



# DIVERTICULES DE ZENKER

## Traitement trans-oral

---

Stéphanie DARRAS  
CHU Nantes  
DESC/SCVO Juin 2005



# Introduction

---

- Diverticules pharyngo-oesophagiens postérieurs
  - 70% des diverticules de l'œsophage
  - Prévalence: 0,1 à 2%
- Traitement des diverticules symptomatiques (régurgitation, dysphagie, pneumopathie d'inhalation)
- Ttt a connu une importante évolution
- 2 types de prise en charge
  - Chirurgicale/voie cervicale externe
  - Endoscopique/voie transorale (Lallement)



# Principes du traitement endoscopique

(Trotoux, Gay)

---

- « marsupialisation » de la poche diverticulaire qui reste en place
- Myotomie trans-murale du crico-pharyngien

# Précautions préopératoires

- Certitude diagnostique
  - Signes cliniques évocateurs
  - TOGD F+P +/- oesophagoscopie
- Préparation du malade
  - État pulmonaire
  - État nutritionnel
  - État cardio-vasculaire

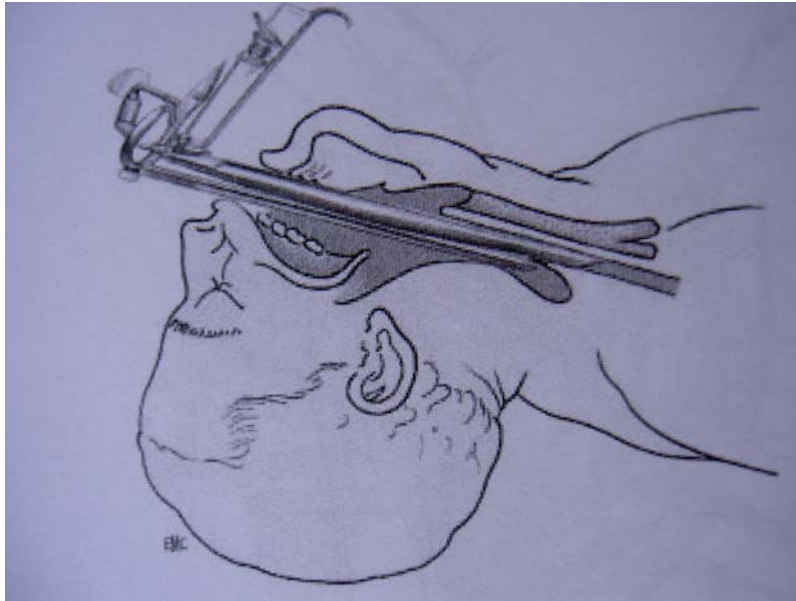


# Technique(1):exposition



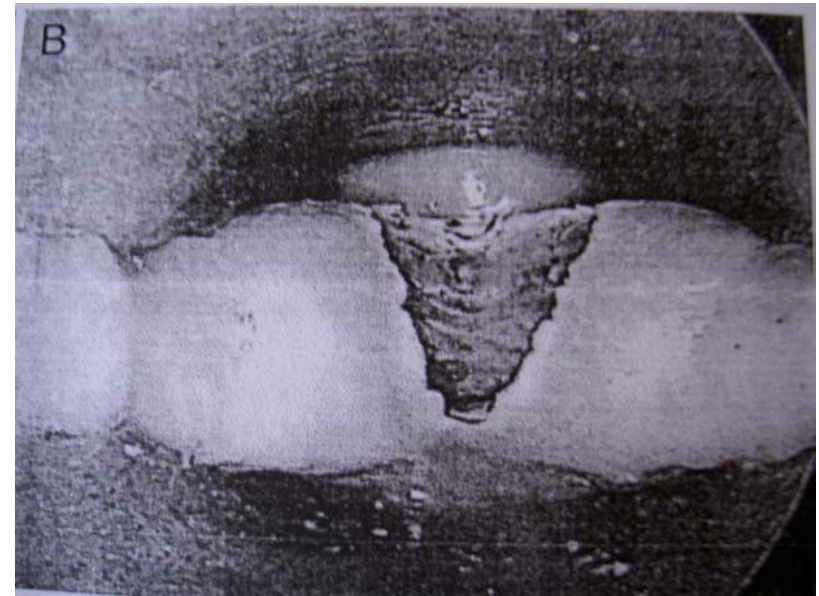
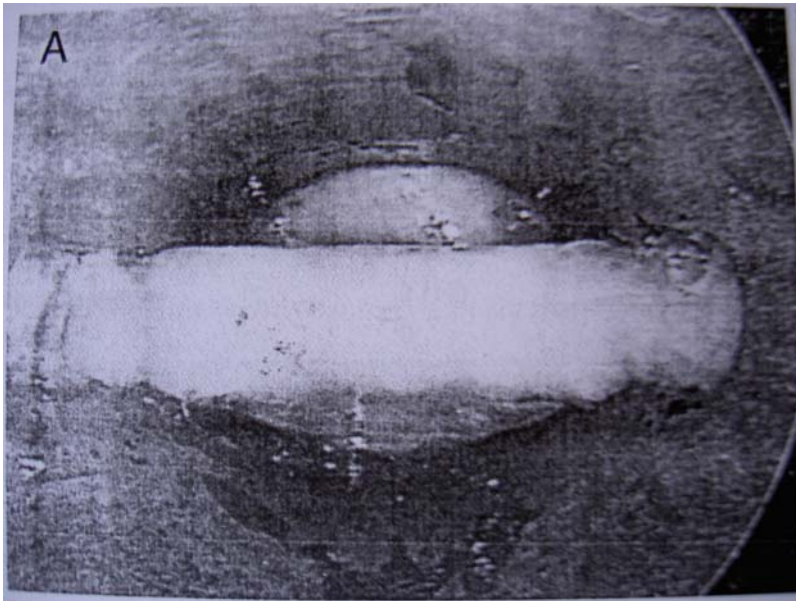
- AG
- Curarisation
- Position en hyperextension
- Instruments
  - Gehanno
  - Van Overbeek
  - **Diverticuloscope de Weerda**

# Technique(2):section du mur

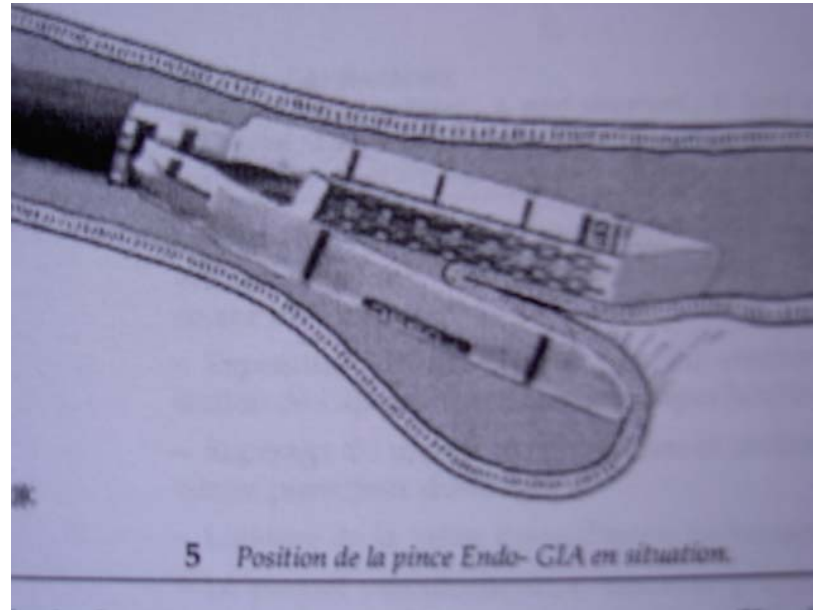
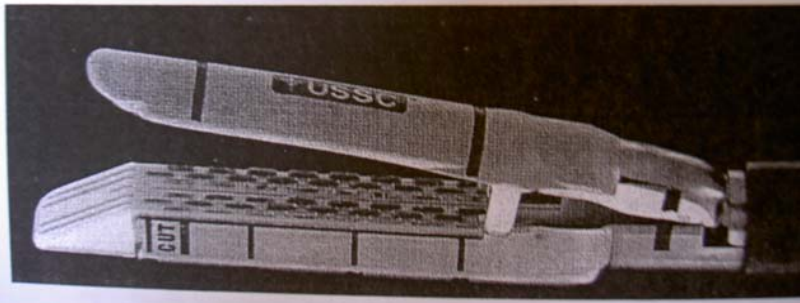
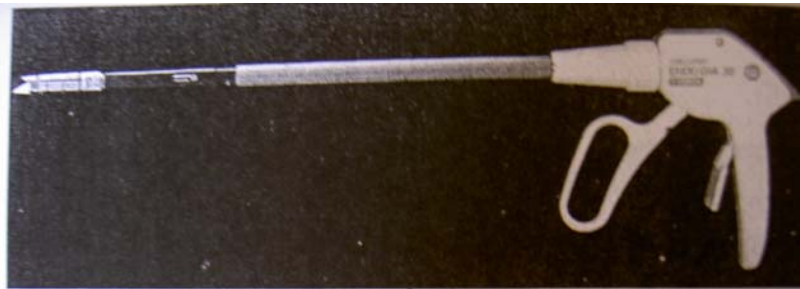


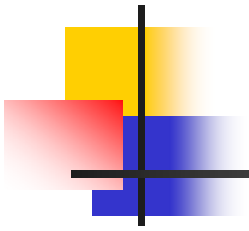
- Lavage de la poche
- Instruments
  - Ciseaux de Seiffert abandonnés
  - Laser CO2
  - endoGIA: 32,5 mm de long

# Technique(4):section au laser CO2



# Technique(3):section-suture par pince GIA







# Suites opératoires

---

- Antibiothérapie 8 jours (amoxicilline+ac clavulanique ou céphalosporine+imidazolé)
- Alimentation:24h de jeun postop puis alimentation liquide 1semaine (Chang)
- Surveillance médiastin
- Oesophagoscopie ou TOGD ssi symptômes
- Surveillance après 24 h d'alimentation sans problème
- Surveillance au long cours:récidives

# Revue de la littérature

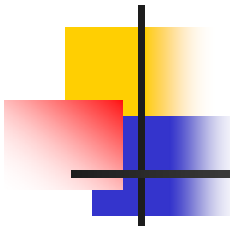
## Suites opératoires

(Chang 2003)

<i>METHODE</i>	<i>ANNEE</i>	<i>No</i>	<i>DUREE H (j)</i>	<i>JEUN (j)</i>	<i>TAUX OMPLICATION (%)</i>	<i>TPS OP (minutes)</i>	<i>DC (%)</i>	<i>TAUX RECIDIVE (%)</i>
CHIRURGIE	1990-2001	1696	7,6 (2-10)	4,5 (0,8-8,1)	11,8 (0-3)	83,2 (81-90)	1,6 (0-3,5)	5 (0-19)
ENDOSCOPIE	1991-2002	1678	2,7 (0-8)	1,3 (0,1-4,9)	5,5 (0-20)	28,6 (14,3-60)	0,2	6,6 (0-22)
ciseaux	1991-1999	160	4,7 (3,5-4,5)	2,6 (2-2,8)	8,1 (0-14,9)	33,8 (20-60)	0	3,4 (0-7,1)
laser co2	1993-2002	823	6,5 (5,2-8)	2,2 (1-4,9)	7,4 (1,4-20)	NP	0,2	11,5 (6,7-15,4)
EndoGIA	1993-2002	695	1,8 (0,6-4,7)	1,8 (0,6-4,7)	2,6 (0-17)	27,2 (14,3-34)	0,3	6 (0-22)



# AVANTAGES / INCONVENIENTS

- 
- AG + courte
  - Reprise plus précoce de l'alimentation
  - Durée hospitalisation < (GIA)
  - Succès fonctionnel idem
  - Moins de complication
    - - de sténose oesophagienne post-op
    - - de fistule et de complication septique
    - Pas de paralysie récurrentielle
  - Les CI:arthrose cervicale, faible ouverture buccale
  - Récidive:0-22% vs 0-19% (Chang)
  - Risque de cancérisation < 1%



# INDICATIONS ACTUELLES

---

- Pas traitement de référence actuellement
- Diverticules  $> 2$  cm sous réserve des CI et  $<$  ou  $= 5$  cm (endoGIA+++)
- Patient âgé et fragile, risque opératoire



# CONCLUSION

---

## Diverticule de Zenker

Symptomatique

<2 cm ou géant  
Et/ou sujet jeune

Chirurgie

asymptomatique

>2 cm et <6 cm  
et/ou CI relative  
AG longue

endoscopie par GIA

balance bénéfice/risque

approche individuelle