


## Cas Clinique

# Cardiomyotomie de Heller Laparoscopique : À Propos d'un Cas opéré au Centre Hospitalier d'Essos

## *Laparoscopic Heller myotomy at the Centre Hospitalier d'Essos – Yaoundé*

Blondel Nana Oumarou, Guy Aristide Bang, Marc Le Roy Guifo, Dominique Noah Noah, Éric Patrick Savom, Arthur Essomba 

<sup>1</sup> Service de chirurgie viscérale et laparoscopique, Centre Hospitalier d'ESSOS (CAMEROUN)

<sup>2</sup> Service de chirurgie, Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (CAMEROUN)

<sup>3</sup> Service de gastro-entérologie, Hôpital Central de Yaoundé (CAMEROUN)

**Corresponding author:** BANG Guy Aristide, Visceral and laparoscopic surgery unit, National Social Insurance Fund Health center of Yaoundé (CAMEROUN)  
Email: [guyaristidebang@yahoo.fr](mailto:guyaristidebang@yahoo.fr)

**Mots-clés.** Achalasie – myotomie de Heller – Laparoscopie

**Key words.** Achalasia – Heller myotomy – Laparoscopy

### RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent une observation d'un cas d'achalasie chez une patiente de 30 ans traité par une cardiomyotomie de Heller laparoscopique. Le retard diagnostique était de 3 ans. L'intervention a été réalisée à l'aide de cinq trocars, la longueur de la myotomie était de 10 cm. Une brèche muqueuse créée a été suturée et une fundoplicature de DOR a été adjointe. Les suites opératoires ont été simples avec reprise de l'alimentation orale au 3<sup>ème</sup> jour postopératoire et une sortie au 5<sup>ème</sup> jour postopératoire. L'usage de l'abord laparoscopique dans le traitement de l'achalasie doit être encouragée dans notre contexte et enseignée, eu égard à ses nombreux avantages.

### ABSTRACT

We report a history of an achalasia in a 30 years old patient treated by a laparoscopic Heller myotomy. The diagnosis delay was 3 years. The operation was performed with five trocars and the length of the myotomy was 10 cm. An esophageal perforation occurred during the procedure and was sutured. A DOR fundoplication was performed. The postoperative course was simple with a resumption of oral feeding on the 3<sup>rd</sup> postoperative day and exit at the 5<sup>th</sup> postoperative day. The use of the laparoscopic myotomy in the treatment of achalasia should be emphasized and taught in our country given its many advantages.

## INTRODUCTION

L'achalasie, ou mégaœsophage, est un trouble primitif de la motricité œsophagienne affectant les patients des deux sexes et de toute race [1]. Elle se caractérise par un apéristaltisme du corps de l'œsophage avec un défaut de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) en réponse aux déglutitions. Une neuropathie inflammatoire, de cause inconnue, est probablement à l'origine de la maladie [2]. Son incidence a été estimée à 0,5 pour 100 000 habitants par an avec une prévalence de 8 pour 100 000 habitants [3,4]. Les symptômes habituels associent une dysphagie, des régurgitations et des douleurs rétrosternales. La manométrie œsophagienne reste l'examen de référence pour le diagnostic [2,5].

Le traitement, qui a pour but de diminuer la pression du SIO peut se faire principalement par moyens médicaux, dilatation pneumatique endoscopique et cardiomyotomie. De toutes les méthodes thérapeutiques, la cardiomyotomie reste le traitement de référence [2, 6,

7, 8]. Sa première description a été faite par HELLER en 1913 [9].

La cardiomyotomie de HELLER (CMH) peut se faire par voie ouverte ou par laparoscopie. Les études comparant ces deux voies d'abord ont montré qu'il n'existait pas de différences en termes de résultats et de complications postopératoires [6,10]. Néanmoins, la celioscopie présentait de multiples avantages : séjour hospitalier plus court, pertes sanguines moins importantes, moindre consommation d'antalgiques en postopératoire, meilleur résultat esthétique et retour précoce aux activités professionnelles compensant son coût initial plus élevé. Ceci a conduit de nombreux auteurs à considérer la CMH laparoscopique comme le traitement de référence des patients souffrant d'achalasie [6,11,12,13].

L'utilisation de cette voie d'abord reste pourtant marginale dans notre contexte [14, 15]. Nous rapportons un cas clinique d'achalasie traité par une CMH laparoscopique.

## OBSERVATION

La patiente B.A., âgée de 30 ans, a été référée du Tchad pour prise en charge d'une achalasie. Trois ans auparavant, elle avait commencé à ressentir des brûlures épigastriques intermittentes mais fréquentes, qui avaient été mises sous le compte d'un reflux gastro-œsophagien (RGO) après plusieurs consultations médicales. Un an plus tard, elle avait noté l'apparition d'une dysphagie initialement paradoxale, capricieuse d'un repas à l'autre et parfois au cours d'un même repas. Progressivement, la dysphagie s'était étendue aux solides avec une perte pondérale croissante. Six mois avant sa consultation dans nos locaux, des régurgitations postprandiales d'aliments fades non digérés s'étaient ajoutées. La patiente consulte alors un gastro-entérologue qui réalise une fibroscopie oeso-gastroduodénale (FOGD) qui ne révélera aucune anomalie. Un Transit oeso-gastroduodénal (TOGD) est alors demandé et montrera une dilatation œsophagienne avec rétention de baryte, un rétrécissement du cardia en "bec d'oiseau" et un remplissage de l'estomac en "chute de flocons de neige" (Figure 1).



Figure 1 : TOGD avant l'intervention

Devant ce résultat, le diagnostic d'achalasie est posé et la patiente référée dans notre service. L'examen physique à l'entrée révélait un amaigrissement de 30% sans autre anomalie. Le bilan sanguin préopératoire était normal. Nous avons opté, comme méthode thérapeutique, pour la réalisation d'une CMH par voie laparoscopique. Notre patiente a été installée en décubitus dorsal, jambes écartées et en proclive. L'opérateur principal était entre les deux jambes. Après introduction du trocart optique en sus-ombilical en "open-coelioscopy", quatre autres trocarts ont été introduits sous contrôle visuel (Figure 2).



Figure 2 : Position des trocarts

La cavité abdominale explorée, nous avons mobilisé l'œsophage après dissection de la pars flaccida du petit épiploon et ouverture du péritoine pré-œsophagien. L'œsophage mis sur un lac, nous avons réalisé la myotomie par section de toutes les fibres musculaires du SIO. Notre myotomie s'est étendue sur 7 cm sur l'œsophage et 3 cm en dessous du cardia, soit 10cm au total (Figure 3).



Figure 3 : Oesocardiomyotomie de Heller

Un bout de compresse roulée et mesurant 10 cm nous a permis de vérifier la longueur de notre myotomie. Une brèche muqueuse créée, a été suturée au MONOSYN 3/0. Nous avons ensuite réalisé une rotation antérieure du fundus de 180° sur l'œsophage, et avons suturé le bord gauche du fundus au pilier droit du diaphragme par trois points séparés au PREMILENE 2/0, réalisant ainsi une fundoplicature de DOR (Figure 4). Un drain tubulaire a été posé en sous-hépatique et ressorti par l'orifice du trocart de l'hypochondre droit. La sonde nasogastrique a été laissée en place.

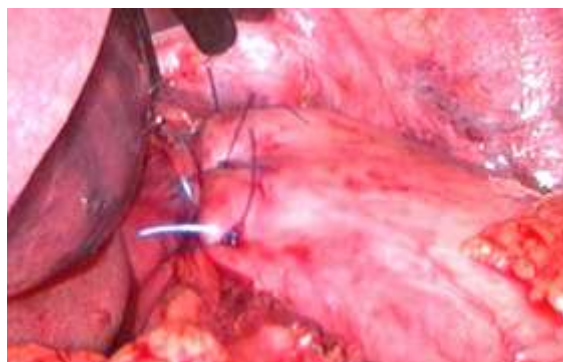


Figure 4 : Fundoplicature de DOR

Les suites postopératoires ont été simples. Au deuxième jour, un TOGD de contrôle a été réalisé, montrant une absence de fistule œsophagienne, un cardia de taille normal et un remplissage homogène de l'estomac (Figure 5). La sonde nasogastrique a été enlevée, ainsi que le drain, et l'alimentation orale liquide autorisée dès le lendemain. La patiente a noté une disparition de la dysphagie et des régurgitations. La sortie a été autorisée au 5ème jour postopératoire. Avec un recul de 24 mois, aucune récurrence ni de symptômes de reflux gastro-œsophagien n'ont été notés.

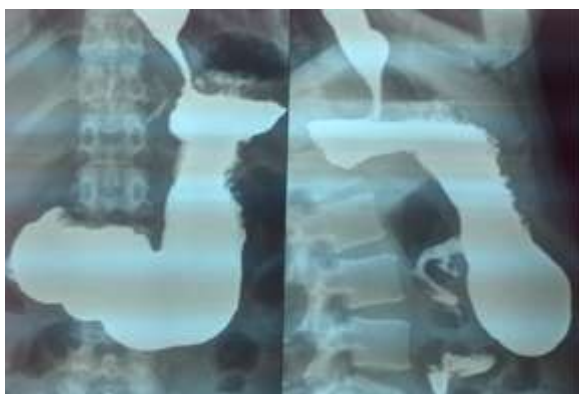


Figure 5 : TOGD de contrôle.

## DISCUSSION

Le diagnostic d'achalasia a été posé chez notre patiente avec un retard de trois ans sur l'apparition des premiers symptômes. Ce retard est en moyenne de 5 ans dans la littérature [16] et est lié à la tolérance des symptômes par les patients et/ou à leur interprétation erronée par les praticiens rassurés par le caractère normal de l'endoscopie. Le TOGD, devant la non-disponibilité de la manométrie œsophagienne, est l'examen-clé du diagnostic dans notre contexte. Une fois le diagnostic posé, le praticien doit répondre à plusieurs interrogations :

### *Traitement médical, endoscopique ou chirurgical ?*

Les moyens pharmacologiques occupent une place peu importante dans le traitement de l'achalasia [5]. Les dérivés nitrés et les inhibiteurs calciques entraînent une relaxation transitoire du SIO et ont de nombreux effets secondaires tels que céphalées et vertiges [5].

Le traitement endoscopique comporte les injections de toxine botulinique et la dilatation pneumatique. L'injection intra-sphinctérienne de toxine botulinique a pour principal inconvénient d'entraîner une rémission de courte durée soit 6 à 9 mois [5]. La dilatation pneumatique nécessite plusieurs séances et 20 à 75% des patients nécessiteront 5 ans plus tard une seconde phase de dilatation [17]. De plus, il existe un risque de perforation, variant de 1-2% [5].

La chirurgie, par la CMH, reste la meilleure option thérapeutique avec des résultats satisfaisants à long terme [2,6,7,8]. Elle est adaptée à toutes les situations cliniques. La dilatation pneumatique reste la principale option après la chirurgie ou en cas de refus du patient, et les injections de toxine botulinique doivent être réservées aux patients âgés et débilisés [5].

### *Traitement chirurgical par voie ouverte ou laparoscopique ?*

Depuis la première description d'une CMH laparoscopique en 1991 par SHIMI et al. [18], les techniques mini-invasives sont de plus en plus utilisées dans le traitement de l'achalasia. Les études comparant ces deux voies d'abord ont montré qu'il n'existait pas de différences en termes de résultats et de complications postopératoires [6,10]. Néanmoins, la coelioscopie présentait de multiples avantages : séjour hospitalier plus court, pertes sanguines moins importantes, moindre consommation d'antalgiques en postopératoire, meilleur résultat esthétique et retour précoce aux activités professionnelles compensant son coût initial plus élevé. Ceci a conduit de nombreux auteurs à considérer la CMH laparoscopique comme le traitement de référence des patients souffrant d'achalasia [6,11,12,13,19]. La pratique de cette voie d'abord doit donc être encouragée dans notre contexte. A notre connaissance, ce cas est le premier décrit et publié dans notre pays.

### *Quelle doit être la longueur de la myotomie ?*

La longueur de la myotomie est sujette à controverse. Néanmoins, la plupart des recommandations s'accordent sur une longueur de 4 à 6 cm sur l'œsophage et 0,5 à 3 cm en dessous du cardia [20,21]. Dans notre pratique, nous faisons une myotomie de 10 cm, soit 7 sur l'œsophage et 3 en dessous du cardia. Nous utilisons un bout de compresse de 10cm, préalablement préparé, pour la mesure préopératoire de la myotomie.

### *Faut-il adjoindre à la myotomie un geste anti-reflux ?*

La confection ou non d'une fundoplicature après la myotomie est également sujette à controverse. Néanmoins, la plupart des études s'accordent sur le fait qu'en l'absence de fundoplicature, 47 à 100% des patients présenteront un RGO confirmé par la pH-métrie. Dans notre pratique, nous réalisons systématiquement une fundoplicature de DOR qui présente de nombreux avantages : facilité de réalisation, peu ou pas de dysphagie postopératoire, colmatage d'une brèche muqueuse suturée ou passée inaperçue [23].

### *Quelles sont les complications per-opératoires lors d'une CMH laparoscopique ?*

La perforation œsophagienne est la principale complication per-opératoire lors de la réalisation d'une CMH. Elle survient dans 7 à 10 % des cas lors de l'abord laparoscopique [20]. Avec le grossissement de l'image par la camera, cet abord permet la détection de brèches pouvant passer inaperçues lors de la chirurgie à ciel ouvert. Dans notre cas, nous avons eu une brèche muqueuse qui a été suturée et nous a conduit à garder plus longtemps la sonde nasogastrique en postopératoire. Le TOGD postopératoire a montré une absence de fistule œsophagienne.

## CONCLUSION

La cardiomyotomie de Heller reste à ce jour, le traitement de référence de l'achalasia. La laparoscopie, eu égard à ses nombreux avantages, est la voie d'abord recommandée pour la réalisation de cette myotomie. Sa pratique doit donc être encouragée dans notre contexte. Un geste anti-reflux doit toujours lui être adjoind.

## RÉFÉRENCES

- [1] CHUAH SK, HSU PI, WU KL, WU DC, TAI WC, CHANGCHIEH CS. 2011 update on esophageal achalasia. *World J Gastroenterol* 2012;18(14): 1573-1578.
- [2] METMAN E.-H., DEBBABI S., NEGREANU L. Troubles moteurs de l'œsophage. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gastro-entérologie, 9-201-A-10, 2006.
- [3] MAYBERRY JF. Epidemiology and demographics of achalasia. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2001;11(2): 235-48.
- [4] HOWARD PJ, MAHER L, PRYDE A, CAMERON EW, HEADING RC. Five year prospective study of the incidence, clinical features, and diagnosis of achalasia in Edinburgh. *Gut* 1992;33(8): 1011-5.
- [5] SENG-KEE C, CHIEN-HUA C, WEI-CHEN T. et al. Currents status in the treatment options for esophageal achalasia. *World J Gastroenterol* 2013; 19(33): 5421-5429.
- [6] CAMPOS GM, VITTINGHOFF E, RABL C, TAKATA M, GADENSTATTER M, LIN F et al. Endoscopic and surgical treatments for achalasia: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2009; 249(1): 45-57.
- [7] LOPUSHINSKY SR, URBACH DR. Pneumatic dilatation and surgical myotomy for achalasia. *JAMA* 2006;296(18): 2227-2233.
- [8] ROSEMURGY AS, MORTON CA, ROSAS M, ALBRINK M, ROSS SB. A single institution's experience with more than 500 laparoscopic HELLER myotomies for achalasia. *J am Coll Surg* 2010; 210(5): 637-647.
- [9] HELLER E. Extramuköse cardioplastik beim chronischen cardiospasmus mit dilatation des oesophagus. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie* 1913;27:141.
- [10] TORRES-VILLALOBOS G, MARTIN-DEL-CAMPO LA. Surgical treatment for achalasia of the esophagus: Laparoscopic HELLER myotomy. *Gastroenterology Research and Practice* 2013;2013:5.
- [11] KILIC A, SCHUCHERT MJ, PENNATHUR A, GILBERT S, LANDRENAURT RJ, LUKETICH JD. Long-term outcomes of laparoscopic HELLER myotomy for achalasia. *Surgery* 2009; 146(4):826-831.
- [12] GOCKEL I, JUNGINGER T, ECKARDT VT. Long-term results of conventional myotomy I patients with achalasia: a prospective 20-year analysis. *J Gastrointest Surg* 2006;10:1400-1408.
- [13] WANG L, LI YM, LI L. Meta-analysis of randomized and controlled treatment trials for achalasia. *Dig Dis Sci* 2009;54(11):2303-2311.
- [14] TAKONGMO S, JUIMO AG, BINAM F, MASSO-MISSE P, MALONGA E, EDZOA T. La cardiomyotomie de HELLER dans le traitement du mega-oesophage idiopathique au CHU de Yaoundé. *Médecine d'Afrique Noire* 1995;42(12):649-652.
- [15] MASSO MISSE P, YAO JG, ABOLO MBENTI L, NDAM EC, KAMDOUM M, GONSU JD et al. Résultats de la myotomie de HELLER pour megaesophage idiopathique : l'expérience de l'Hôpital Central de Yaoundé, à propos de 9 cas. *Med Trop* 1994;54(4): 377-8.
- [16] ECKARDT VF, KOHNE U, JUNGINGER T, WESTERMEIER T. Risk factors for diagnostic delay in achalasia. *Dig Dis Sci* 1997;42:580 - 5.
- [17] ZERBIB F, THETIOT V, RICHY F, BENAIAH DA, MESSAGE L, LAMOULIATTE H. Repeated pneumatic dilatation as long-term maintenance therapy for esophageal achalasia. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(4): 692-697.
- [18] SHIMI S, NATHANSON LK, CUSCHIERI A. Laparoscopic cardiomyotomy for achalasia. *J R coll Surg Edinb* 1991;36:152-4.
- [19] SHARP KW, KHAITAN L, SCHOLZ S. et al. 100 consecutive minimally invasive Heller myotomies. Lessons learned. *Ann Surg* 2002;235(5):631-639.
- [20] STEFANIDIS D, RICHARDSON W, FARRELL JM, KOHN G, AUGENSTEIN V, FANELLI RD. SAGES guidelines for the surgical treatment of esophageal achalasia. *Surgical Endoscopy* 2012;26(2):296-311.
- [21] OELSCHLAGER BK, CHANG L, PELLEGRINI CA. Improved outcome after extended gastric myotomy for achalasia. *Arch Surg* 2003;138(5):490-495.
- [22] FALKENBACK D, JOHANSSON J, OBERG S et al. Heller's esophagomyotomy with or without a 360° floppy Nissen fundoplication for achalasia. Long-term results from a prospective randomized study. *Diseases of the Esophagus* 2003;16(4):284-290.
- [23] RICHARDS WO, TORQUATI A, HOLZMAN MD et al. Heller myotomy versus Heller myotomy with Dor fundoplication for achalasia : a prospective randomized double-blind clinical trial. *Annals of surgery* 2004;240(3):405-415.