdi,R. Koudjiti,M. Bourouis. Les oesophogoplasties pour sténose caustique chez l' enfant Ed. Masson .Paris 2000 ; 115 : 407-412