

Fait clinique

**REVUE TROPICALE
DE CHIRURGIE**
Association Malagasy de Chirurgie

Un cas de duplication tubulaire de l'œsophage à localisation cervicale



Rajaonarivony MFV^{*1}, Rajaobelison T², Raelijaona L³, Ralahy MF⁴, Andriamanarivo ML⁵, Rakoto Ratsimba HN⁶

¹ Service de Chirurgie Générale et Digestive, CENHOSOA Antananarivo, Madagascar

² Service de Chirurgie Cardio-vasculaire, HUIRA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar

³ Service de Réanimation Chirurgicale, HUIRA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar

⁴ Service d'Orthopédie Traumatologie, HUIRA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar

⁵ Service de Chirurgie Pédiatrique, HUIRA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar

⁶ Service de Chirurgie Viscérale A, HUIRA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar

Résumé

La duplication œsophagienne tubulaire à localisation cervicale est exceptionnelle. Nous rapportons le cas d'un nourrisson de 4 mois qui était référé pour dysphagie et régurgitation alimentaire. L'examen clinique évoquait plutôt un lymphangiome kystique mais l'échographie mettait en évidence une duplication œsophagienne à localisation cervicale à 4cm de la jonction pharyngo-œsophagienne. Une exérèse emportant le pédicule par cervicotomie était effectuée. Les suites opératoires étaient simples. Après un recul de six mois, le nourrisson avait un développement staturo-pondéral normal sans aucun symptôme digestif.

Mots-clés: Duplication, Malformation, Œsophage cervical

Abstract

Titre en anglais: Tubular duplication of the oesophagus with cervical location: a case report

Tubular duplication of oesophagus with cervical location is exceptional. We report the case of a 4 month-old baby which was referred for dysphagia and regurgitation. On clinical examination, diagnosis of a cystic lymphangioma was evoked but ultrasound revealed duplication of oesophagus with cervical localization at four centimeters of pharyngo-oesophageal junction. Excision carrying out pedicle by cervicotomy approach was performed. Post operative period was uneventful. After six months follow-up, evolution was good. the aim of this observation is to underline essential characteristics of this affection.

Keywords: Cervical oesophagus; Duplication; Malformation

Introduction

La duplication de l'œsophage fait partie des duplications digestives qui consiste en une formation sphérique ou tubulaire pouvant se rencontrer de la bouche à l'anus, ayant un contact avec le tube digestif normal, communicante ou non, possédant une musculature faite de deux couches musculaires lisses et une muqueuse digestive. La localisation préférentielle de la duplication œsophagienne est thoracique (95%). La forme kystique est la forme la plus fréquente [1]. La forme tubulaire est exceptionnelle [2]. Nous rapportons une nouvelle observation de duplication œsophagienne tubulaire de localisation cervicale chez un nourrisson de 4 mois.

Observation

C'était un nourrisson de quatre mois, de sexe masculin, référé par le service de pédiatrie pour une tuméfaction latéro-cervicale droite. Son accouchement s'était déroulé par voie basse sans incident particulier. De développement staturo-pondéral normal, l'enfant présentait depuis huit semaines une dysphagie ainsi qu'une régurgitation alimentaire au cours et après la tétée. A l'examen physique, il existait une tuméfaction latéro-cervicale droite en arrière du muscle sterno-cléido-mastoïdien et l'axe carotidien. C'était une masse de consistance molle adhérente au plan profond, non pulsatile, aussi large que haute dont le grand diamètre faisait 4cm. Le premier diagnostic évoqué était

un lymphangiome kystique. L'échographie du cou objectivait plutôt un diverticule para œsophagien droit ayant 5cm de long et 2cm de grand diamètre en communication avec l'œsophage cervical par un pédicule continant, à 4cm de la jonction pharyngo-œsophagienne (Figure 1). Une cervicotomie droite le long du relief du muscle sterno-cléido-mastoïdien était effectuée. A la dissection, une poche pseudo-digestive accolée à l'œsophage cervical était retrouvée à 4cm de la bouche œsophagienne et dont la vascularisation principale était liée intimement à l'œsophage (Figure 2). Une exérèse complète emportant le pédicule était pratiquée suivie d'une suture œsophagienne en un seul plan. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire montrait une duplication œsophagienne de type tubulaire (Figure 3). Les suites opératoires étaient simples avec reprise alimentaire au deuxième jour postopératoire. A cinq mois de recul, l'évolution était favorable avec ab-

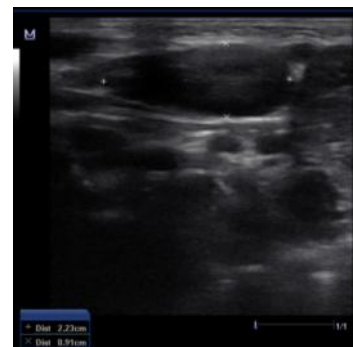


Fig. 1: Echographie cervicale objectivant un diverticule para œsophagien

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: suitorza@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Générale et Digestive, CENHOSOA Antananarivo, Madagascar

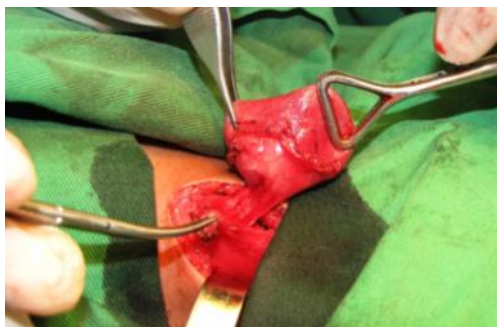


Fig. 2: Vue opératoire: poche pseudo-digestive accolé à l'œsophage cervicale à 4cm de la bouche œsophagienne

sence de trouble de la déglutition.

Discussion

La duplication digestive est une malformation congénitale qui constitue 0,1 à 0,3% de l'ensemble des malformations. Elle est deux fois plus fréquente chez les filles que les garçons mais ce sexe ratio s'inverse en cas de localisation œsophagienne comme c'était le cas pour notre patient de sexe masculin [3]. Elle peut siéger de la bouche à l'anus et partage une vascularisation commune avec la portion du tube digestif avec laquelle elle est en contact. Les duplications œsophagiennes sont rares et représentent 10% des malformations de l'œsophage et 15% des duplications digestives [4]. Elles sont habituellement de localisation thoracique (95%). Les formes sphériques représentent 80% des cas et les formes tubulaires, telle dans notre cas, sont exceptionnelles. Sur le plan anatomo-pathologique, la duplication œsophagienne doit répondre aux critères de Gross [5]. Ainsi, elle doit avoir une forme allongée de longueur variable accolée à l'œsophage et dont l'histologie comprend une muqueuse de type malpighienne et une musculature lisse disposée en deux couches, circulaire et longitudinale. Dans 50% des cas, la duplication est associée à d'autres malformations qu'il faudra rechercher systématiquement notamment au niveau du rachis et le reste du tube digestif [6]. Pour notre patient, aucune malformation associée n'était observée. Le diagnostic anténatal est difficile mais possible en cas d'une forme kystique volumineuse [7]. Les manifestations cliniques sont liées à l'augmentation du volume de la duplication qui comprime les structures avoisinantes [8]. Il peut s'agir d'un stridor lié à une compression trachéale, d'une gêne respiratoire liée à une compression bronchique ou d'une hémoptysie traduisant la fistulisation dans les bronches. Pour notre cas, la symptomatologie révélatrice était la dysphagie et une régurgitation alimentaire; cette symptomatologie s'expliquerait par l'augmentation de volume de la duplication au cours des repas entraînant une compression de l'œsophage principal. L'évolution spontanée se fait vers l'apparition de complications dans 70% des cas, à type de rupture, d'ulcération ou de poussée inflammatoire; ces dernières sont parfois révélatrices [9]. La radiographie standard permet de suspecter une duplication œsophagienne en cas d'opacité longiligne latéro-œsophagienne. La radiographie servira surtout à dépister des malformations vertébrales [2]. L'opacification par du produit de contraste permet de poser le diagnostic des duplications tubulaires communicantes [10]. Alors que l'exploration d'une duplication à

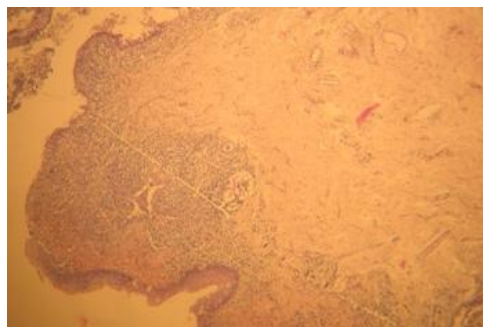


Fig. 3: Examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire montrant une duplication œsophagienne de type tubulaire (Hématoxylline éosine x10)

localisation intra-thoracique nécessite une étude tomodensitométrique associée ou non à l'écho endoscopie [10], celles à localisation cervicale sont accessibles à l'échographie comme l'a montré notre cas. L'image observée présente un aspect en canon de fusil et la prise de contraste pariétale est équivalente aux autres structures digestives. Le traitement chirurgical est de règle. L'abord endoscopique ou thoracoscopique est justifié pour les duplications à localisation thoracique [11]. Pour celles à localisation cervicale, il est licite d'effectuer un abord classique, qui permettrait l'exérèse en bloc in visu de la duplication comme pour notre cas. Les suites opératoires sont généralement simples.

Conclusion

La duplication œsophagienne tubulaire à localisation cervicale est exceptionnelle. La symptomatologie est surtout liée à l'augmentation de volume ce qui explique sa découverte plusieurs mois après la naissance. L'échographie seule suffit pour confirmer le diagnostic et l'abord chirurgical classique par cervicotomie reste intéressant pour sa prise en charge.

Références

- 1- Mcheik J.N., Levard G. Malformations congénitales de l'œsophage. EMC (Elsevier SAS, Paris), Gastro-entérologie, 9-202-A-15, 2006.
- 2-El Adi B, Dafiri R. Duplication tubulaire œsophagienne chez l'enfant: à propos d'un cas. J Radiol 2006; 87: 391-92.
- 3- Becmeur F, Viville B, Langer B, Christmann D, Dreyfus M, Favre R, et al. Prise en charge prénatale et néo-natale des duplications digestives. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999; 28: 388-92.
- 4- Lascar M, Christides C, Chabanier A, Vire O, Descottes B, Catanzano G. Duplication de l'œsophage chez l'adulte: à propos d'un cas. Ann chir 1986; 40: 103-6.
- 5- Gross R, Holcomb G, Farber S. Duplication of the alimentary tract. Pediatrics 1952; 9: 448-68.
- 6- Joyce A, Zhang P, Kochman M. Complete endoscopic resection of an esophageal duplication cyst. Gastrointest Endosc 2006; 64: 288-89.
- 7- Becmeur F, Viville B, Langer B, Christmann D, Drefus M, Favre R, et al. Prenatal and neonatal management of digestive tract duplications. Diagnostic difficulties and therapeutic implications. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999; 28: 88-92.
- 8- Mekki M, Belghith M, Krichene I, Chelly S. Esophageal duplication in children. Report of 7 cases. Arch Pediatr 2001; 8: 55-61.
- 9- Georges R, Deslauriers J, Duranceau A. Clinical spectrum of bronchogenic cysts of the mediastinum and lung in the lung in the adult. Ann thorac Surg 1991; 52: 6-13.
- 10- Renkers P, Arnould V, Semin-Cosson A, Kada A, Rodier M. Esophageal tubular duplication. Gastroenterol Clin Biol 1998; 22: 648-50.
- 11- Avaro J, Gabaudan C, Lafolie T, Peloni J, Guisset M, Bonnet D, et al. Résection par thoracoscopie chirurgicale d'une duplication de l'œsophage. J Chir 2007; 144: 264-6.