

ARTICLE ORIGINAL

RÉSULTATS IMMÉDIATS DE L'OESOPHAGECTOMIE SANS THORACOTOMIE POUR CANCER DE L'ŒSOPHAGE: ANALYSE D'UNE SÉRIE SÉNÉGALE DE 35 PATIENTS.

IMMEDIATE RESULTS OF OESOPHAGECTOMY WITHOUT THORACOTOMY IN OESOPHAGEAL CANCER: ANALYSIS OF A SENEGALESE SERIES OF 35 PATIENTS

SP DIOP, I KA, F OWONO- DIALLO, JM NDOYE, B FALL

Service de Chirurgie Générale-Hôpital Général de Grand Yoff, Dakar(Sénégal)

RÉSUMÉ

But : A travers une série d'oesophagectomies pour cancer par voie trans-hiatale, les auteurs ont analysé la prise en charge d'une pathologie rare en Afrique de l'Ouest, connue pour son mauvais pronostic, mais devenue une réalité dans notre pratique de la cancérologie digestive.

Méthodologie: Il s'agissait d'une analyse rétrospective de dossiers de patients pris en charge par la même équipe de 2004 à 2010.

Résultats: 35 patients porteurs d'un cancer de l'œsophage thoracique en dessous de la caréna jugés opérables après évaluation clinique, morphologique et biologique ont bénéficié d'une oesophagectomie sans thoracotomie dans le service. Il s'agissait de 16 hommes et de 19 femmes d'âge moyen $43,3 \pm 9,6$ ans (extrêmes: 17 et 62 ans). Le transplant était un tube gastrique pédiculisé par l'artère gastro-épiploïque droite. L'anastomose oeso-gastrique cervicale était manuelle au niveau d'une cervicotomie gauche. La jejunostomie d'alimentation était systématique. Les pertes sanguines en per opératoire étaient estimées en moyenne à 320ml. La durée moyenne des interventions était de 160mn. Les complications per-opératoires étaient: 2 plaies spléniques et 6 brèches pleurales. La fistule anastomotique était notée chez 4 patients. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 7jours. La durée moyenne de séjour hospitalier était de 20 jours. La mortalité hospitalière était de 8,57%.

Conclusion: Nous avons opté pour la voie trans-hiatale réputée pour sa faible morbidité. Ce travail nous montre clairement que malgré notre faible volume d'activité en chirurgie œsophagienne, nos résultats immédiats restent dans les taux moyens des centres experts avec une mortalité hospitalière inférieure à 10% et un taux de fistule anastomotique inférieur à 10%.

Mots clefs: Cancer, oesophagectomie, Afrique

SUMMARY

Objectives: Based on a series of transhiatal oesophagectomies for cancer, the authors analyse the management of a rare condition in Western Africa. This condition characterised by a bad prognosis has become a reality in our practice of digestive oncology.

Patients and Methods: We conducted a retrospective analysis of the medical records of patients treated by the same team from 2004 to 2010.

Results: 35 patients underwent an oesophagectomy without thoracotomy in the department. All of them presented a thoracic oesophageal cancer under the caréna and based on clinical, morphological and biological evaluation, the patients were operable. The study patients included 16 men and 19 men with a mean age of $43,3 \pm 9,6$ years (extreme: 17 and 62 years). The transplant is a gastric tubule irrigated by the gastro epiploic artery. The oeso gastro cervical anastomosis was manual through a left cervicotomy. Feeding jejunostomy was systematic. Per operative blood loss was estimated in average to 320 ml. Mean operative time was 160 mn. Per operative complications comprised: 2 splenic injuries, 6 pleural opening. Anastomotic fistula was noted in 4 patients. Mean stay in intensive care was 20 days. Mortality in hospital was 8,57%.

Conclusion: We chose the trans thoracic approach known for its low morbidity. This study shows us clearly that despite a limited activity in oesophageal surgery, our immediate results remain within the range in expert centers with a mortality rate in hospital lower than 10 % and a rate of anastomotic fistulae lower than 10%.

Key-words: Cancer, oesophagectomy, Africa.

Tirés à part:

DIOP Papa Saloum Chef de Clinique Assistant

BP 6633 Dakar – Etoile

Email: dioppapasaloum@yahoo.fr

INTRODUCTION

Le pronostic du cancer de l'œsophage est sombre. Au plan mondial il occupe la huitième place et constitue la sixième cause de mortalité pour cancer. Sur le plan clinique, le maître symptôme, la dysphagie, ne se manifeste en règle que lorsque les deux tiers de la lumière œsophagienne sont obstrués. Malgré les avancées en oncologie, la résection chirurgicale est le seul traitement qui semble prolonger la survie quand elle est réalisable. Elle consiste en une œsophagectomie à visée curative dans le cadre d'une approche multidisciplinaire, ou à visée palliative face à la dysphagie [1-3]. La voie d'abord est source de débats. La voie trans-hiatale sans thoracotomie initiée par Turner en 1923 et perpétuée par Orringer et al, s'oppose à l'approche par thoracotomie droite en termes de morbidité et de mortalité. Le rétablissement de la continuité digestive est habituellement réalisé par un transplant gastrique avec anastomose oeso-gastrique. La complication précoce la plus redoutée est la fistule anastomotique. Elle constitue la principale cause de mortalité post opératoire surtout si l'anastomose est intra-thoracique [4-6]. La voie trans-hiatale est souvent critiquée pour l'absence de vision directe lors de la résection de la tumeur mais aussi de curage deux champs certain. Dans notre pratique une thoracotomie serait un facteur de morbidité supplémentaire vu l'état général de nos patients, en terme de tolérance mais aussi de surcoût lié à un séjour prolongé en réanimation. Notre équipe a porté son choix sur la voie trans-hiatale pour la résection des carcinomes œsophagiens en dessous de la carêna. Le but de ce travail est d'évaluer notre pratique de l'œsophagectomie par voie trans-hiatale sans thoracotomie dans le cancer de l'œsophage situé au niveau des deux tiers inférieurs de l'œsophage.

MÉTHODOLOGIE

Durant une période de six ans (décembre 2004-décembre 2010), 35 patients porteurs d'un cancer de l'œsophage thoracique jugés opérables après évaluation clinique, morphologique et biologique ont bénéficié d'une œsophagectomie sans thoracotomie dans le service. L'intervention a été réalisée par laparotomie médiane et cervicotomie gauche comme décrite par Orringer et Sloan [4] et reprise par plusieurs équipes [7-9]. A partir des dossiers cliniques et des comptes-rendus opératoires, les paramètres suivants ont été étudiés: le profil épidémiologique, les éléments du diagnostic, les complications per-opératoires, les complications post-opératoires et le devenir des patients. L'analyse statistique a été faite avec le logiciel Epi info™ 6. Les résultats étaient exprimés en moyenne $\pm$ écart-type ou en pourcentages.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude 241 patients ont été reçus dans le service pour cancer de l'œsophage (figure 1).

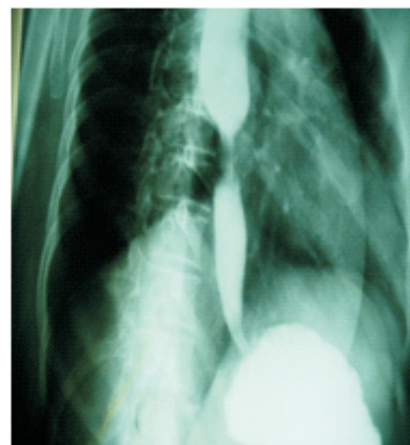


Figure 1 : vue d'un transit baryté d'une tumeur du 1/3 moyen de l'œsophage

Seuls 35 patients avaient des lésions jugées résécables, soit 13,27%. Il s'agissait de 16 hommes et de 19 femmes d'âge moyen $43,3 \pm 9,6$ ans (extrêmes: 17 et 62 ans) dont les caractéristiques sont rapportées dans le tableau I. Le profil épidémiologique des patients a été rapporté dans un travail antérieur [10]. Aucun malade n'avait bénéficié de traitement néo-adjuvant. L'œsophagectomie trans-hiatale était réalisée tel que décrit par Orringer et Sloan (figures 2, 3).

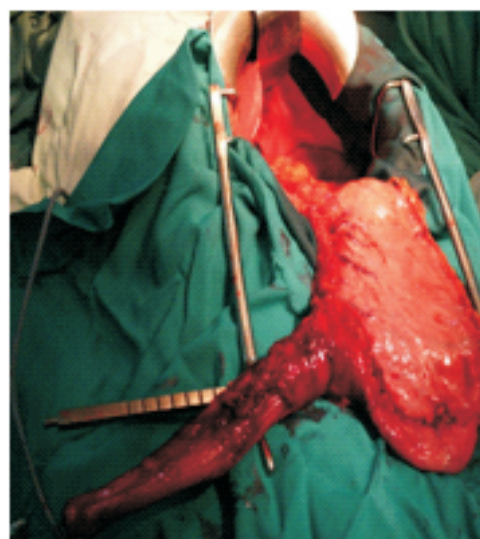


Figure 2 : vue opératoire après gastrolyse et résection trans-hiatale de l'œsophage

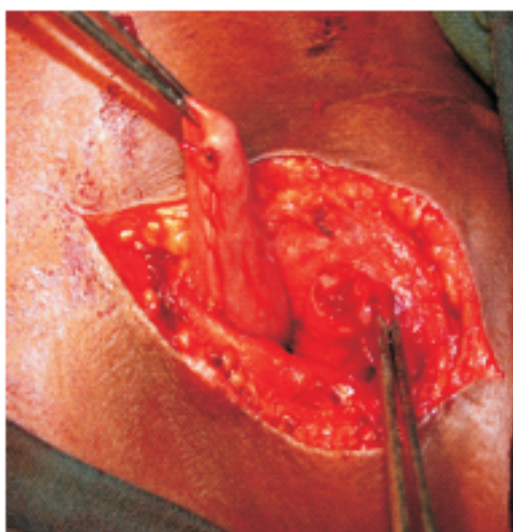


Figure 3 : Présentation du transplant gastrique et de l'œsophage proximal au niveau de la cervicotomie

Le transplant était un tube gastrique confectionné avec la grande courbure de l'estomac pédiculisé par l'artère gastro-épiploïque droite. L'anastomose oeso-gastrique cervicale était manuelle (figure 4) et la cervicotomie gauche était systématiquement fermée avec un drainage passif permettant d'exclure une éventuelle fistule.

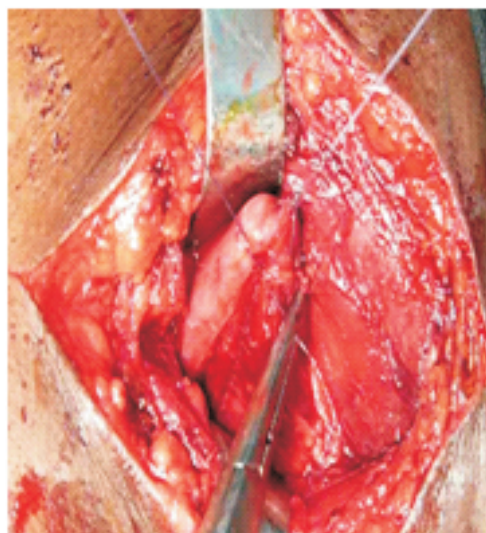


Figure 4 : Suture œsogastrique manuelle

La jejunostomie d'alimentation était systématique et utilisée dès le deuxième jour post-opératoire. Les pertes sanguines en per opératoire étaient estimées en moyenne à 320ml [extrêmes:et 350ml]. La durée moyenne des interventions étaient deminutes [extrêmes: 140 et 240mn]. Les complications per-opératoires ont consisté en 2 plaies spléniques, résolutive par tamponnement avec des compresses hémostatiques, et 6 brèches pleurales traitées par

drainage pleural. La prise de liquides était autorisée à l'ablation de la sonde naso-gastrique au septième jour. Les complications post-opératoires sont rapportées dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques de la série et résultats chirurgicaux

	n (%)
Sexe (M/F)	16/19 (45,7/54,3)
Topographie tumeur	
1/3 supérieur	0 (-)
1/3 moyen	10 (28,57)
1/3 inférieur	25 (71,42)
Type histologique	
Carcinome épidermoïde	31 (88,57)
Adénocarcinome	4 (11,42)
Stade (UICC 2002)	
I	15 (42,85)
II	20 (57,14)
Traitement néoadjuvant	0
Complications	
Chirurgicales	8 (22,85)
Fistule anastomotique	4 (11,42)
Pneumopathies	3 (8,57)
Décès hospitalier	3 (8,57)

La fistule anastomotique était notée chez 4 patients, elle survenait en moyenne au 10ème jour post opératoire et était résolutive dans les 15 jours suivant l'arrêt de l'alimentation orale. On notait 3 décès: 2 insuffisances respiratoires et 1 tableau de médiastinite par nécrose de transplant. La durée de séjour en réanimation était de 7jours en moyenne [extrêmes: 5 et 10 jours]. La durée de séjour hospitalier était de 20 jours en moyenne [extrême: 15 et 30 jours].

DISCUSSION

le cancer de l'œsophage est une pathologie globalement rare en Afrique, sauf dans la région du Transkei qui semble être son épice centre sur le continent [11- 14]. Les plus hautes incidences sont retrouvées en Asie, de la région allant du Nord de la Chine au littoral iranien de la mer Caspienne. Le carcinome épidermoïde est la forme histologique prédominante à travers le monde. L'adénocarcinome est rare, avec une incidence croissante en Occident [15].

Dans cette étude nous avons analysé les résultats chirurgicaux d'une pathologie rare, lourde dans sa prise en charge, de mauvais pronostic, mais devenue une préoccupation dans notre pratique de la chirurgie

oncologique digestive. Dans notre service qui est une référence nationale en carcinologie digestive, 40 nouveaux cas par an ont été adressés en moyenne durant la période d'étude. Cette faible incidence est retrouvée dans des séries africaines: nigériane [11] qui rapporte 20 cas en cinq ans, togolaise [14] avec 124 cas en 20 ans, nigérienne [16] avec 36 cas en 15 ans. En général, on estime que seuls 50% des patients porteurs de ce cancer sont jugés potentiellement résécables à visée curative [4,7,9]. Dans notre série, le taux de résécabilité était faible, il en résulte que plus de 80% des cas référés ont eu une gastrostomie d'alimentation à visée palliative.

L'oesophagectomie par voie trans-hiatale même en milieu sous équipé, chez des malades sélectionnés, peut être associée à un faible taux de morbidité et de mortalité. La chirurgie de l'oesophage pose un débat sur deux aspects: la voie d'abord et le curage ganglionnaire. Dans notre pratique, l'option de la voie trans-hiatale était guidée par deux éléments cruciaux rapportés dans la littérature: l'absence de thoracotomie réduirait l'incidence des complications pulmonaires et l'anastomose cervicale au cou diminuerait les conséquences cliniques d'une fistule anastomotique intra-thoracique [17-22]. Les adversaires de la voie trans-hiatale formulent leur argumentaire sur d'éventuelles conséquences résultant de la traction et des manipulations chirurgicales dans le médiastin. Il s'agirait essentiellement de l'hémorragie massive par lésion de la veine azygos, une lésion trachéale ou d'une instabilité cardio-circulatoire. Nous n'avons pas noté de complications hémorragiques, ni de lésions trachéales. La complication majeure dans notre série était la fistule anastomotique et avait pu être jugulée sans ré-intervention chirurgicale car systématiquement exclue par le drainage passif mis en place initialement. La méta-analyse la plus récente de Hulcher et al [23] montre une augmentation de la mortalité péri-opératoire dans le groupe trans-thoracique. La morbidité respiratoire est par ailleurs plus élevée en cas de résection par voie trans-thoracique. En revanche la survie à long terme ne différerait pas significativement entre les deux voies. Le gain de survie à 5 ans (globale et sans récurrence) entre le groupe trans-thoracique et trans-hiatale est respectivement de 29%vs39% et 27%vs39% [23]. Dans le cancer de l'oesophage, l'envahissement ganglionnaire est précoce pouvant atteindre 30% pour des lésions atteignant la

musculaire-muqueuse et jusqu'à 50% pour des lésions atteignant la sous-muqueuse [24,25]. L'intérêt d'un curage ganglionnaire étendu reste néanmoins discuté. Aucun bénéfice de survie d'un curage 3 champs n'a été démontré dans les essais randomisés d'autant que la morbidité est plus élevée par rapport à un curage 2 champs. Le bénéfice d'un curage 3 champs, s'il existe semble essentiellement concerner les tumeurs du tiers supérieur de l'oesophage [26]. La Société Française de Cancérologie Digestive a retenu comme recommandation de grade B que pour les tumeurs de l'oesophage thoracique sous-carinaire l'oesophagectomie trans-thoracique en bloc avec un curage 2 champs étendu est recommandé. L'oesophagectomie trans-hiatale avec curage 2 champs, abdominal et médiastinal inférieur constitue une alternative en cas de contre-indication à la thoracotomie ou de risque opératoire élevé. Même si nos patients sont sélectionnés avec précaution, nos conditions d'exercice ne nous autorisent pas à risquer des procédures connues pour leur morbidité. Ainsi, nous avons opté pour la voie trans-hiatale. En l'absence de séries chirurgicales africaines publiées nous avons comparé nos résultats aux dernières séries mondiales [27-32]. Ce travail nous montre clairement que malgré notre faible volume d'activité en chirurgie œsophagienne, nos résultats immédiats restent dans les taux moyens des centres experts avec une mortalité hospitalière inférieure à 10% et un taux de fistule anastomotique proche de 10% [21-17].

CONCLUSION

Le cancer de l'oesophage est de sombre pronostic. Au Sénégal, la majorité des patients sont porteurs de maladies avancées et décèdent dans l'année qui suit le diagnostic. La résection chirurgicale est le seul traitement qui semble prolonger la survie quand elle est réalisable. Nos conditions d'exercice nous obligent à opter pour des stratégies de prise en charge limitant la morbidité et la mortalité opératoire. Ainsi nos résultats montrent que la voie trans-hiatale quand elle est maîtrisée constitue une alternative pour la prise en charge de cette pathologie. L'amélioration du pronostic global du cancer de l'oesophage dans notre pratique découlera du diagnostic précoce, de l'état nutritionnel des patients des possibilités d'immuno-nutrition et de radio-chimiothérapie péri-opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Parkin DM, Bray FI, Devesa SS . Cancer burden in the year 2000. The global picture. Eur J Cancer 2001. 37(Suppl 8):S4-66.

2. Allum WH, Griffin SM, Watson A, Colin-Jones D : Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer Gut 2002, 50(Suppl V):v1-v23.

3. Stein HJ, Sendler A, Fink U, et al : Multidisciplinary approach to esophageal and gastric cancer Surg Clin North Am 2000, 80:659- 682.
4. Orringer MB, Sloan H . Esophagectomy without thoracotomy. J Thorac Cardiovasc Surg 1978.76:643.
5. Orringer MB, Marshall B, Iannettoni MD . Transhiatal esophagectomy for treatment of benign and malignant disease. World J Surg 2001.25:196-203.
6. Martin LW, Swisher SG, Hofstetter W, et al. Intrathoracic leaks following esophagectomy are no longer associated with increased mortality Ann Surg 2005. 242:392-399.
7. D. Collet, A Sacunha, B Masson . Abord trans-hiatale de l'oesophage thoracique J Chir 2003. 140, N°6.
8. Andrew R Davies, Matthew J Forshaw, Aadil A Khan. Transhiatal esophagectomy in a high volume institution World Journal of Surgical Oncology 2008. 6:88.
9. Panagiotis Yannopoulos & Panagiotis Theodoridis & Konstantinos Manes. Esophagectomy without thoracotomy: 25 years of experience over 750 patients Langenbecks Arch Surg 2009.394:611-616.
10. P.S. Diop, J.M. Ndoeye, D. Ndiaye, I. Ka, J.M. Dangou, B. Fall. Cancer de l'oesophage au Sénégal : revue d'une série de 72 cas. J. Afr. Hépatol. Gastroentérol 2009.3:1-5.
11. Hendricks D, Parker MI (2002) Oesophageal cancer in Africa. IUBMB Life 53:263-8
12. Abdul Kareem FB, Onyekwere CA, Awolola NA, Banjo AA. A clinicopathologic review of oesophageal carcinoma in Lagos. Nig J Hosp Med 2008. 2:53-6
13. Lawson PF, Padonou N, Olory-Togbe J, et al Cancer de l'oesophage à Cotonou au Bénin : à propos de 77 cas. Gastroenterol Clin Biol 2003.27(HS)
14. Amegbor K, Napo-koura GA, Redah B, Tékou A. Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques des tumeurs du tube digestif au Togo. Gastroenterol Clin Biol 2008.32:430-4
15. Ilson DH. Esophageal cancer chemotherapy: recent advances. Gastrointest Cancer Res 2008. 2:85-92
16. Harouna YD, Illo A, Assoumane I, et al () Les cancers de l'oesophage au Niger : aspects épidémiologiques et cliniques. À propos de 36 cas. Med Afr Noire 2008. 5504:235-9
17. Orringer MB, Marshall B, Iannettoni MD. Transhiatal esophagectomy: Clinical experience and refinements. Ann Surg.1999, 230:392-400.
18. Van Sandick JW, Van Lanschot JJ, Tijssen JG, Obertop H : Indicators of prognosis after transhiatal esophageal resection without thoracotomy for cancer. J Am Coll Surg 2002, 194:28-36.
19. McCulloch P, Ward J, Tekkis PP. Mortality and morbidity in gastro-oesophageal cancer surgery: initial results of ASCOT multicentre prospective cohort study. BMJ 2003. 327:1192-7.
20. Sauvanet A, Mariette C, Triboulet JP et al () : Mortality and morbidity after resection for adenocarcinoma of the gastroesophageal junction: predictive factors. J Am Coll Surg 2005. 201(2):253-62.
21. Dimick JB, Wainess RM,, Orringer MB. National trends in outcomes for esophageal resection. Ann Thorac Surg 2005.79:212-8.
22. Van Lanschot JJ, Hulscher JB, Buskens CJ,et al : Hospital volume and hospital mortality for esophagectomy. Cancer 2001, 91:1574-8.
23. Hulscher JB, Tijssen JB, Obertop H,et al. Transthoracic versus transhiatal resection for carcinoma of the esophagus: a meta-analysis. Ann Thorac Surg 2001. 72:306-13.
24. Isono K, Sato H, Nakayama K. Results of a nationwide study on the three-field lymph node dissection of esophageal cancer. Oncology 1991. 48:411-20.
25. Akiyama H, Tsurumaru M, Udagawa H, et al (1994). Radical lymph node dissection for cancer of the thoracic esophagus. Ann Surg ; 220:364-72.
26. Tachibana M, Kinugasa S, Yoshimura H, et al. Extended esophagectomy with 3-field lymph-node dissection for esophageal cancer. Arch Surg 2003.138:1383-9.
27. Orringer MB, Marshall B, Chang AC, et al. Two thousand transhiatal esophagectomies: changing trends, lessons learned. Ann Surg 2007. 246:363-72.
28. Lagarde SM, de Boer JD, Ten Kate FJ, et al . Postoperative complications after esophagectomy for adenocarcinoma of the esophagus are related to timing of death due to recurrence. Ann Surg 2008.247:71-6.
29. Wouters MW, Wijnhoven BP, Karim-Kos HE, et al. High-volume versus low-volume for esophageal resections for cancer: the essential role of case-mix adjustments based on clinical data. Ann Surg Oncol 2008. 15:80-7.
30. Davies AR, Forshaw MJ, Khan AA, et al. Transhiatal esophagectomy in a high volume institution. World J Surg Oncol 2008. 6:88.
31. Rutegard M, Lagergren J, Rouvelas I, Lagergren P. Surgeon volume is a poor proxy for skill in esophageal cancer surgery. Ann Surg 2009.249:256-61.
32. Ruol A, Castoro C, Portale G, et al . Trends in management and prognosis for esophageal cancer surgery: twenty-five years of experience at a single institution. Arch Surg 2009. 144:247-54.