



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2022-2023

N °

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

MEMOIRE

**TRAITEMENT CHIRURGICAL DES CANCERS
DE L'ŒSOPHAGE DANS LE SERVICE DE
CHIRURGIE « B » DU CHU DU POINT-G**

Présentée et soutenue publiquement le 29/ /12/2023 Devant la faculté de
médecine et d'odonto-stomatologie

Par Dr Ousmane SIMPARA B

Pour obtenir le Diplôme d'Etude Spécialisée en chirurgie générale

Membre du jury

Président : M. Togo Adégné (professeur)

Membres : M. Keita Sidiki et M. Keita Koniba (maitres de conférence)

Directeur : M. Bengaly Brehima (maitre de conférence agrégé)

LISTES DES ABREVIATIONS

RCC	Radiothérapie-chimiothérapie concomitante
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RGO	Reflux gastro-duodéal
IMC	Indice de masse corporelle
CHU	Centre hospitalier universitaire
FMOS	Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

LISTES DES FIGURES

Figure 1: Répartition des patients en fonction du sexe.....	15
Figure 2 : Répartition des patients en fonction des facteurs de risque	17
Figure 3 : Courbe de Kaplan-Meier	29

LISTES DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge	14
Tableau II : Répartition des patients en fonction de la provenance	15
Tableau III : Répartition des patients en fonction de la profession	16
Tableau IV : Répartition des patients en fonction du niveau de revenu	16
Tableau V : Répartition des patients en fonction des antécédents chirurgicaux.....	17
Tableau VI : Répartition des facteurs de risque en fonction des tranches d'âge.....	18
Tableau VII : Répartition des patients en fonction des signes d'accompagnement.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau VIII : Répartition en fonction de l'indice de Buzby	20
Tableau IX : Répartition des patients en fonction des lésions retrouvées à l'endoscopie haute	20
Tableau X : Répartition des patients en fonction du siège des lésions au T.O.G.D	21
Tableau XI : Répartition des patients en fonctions des lésions retrouvées à l'échographie abdominale.....	21
Tableau XII : Répartition des patients des patients selon le résultat de la radiographie du thorax	22
Tableau XIII : Répartition des patients selon le résultat du scanner	22
Tableau XIV : Répartition des patients en fonction du type histologique ..	24
Tableau XV : Répartition des patients en fonction de la stadification	24
Tableau XVI : Répartition des patients en fonction du diagnostic	26
Tableau XVII : Répartition des patients selon la decision de la RCP.....	26
Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction Du type de chirurgie	27
Tableau XIX : Répartition des patients selon le geste chirurgical	28
Tableau XX : Répartition des patients selon le sejour en reanimation	29
Tableau XXI : Répartition des patients des suites opératoires(1mois)	
Tableau XXII : Répartition des patients selon les complications postopératoires évaluées par Clavier et Dindon	

Tableau XXIII: Courbe de décès

SOMMAIRE

I-	Introduction	8
II-	Objectifs	10
	2.1. Objectif général	10
	2.2. Objectifs spécifiques	10
III-	Méthodologie	11
IV-	Résultats	14
	4.1. Aspects épidémiologiques.....	14
	4.1.1. Fréquence globale	14
	4.1.2. Les caractéristiques sociodémographiques	14
	4.2. Antécédents et facteurs de risque	17
	4.3. Signes cliniques	19
	4.4. Signes paracliniques	20
	5.5. Selon le diagnostic	24
	4.6. Traitement	24
V-	Commentaires et discussion	30
	5.1. Aspects méthodologiques.....	30
	5.2. Fréquence hospitalière.....	30
	5.3. Données socio démographiques	31
	5.3.1. Age	31
	5.3.2. Sexe	31
	5.3.3. Signes cliniques.....	32
	5.3.4. Examens paracliniques	32
	5.3.5. Type histologique	32
	5.3.6. Traitement	32
	5.3.7. Evolution	33
VI-	Conclusion :	34
VII-	Recommandations.....	35
VIII-	Références.....	36
	Annexes	39

Fiche d'enquête	39
Fiche signalétique.....	48

I- Introduction

Le cancer de l'œsophage est une prolifération maligne développée aux dépens des tuniques de l'œsophage [1]. Le cancer de l'œsophage constitue le huitième cancer le plus fréquent à l'échelle mondiale, l'incidence en Europe est de 4,5/100000/ an, avec des grandes disparités (3/100000 en Grèce et 10/100000 en France) [2].

Les plus fortes prévalences en Afrique sont retrouvées dans les pays du sud et de l'est comme le Kenya où le cancer de l'œsophage représente avec 34,6% des cas et est le premier cancer dans la population de certaines régions [3]. Au Mali, selon le registre national(2020), le cancer de l'œsophage représente 15,23% des cancers digestifs [1].

La majorité des cancers de l'œsophage sont encore des carcinomes épidermoïdes (72 à 96 %), liés à la consommation d'alcool et de tabac. Néanmoins, l'incidence des adénocarcinomes est en forte augmentation, atteignant 20 à 25 % des cas [4]. Malgré tous les progrès; le cancer de l'œsophage conserve la réputation d'un cancer à pronostic sombre avec une survie à 5ans qui ne dépasse pas 15-20% [5]. En France une survie de 13,9% à 5 ans a été retrouvée [6].

Le mauvais pronostic de cette maladie est lié à un stade généralement évolué au moment du diagnostic, d'un terrain souvent altéré par de multiples comorbidités, de son impact rapide sur l'état général [7].

De nombreuses études apportent une preuve irréfutable des avantages d'un traitement néo-adjuvant combiné comprenant radiothérapie et chimiothérapie (RCC) vis-à-vis de la résection chirurgicale seule, aussi bien pour le carcinome épidermoïde que pour l'adénocarcinome [2]. Cependant cette RCC n'est toujours pas possible au moment du diagnostic en raison de l'altération avancée de l'état général. Aussi, il s'agit de patients souffrant de dénutrition qu'il faut soulager rapidement. Aussi l'accès à la RCC dans notre pays est très problématique.

Le seul espoir pour ces patients la chirurgie qui peut être curative ou palliative(dérivation). La chirurgie curative est l'œsophagectomie par cœlio assistée dans les pays développés a permis une diminution de la morbidité postopératoire pour les patients opérés d'un cancer de l'œsophage résecable [8].

Dans un contexte de ressources et de plateau technique limités qu'est le nôtre ; quelle prise en charge chirurgicale offre-t-on à nos patients ? quels en sont les résultats ?

Les réponses à ces questionnements ont motivé ce travail dont le but était d'étudier la prise charge chirurgicale des patients atteints de cancer de l'œsophage dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point-G.

II- Objectifs

2.1. Objectif général

Etudier les cancers de l'œsophage opérés dans le service de chirurgie B CHU Point G.

2.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de la chirurgie œsophagienne par cancer dans notre service.
- Décrire l'attitude chirurgicale devant un cancer de l'œsophage.
- Décrire les résultats du traitement chirurgical.

III- Méthodologie

3.1 Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point G. C'est un service de chirurgie générale avec des compétences de :

- Chirurgie oncologique
- Chirurgie endocrinologique
- Chirurgie vasculaire
- Chirurgie thoracique

Il est composé de deux pavillons d'hospitalisation au rez de chaussée et à l'étage de 12lits et 13lits respectivement.

3.2 Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive à collecte rétrospective qu'a eu lieu en 2023 portant sur les données de 22ans (2001-2023) pris en charge dans le service de chirurgie « B » du CHU Point G de Bamako.

3.3 Population d'étude

3.3.1 Echantillonnage :

Elle a porté sur tous les patients admis et opérés dans le service de chirurgie B pour tumeur œsophagienne confirmée en peropératoire et ou par l'histologie.

- ❖ **Critère inclusion** : Tous les patients opérés de cancer de l'œsophage confirmer histologiquement.

- ❖ **Critère non inclusion** : Tous les patients non opérés de cancer de l'œsophage tumeur bénigne ou les patients en dehors de la période d'étude dont le type histologique n'est pas connu

❖ **Taille l'échantillon :**

La taille de l'échantillon selon la formule de Schwartz($n=4pq/i^2$) est de 53cas.En raison du temps d'étude court (8mois), nous avons trouvé une taille de 22cas

- ❖ **Technique et outils de collecte :** Les données ont été collectées par analyse documentaire sur une fiche d'exploitation préalablement établie, pré-testée et validée.

Les supports de données exploitées étaient : registre d'hospitalisations, registre de compte-rendu opératoire et les dossiers médicaux des patients.

Technique de collecte : Examen clinique, paraclinique, constatations peropératoires

Variables étudiées :

- paramètres socio-démographiques : âge, sexe, provenance
- Diagnostique : siège, type histologique, stade
- Thérapeutiques : type de chirurgie, geste technique, suites opératoires, type de complications, survie.

3.4 Traitement des données et analyse statistique :

Les données collectées ont été saisies sur excel de manière à dégager les variables descriptives comportant les caractéristiques sociodémographiques des patients, puis les aspects en rapport avec les objectifs de l'étude exprimées en fréquence et pourcentage ; et les variables quantitatives exprimés en moyenne, écart-type et valeurs extrêmes.

Les logiciels Excel et « SPSS version 27 » ont été utilisé pour analyse des données.

3.5 Considérations éthique et déontologique :

Accord du chef de service et du directeur de mémoire pour le recensement de dossiers médicaux et la mise à disposition des différents registres du service.

Respect de la confidentialité et de l'anonymat des patients.

Les résultats obtenus seront publiés au besoin.

IV- RESULTATS

4.1. Aspects épidémiologiques

4.1.1. Fréquence globale

En 22 ans nous avons opérés 22 cas de cancer de l'œsophage sur 642 cas d'affections digestives non urgentes (soit 3,4%) et 1 cas de cancer de l'œsophage/an.

4.1.2. Les caractéristiques sociodémographiques

❖ Selon l'âge

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
[25-34]	3	13,6
[35-44]	5	22,7
[45-54]	5	22,7
[55-64]	6	27,3
[65-74]	3	13,6
Total	22	100,0

Plus de 1/3 des patients avaient moins de 45 ans. La moyenne était $50 \pm 15,16$ ans avec des extrêmes de 25 ans et 70 ans

❖ **Selon le sexe**

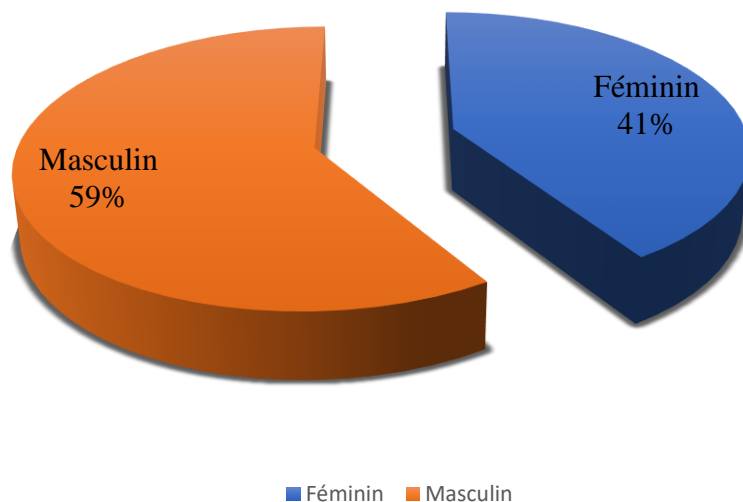


Figure 1: Répartition des patients en fonction du sexe

Le sexe masculin était prédominant dans 59% des cas. Le sexe- ratio était de 1,4.

❖ **Selon la provenance**

Tableau II : Répartition des patients en fonction de la provenance

Provenance	Fréquence	Pourcentage
Bamako	15	68,2
Kayes	2	9,1
Koulikoro	3	13,6
Mopti	1	4,5
Sikasso	1	4,5
Total	22	100.0

La majorité des patients provenait de Bamako avec un taux de 68,2%.

❖ **Selon la profession**

Tableau III : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Artiste	1	4.5
Chauffeur	3	13.6
Commerçant	4	18.2
Cultivateur	5	22.7
Ménagère	9	40.9
Total	22	100.0

La majorité des patients était des ménagères avec un taux de 40,9%.

❖ **Selon le niveau de revenu**

Tableau IV : Répartition des patients en fonction du niveau de revenu

Niveau de revenu	Fréquence	Pourcentage
Faible	16	72.70
Moyen	6	27.30
Total	22	100.00

La majorité des patients avait un niveau de revenu faible dans 72,7% des cas.

4.2. Antécédents et facteurs de risque

❖ Antécédents

Tous les patients avaient un antécédent médical d'ulcère gastro-duodénal avec notion de RGO.

Tableau V : Répartition des patients en fonction des antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Fréquence	Pourcentage
Non	21	95.50
Oui	1	4.50
Total	22	100.00

Seul un patient avait un antécédent de chirurgie digestive.

Aucun patient n'avait un antécédent de cancer familial.

❖ Facteurs de risque

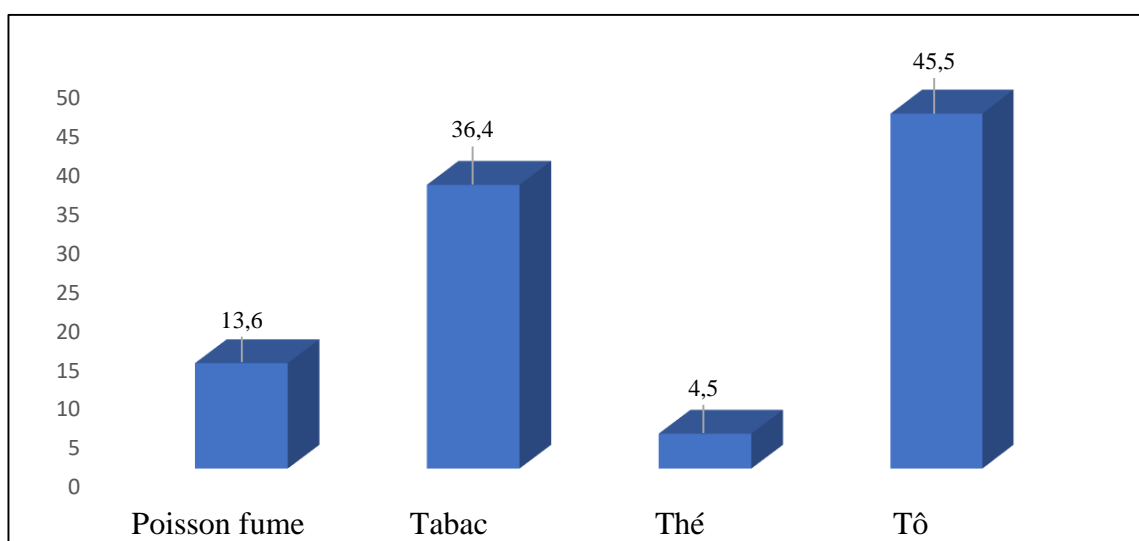


Figure 2 : Répartition des patients en fonction des facteurs de risque

Le principal facteur de risque a été la notion de consommation de « tô » à la potasse avec un taux de 45,5%.

Tableau VI : Répartition des facteurs de risque en fonction des tranches d'âge

Tranches d'âge	Poisson fumé	Tabac	Thé	Tô
[17-31]	0 (0.0)	1 (12.5)	0 (0.0)	2 (20.0)
[32-43]	0 (0.0)	2 (25.0)	1 (100.0)	2 (20.0)
[44-56]	1 (33.3)	2 (25.0)	0 (0.0)	2 (20.0)
[57-66]	2 (66.7)	2 (25.0)	0 (0.0)	2 (20.0)
[67-85]	0 (0.0)	1 (12.5)	0 (0.0)	2 (20.0)
Total	3 (100.0)	8 (100.0)	1 (100.0)	10 (100.0)

Les facteurs de risque ont été retrouvés principalement dans les tranches d'âge de [44-56] et de [57-66].

4.3. Signes cliniques

Tous les patients avaient une dysphagie (Grade IV de Atkinson)

Tableau VII : Répartition des patients en fonction de l'indice de performance OMS

Indice OMS	Effectif	Pourcentage
1	0	0,0
2	11	50,0
3	10	45,5
4	1	4,5
Total	22	100,0

La moitié des patients avait un score de performance OMS coté grade 2 avec un taux de 50,0% des cas.

L'IMC moyen de nos patients était de 15,32kg/m² avec un écart type de 2,09 et des extrêmes compris entre 11,97 et 20,63kg/m²

Tableau VII : Répartition des patients en fonction de l'indice de Buzby

Indice de Buzby	Fréquence	Pourcentage
Inférieur à 83,5%	19	86.4
Supérieur à 97,50%	3	13.6
Total	22	100.0

Plus de la majorité (86,4%) des patients étaient très dénutris avec un indice de Buzby inférieur à 83,5%.

4.4. Signes paracliniques

❖ Selon les examens complémentaires réalisés

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction des lésions retrouvées à l'endoscopie haute

F.O.G.D	Fréquence	Pourcentage
Ulculo-bourgeonnante	20	90.9
Sténosante	2	9.1
Total	22	100.0

La lésion ulcéro-bourgeonnante a été la plus observée avec un taux de 90,9%

Tableau IX : Répartition des patients en fonction du siège des lésions au T.O.G.D

T.O.G.D	Fréquence	Pourcentage
t1/3sup	1	4.5
t1/3inf	16	72.7
t1/3moyen	5	22.7
Total	22	100.0

La majorité des lésions siégeaient au niveau du 1/3 inférieur de l'œsophage avec un taux de 72,7%.

Tableau X : Répartition des patients en fonction des lésions retrouvées à l'échographie abdominale

Résultats de l'échographie	Effectifs	Pourcentage
Absence de localisation secondaire	5	83,0
Présence de localisation secondaire hépatique	1	17,0
Total	6	100,0

L'échographie abdominale a révélé une localisation secondaire hépatique chez un seul patient.

Tableau XI : Répartition des patients des patients selon le résultat de la radiographie du thorax

Résultats RX du thorax	Effectifs	Pourcentage
Absence de localisation secondaire	9	90
Présence de localisation secondaire	1	10
Total	10	100

Le télé thorax a révélé une localisation pulmonaire chez un seul patient.

Tableau XII : Répartition des patients selon le résultat du scanner

Résultat Scanner	Effectifs	Pourcentage
Tumeur ulcero- bourgeonnante du bas œsophage	7	77,8
Tumeur sténosante du bas œsophage	2	22,2
Total	9	100,0

Une tumeur ulcero-bourgeonnante siégeait majoritairement au bas œsophage selon le résultat du scanner.

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction du type histologique

Type histologique	Fréquence	pourcentage
Adénocarcinome	2	9,1
Carcinome épidermoïde	20	90,9
Total	22	100,0

Le carcinome épidermoïde a été le type histologique le plus fréquent avec un taux de 90,9%.

Tableau XV : Répartition des patients en fonction de la stadification

Stade	Fréquence	Pourcentage
I	0	0,0
II	0	0,0
III	20	90,9%
IV	2	9,1%
Total	22	100,0

Plus de la majorité des patients avait un stade III.

5.5. Selon le diagnostic

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction du diagnostic

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage
Adénocarcinome	2	9.1
carcinome épidermoïde	20	90.9
Total	22	100.0

Le diagnostic de carcinome épidermoïde a été le plus fréquent avec un taux de 90,9%.

4.6. Traitement

Tableau XIVII : Répartition des patients selon la décision de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

Décision RCP	Fréquence	Pourcentage
Non discute	8	36,4
Oui	14	63,6
Total	22	100,00

A partir de 2017 tous les dossiers étaient discutés à la RCP. Cependant aucun patient n'a bénéficié d'une radiothérapie.

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical avant la chirurgie

- **Selon le type de traitement**

Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction du type de chirurgie

Type de chirurgie	Effectif	Pourcentage
Curatif	2	9,1
Palliatif	20	90,9
Total	22	100,0

Seul deux(02) patients ont bénéficié d'une chirurgie à visée curative.

Tableau XVX : Répartition des patients selon le geste chirurgical

Geste chirurgical	Effectif	Stade
Jejunostomie	2	Stade IV
By pass œsophagien(coloplastie)	4	Stade III
Gastrostomie selon Witzel	14	Stade III
Oesophagectomie selon Lewis Santy +curage +anastomose gastro-œsophagien	2	Stade III

Seuls deux patients ont bénéficié d'une chirurgie a visée curative soit 9,1%. La fréquence de la coloplastie était de 18,2%.

- **Selon le séjour en réanimation**

Tableau XX : Répartition des patients selon le séjour en réanimation

Séjour en réanimation	Fréquence	Pourcentage
Oui	6	27,3
Non	16	72,7
Total	22	100,0

Moins de la moitié des patients ont séjourné en réanimation avec un taux de 27,3%.

- Les suites opératoires

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction des suites opératoires (à 1mois)

Suites opératoires à 1 mois	Fréquence	Pourcentage
Fistule anastomotique	1	4,5
AVC	1	4,5
Nécrose du transplant	1	4,5
Décès	4	18.2
Simple	14	63,6
suppuration pariétale	1	4.5
Total	22	100.0

Les suites opératoires ont été simples dans la majorité des cas. Nous avons cependant recensé un cas de suppuration pariétale, une fistule anastomotique, une nécrose du transplant et un cas d'AVC. Le taux de mortalité hospitalier était de 18%

Tableau XXII : Répartition des patients selon les complications postopératoires évaluées par Clavier et Dindon

Type de complication	Effectif	Pourcentage
Type I	10	45,5
Type II	6	27,3
	IIIa	0
Type III	IIIb	2
	IVa	0
Type IV	IVb	0
Type V	4	18,1
Total	22	100,0

La complication postopératoire grade I de Clavier et Dindon a été la plus fréquente dans 45,50 % des cas.

- Selon le suivi

Tableau XVIII : Répartition des patients selon leur devenir

Devenir des patients	Fréquence	Pourcentage
Décès	13	59.1
perdu de vue	6	27.3
Vivant	3	13.6
Total	22	100.0

Plus de la moitié des patients sont décédés soit un taux de 59,1%.

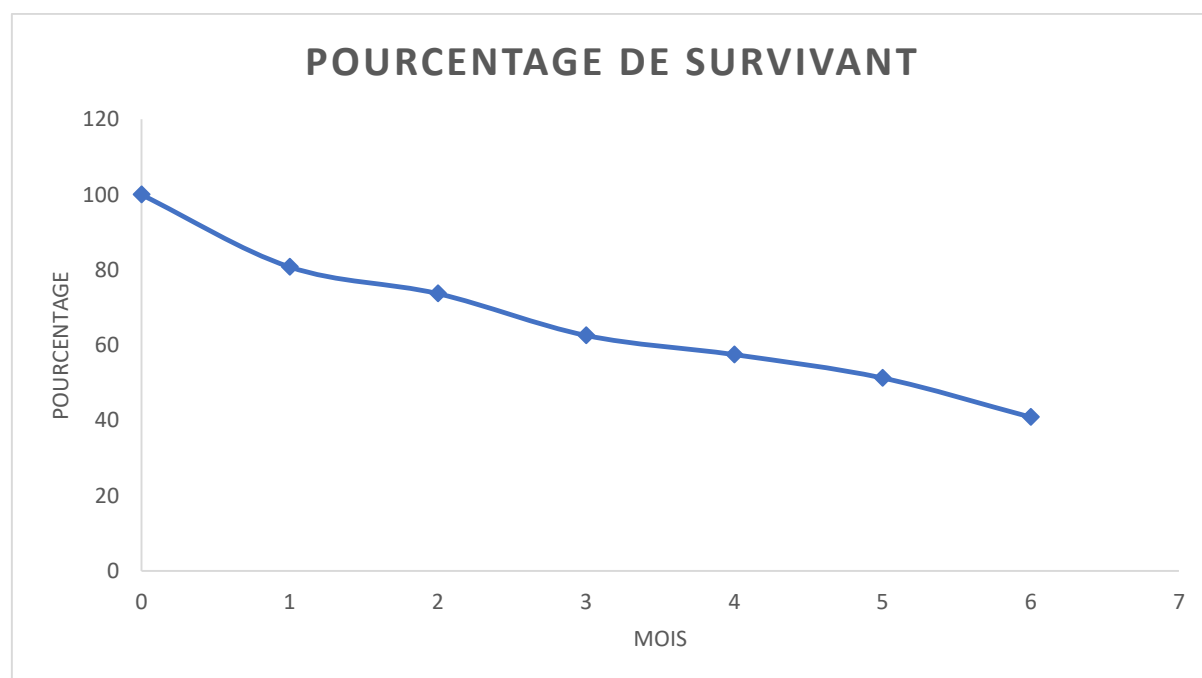


Figure 3 : Courbe de décès

A six(6) mois, le pourcentage de décès était de 59,1%.

V- Commentaires et discussion

5.1. Aspects méthodologiques

En 22 ans nous avons colligé 22 cas de cancer de l'œsophage. Notre étude était rétrospective sur 21 ans et prospective sur 1 an.

Pendant la phase prospective, les limites de la méthodologie utilisée ont été : la réalisation laborieuse des bilans préopératoires, l'insuffisance de moyens financiers pour l'exploration postopératoire notamment l'anatomopathologie de la pièce opératoire.

Il consistait essentiellement à la correction des troubles hydro-électrolytiques, la vidange gastrique, vésicale par la mise en place des sondes à demeure, l'antibiothérapie. L'anesthésie générale, l'intubation oro-trachéale et la voie thoraco-abdominale ont été réalisées chez tous nos patients.

Lors de la phase retro prospective, nous avons rencontré certaines difficultés dans notre étude, telles que :

- ✓ Le non-respect des rendez-vous par les malades
- ✓ La mauvaise conservation des dossiers et des archives ainsi que l'absence de dossiers électroniques pour les malades.

Ces difficultés ont été signalées par d'autres auteurs africains[9].

En dépit de ces barrières, cette étude nous a permis d'atteindre les objectifs.

5.2. Fréquence hospitalière

A l'échelle mondiale, le cancer de l'œsophage occupe la 8^{ème} place de tous les cancers.

Au Mali, selon le registre de cancer, il occupe le 7^{ème} rang de cancer digestif chez l'Homme et le 13^{ème} rang chez la femme [10].

Le cancer de l'œsophage a représenté 3,42% des pathologies digestives non urgentes opérées dans notre étude. Ce taux est similaire à celui de Harouna et collaborateurs qui a trouvé un taux de 3,22% [11]. Nous avons trouvé 1 cas/an par contre Koura M.[12] en 2020 au Burkina Faso a trouvé 8,2 cas/ans et Mimiesse JF et al [13] au Congo ont rencontré 3,4 cas/an. L'étude multicentrique et le profil des services de recrutement de ces auteurs pourraient expliquer ces différences.

5.3. Données socio démographiques

5.3.1. Age

Selon les données de la littérature, le cancer de l'œsophage était rare avant 40ans. Chez l'homme, l'incidence augmenterait régulièrement entre 40 et 70ans et se stabiliserait ensuite. Chez la femme, l'augmentation avec l'âge était moins rapide mais se poursuivait après 70 ans[14]. Dans notre étude l'âge moyen était de $50 \pm 15,16$ ans. Nous avons retrouvé dans littérature des âges moyens correspondants a ceux de l'adulte de plus de 50 ans (52,9 à 60 ans) [28 ; 29 ; 30 ; 31] ($p > 0,05$).

5.3.2. Sexe

Le cancer de l'œsophage est fréquent chez les homme [15]. Cette tendance a été observée dans notre étude (59,1%). Ce taux est similaire à celui de Mme Traoré N [16] qui avait trouvé 58% de cas chez les hommes. Cette tendance a été observée dans les séries marocaine [17], ghanéennes [18], et israéliennes [19] avec respectivement 71% ; 80% et 63,5%. La fréquence de consommation de tabac, d'alcool, et des substances cancérigènes pourrait expliquer cette prédominance masculine en Afrique.

5.3.3. Signes cliniques

Dans notre étude, la dysphagie (stade IV d'Atkinson) a été le principal signe observé (100%). Ce taux a également été retrouvé par Thiam S [1] ainsi que chez 80 à 100% des malades d'autres séries [11], [20], [21].

5.3.4. Examens paracliniques

Dans notre série, le siège 1/3 inférieur prédominait avec 72,7%. Ce taux n'est pas différent de celui de Harouna et collaborateurs [11] où les lésions siégeaient fréquemment au 1/3 inférieur de l'œsophage (69,44%).

Cette localisation élevée du cancer siégeant au niveau du 1/3 inférieur de l'œsophage pourrait s'expliquer par la présence de reflux gastro-œsophagiens chez tous les patients.

5.3.5. Type histologique

Les carcinomes épidermoïdes se développent à partir de la muqueuse malpighienne œsophagienne; les adénocarcinomes sont des tumeurs épithéliales malignes avec une différenciation glandulaire [22]. Le carcinome épidermoïde a été le type histologique le plus fréquent avec un taux de 90,9%. Ce taux n'est pas différent de ceux observés par Thiam S. et Rousseau D. [1], [23] qui avaient trouvé respectivement 82,05% et 80,5%.

Ce taux élevé de cancer prédominant au 1/3 de l'œsophage, pourrait s'expliquer par la notion de RGO chez tous les patients.

5.3.6. Traitement

Sur 22 patients nous avons réalisé une chirurgie curative chez 2 patients et pour le reste une chirurgie palliative (Gastrostomie, jejunostomie, by pass œsophagien). Ces constatations sont observées dans la plupart des études

africaines [1], [24]. Ceci pourrait s'expliquer par le retard diagnostic et le stade évolué de la maladie.

5.3.7. Evolution

La mortalité hospitalière dans notre étude était de 18% ; la morbidité était dominée par la suppuration pariétale, la fistule anastomotique, et la nécrose du transplant. Ces complications sont habituelles dans la chirurgie œsophagienne.

Nous avons observé un cas d'AVC ischémique en postopératoire immédiat après une œsophagectomie. Il s'agit là d'une complication inhabituelle.

Le pronostic des cancers de l'œsophage est sombre :

- ✓ A un mois 18,2% des malades étaient décédés.
- ✓ A 6 mois 59,1% des malades étaient décédés

Ces résultats pourraient s'expliquer par le retard diagnostic, le stade évolué de la maladie mais aussi la non disponibilité des traitements complémentaires.

VI- Conclusion :

Le cancer de l'œsophage est une pathologie fréquente. Le diagnostic est en général tardif, sa gravité réside dans la dénutrition et la déshydratation dont elle est responsable, la mortalité est élevée, la chirurgie à visée palliative en occurrence la gastrostomie d'alimentation a été la technique la plus utilisée. L'accessibilité et l'éligibilité à une radio chimiothérapie occupent une place importante dans l'arsenal thérapeutique. Le pronostic est mauvais. La mise en place d'un système de dépistage et de prévention de cette pathologie améliorerait sa prise en charge et son pronostic.

VII- Recommandations

➤ Aux autorités politiques et sanitaires

- ❖ L'octroi de matériels endoscopiques aux CHU, aux hôpitaux régionaux et aux Centres de santé de références du Mali pour un dépistage précoce.
- ❖ La formation des personnels en radio chimiothérapie
- ❖ La formation des personnels en oncogénétique
- ❖ La dotation de l'hôpital du Point-G d'un centre de radio chimiothérapie et d'écho-endoscope
- ❖ La mise en place des campagnes de dépistage du cancer de l'œsophage à un stade de début.
- ❖ Le renforcement de la sensibilisation contre les effets néfastes du tabac et de l'alcool sur la santé humaine.

➤ Aux personnels

- ❖ La demande et réalisation de l'examen fibroscopique oeso-gastroduodéal devant tout cas de dysphagie.
- ❖ L'information, éducation, sensibilisation sur les facteurs de risque du cancer de l'œsophage
- ❖ La promotion des facteurs protecteurs du cancer de l'œsophage

➤ A la population

- ❖ La consultation précoce devant tout cas de dysphagie et du reflux gastro-oesophagien.
- ❖ L'éviction du tabac et de l'alcool
- ❖ La promotion du sport

VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Souleymane A. THIAM. Chirurgie du cancer de l'oesophage dans le service de chirurgie A de l'hôpital du point G a propos de 39 cas. Thèse médecine 2013
- [2] Seiler CA. Le cancer de l'oesophage d'un point de vue chirurgical. Forum medical Suisse. 2015 ; 15(4):82-85
- [3] Saltezman JR, Gibson MK. Diagnosis and staging of esophageal cancer. Up to date jan 9. 2014
- [4] Sobin LH, Compton CC. TNM classification of malignant tumors 7 th Ed : what' s new, what' s changed : communication from the international an against cancer and the american join comitee on cancer (Ajcc/Ujcc). Cancer 2010 nov 15 ; 116(22) :5336-5339
- [5] Journal of visceral surgery 10.1016/ J vasc surg 211.05
- [6] Anderson AL *et al.*, « Survival for oesophageal, stomach and small intestine cancers in Europe 1999 –2007: Results from EURO CARE-5 », *Eur. J. Cancer*, vol. 51, n° 15, p. 2144-2157, oct. 2015, doi: 10.1016/j.ejca.2015.07.026
- [7] D. collet, C Mariette, B. Meunier. Introduction. In : D Collet, C Mariette, B Meunier, C Gronnier. Cancer de l'oesophage rapport présenté au 115 e congrès français de chirurgie. Paris : Arnette, 2013 XV
- [8] M. Messenger *et al.*, « Œsophagectomie pour cancer par voie ouverte ou cœlio-assistée : étude de phase III, prospective, randomisée, contrôlée, multicentrique (essai MIRO) », *J. Chir. Viscérale*, vol. 152, n° 5, Supplement, p. A7, oct. 2015, doi: 10.1016/S1878-786X(15)30011-5
- [9] Piessen G *et al.* Curages. Cancer de l'oesophage rapport présenté au 115 e congrès français de chirurgie. Paris : Arnette, 2013 :4853
- [10] Sobin LH, Compton CC. TNM classification of malignant tumors 7 th Ed : what' s new, what' s changed : communication from the international an against cancer and the american join comitee on cancer (Ajcc/Ujcc). Cancer 2010 nov 15 ; 116(22) :5336-9
- [11] Harouna YD *et al.*, « LES CANCERS DE L'ŒSOPHAGE AU NIGER : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES : A propos de 36 cas », *CANCERS L'ŒSOPHAGE AU NIGER Asp. Epidemiol. Clin. 36 Cas*, vol. 55, n° 4, p. 235-239, 2008
- [12] Koura M *et al.* Le Cancer de l'oesophage à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) (2020): Aspects Épidémiologiques, Cliniques, Endoscopiques et Anatomopathologiques. Health Sciences and Disease, 21(2)

- [13] Mimiesse JF et al. Esophagus Cancer: Epidemiological, Clinical, Para Clinic and Evolving Aspects at Brazzaville Chu. *Gastroint Hepatol Dig Dis.* 2022; 5(1): 1-3
- [14] EDSM-V : Enquête Démographique et de Santé du Mali 2018-2020
- [15] Cavallin F, Scarpa M, Cagol M, Alfieri R, Ruol A, Chiarion Sileni V, Rugge M, Ancona E, Castoro C. Time to diagnosis in esophageal cancer: a cohort study. *Acta Oncol.* 2018 Sep;57(9):1179-1184. doi: 10.1080/0284186X.2018.1457224. Epub 2018 Mar 30
- [16] Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et therapeutique dans le service de chirurgie generale au CHU.Gabriel Toure..pdf ». Consulté le: 6 décembre 2023. [En ligne]. Disponible sur:
<https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/1929/18M100.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [17] Ougougdal LA. La prise en charge chirurgicale des cancers du bas œsophage et du cardia. Thèse de médecine 2014 N.76. Faculté de médecine et de pharmacie Marrakech.pdf ». Consulté le: 6 décembre 2023. [En ligne]. Disponible sur:
<http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2014/these76-14.pdf>
- [18] M. Tettey *et al.* The changing epidemiology of esophageal cancer in sub-Saharan Africa – the case of Ghana . *Pan Afr. Med. J.*, vol. 13, n° 1, Art. n° 1, 2012, doi: 10.4314/pamj.v13i1.
- [19] Sarfaty M *et al.*, « Esophageal Cancer in Israel has Unique Clinico-Pathological Features: A Retrospective Study », *J. Cancer*, vol. 8, n° 13, p. 2417-2423, juill. 2017, doi: 10.7150/jca.19210
- [20] G. Piessen, C. Mariette, et J. P. Triboulet, « Cancers de l'œsophage cervical et thoracique supérieur : une même entité pathologique ? », *Ann. Chir.*, vol. 130, n° 2, p. 86-91, févr. 2005, doi: 10.1016/j.anchir.2004.11.012.
- [21] Ndiaye B *et al.* P.179 Le cancer de l'œsophage au Sénégal : une double population », *Gastroentérologie Clin. Biol.* vol. 33, n° 3, Supplement 1, p. A108, mars 2009, doi: 10.1016/S0399-8320(09)72810-6
- [22] Baba Y, et al. Neoadjuvant treatment for esophageal squamous cell carcinoma. *World Journal gastrointestinal oncology*, 2014 may 15 ; 6(5) : 121-8
- [23] Rousseau D *et al.*, « Évolution des cancers de l'œsophage : impact de la stratégie thérapeutique », *Cancer/Radiothérapie*, vol. 17, n° 1, p. 10-20, févr. 2013, doi: 10.1016/j.canrad.2012.10.011
- [24] Achille Max Kabore La pathologie œsophagienne en milieu hospitalier à Ouagadougou. THESE DE MEDECINE BURKINA FASSO, 1999, N°10

[29] Peghini M. Rajaonarison P. Pecarrere J.L Rasafin Dramboa.H Richard.J Morin D. Epidémiologie des cancers du tube digestif au Madagascar apport de 1400 endoscopies effectuées au CHU de Soavin Adriana à Antananarivo. Méd. d'Afr Noire 1997 ; 44(10) : 518-521

[30] Mariette J C. Triboulet : Traitement du cancer de l'œsophage Encyclopédie Médico-Chirurgicale (2004) 9-205-A-30

[31] Chuang-Zhen C, Jian-Zhou C, De-Rui L, Zhi-Xiong L, Ming-Zhen Z, Dong-Sheng L et all. Long-term outcomes and prognostic factors for patients with esophageal cancer following radiotherapy World J Gastroenterol. 2013; 19(10): 1639–1644

Annexes

Fiche d'enquête

I-Données administratives

Q1 : N° Fiche.....///

Q2 : Nom et prénom.....

Q3 : Age.....///

Q4 : Sexe M F

Q5 : Adresse habituelle.....

Q6 : Provenance 1 : Kayes 2 : Gao 3 : Tombouctou 4 : Mopti 5 : Bamako 6 : Sikasso 7 : Koulikoro 8 : Ségou 9: Kidal 10 : Indéterminé 11 : Autres

Si autre à préciser.....

Q7 : Nationalité 1 : Malienne 2 : Autres

Si autres à préciser.....

Q8 : Principale activité : 1 : Cultivateur 2 : Manœuvre 3 : Élève 4 : Commerçant 5 : Indéterminé 6 : Autres

Si autres à préciser.....

Q9 : Niveau de revenu : 1 : Faible 2 : moyen 3 : élevé

Q10 : Catégorie d'hospitalisation 1 : 1ère catégorie 2 : 2ème catégorie 3 : 3ème catégorie

Q11 : Mode de recrutement 1 : Urgence 2 : Consultation normale

Q12 : Date d'entrée...../ / / / / / / /

Q13 : Date de sortie...../ / / / / / / /

Q14 : Durée d'hospitalisation pré op...../ / /

Q15 : Durée d'hospitalisation post op...../ / /

II- LES ANTECEDENTS

Q16 : Médicaux: / _ /

1- Reflux gastroœsophagien 2- Megaoesophage 3-Brulure caustique 4-sténose caustique 5-œsophagite peptique 6- Ulcère gastroduodéal 7- cancer orl
Autres à préciser.....

Q17 : Chirurgicaux sur le tube digestif...../ _ / 1- oui 2- non
Autres à préciser.....

Q18 : ATCD familiaux de cancers / _ / 1-Œsophage 2-Estomac 3-Colon 4-
Sphère ORL

Autres à préciser.....

Q19 : Facteurs de risque :/ _ / / / / 1-Alcool (quantité) 2-
Tabac (paquet/an) 3- Poissons fumés 4-Thé 5 Produits caustiques 6- Aliments
chauds 7-Viande séchée 8-Tô

Autres à préciser.....

III - CLINIQUE

A/ Signes fonctionnels

Q20: Dysphagie:/_/ A. absente B. présente Si présente Durée :..... Type :/ / 1- Aliments solides 2- Aliments liquides 3-Paradoxaie 4-Totale 5-Permanente 6-Indéterminée

Autres à préciser...../_/

Q21 : Signes d'accompagnements :/_/ 1- Vomissement 2-Dyspnée 3- Anorexie 4-Toux 5-Hoquet 6-Eructation 7-Hyper sialorrhée 8-Pyrosis 9- amaigrissement 10 -1+2+3 11-7+8 12-1+7+8 12-Indéterminé

Autres à préciser.....

Q22 : Délais entre début des signes et la date de consultation...../

B/ Examen physique

Q23 : Etat général : Echelle OMS...../_/ 1- OMS I 2- OMS II 3- OMS III 4- OMS IV Indice de Karnovsky :/ / 1- 100-80% 2- 70-40% 3- 30-10% Classe ASA...../_/ 1- ASA I 2-ASA II 3-ASA III 4-ASA IV 5-ASA V

Q23a Taille : (cm)...../_/_/_/ Q23b Poids: (Kg)...../_/_/ Indice de masse corporel :...../_/_/ Q23c Température(°C)...../_/_/_/ Q23d Tension artérielle (mm/hg)...../_/_//_/_/ Q23e Conjonctives...../_/ 1-Pales 2-Colorées

Q24 : Inspection...../_/ 1- Thorax harmonieux et symétrique 2- Déformation thoracique

Q25 : Palpation...../_/ 1-Masse abdominale 2- Pas de masse abdominale 3-organomegalie

Q26 : Aires ganglionnaires/

1- Libres 2- Ganglions palpables

Q27 : Localisation du ganglion : 1-Ganglion de Troisier 2- Axillaire 3- Inguinale
4- Cervical 5-sous maxillaire

Q28 : ascite..... /_/ 1-oui 2-non

Q29 : Auscultation cardiaque.....// 1- Physiologique 2- Présence de souffle
cardiaque Q30 : Auscultation pulmonaire...../_/ 1- Physiologique 2-Présence de
râle pulmonaire

IV. Examens complémentaires

Q31 : F.O.G.D Nature de la lésion :/ / 1-infiltrante 2-
bourgeonnante 3-ulcéreuse 4-sténosante 5-polyploïde

Siège de la lésion :/ / 1-1/3 sup 2 -1/3 moyen 3 -1/3 inf. 4-2/3 sup 5-
2/3 inf. 6-3/3

Friable :// 1-oui 2-non

Biopsies :// 1-oui 2-non

Q32 : T.O.G.D Nature de la lésion :

Siège de la lésion :1-1/3 sup 2- 1/3 moyen 3- 1/3 inf. 4-2/3 sup 5-2/3
inf. 6- 3/3 Q33 : Radiographie pulmonaire de face...../_/ 1 : non
faite 2 : Normale 3 : Présence de métastases

Q34 : Échographie abdominale :/_/ 1-Normale 2- Métastases
hépatiques 3- Adénopathies profondes

Q35 : Scanner thoraco-abdominal :/_/ 1- Normal 2- Métastases hépatiques 3- Métastases pulmonaires 4- Adénopathies profondes

Q36 : Classification TNM et stadification

T : N : M :

Stade :

Q37 : épaisseur de la tumeur.....

A Examens biologiques

Q38 : Taux d'Hémoglobine :/_/ - 1- Bas 2- Normal 3-Non fait Q37 : Groupage sanguin...../_/ 1-A 2 – B 3-AB 4-O 5-non faits

Q39 : Rhésus...../_/ 1-Positif 2-Négatif 3- non fait

Q40 : Glycémie :/_/ 1-Basse 2-Normale 3-Elevée 4-non faite

Q41 : Créatininémie :/_/ 1-Basse 2-Normale 3-Elevée 4- non fait

Q42 : Temps de Céphaline Kaolin (TCK)/_/ 1-Bas 2-Normal. 3-Elevé 4- non fait

Q43 : Indice de Buzby=

Q44 : Résultat de l'anapath 1-Carcinome épidermoïde ; 2-Adénocarcinome

DIAGNOSTIC :

Q45/ / 1-Adénocarcinome 1/3sup 1/3moyen
1/3inf 2-carcinome épidermoïde 1/3sup 1/3moyen 1/3inf

Q46 : RCP :1-oui ;2-non

V. TRAITEMENT

A/ Médical

A1/ Avant le bloc opératoire

Q47 : Alimentation parentérale (produits) : // 1-Oui 2- Non

Q48 : Vitaminothérapie :// 1- Oui 2- Non

Q49 : Rééquilibration hydro électrolytique : // 1- Oui 2- Non

Q50 : Durée de la préparation colique.....// 1-7Jours 2-sup à 7jours 3-
inf. à 7 jour

Q51 : Transfusion iso groupe iso rhésus : // 1- Oui 2- Non

47a : Si transfusion, nombre de poche.....// 1- 2 2-3 3- 4

A2/ Après le bloc opératoire

Q52 : Alimentation parentérale (produits) : // 1-Oui 2- Non

Q53 : Vitaminothérapie +antibiothérapie antalgique.....// 1- Oui 2- Non

Q54 : Rééquilibration hydro électrolytique : // 1- Oui 2- Non

Q55 : Transfusion iso groupe iso rhésus : // 1- Oui 2- Non

Q55a : Si transfusion, nombre de poche.....// 1- 2 2- 3 3- 4

C/ CHIRURGICAL

Q56 : Curatif A : Voie d'abord : /_/ 1-
Abdominale + Cervicale droite 2-Abdominale + cervicale gauche 3-
Abdominale+thoracotomie droite 4-Abdominale + thoracotomie droite +cervicale
Droite

B : Transplant prélevé...../_

1-Iléo colique droit 2-Colon droit 3-colon droit transverse 4-Colon Transverse 5-
colon transverse gauche 6- Colon gauche 7-tubulisation gastrique

Si autres, précisé.....

C : La tumeur a-t- elle été touchée ?..... /_/ 1-Oui 2- Non D:
Type anastomose en per-opératoire/_/ 1-Œsogastrique 2-
Oesoduodenale 3-oesojéjunale 4-oesocolique 5-
colocolique+oesocolique+gastrocolique 6-ileocolique+oeso iléale+gastrocolique
Autres à préciser.....

E : Oesogastrectomie polaire supérieure :// 1-Oui
2- Non

Q57 : palliatif :/ / 1-
gastrotomie d'alimentation 2-by-pass œsophagiens 3- abstention thérapeutique+
biopsie

Q58 : Durée de l'intervention (heure).....

Q59 : complications per-opératoires : / / 1. Hémorragie 2.
Perforation iatrogène 3. Autres à préciser

Q60 : Suites opératoires précoces (inf. ou égale à 7jrs)/_/ 1-Simples 2-
Suppuration pariétale 3-nécrose du transplant colique 4-Fistule Par lâchage de
suture 5-Hémorragie 6-Décès 7- chute de Sonde

Q61 : Suites opératoires à 15 jours...../_/ 1-Simples 2-Sténose anastomotique 3-Suppuration pariétale 4-Fistule digestive 5-Décès 6-anémie 7-chute de sonde

Autres à préciser.....

Q62 : Suites opératoires à 30 jours 1-Simples 2-Sténose anastomotique 3-Suppuration pariétale 4-Fistule Digestive 5-Décès 6-anémie

Autres à préciser.....

Q63 : Reprise de l'alimentation orale liquide.....// 1-Entre j1 et j4 2- Entre j5 et j10 3- Entre j11 et j13

Q64 : Reprise du transit...../ / 1-inf. à j3 2-entre j3 et j4 3- sup à j4

Q65 : Durée du séjour hospitalier (jour)...../_/_/

Q66 : Date de sortie

Q67 : devenir du patient :/ / 1-vivant 2-décédé Si décédé préciser la date du décès..... Si vivant :

Q68 : Suites à un mois...../ / 1- Simples 2-Sténose 3-anémie

Autre a préciser

Q69: Suivi post opératoires à 3 mois 1-Simples 2-Sténose anastomotique 3-Suppuration pariétale 4-Fistule Digestive 5-Décès 6-anémie

Autres à préciser.....

Q70 : Suites à 6 mois...../

1- Simples 2 Sténose 3- Décès 4-Perdu de vu 5-anémie

Fiche signalétique

Nom : Simpara

Prénom : Ousmane B

Titre du mémoire : Traitement chirurgical des cancers de l'œsophage dans le service de chirurgie « B » du CHU du point « G »

Année Universitaire : 2022-2023

Pays d'origine : Mali

Lieu de soutenance : FMOS de Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Chirurgie « B » CHU du Point « G »

Résumé

Notre étude a porté sur 22 patients tous opérés pour cancer de l'œsophage dans le service de chirurgie « B » au CHU du point « G ». Il s'agissait d'une étude retro prospective qui a eu lieu en 2023 portant sur les données de 22 ans (2001-2023) des patients pris en charge dans le service.

Elle avait pour objectif d'étudier le traitement chirurgical des cancers de l'œsophage dans le dit service ; déterminer la fréquence de la chirurgie œsophagienne par cancer dans notre service ; décrire le profil sociodémographique des patients, décrire l'attitude chirurgical devant un cancer de l'œsophage ; décrire les résultats du traitement chirurgical.

Dans cette étude, il ressort que l'âge moyen des patients était de 50+/-15,15ans, le sexe masculin était le plus représenté avec 59% des cas avec sex-ratio de 1,4.

La dysphagie était la plainte majeure, la majorité des lésions siégeait au niveau du 1/3inferieur de l'œsophage avec un taux de 72,7%des cas.

Seul deux (02) patients ont bénéficié d'une chirurgie curative (oesophagectomie+curage). Le retard diagnostic explique la prédominance de la chirurgie palliative.

La mortalité hospitalière était de 18,2% et le pourcentage de décès à 6 mois était de 59,1%.

Mots clés : Chirurgie/Cancer/Œsophage.