

Traitement endoscopique du diverticule de Zenker par un diverticuloscope souple : Une première expérience Tunisienne

Endoscopic treatment of Zenker's diverticulum with soft diverticuloscope : A first Tunisian experience

Sondes Bizid, Riadh Bouali, Sana Lahmar, Hatem Ben Abdallah, Nabil Abdelli

*Service d'hépatogastro-entérologie
Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.*

RÉSUMÉ

Prérequis : Le diverticule pharyngo-œsophagien de Zenker est une protrusion muqueuse développée à travers une zone de faiblesse de la paroi hypopharyngée postérieure. Le diagnostic repose sur le transit œsophagien. Le traitement chirurgical de référence comprenant la diverticulotomie et la section du muscle cricopharyngien par voie cervicale tend à être remplacé par le traitement endoscopique rigide ou souple qui permet le plus souvent la résolution des symptômes en une séance de traitement au prix d'une morbidité très faible.

But : Nous rapportons 3 observations de patients traités pour diverticule de Zenker par voie endoscopique, colligés dans le service d'hépatogastro-entérologie de l'hôpital militaire de Tunis sur une période de 4 mois.

Observation : Il s'agissait de 3 hommes âgés de 71, 79 et 62 ans admis pour diverticule de Zenker. Les signes cliniques étaient dominés par la dysphagie haute aux solides. Tous nos patients ont été traités endoscopiquement. Le premier patient a eu une diverticulotomie par diathermie et électrocoagulation au plasma argon et les deux autres au bistouri-aiguille. Des clips étaient posés sur les berges de la diverticulotomie à la fin de la procédure. Les suites étaient simples pour les deux derniers patients et compliquées chez le premier patient d'une brèche au niveau de la face latérale gauche du diverticule cervical qui a bien évolué sous diète et antibiothérapie. L'opacification œsophagienne de contrôle montrait dans les 3 cas une nette régression du volume du diverticule avec sur le plan clinique une résolution complète de la symptomatologie.

Conclusion : La diverticulotomie par voie endoscopique utilisant un endoscope flexible et un diverticuloscope est une alternative efficace aux traitements conventionnels. Elle permet une amélioration rapide des symptômes avec un risque moindre de complications et une durée d'hospitalisation courte comparée au traitement chirurgical.

Mots-clés

Diverticule de Zenker – Thérapeutique – Endoscopie

SUMMARY

Introduction: Zenker's diverticulum is an acquired hernia from the posterior pharyngeal mucosa developed in the pharyngo-esophageal junction. The gold standard for diagnosis is pharyngo-esophageal barium swallow study. Open surgery with cricopharyngeal myotomy has long been the conventional treatment. Actually, endoscopic treatment is an efficient alternative to resolve the problem with shorter surgery duration and less complication.

Aim: We report 3 cases of patients with Zenker's diverticulum treated with endoscopic approach in our department between 2013 and 2014.

Case report: There were three men aged 71, 79 and 62 years admitted to our department with symptomatic Zenker's diverticulum. Predominant symptoms were dysphagia and regurgitation. Diverticulotomy with a flexible endoscope was performed for all patients, using argon plasma coagulation in the first case and a needle-knife in the two others. Hemostatic clips were placed at the end of the procedure. There was no complication in the last two cases. Perforation at the left lateral side of the cervical diverticulum was observed in the first patient solved by diet and antibiotics. We performed a pharyngo-esophageal barium swallow study before and after the intervention in all patients showing significant regression of the diverticulum and we observed a complete regression of clinical symptoms.

Conclusion: Treatment with endoscopic approach using a flexible endoscope and a diverticuloscope for good exposure of the diverticulum is a safe procedure offering a rapid improvement of symptoms with a lower risk of complications and a shorter duration of hospitalization compared to surgical treatment.

Key- words

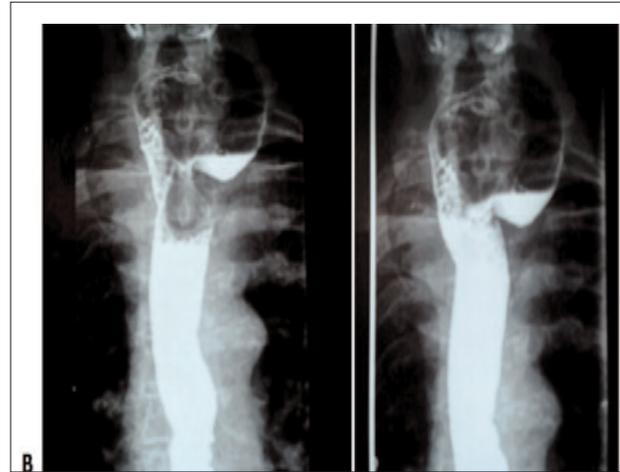
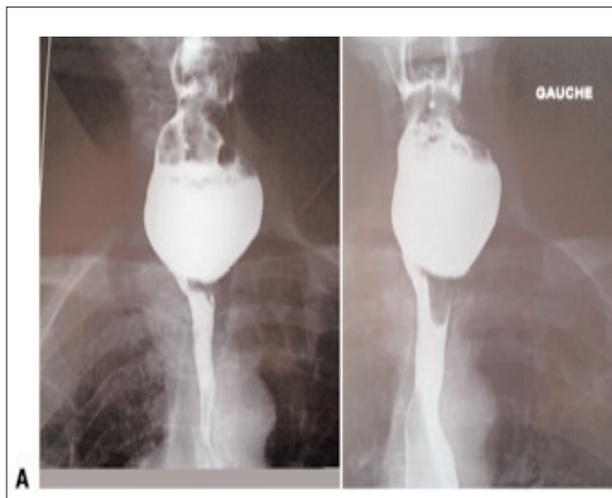
Zenker's diverticulum – Treatment – Endoscopy

Le diverticule de Zenker est le plus fréquent des diverticules œsophagiens. Il s'agit d'une hernie de la muqueuse pharyngée à travers la couche musculaire de la jonction pharyngo-œsophagienne. Il intéresse le sujet âgé de sexe masculin et se manifeste le plus souvent par une dysphagie, des régurgitations et moins fréquemment par des signes respiratoires (toux, infections broncho-pulmonaires). Le diagnostic est radiologique et repose sur l'opacification œsophagienne. Le traitement chirurgical par cervicotomie, résection du diverticule avec myotomie du cricopharyngien tend à être abandonné au profit des techniques endoscopiques. En effet, la chirurgie ne permet souvent pas une amélioration définitive des symptômes avec un risque d'échec ou de récurrence de 5 à 15% [1]. La diverticulotomie endoscopique en utilisant un endoscope flexible et un diverticuloscope est un traitement sûr et efficace du diverticule pharyngo-œsophagien (DPO) symptomatique permettant une reprise rapide de l'alimentation orale et une durée d'hospitalisation courte [2]. BUT : Nous rapportons 3 observations de patients présentant un diverticule de Zenker colligés au service d'hépatogastroentérologie de l'hôpital militaire de Tunis, sur une période de 4 mois, entre 2013 et 2014 et traités endoscopiquement.

OBSERVATIONS

Les patients étaient âgés respectivement de 71 (patient 1), 79 (patient 2) et 62 ans (patient 3). Ils étaient tous de sexe masculin. La symptomatologie évoluait depuis 4 mois chez le premier patient et 1 an chez les 2 suivants. Les patients avaient consulté pour une dysphagie aux solides dans tous les cas associée chez les deux derniers à des régurgitations et à un amaigrissement jugé important. L'examen physique était normal chez tous les patients. On ne notait en particulier pas de masse cervicale palpable. Le diagnostic était posé dans tous les cas par un transit oeso-gastro-duodénal (TOGD) qui montrait une image d'addition ovalaire siégeant au niveau de la jonction pharyngo-œsophagienne postérieure. La figure 1-A montre l'opacification œsophagienne du 3ème patient avant la diverticulotomie. La figure 1-B montre l'opacification œsophagienne du 3ème patient après la diverticulotomie.

Figure 1 : Transit œsophagien du 3ème patient (vue de face). A : Avant la diverticulotomie et B : Après la diverticulotomie.



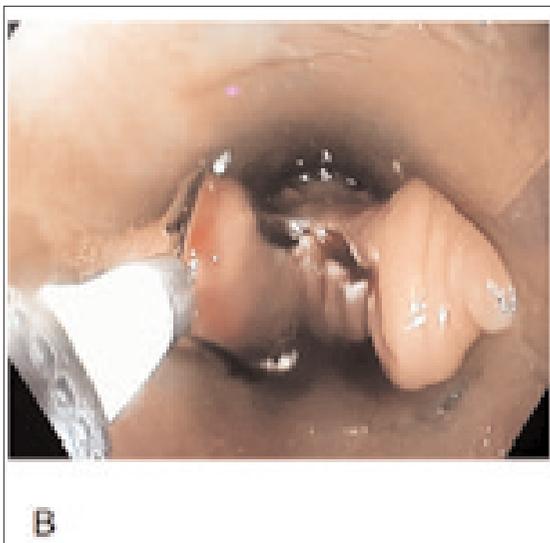
Tous nos patients ont été traités endoscopiquement. L'exposition du diverticule était facilitée par un diverticuloscope souple confectionné à partir d'un overtube (figure 2). Le premier patient a eu une diverticulotomie par diathermie et électrocoagulation au plasma argon et les deux autres au bistouri-aiguille. Des clips métalliques étaient systématiquement posés sur les berges de la diverticulotomie à la fin de la procédure. La figure 3 montre la diverticulotomie par bistouri-aiguille du 2ème patient.

Figure 2 : Diverticuloscope confectionné à partir d'un overtube



Figure 3 : Diverticuloscope confectionné à partir d'un overtube





A : Image endoscopique après diverticulotomie (vue à travers le diverticuloscope) ; B : Pose d'un clip métallique ; C : Image endoscopique après pose de clips métalliques

Les suites étaient simples pour les deux derniers patients et compliquées chez le premier patient d'une brèche au niveau de la face latérale gauche du diverticule cervical qui a bien évolué sous diète et antibiothérapie. Une opacification œsophagienne de contrôle a été pratiquée pour les trois patients après 10 jours de l'acte montrant une nette diminution du volume de l'image d'addition comparativement au transit œsophagien réalisé au moment du diagnostic (figure 1-B).

Pour le premier patient, une fibroscopie faite à 15 jours de la diverticulotomie n'avait pas objectivé de brèche au niveau du diverticule et avait montré une diminution notable de la cavité diverticulaire, avec cicatrisation presque complète de la muqueuse en regard de la diverticulotomie. Sur le plan clinique, les trois patients rapportaient une résolution quasi complète des symptômes et ce dès la reprise alimentaire ainsi qu'à 6 mois du geste en consultation.

DISCUSSION

Le diverticule de Zenker est une pathologie rare avec une prévalence de 0,01 à 0,11% [3]. Sa pathogénie implique les muscles pharyngiens et le crico-pharyngien qui en répondant inadéquatement à la déglutition créent des pressions anormalement élevées au niveau du pharynx conduisant à la formation d'une hernie muqueuse à travers une zone de faiblesse pharyngo-œsophagienne [4,5].

Sur le plan thérapeutique, seul les diverticules symptomatiques doivent être traités. Le traitement repose sur la chirurgie qui consiste à réaliser une diverticulectomie : résection du DPO et fermeture de son collet par des fils résorbables ou mieux par une pince à agrafes. La myotomie du crico-pharyngien peut être réalisée avant ou après la diverticulectomie [6-7].

Le traitement chirurgical de référence tend de plus en plus à être remplacé par le traitement endoscopique qui permet le plus souvent la résolution des symptômes en une séance de traitement au prix d'une morbidité très faible.

L'exposition du diverticule est facilitée par un diverticuloscope souple (Fig 2). Il s'agit d'un tube présentant au niveau de l'une de ses extrémités deux valves : une courte et une longue. Ce tube sera introduit en se servant de l'endoscope préalablement introduit comme guide (l'extrémité longue dans l'œsophage et l'extrémité courte dans le diverticule). Après avoir retiré l'endoscope, la paroi entre l'œsophage et le diverticule sera parfaitement exposée au centre du diverticuloscope. Dans notre série, le diverticuloscope a été façonné de manière artisanale à partir d'un overtube de sorte de reproduire à l'extrémité l'aspect en "bec de canard". Une myotomie du crico-pharyngien est réalisée en sectionnant la paroi entre le diverticule et l'œsophage jusqu'à 5 mm du fond du diverticule. La section doit être limitée au crico-pharyngien ou par le fond du diverticule [8-9]. Plusieurs outils peuvent être utilisés pour réaliser la diverticulotomie : bistouris, pinces coagulantes, plasma argon. Aucune de ces techniques n'a prouvé sa supériorité selon les études.

Des clips doivent être posés dans le fond de la section en cas de diverticule de grande taille ou de complication perforative ou hémorragique [10]. En effet, le principal risque du traitement endoscopique est la perforation qui survient entre 2% et 21% selon les séries.

Cette technique permet une anesthésie courte, une reprise de l'alimentation per os à la 48ème heure de l'intervention et une sortie du malade au 3ème jour d'hospitalisation [10]. La résolution complète des symptômes moyennant cette technique varie entre 84% et 96% à un mois selon les séries [9, 11, 12]. Le taux de récurrence symptomatique est d'environ 20% [9].

CONCLUSION

La diverticulotomie par voie endoscopique utilisant un endoscope souple et un diverticuloscope permettant une bonne exposition du diverticule est un traitement sûr permettant une amélioration rapide des symptômes avec un risque moindre de complications et une durée d'hospitalisation courte. Le traitement endoscopique devrait être privilégié surtout chez les sujets âgés, aux antécédents médicaux chargés et à haut risque anesthésique.

Références

1. Charachon A. Traitement endoscopique du diverticule de Zenker. *Acta Endosc* 2013;43:105-8.
2. Flamenbaum M, Becaud P, Genes J, Cassan P. Traitement endoscopique du diverticule de Zenker associé au laser CO2. *Gastroenterol Clin Biol* 1997;21:950-4.
3. Bizzotto A, Iacopini F, Landi R, Costamagna G. Zenker's diverticulum: exploring treatment options: *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2013;33:219-29.
4. Buc E. Les diverticules de l'œsophage : *Acta Endosc* 2006;36:605-15
5. Veenker EA, Andersen PE, Cohen JI. Cricopharyngeal spasm and Zenker's diverticulum: *Head Neck* 2003;25:681-94.
6. Aggerholm K, Illum P. Surgical treatment of Zenker's Diverticulum. *J Laryngol Otol* 1990; 104:312-4.
7. Lerut T, Van Raemdonck D, Guelinckx P, Van Clooster P, Gruwez JA, Dom R, et al. Pharyngo-esophageal diverticulum (Zenker's): clinical, therapeutic and morphological aspects. *Acta Gastroenterol Belg* 1990;53:330-7.
8. Rahul S. Patient reported outcomes in endoscopic and open transcervical treatment for Zenker's diverticulum. *Laryngoscope* 2014;124:119-25.
9. Huberty V, El Bacha S, Blero D, Le Moine O, Hassid S, Devière J. Endoscopic treatment for Zenker's diverticulum: long-term results (with video). *Gastrointest Endosc.* 2013;77:701-7.
10. Herrero Egea A, Pérez Delgado L, Tejero-Garcés Galve G, Guallar Larpa M, Orte Aldea C, Ortiz García A. Treatment of Zenker's diverticulum: comparison of different techniques. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2013;64:1-5.
11. Vogelsang A, Preiss C, Neuhaus H, Schumacher B. Endotherapy of Zenker's diverticulum using the needle-knife technique: long-term follow-up. *Endoscopy* 2007;39:131-6.
12. Evrard S, Le Moine O, Hassid S, Devière J. Zenker's diverticulum: a new endoscopic treatment with a soft diverticuloscope. *Gastrointest Endosc.* 2003;58:116-20.