



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Article original

# Importance de la dénutrition et des pathologies associées dans la prise en charge du diverticule de Zenker<sup>☆</sup>



S. Boucher\*, R. Breheret, L. Laccourreye

Service d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49100 Angers, France

## INFORMATIONS

### Mots clés :

Diverticule de Zenker  
Dénutrition  
Myosite à inclusions  
Dysphagie

## RÉSUMÉ

**Objectifs.** – Étude de l'impact de la dénutrition dans une population traitée d'un diverticule de Zenker et recherche des causes de dysphagie persistante ou récidivante après traitement endoscopique.

**Matériel et méthode.** – Trente patients traités par voie endoscopique d'un diverticule de Zenker ont été inclus dans cette étude rétrospective. Les critères de dénutrition et les troubles de déglutition ont été analysés et l'amélioration ou la réapparition des troubles de déglutition ont été recherchés après traitement.

**Résultats.** – Le statut nutritionnel a pu être évalué chez 26 patients. La dénutrition a concerné 54% de notre population, sévèrement dans 31% des cas. En cas de dénutrition, la chirurgie a été suivie de complications dans 28,6% des cas contre 8,3% en l'absence de dénutrition. Vingt-sept patients (90%) se sont déclarés complètement soulagés. Neuf ont présenté une réapparition des troubles de la déglutition, liée chez 6 d'entre eux à une récurrence, alors qu'une myosite à inclusion, une dyskinésie œsophagienne ou des troubles d'origine centrale ont été trouvés chez trois patients.

**Conclusion.** – La dénutrition pré- et postopératoire doit être quantifiée lors de la prise en charge d'un diverticule de Zenker de façon à prévenir les complications et réduire la mortalité. La recherche de pathologies associées au diverticule de Zenker doit être systématique, particulièrement devant la réapparition de troubles de la déglutition en l'absence de récurrence.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## 1. Introduction

Le diverticule de Zenker est développé aux dépens de la muqueuse pharyngo-œsophagienne, au niveau d'une zone de fragilité : la déhiscence de Killian [1]. Celle-ci est limitée par les fibres obliques du muscle constricteur inférieur du pharynx en haut, et les fibres horizontales du muscle cricopharyngien en bas. La physiologie de cette pathologie est mal connue. Le défaut de relaxation du muscle cricopharyngien, composant majeur du sphincter supérieur de l'œsophage, associé à la faiblesse musculaire en regard du triangle de Killian, serait responsable d'une élévation anormale des pressions pharyngées lors du passage du bolus alimentaire [2], favorisant la formation du diverticule.

Le diverticule de Zenker survient classiquement entre la sixième et la huitième décennie, principalement chez les hommes. Sa prévalence est de 0,01% à 0,1%, mais est probablement sous-évaluée du fait de sa présence longtemps asymptomatique [3].

Les signes fonctionnels les plus fréquents sont : une dysphagie, des régurgitations d'aliments non digérés, une toux chronique, une halitose, des borborygmes cervicaux, des pneumopathies d'inhalation et une perte de poids [3,4]. Ces symptômes associés à l'observation d'un signe de la marée en fibroscopie de déglutition font évoquer le diagnostic [5]. La réalisation d'un transit pharyngo-œsophagien et l'observation d'une image d'addition cervicale basse confirment l'existence du diverticule [3]. La dénutrition est une des conséquences de la dysphagie [6]. Elle est reconnue comme un facteur aggravant la morbidité chez ces patients âgés [7]. À notre connaissance, aucune étude n'a analysé la dénutrition et son impact au cours du traitement du diverticule de Zenker.

Le traitement du diverticule de Zenker est bien codifié. La myotomie (extramuqueuse) du muscle cricopharyngien, plus ou moins associée à une diverticulopexie ou une diverticullectomie, par cervicotomie était le traitement de référence [1] jusqu'au développement, ces 20 dernières d'années, des techniques endoscopiques (myotomie transmuqueuse). Ces techniques consistent

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2015.01.004>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [Sophie.boucher13@gmail.com](mailto:Sophie.boucher13@gmail.com) (S. Boucher).<http://dx.doi.org/10.1016/j.aforl.2014.08.002>

1879-7261/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

en la marsupialisation du diverticule dans le tiers supérieur de l'œsophage par la section endoscopique du septum pharyngo-œsophagien avec divers procédés tels que le laser CO<sub>2</sub> [8], la pince UltraCision® [9], ou la pince autosuturante [10]. Avec un taux de résolution des symptômes de plus de 90%, qu'il s'agisse des voies externes ou endoscopiques, l'ensemble des études a souligné l'efficacité de ces techniques [8–11]. Cependant, aucune n'a précisé les causes de la persistance ou de la réapparition d'une dysphagie, en l'absence de récurrence du diverticule.

Ce travail s'est intéressé à rechercher l'incidence et la répercussion de la dénutrition chez les patients traités d'un diverticule de Zenker, et à analyser les causes pouvant expliquer la persistance ou la réapparition de la dysphagie après traitement endoscopique.

## 2. Patients et méthodes

Une étude rétrospective a été menée sur les dossiers de patients traités par voie endoscopique pour un diverticule de Zenker, confirmé par la réalisation d'un transit pharyngo-œsophagien, de juin 1995 à juin 2012 dans le service d'ORL du CHU d'Angers. Les dossiers ont été sélectionnés grâce aux codes HDPE 001 et HDPE 002 du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Seuls les patients traités par voie endoscopique ont été inclus dans l'étude.

Les signes fonctionnels ont été recherchés avant traitement, à 6 semaines postopératoires, et au cours du suivi post-thérapeutique. Selon les critères diagnostiques de la dénutrition de la Haute Autorité de santé (HAS) énoncés dans le [Tableau 1](#), l'indice de masse corporelle (IMC) ou le pourcentage de perte pondérale ont été calculés pour tous les patients dont les données étaient disponibles. L'albuminémie préopératoire a également été recherchée. Les antécédents, le délai de réalimentation, la durée d'hospitalisation ainsi que les complications ont été répertoriés. Enfin, l'indice de Charlson ou score de comorbidité prédictif de survie, et largement utilisé dans les études cliniques en gériatrie, a été calculé pour chaque patient.

L'intervention débutait systématiquement par une œsophagoscopie permettant de vider et de mesurer la profondeur du diverticule, ainsi que d'éliminer une néoplasie. Puis un diverticuloscope bivalve Weerda (Storz®) était positionné : la valve antérieure dans l'œsophage, et la valve postérieure dans le diverticule pour exposer le septum sur toute sa hauteur. En fonction de la technique choisie, la pince autosuturante (GIA, Endo-GIA Universal® 12 mm, Tyco Healthcare, États-Unis) ou la pince UltraCision® (Harmonic ACE, Ethicon Endo-Surgery®, Mexique) étaient introduites sous contrôle d'une optique 0°. En cas d'utilisation du laser CO<sub>2</sub> (Sharplan Laser®, Israël), le microscope muni de l'acuspote était positionné dans l'axe du mur pharyngo-œsophagien. Le septum diverticulaire était ainsi sectionné, marsupialisant le diverticule dans l'œsophage. Les techniques étaient parfois associées.

En l'absence de signe de complication (fièvre, interscapalgie, emphysème sous-cutané), l'alimentation était reprise le lendemain de l'intervention, en commençant par les liquides. Une

alimentation lisse était ensuite prescrite pendant une semaine à 10 jours. Le retour à domicile était autorisé en l'absence de troubles de déglutition majeurs (fausses routes, persistance de blocages) ou de complications. Un transit pharyngo-œsophagien n'était réalisé en postopératoire que devant la suspicion de complication, devant la persistance des symptômes à 6 semaines du traitement, ou devant la réapparition d'une dysphagie. La récurrence du diverticule de Zenker était confirmée par l'association de la réapparition d'une dysphagie ou des régurgitations (après un traitement initialement efficace) et d'un diverticule en regard de la bouche œsophagienne sur le transit pharyngo-œsophagien.

Le logiciel SPSS a été utilisé pour l'analyse statistique. L'importance des comorbidités a été évaluée par un calcul de l'indice de Charlson ajusté sur l'âge. Un test de Chi<sup>2</sup> de Pearson et un test de Mann et Whitney ont été réalisés pour analyser les résultats sur les critères de jugement.

## 3. Résultats

Trente patients, 17 hommes et 13 femmes, âgés de 77,4 ans en moyenne (56 à 92 ans), ont été inclus dans cette étude et suivis sur une durée moyenne de 6 ans et demi (allant de 1 an à 14 ans). L'indice de Charlson a été calculé pour tous les patients et retrouvé positif chez 8 d'entre eux (deux patients avaient un score de 4, deux un score de 5, trois un score de 6, et un avait un score de 8).

Le statut nutritionnel a pu être évalué chez seulement 26 des 30 patients. Une dénutrition a été retrouvée chez 14 d'entre eux (54% de la population évaluée sur le plan nutritionnel), et considérée comme sévère chez 8 de ces patients (31% de la population évaluée sur le plan nutritionnel). Les huit patients avec un indice de Charlson compris entre 4 et 8 étaient tous dénutris, dont cinq sévèrement. Le [Tableau 2](#) reprend la répartition des patients en fonction des critères de dénutrition observés. Cependant, le Mini Nutritional Assessment® (MNA®) n'a pu être complété. Le diagnostic de dénutrition sévère a été porté devant un IMC inférieur à 18 kg/m<sup>2</sup> chez 4 patients (associé à une albuminémie inférieure à 30 g/L chez l'un d'entre eux et à une perte pondérale supérieure à 15% en 6 mois chez un second) et devant une perte pondérale d'au moins 15% chez 4 autres sujets. Dans le [Tableau 3](#), le taux de complications, le délai de réalimentation et la durée d'hospitalisation sont répertoriés en fonction du statut nutritionnel des patients. Parmi les patients dénutris, le taux de complication était de 28,6% (8,3% en l'absence de dénutrition,  $p=0,213$ ). Les complications étaient : un décès secondaire à une pneumopathie d'inhalation ; une perforation œsophagienne (traitée médicalement par nutrition entérale et antibioprophylaxie pendant 6 jours à l'hôpital, poursuivies à domicile avec reprise d'une alimentation orale après confirmation de la fermeture de la brèche sur un transit pharyngo-œsophagien de contrôle à 10 jours) ; une paralysie récurrentielle transitoire ; une perte d'autonomie avec retard à la reprise d'une alimentation orale. Chez les patients présentant une dénutrition sévère, le délai de réalimentation et la durée d'hospitalisation étaient allongés, passant respectivement de 2,3 à 2,6 jours et de 3,8 à 4,2 jours.

**Tableau 1**  
Critères diagnostiques de dénutrition selon la Haute Autorité de santé (HAS) [17].

Critères	Dénutrition	Dénutrition sévère
Perte de poids	≥ 5% en 1 mois ou ≥ 10% en 6 mois	≥ 10% en 1 mois ou ≥ 15% en 6 mois
IMC	< 21 kg/m <sup>2</sup>	< 18 kg/m <sup>2</sup>
Albuminémie <sup>a</sup>	< 35 g/L	< 30 g/L
MNA® global	< 17	–

IMC : indice de masse corporelle ; MNA® : Mini Nutritional Assessment®.

<sup>a</sup> Interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du patient, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive.

**Tableau 2**  
Répartition des critères de dénutrition parmi les 14 patients dénutris.

	IMC ≥ 21 kg/m <sup>2</sup>	IMC < 21 kg/m <sup>2</sup>
Perte pondérale ≥ 10% en 6 mois	4	1
Albuminémie < 35 g/L	2	1
Perte pondérale ≥ 5% en 1 mois et albuminémie < 35 g/L	0	1
IMC < 21 seul	0	5
Total du nombre de patients dénutris (dont sévères)	6 (4)	8 (4)

IMC : indice de masse corporelle.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4104857>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4104857>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)