

**A PROPOS DE BRULURES OESOPHAGIENNES ET  
LEUR TRAITEMENT OPERATOIRE. PRESENTATION  
DE DEUX CAS.**

M. Mir. \*

A. Mir \*

L'évolution pathologique et le traitement des brûlures de l'oesophage ont été étudiés et décrits par Burford. Dans la période aigue, il préconise l'alimentation intraveineuse, l'administration des antibiotiques et des vitamines.

Une fois la phase aigue passée, on commence l'ailmentation progressive par voie orale et, dès la troisième semaine, on procède à l'oesophagoscopie et à la dilatation. Ce repos dans la phase aigue permet une épithélialisation précoce. Lortat-Jacob conseille également l'administration immédiate de Corticostéroïdes. Il croit que même les anciennes strictures, traitées au Cortisone, acquièrent une certaine élasticité et deviennent alors plus aptes à la dilatation. Les strictures qui ne répondent pas rapidement d'une façon satisfaisante à la dilatation, doivent être opérées sans délai.

Au point de vue opératoire, de bons résultats ont été obtenus par l'interposition d'un segment du colon droit entre l'estomac et l'oesophage cervical. Quant à l'oesophage brûlé, étant donné la possibilité de cancérisation dans ce segment, on doit toujours l'enlever.

Un autre procédé consiste à remonter l'estomac dans le thorax et faire une anastomose oeso-gastrique.

Bien qu'au point de vue physiologique ce procédé n'égalise pas le précédent, au point de vue technique il est plus simple, présente moins de risques, avec une mortalité nettement moindre. En effet, la montée du colon droit dans le thorax, avec la conservation de sa vitalité, n'est pas toujours facile. Ajoutons encore qu'en remontant l'estomac dans le thorax on ne fait qu'une anastomose, tandis que l'interposition du colon

\* Service Universitaire de Chirurgie; Hopital Pahlavi Section I

nécessite trois anastomoses, deux pour l'interposition, et une pour rétablir la continuité intestinale.

Nous décrivons en résumé la technique de l'oesophagectomie et l'anastomose oeso-gastrique. Selon cette technique nous avons opéré deux malades avec de bons résultats. L'histoire de l'évolution des deux cas suivra la description de la technique opératoire.

L'opération se fait en deux temps, un temps abdominal et un temps thoracique droit.

Dans un premier temps, par une incision de laparotomie médiane sus-ombilicale, on procède à une gastrolise élargie. A cette fin, tout en conservant les artères pylorique, gastro-épiploïque droite et les arcades vasculaires des grande et petit courbures, on sectionne et ligature l'artère gastro-épiploïque gauche et le tronc de la coronaire stomacique. Cela permet une telle lyse de l'estomac que l'on n'aura qu'à libérer l'oesophage abdominal de ses attaches diaphragmatiques pour pouvoir le remonter ensuite, même à la hauteur de l'oesophage cervical. On peut faire à la demande une splénectomie, ce qui facilite d'une façon étonnante la gastrolise, dans le cas où la préparation de la grosse tubérosité s'avère difficile.

Etant donné que la section des deux nerfs vagues au cours de l'oesophagectomie provoquera dans les suites un spasme pylorique, il est vivement recommandé de faire à la fin du temps abdominal, une pylorotomie longitudinale extramuqueuse.

L'incision de laparotomie est rapidement fermée et on tourne le malade prudemment sur le côté gauche et procède pour le deuxième temps opératoire à une thoracotomie droite, donnant accès à la cavité thoracique à travers la cinquième ou sixième côte.

La voie droite présente plusieurs avantages sur la voie gauche, dans les lésions haut-situées de l'oesophage, ce qui est le cas pour la plupart des brûlures.

1) Au point de vue anatomique, du côté droit, l'oesophage est immédiatement sous-pleural et on n'a qu'à sectionner entre deux ligatures la crosse de l'azygos pour avoir l'accès facile sur tout l'oesophage thoracique.

2) Au point de vue chirurgical, la dissection de l'oesophage et l'anastomose haute se font plus facilement à droite qu'à gauche. Par la voie gauche on est handicapé par la crosse de l'aorte. Les lésions haut-situées, par cette voie, nécessitent un décroisement de l'oesophage. Or, le décroisement est un acte chirurgical relativement long, difficile et choquant.

3) Les nerfs du coeur croisent la face gauche de l'aorte et la dissection par la voie droite respecte ces nerfs. L'opération à droite est ainsi moins grave et les manoeuvres provoquent moins souvent de troubles cardiaques sous forme de l'insuffisance aigüe ou de l'arrêt cardiaque.

Le désavantage d'une opération en deux temps avec le changement de position de l'opéré est ainsi compensé par les avantages notés. Rappelons encore qu'une laparomie médiane se fait et se ferme facilement. Elle donne un jour admirable sur l'antrum pylorique dont la préparation est de prime importance pour la mobilisation de l'estomac que l'on doit remonter jusqu'à la hauteur de l'oesophage cervical.

Dans le thorax on dissèque l'oesophage de son lit médiastinal jusqu'en dessus de la sténose et on n'a qu'à tirer doucement sur l'oesophage pour ramener l'estomac dans le thorax tout en prenant la précaution d'éviter sa torsion.

On résèque en bloc le haut de l'estomac et l'oesophage jusqu'en dessus de la sténose. Fermeture de la tranche de section gastrique. Anastomose oesogastrique termino-latérale entre l'oesophage et la face antérieure de la grosse tubérosité, en deux plans de points séparés de lin ou de soie. Amarrage de l'estomac à la plèvre en le plaçant dans le lit oesophagien. Fermeture de la thoracomie avec drainage de la cavité thoracique.

Certains chirurgiens pour éviter les inconvénients d'une longue opération, préfèrent espacer les deux temps opératoires d'un délai plus ou moins long. A notre avis il vaut mieux bien préparer son malade et faire les deux temps en une seule séance, cela d'autant plus que pendant ce délai nous ne disposons pas de moyens pour faire mieux nourrir notre malade. D'autre part, dans la période entre les deux temps opératoires, des adhérences peuvent se former dans l'abdomen et causer des difficultés à l'ascension de l'estomac. Il nous semble que, sous une bonne narcose, en prenant les précautions nécessaires, et, en opérant avec douceur, on peut minimiser les inconvénients d'une longue opération.

1er cas : A.F., homme de 28 ans, ouvrier tisserand.

En décembre 1955, à Tabriz, le patient se lève la nuit, prend par mégarde la bouteille d'acide sulfurique concentré et en prend une gorgée. Il ressent immédiatement une sensation de brûlure dans la bouche et le pharynx, brûlure qui descend dans le thorax jusqu'au milieu du sternum. Il commence à vomir et les vomissements contiennent

du sag. Il est transféré d'urgence dans un hôpital où, pendant trois jours, il ne peut rien avaler. Peu à peu, avec l'amélioration des plaies bucco-pharyngées, il commence à avaler les aliments liquides, puis semi-liquides. Vingt-cinq jours après l'accident le patient est transféré à Téhéran, dans un service d'oto-rhino-laryngologie où il séjourne pendant 40 jours et subit des dilatations de l'oesophage tous les deux jours. Malheureusement ces mesures ne donnent pas le résultat voulu et à la sortie de ce service le patient n'est capable que d'avaler les aliments semi-liquides et des petits morceaux de pain laissés longuement tremper dans la bouche. Pour se nourrir, il était obligé de mâcher à longueur de journée des morceaux de pain qu'il régurgitait encore parfois. A partir de ce moment, jusqu'à la fin de l'année 1957, la dysphagie s'aggrave lentement, mais d'une façon continue et progressive. Au cours de ces deux années, il a été hospitalisé à plusieurs reprises, soit à Téhéran, soit à Tabriz, pour profiter pendant quelques jours de transfusions de sang et de l'alimentation parentérale.

Nous avons vu le patient pour la première fois en Janvier 1958, dans un état cachectique avancé, ne pouvant même pas avaler sa salive qui coulait en abondance. Nous avons procédé alors à une gastrostomie d'urgence. L'opération a été toutefois bien supportée et au bout d'un mois l'état du patient était satisfaisant et il a quitté l'hôpital avec la gastrostomie qui fonctionnait bien.

Nous revoyons le malade au mois de Mai 1959, 14 mois après la gastrostomie. Il était en très bon état de nutrition. Il avait repris 15 kilos et se nourrissait uniquement par la gastrostomie. Le patient est alors hospitalisé en vue d'un rétablissement de la continuité du tube digestif.

Le 2 Mai 1959 on fait un transit oesophagien. La substance opaque montre un stop complet à la hauteur des clavicules. Le cul-de-sac forme une poche assez large. (fig. 1)

Le 9 Mai 1959 le patient subit une oesophagoscopie. Le fond de cul-de-sac se trouve à 18 cm des incisives. La muqueuse est pâle mais partout souple. Il était impossible de pénétrer plus bas dans l'oesophage sténosé.

Le 30 Mai 1959 le patient est opéré selon la technique que nous venons de décrire. La gastrostomie ne causait aucune difficulté. La bouche de la gastrostomie est rapidement libérée et l'estomac fermé. Pour ce malade nous n'avons pas fait la splénectomie, ce qui rendait la gastrolyse relativement ardue et longue. La lésion oesophagienne se trouvait au tiers supérieur de l'oesophage thoracique et nous avons fait

l'anastomose à la hauteur du dôme pleural.

L'opération a duré 6 heures. Elle a été bien supportée. On a dû faire 1200 cc. de transfusion sanguine. La pièce opératoire montrait une sténose complète avec la proi oesophagienne épaissie et fibrosée sur une longueur de 4 à 5 cm.

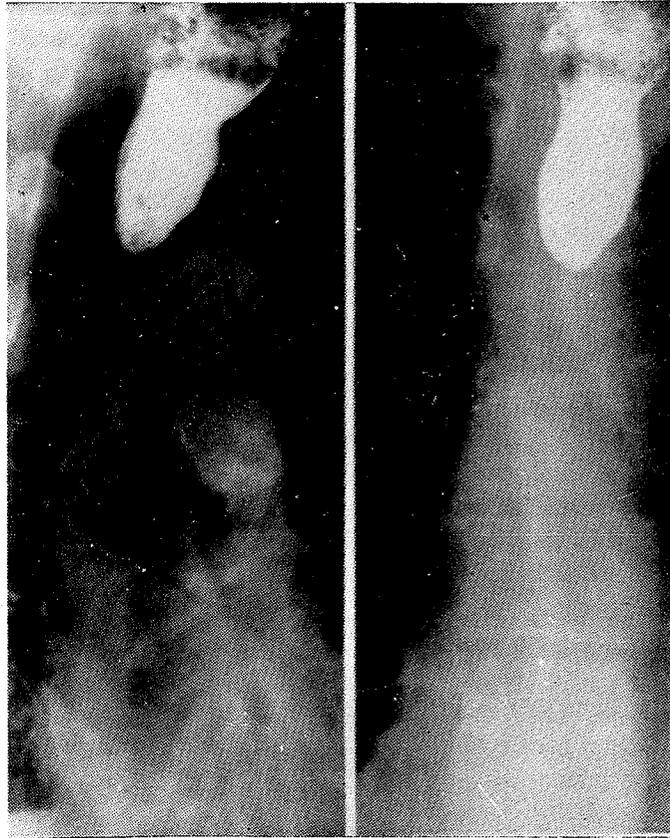


Fig 1

Les suites opératoires immédiates ont été simples. 48 heures après l'opération, le patient boit de l'eau. Au 15ème jour post-opératoire, il avalait tous les aliments sans difficulté. Le drain est enlevé au 4ème jour. Une infection de la plaie thoracique met un mois pour se tarir.

Le 20 Juin 1959 on fait un transit baryté : l'anastomose est bien

perméable et fonctionne bien. Le pyllore se trouve à la hauteur du diaphragme; il est spastique. L'estomac s'évacue lentement; il est légèrement dilaté et occupe un assez large espace dans le thorax. (fig 2)

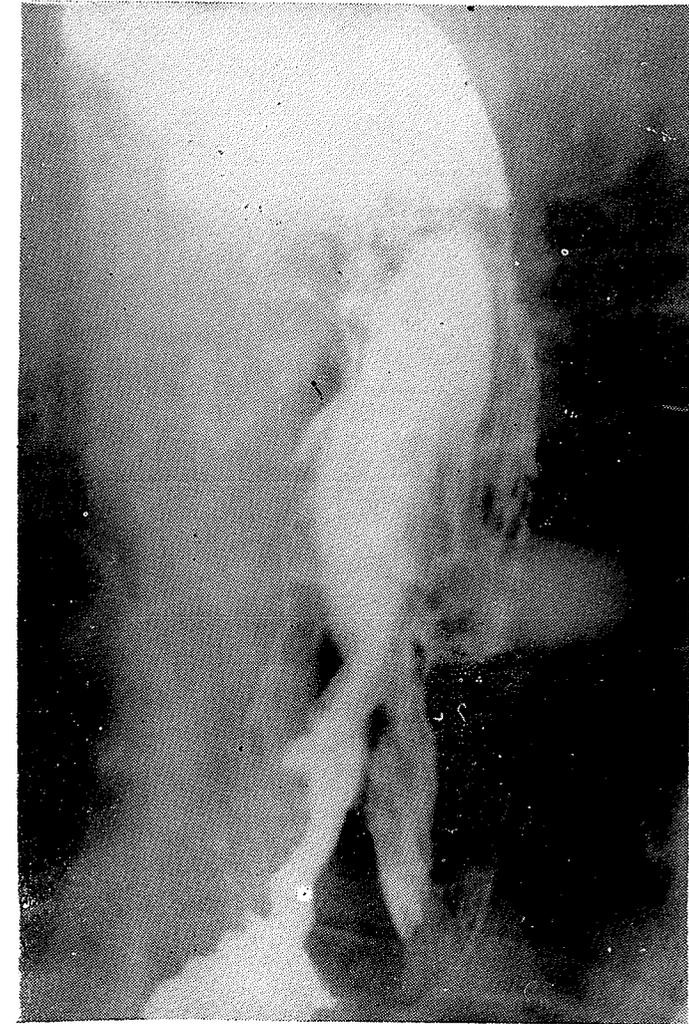


Fig 2

Au début le patient se plaignait d'un peu de dyspnée qui disparaît peu à peu.

Un nouveau transit est effectué le 12 Juillet 1959: l'estomac

s'évacue bien. Il a obtenu un aspect quasi tubulaire dans le thorax. (fig 3 et 4).

Depuis lors nous avons revu le patient tous les trois mois. Il va tout à fait bien et ne formule aucune plainte.

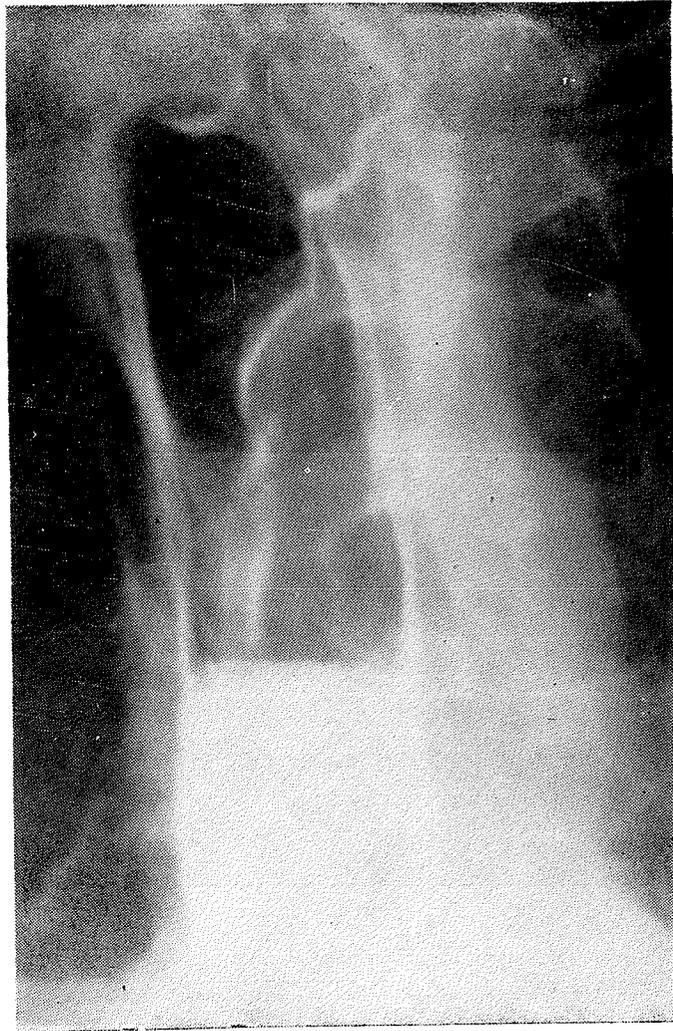


Fig 3

2ème cas : S.A., homme de 24 ans, colporteur.

Au début du mois de Septembre 1957, le patient prend par

mégarde une gorgée de soude caustique. Il ressent aussitôt de fortes brûlures bucco-pharyngées et oesophagiennes. Il consulte immédiatement un médecin, qui lui prescrit un médicament (!), un sirop, dit-il,

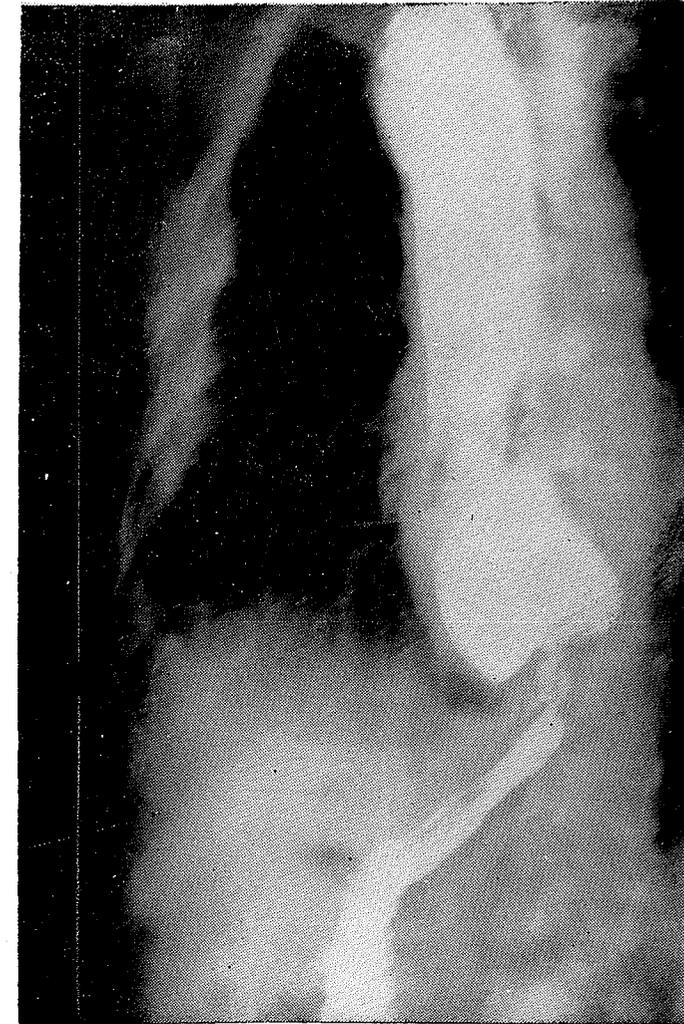


Fig 4

qu'il, prend régulièrement pendant 20 jours. Puis le patient a de plus en plus de difficulté pour avaler les aliments solides et se nourrit uniquement par les liquides. Il fait une fois la tentative d'avaler un morceau

de pain, mais il ressent immédiatement de fortes douleurs rétrosternales et régurgite. Les régurgitations contiennent du sang. La dysphagie s'aggrave progressivement et le 19.12.1959 le patient s'adresse au service de chirurgie dans un état de nutrition médiocre, ne pouvant avaler les aliments liquides qu'avec difficulté.

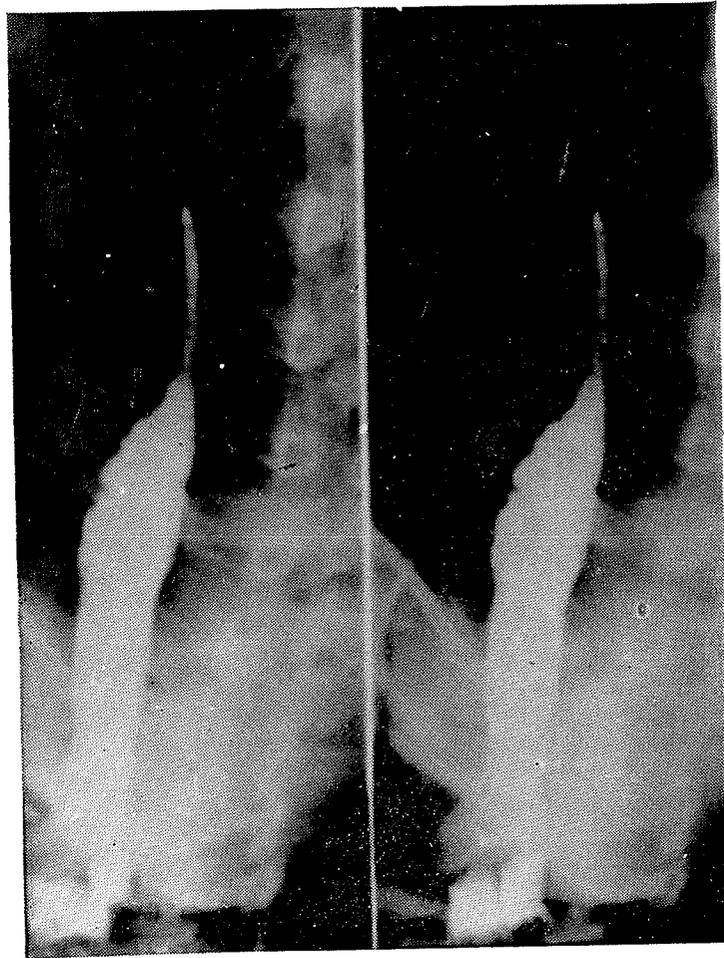


Fig 5

A l'entrée, le taux d'hémoglobine est à 60% avec 3.500.000 de globules rouges. La tension artérielle est 10/5. Le taux d'urée est 0.40 gr. par litre.

Le 22.12.1959 on procède à un transit oesophagien : l'oesophage cervical est relativement dilaté. Le tiers supérieur de l'oesophage thoracique présente une lumière de diamètre nettement réduite, de sorte que la colonne opaque forme une image filiforme sur ce segment. La subs-

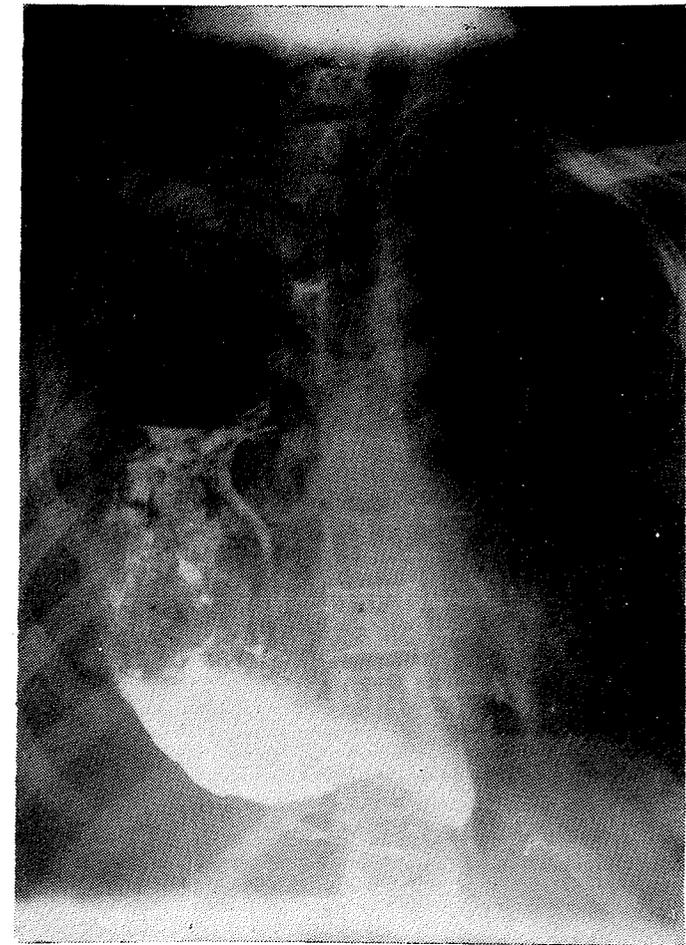


Fig 6

tance opaque dessine ensuite un stop à l'union des tiers supérieur et moyen de l'oesophage thoracique. (fig 5)

Nous avons préparé le patient pendant trois semaines, au moyen de transfusion de sang, d'administration de sérum et de vitamines.

Le 16 Janvier 1960, nous avons opéré le malade selon la même

technique décrite. Chez ce malade nous avons fait la splénectomie au cours de la gastrololyse, ce qui a facilité de beaucoup la préparation de la grande courbure. L'oesophage thoracique était cicatriciel dans son tiers supérieur sur une longueur de 6 cm. environ et affectait de fortes adhérences avec le médiastin; sa dissection était laborieuse et relativement longue. L'estomac est ramené très haut dans le thorax et l'anastomose a été faite à la hauteur du dôme pleural. Le pylore se trouvait à la hauteur du diaphragme.

La pièce opératoire montrait une sténose très serrée sur une longueur de 5 cm. environ. Sa paroi était fibrosée et épaissie.

L'opération a duré 4 1/2 heures et fut bien supportée. Au cours de l'intervention nous avons transfusé 1000 cc. de sang.

Les suites opératoires ont été très simples, sans aucun incident. Le patient commence à boire de l'eau 48 heures après l'opération. Le drain thoracique est enlevé le 4ème jour.

Le 25 Janvier, 9ème jour post - opératoire, nous avons fait un transit baryté : l'anastomose est bien perméable; l'estomac occupe un large espace dans le thorax droit. L'évacuation de l'estomac se fait lentement malgré la pylorotomie extra-muqueuse. (Fig. 6)

Au 15ème jour le patient avalait de tout sans difficulté. Il n'a pas de dyspnée, ni d'autres plaintes.

Le patient quitte le service le 9.2.1960 avec un état général très amélioré et satisfaisant. Nous n'avons pas revu le patient depuis sa sortie de l'hôpital.

### Résumé

Les traitements opératoire et non opératoire des brûlures de l'oesophage sont discutés. La technique de resection oesophagienne et anastomose oeso-gastrique par les voies combinées abdominale et thoracique droite est décrite. Deux cas de sténose haut-située de l'oesophage par brûlure, opérés selon cette technique sont présentés. Le résultat est considéré comme très satisfaisant dans les deux cas.

### Summary

Conservative and operative treatment of chemical burns of esophagus is discussed. Details of technique of combined abdominal and right thoracic route is given. Two cases of esophageal stricture operated by the above technique with satisfactory results are described.

### Bibliographie

1. - Baronofsky Ivan D.  
Some recent advances in surgery of the esophagus. Surg Clin. North America, Vol. 39, No. 5, Oct. 1959 (1179-1194).
2. - Battersby J; S.  
Esophageal replacement by use of right colon, a one stage thoracoabdominal procedure. Surg. Forum 1952, Philadelphia, W. B. Saunders 1935.
3. - Burford T. H. , Webb W. R. and Achermann L.  
Caustic burns of esophagus and their surgical management: Clinico-experimental correlation. Ann. Surg. 75: 4, 6000, 1957.
4. - Lawrence G. H. and Burford T. H.  
Caustic burns of esophagus. Postgrad. Meed. 17, 189, 1955.
5. - Lortat-Jacob J. L.  
Chirurgie de l'oesophage. Editions Médicales. Flammarion 1951.
6. - Lortat-Jacob J. L.  
Sténoses cicatricielles de l'oesophage. Lyon Chir. 54, 1, 43, 1958.
7. - Nordi G. L.  
Surgical treatment of lya strictures of esophagus by mediastinal colon transplant without resection. New England J. Med. 256, 777, 1957.
8. - Puestow Ch. B. And Gillesby W. J.  
Surgical lesions of the esophagus. Surg. Clin. North America, Vol. 35, No. 1, Feb. 1955 (67-80)
9. - Rudler J. C.  
Oesophagectomie et anastomose oeso-gastrique intrathoracique pour sténose cicatricielle. Mem. Acad. Chir. 1950, 76, 93.
10. - Santy P. et Maillet P.  
Quatre cas d'anastomose oeso-gastrique sus-aortique pour sténose cicatricielle haute de l'oesophage. Lyon Chir. 1950, 45, 161-167.
11. - Santy P. Maillet P. et Michaud P.  
Oesophagectomies Transthoraciques pour sténose cicatricielle chez l'enfant et chez l'adulte. Mem. Acad. Chir. 1950, 76, 59-72.
12. - Some Max L.  
Rigid esophagoscopy. Surg. Clin. North America, Vol. 37, No. 5 Oct. 1957 (1207-1230).