Diverticule de Zenker : à propos d'un cas

*Zenker's diverticulum. Report of a case*Aissam Megaache¹, Zakia Kordjani^{1,2}, Mourad Brahimi^{1,2}, Mourad Abid^{1,2}

¹ Service de chirurgie carcinologique du centre de lutte contre le cancer de Batna, Algérie

² Faculté de médecine de Batna- Université Batna 2, Algérie

Correspondance à :
Mourad ABID
abidmourad@hotmail.com

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2017.4120>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

Le diverticule de Zenker est une hernie acquise de la muqueuse postérieure de la jonction pharyngo-œsophagienne. C'est une pathologie rare qui se manifeste en général par une dysphagie et des régurgitations. Son traitement est soit chirurgical associant une diverticulotomie et une myotomie du muscle cricopharyngien, soit endoscopique par une œsophago-diverticulostomie. Nous rapportons un cas de diverticule de Zenker traité dans le service de chirurgie carcinologique du CAC Batna en 2015, en précisant les modalités diagnostiques, thérapeutiques et les caractéristiques évolutives. Il s'agit d'une femme à l'âge de 62 ans. La symptomatologie clinique était dominée par la dysphagie progressive et les régurgitations alimentaires ainsi que des picotements pharyngés. L'examen cervical n'a pas révélé d'anomalies. La fibroscopie œsogastroduodénale retrouvait une poche diverticulaire au niveau de l'orifice supérieur de l'œsophage. Un transit œsophagien retrouvait un diverticule de Zenker. Cette femme a été opérée par voie cervicale externe. Elle a bénéficié d'une diverticulotomie. Les suites opératoires étaient simples et favorables. Le diverticule de Zenker est une entité rare qui touche essentiellement le sujet âgé de sexe masculin. Il se manifeste par une dysphagie, des régurgitations, et moins fréquemment par des manifestations respiratoires. L'amaigrissement s'observe dans 20 % des cas. Le transit baryté permet de porter le diagnostic. Son traitement peut être chirurgical ou endoscopique. Les suites opératoires sont plus simples après un traitement endoscopique ; cependant, l'amélioration des signes est moindre. Pour les sujets âgés, la myotomie extra-muqueuse et le traitement par voie endoscopique semblent plus adaptés.

Mots-clés : Diverticule de Zenker – Pathologies bénignes de l'œsophage

ABSTRACT

Zenker's diverticulum is an acquired herniation of the posterior mucosa of the pharynx-esophagus junction. It is a rare pathology that presents with dysphagia and regurgitation. Treatment is either surgical, associating diverticulotomy and myotomy of the cricopharyngeal muscle, or endoscopic consisting of an oesophago-diverticulostomy. We report a case of Zenker's diverticulum, treated in the department of cancer surgery at the Batna's CAC in 2015, precisating diagnostic and therapeutic modalities and evolution. It was a 62-year-old woman, presenting with progressive dysphagia and regurgitations, associated with pharyngeal tingling. Cervical examination didn't yield abnormalities. Upper gastrointestinal endoscopy has shown a diverticular bag on the superior hole of the esophagus. Contrast medium of the upper digestive tract has shown a Zenker diverticulum. The woman has been operated using an external cervical surgical approach and benefitted from diverticulotomy. Post-operative follow-up was simple. Zenker's diverticulum is a rare entity that mainly affects old male people. Main features include dysphagia and regurgitations, and at lesser extent respiratory manifestations. Weight loss is seen in 20 % of cases. Contrast medium of the upper digestive tract allows diagnosis. Treatment can be surgical or endoscopic. Post-operative follow-up is generally simple after endoscopic resection; however, improvement of clinical signs is less rapid. In older patients, extra-mucous myotomy and endoscopic treatment seem to be the best choices.

Keywords: Zenker's diverticulum – benign pathologies of the esophagus.

Pour citer l'article :

Megaache A, Kordjani Z, Brahimi M, et al.
Diverticule de Zenker : à propos d'un cas. Batna J Med Sci 2017;4(1):101-4.
<https://doi.org/10.48087/BJMScr.2017.4120>

رتج زينكر: تقرير حالة

رتج زينكر هو فتق مكتسب من الغشاء المخاطي الخلفي من تقاطع البلعوم والمريء. وهو مرض نادر يتجلى عادة في عسر البلع والقيء. العلاج هو إما جراحي بالجمع بين زرع الرتج وعضلات العضلة الحلق البلعومي، أو بالمنظار عن طريق المريء. نحن نبلغ حالة رتج زينكر معالجة في قسم الجراحة السرطانية من مستشفى الأمراض السرطانية باتنة في عام 2015، وتحديد الميزات التشخيصية والعلاجية والتطورية. هذه امرأة في سن 62 عاما، أعراضها السريرية كان يهيمن عليها عسر البلع التدريجي وقيء والغذائية وكذلك وخز البلعوم. كشف فحص عنق البلعوم لم يجد أي تشوهات. وجد فحص المنظار جيبا رتجيا في الفوهة العليا من المريء. وجد تصوير عبور المريء رتج زينكر. خضعت هذه المرأة لعملية جراحية على العمود الفقري العنقي الخارجي و تمثلت في زرع الرتج. وكانت النتيجة بسيطة ومواتية. رتج زينكر هو كيان نادريصيب في المقام الأول الذكور المسنين. يتجلى في عسر البلع، القيء، في بعض الأحيان في مظاهر الجهاز التنفسي. ويلاحظ تحول في 20٪ من الحالات. عبور البارايوم يجعل من الممكن القيام بالتشخيص. قد يكون العلاج جراحيا أو بالمنظار. المتابعة الجراحية هي أبسط بعد العلاج بالمنظار. بالنسبة للمرضى المسنين، يبدو أن بضع العضل خارج المخاطية والعلاج بالمنظار أكثر ملاءمة.

كلمات البحث: رتج زينكر ; - أمراض حميدة من المريء

INTRODUCTION

Les diverticules pharyngo-œsophagiens sont rares. Le plus fréquent d'entre eux est le diverticule dit de Zenker, décrit pour la première fois par Friedrich Albert Von Zenker en 1877. Il s'agit d'une hernie acquise de la muqueuse pharyngée postérieure développée au niveau de la jonction pharyngo-œsophagienne, entre les fibres du muscle constricteur inférieur et du muscle cricopharyngien (MCP). Il touche la population âgée et se manifeste par une dysphagie progressive associée à des régurgitations. Les fausses routes et la perte pondérale secondaire menacent le pronostic vital des patients. Le traitement chirurgical classique associe une diverticulectomie et une myotomie du muscle cricopharyngien. Actuellement, les techniques endoscopiques prennent une place considérable dans la prise en charge des DPO du fait de la voie d'abord naturelle qu'elles offrent. Nous rapportons dans cet article le cas d'un DPO de Zenker pris en charge dans notre service en étudiant les modalités thérapeutiques et les caractéristiques évolutives.

OBSERVATION

Madame B.R âgée de 62 ans, opérée 9 ans auparavant d'une thyroïdectomie pour goitre multi nodulaire et présentant par ailleurs un asthme et un diabète équilibré par hypoglycémifiants oraux. Le diagnostic de diverticule œsophagien a été établi suite à une dysphagie progressive, d'abord aux solides puis aux liquides, associée à des régurgitations alimentaires tardives et des sensations de picotements pharyngés. Cette symptomatologie a évolué depuis mai 2015 dans un contexte apyrétique et sans amaigrissement. L'examen clinique retrouvait une patiente autonome, en bon état général avec un indice OMS à 0. Le BMI était de 26,16. La région cervicale était le siège d'une cicatrice de thyroïdectomie. Il n'existait pas de dysphonie et dyspnée, ni de masse cervicale palpable. Les aires ganglionnaires étaient libres. La fibroscopie œsogastroduodénale retrouvait une importante poche diverticulaire au niveau de l'orifice supérieur de l'œsophage avec stase alimentaire. Un transit œsophagien retrouvait un diverticule de Zenker mesurant environ 60x40mm (figure 1). La patiente était classée ASA II.

Figure 1. TOGD, clichés de face et profil. Image d'addition à la jonction pharyngo-oesophagienne latéralisée à gauche

L'intervention avait consisté en une diverticulectomie par cervicotomie. L'incision était de type cervicotomie latérale gauche pré sterno-cléido-mastoïdienne sur environ 8 cm depuis l'articulation sterno-claviculaire gauche, après mise en extension du cou par un billot sous les épaules et une sonde naso gastrique en place. L'exploration a mis en évidence une formation diverticulaire de l'œsophage cervical dans sa partie postéro-latérale gauche. Dissection et individualisation du diverticule. Le nerf récurrent gauche est individualisé et ménagé. Nous avons procédé à une résection latérale au niveau du collet diverticulaire (Figure 2). Fermeture latérale de l'œsophage à l'aide d'un surjet (PDS 4/0). Mise en place d'un drain de Redon puis fermeture pariétale.

Figure 2. Aspect peropératoire.

Les suites opératoires étaient simples et favorables, avec ablation de la sonde nasogastrique le jour de l'intervention, une reprise de l'alimentation semi-liquidienne 2^{ème} jour post opératoire et ablation du drain de Redon au 4^{ème} jour. La patiente est mise sortante au 7^{ème} jour et revue en consultation après 3 semaines.

DISCUSSION

Décrit pour la première fois par Ludlow en 1769, le diverticule pharyngo-œsophagien est mieux connu sous le nom de diverticule de Zenker depuis que l'anatomopathologiste Frederick Albert Von Zenker a publié en 1877 une série de 27 patients porteurs de cette pathologie (1,2). Ainsi Zenker n'était pas le premier à décrire cette entité, mais il avait le mérite de démontrer que la pathogénie de ce diverticule consistait en une augmentation de la pression intra pharyngienne. Un siècle plus tard, le rôle du sphincter supérieur de l'œsophage dans l'hyperpression intra-pharyngienne lors de la déglutition a été démontré par des études manométriques (3).

Le diverticule de Zenker est une hernie de la portion médiane et inférieure de la muqueuse de la paroi postérieure de l'hypopharynx. Il apparaît dans une zone de « faiblesse anatomique originelle » limitée en dehors par les fibres obliques du muscle constricteur inférieur du pharynx propulsant le bol alimentaire et en bas par les fibres horizontales du muscle crico-pharyngien jouant le rôle de sphincter supérieur de l'œsophage (4). Les diverticules de l'œsophage sont rares, 1 % des maladies de l'œsophage (5). Ils constituent la forme la plus fréquente: 54 à 82 % selon les auteurs. Ils touchent les patients après 50 ans avec une acmé entre 60 et 80 ans (6, 7,8). Le sex-ratio hommes/femmes varie de 2,6/1 à 3,4/1 et il s'observe presque exclusivement chez des individus de race blanche (8).

La symptomatologie est dominée par les manifestations digestives, surtout la dysphagie et les régurgitations qui se rencontrent dans plus de 70 % des cas (9). La dysphagie est une dysphagie dite haute se manifestant d'abord par l'impression d'une « boule dans la gorge », puis sous forme de simples impressions de blocages alimentaires augmentant en fréquence et en intensité. Ces blocages vont intéresser d'abord les solides puis les liquides, pouvant conduire à une aphasie avec un amaigrissement qui s'observe dans 20 % des cas, secondaire à la malnutrition qui peut aboutir au décès (10,11). La dysphagie est souvent associée à des renvois d'aliments non digérés et de salive survenant de façon précoce après la déglutition (12). Les manifestations respiratoires sont moins fréquentes et se rencontrent dans 17 à 60 % des cas (13). Elles sont à type de toux, de broncho-pneumopathies d'inhalation, d'asthme, d'abcès du poumon et d'insuffisance respiratoire chronique. L'infection du diverticule est exceptionnelle et peut provoquer une hématomérose, donner naissance à un abcès cervical, à une médiastinite ou à une fistule oeso-trachéale (14). En dehors des signes cliniques caractéristiques de l'affection, 15 à 20% des diverticules sont de découverte fortuite radiologique (15).

L'examen clinique est le plus souvent pauvre révélant parfois à l'inspection une tuméfaction latérale au tiers inférieur du cou en extension, qui suit les mouvements du larynx et gonfle après les repas. La palpation peut retrouver une tuméfaction cervicale gauche, molle. La fibroscopie œsogastroduodénale permet le diagnostic positif mais peut être parfois dangereuse et responsable de perforation du diverticule et de l'œsophage. L'examen de référence est le transit baryté en double contraste, réalisé en orthostatisme afin de dépister précocement un éventuel DPO de Zenker. Des clichés de face, de profil et obliques sont réalisés après tapissage baryté au repos et en inspiration bloquée (manœuvre de Valsalva) qui révèlent une image d'addition arrondie, de taille variable, dont le collet est en regard de la sixième vertèbre cervicale le plus souvent à gauche. La classification de Van Overbeek (tableau 1) est relativement précise et simple d'utilisation en pratique clinique. L'échographie cervicale transcutanée permet d'analyser la jonction pharyngo-œsophagienne, ainsi que l'œsophage cervical, et donc de déceler une éventuelle lésion à ce niveau (16).

Tableau 1. Classification de Von Overbeek

Grade 1	Diamètre maximal inférieur à la hauteur d'un corps vertébral de vertèbre thoracique. Petit diverticule inférieur à 2 cm
Grade 2	Diamètre maximal compris entre une et trois hauteurs de corps vertébraux de vertèbre thoracique. Diverticule moyen compris entre 2 et 4 cm
Grade 3	Diamètre maximal supérieur à la hauteur de trois corps vertébraux de vertèbre thoracique. Large diverticule supérieur à 4 cm

La mise en évidence de diverticules œsophagiens ne relève habituellement pas de la TDM. Le scanner est surtout utile pour déceler les complications éventuelles des diverticules : abcès, médiastinite, fistules, infection pulmonaire. Le scanner est réalisé sans absorption orale de contraste, sauf indication particulière, mais avec injection de contraste endo-veineux après une étude sans contraste (17).

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet une étude satisfaisante du médiastin postérieur et donc de l'œsophage.

Le traitement du diverticule de Zenker est chirurgical, réalisé soit par cervicotomie soit par endoscopie. Il ne faut traiter que les diverticules symptomatiques. Les techniques chirurgicales consistent en une myotomie seule pour les petits diverticules (<4 cm) ou associée à une diverticulotomie pour des diverticules plus larges ou à une diverticulopexie (18,19). La diverticulotomie consiste à réaliser une résection du diverticule 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 diverticulotomie, effectuée sur la ligne médiane postérieure pour éviter le risque récurrentiel des myotomies latérales. Elle doit s'étendre sur 2 à 3 cm et intéresser de part et d'autres les fibres transverses du cricopharyngien, 1 à 2 cm des fibres du constricteur inférieur du pharynx au-dessus et 1 cm des fibres circulaires de la musculature œsophagienne au-dessous (20).

La diverticulopexie, décrite pour la première fois par Schmid et par la suite popularisée par Belsey et Skinner (21-23), ne nécessite pas d'ouverture muqueuse, supprimant le risque de fistule et de sténose, mais inclut la myotomie du cricopharyngien. La pexie doit être réalisée le plus haut possible car le diverticule doit être déclive. Le fond du diverticule est en général fixé au muscle sterno-cléido-mastoïdien, plus exceptionnellement à la mastoïde. Cette technique permet une reprise de l'alimentation le lendemain de l'intervention (24). Une sonde nasogastrique est placée systématiquement, ou seulement en cas de diverticulotomie ou de plaie accidentelle de la muqueuse. L'inconvénient de cette chirurgie est la nécessité d'une anesthésie générale et d'une hospitalisation d'au moins 5 jours (25). Les complications postopératoires sont : les fistules (1,8%), les paralysies récurrentielles, l'hémorragie, les abcès et les médiastinites (26).

Le traitement endoscopique des diverticules pharyngo-œsophagiens est fondé sur la mise en communication large du diverticule et de l'œsophage en sectionnant le mur muco-musculaire séparant le diverticule et la lumière œsophagienne. Cette technique laisse la poche diverticulaire en place et réalise une myotomie du cricopharyngien. Le traitement endoscopique permet une anesthésie courte, une reprise de l'alimentation per os à la 48ème heure de l'intervention et une hospitalisation de trois jours (27). Mais il est irréalisable en cas d'arthrose cervicale majeure ou de difficultés d'ouverture buccale et elle expose à un taux de récurrence de 12 % ; Par ailleurs, l'amélioration des signes fonctionnels est moindre après traitement endoscopique qu'après traitement chirurgical (28).

Pour les sujets âgés, la myotomie extra-muqueuse et le traitement par voie endoscopique semblent les plus adaptés alors que la chirurgie classique associant une myotomie et une diverticulotomie est conseillée pour les sujets jeunes (29,30). Le succès du traitement est jugé sur la disparition de la symptomatologie initiale avec une reprise d'une alimentation normale, prise du poids et amélioration de l'état général. Les taux de récurrences semblent plus élevés par voie endoscopique (12 %) que par voie cervicale (0 à 5 %), probablement en rapport avec un geste incomplet (31). Par voie cervicale, les échecs sont aussi plus fréquents en l'absence de myotomie (16 % des cas dans l'étude d'Aggerholm), confirmant la pathogénie de ces

diverticules de pulsion (32). Le taux de cancérisation n'excède pas 1%. (33)

Remerciements : Nos remerciements vont au Dr Rachid Berama, gastro-entérologue à Jijel.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

- Ludlow A. A case of obstructed deglutition from a preternatural bag formed in the pharynx. Johnson W, Caldwell T, eds. In: Medical observations and inquiries by a society of physicians in London. London, Vol. 3, 2nd ed., 1769:85–101.
- Zenker FA, vonZiemssen H. Krankheiten des Oesophagus. In: vonZiemssen H, ed. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, vol. 7 (suppl). Leipzig: FC Vogel, 1877:1–87.
- Cook LJ, Gabb M & Panagopoulos V. Zenker's diverticulum: a disorder of upper esophageal sphincter opening. Gastroenterology 1993; 103: 1229–1235.
- Veenker EA, Andersen PE, Cohen JL. Cricopharyngeal spasm and Zenker's diverticulum. Head Neck 2003;25:681–94.
- Levard H, Blain A, Gayet B. Diverticule de l'œsophage. EMC-Pneumologie : 165-176.
- Breil P. Traitement chirurgical des diverticules pharyngo-œsophagiens. EMC Techniques chirurgicales-appareil digestif 2008. 40-185
- Magne E. Le diverticule pharyngo-œsophagien. Étude à propos de 60 observations. [Thèse de médecine], Lyon, 1986.
- Postlethwait RW. Diverticula of the oesophagus. In: Surgery of the oesophagus. New York: Appleton-Century-Crofts; 1978. p. 118–51.
- Lerut T, Van Raemdonck D, Guelinckx P, Dom R, Geboes K. Zenker's diverticulum: is a myotomy of the cricopharyngeus useful? How long should it be? Hepatogastroenterology 1992;39:127–31.
- Crescenzo DG. Zenker's Diverticulum in the Elderly: Is Operation Justified? Ann Thorac Surg 1998;66:347–50.
- Ferraro P, Durancieu A. Esophageal diverticula. Chest Surg Clin N Am 1994;4:741–67.
- Payne WS, King RM. Pharyngo-oesophageal (Zenker's) diverticulum. Surg Clin North Am 1983;63:815–24.
- Aggerholm K, Illum P. Surgical treatment of Zenker's diverticulum. J Laryngol Otol 1990;104:312–4.
- Balthazar EJ. Esophago-bronchial fistula secondary to ruptured traction diverticulum. Gastrointest Radiol 1977; 2 : 119–121
- Mounier-Kuhn P, Labayle J, Haguenauer JP, Poncet P, Traissac L. In: La bouche de l'œsophage. Rapport du congrès français d'ORL. Paris: Arnette; 1971. p. 12–41.
- Qi Z, Zhigang W. Zenker's diverticulum misdiagnosed as thyroid adenoma confirmed in operation. European Journal of Radiology Extra 64 (2007) 1–3.
- Schmalzuss HM, Mancuso AA, Tart RP. Post cricoid region and cervical esophagus: normal appearance at CT and MR imaging. Radiology 2000; 214 : 237–246.
- Aggerholm K, Illum P. Surgical treatment of Zenker's Diverticulum. J Laryngol Otol 1990;104:312–4.
- Lindgren S, Ekberg O. Cricopharyngeal myotomy in the treatment of dysphagia. Clin Otolaryngol 1990;15:221–7.
- Cassivi SD, Deschamps C, Nichols 3rd FC, Allen MS, Pairorero PC. Diverticula of the esophagus. Surg Clin North Am 2005;85:495–503.
- Schmid HH. Vorschlag eines einfachen Operationsverfahrens zur Behandlung des Oesophagesdivertikels. Wien Klin Wochenschr 1912;25:487–8.
- Belsey R. Functional disease of the esophagus. J Thorac Cardiovasc Surg 1966;52:164–88.
- Skinner DB, Altorki N, Ferguson M, et al. Zenker's diverticulum: clinical features and surgical management. Dis Esophagus 1988;1:19–22.
- Sideris L, Chen LQ, Ferraro P, et al. The treatment of Zenker's diverticula: a review. Semin Thor Cardiovasc Surg 1999;11:337–51.
- Wayman DM, Byl FM, Adour KK. Endoscopic diverticulotomy for the treatment of Zenker's diverticulum. Otolaryngol Head Neck Surg 1991;104:448–52.
- 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.
- Hashiba K, de Paula A, da Silva J, et al. Endoscopic treatment of Zenker's diverticulum. Gastrointest endoscopy. Volume 49, N.1, 1999
- Collard JM, Kestens PJ. Technique d'œsophagodiverticulostomie par section agrafage endoscopique. In: Gossot D, editor. Techniques de chirurgie endoscopique du thorax. Paris: Springer-Verlag; 1994.
- Gutschow ET AL. Surgical techniques for Zenker's diverticulum. Ann Thorac Surg 2002;74:1677–83
- Kuhn FA, Bent JP. Zenker's diverticulotomy using the KTP/532 laser. Laryngoscope 1992; 102 : 946–950
- Morton RP, Bartley JR. Inversion of Zenker's diverticulum: the preferred option. Head Neck 1993; 15 : 253–256
- Orringer MB. Extended cervical esophagomyotomy for cricopharyngeal dysfunction. J Thor Cardiovasc Surg 1979; 7 : 81–86.
- Rocco G, Deschamps C, Martel E, et al. Results of reoperation of the upper esophageal sphincter. J Thor Cardiovasc Surg 1999;117:28–31

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- Open access : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com

ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.com