

perforations œsophagiennes par un corps étranger

à propos d'une observation

G.B. Cadière, J. Ansay*

Summary

*Esophageal
Foreign Body
Perforation*

This report describes an esophageal foreign body perforation treated with T-tube drainage. The clinical diagnosis was delayed erroneously and by the absence of extravasation of water - soluble contrast material. The diagnosis has finally been made by a fiberoptic oesophagogastroscopy and a mediastinal computed tomography. As the external drainage by pleural drainage was inefficient, the authors opted for a surgical treatment, and the perforation was closed on a T-tube. Considering this case as well as the review of the different reports, urgent surgery seems to be only recommended for large esophageal perforations and for small non-cervical perforations where external drainage is inefficient.

Introduction

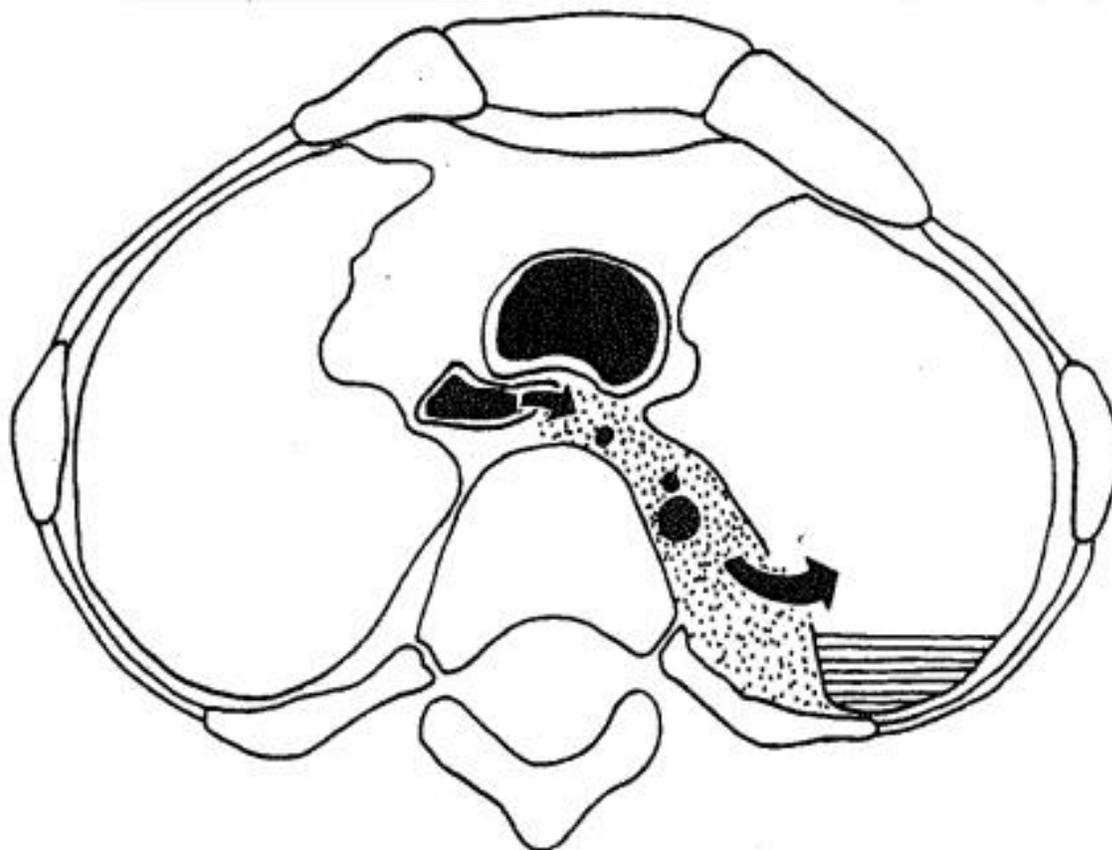
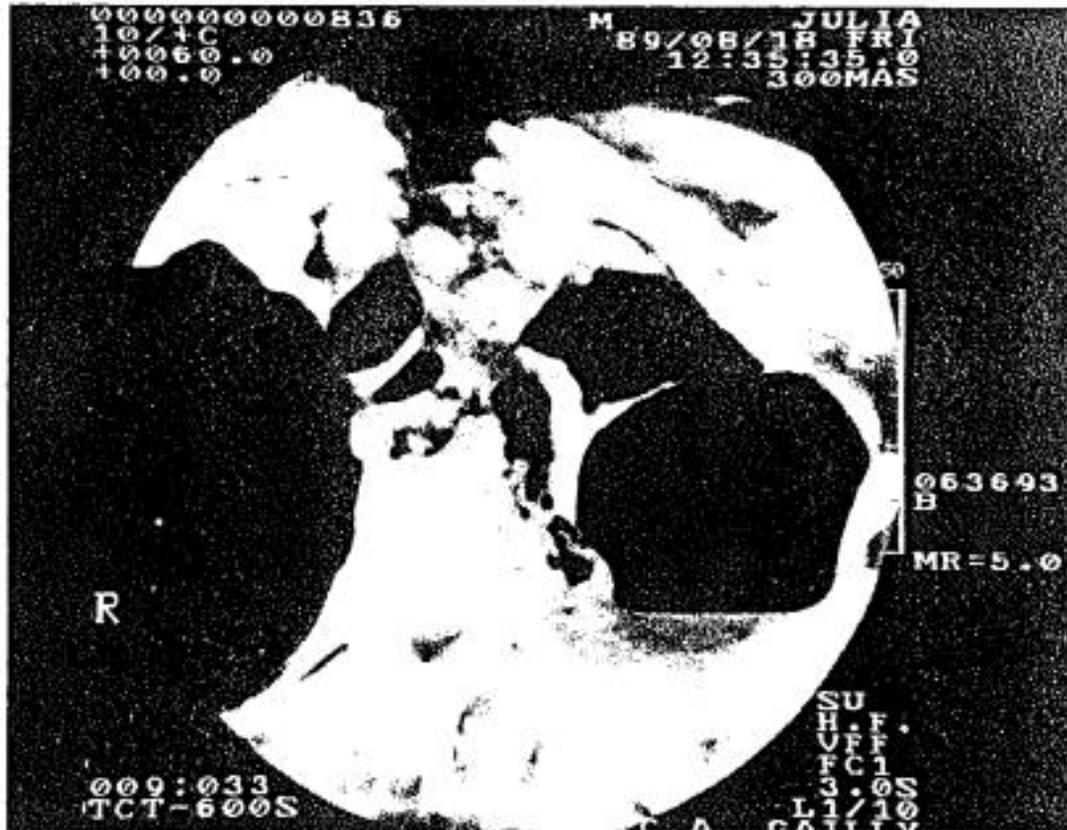
Les perforations de l'œsophage sur corps étrangers sont des affections rares, grevées d'une lourde mortalité. Si l'urgence du diagnostic et du traitement dans le pronostic vital est unanimement reconnu dans la littérature, sur le plan thérapeutique une controverse subsiste entre partisans d'un traitement conservateur et ceux qui préconisent une chirurgie agressive d'emblée. Les auteurs présentent un cas de perforation œsophagienne sur corps étranger assez démonstratif des difficultés diagnostiques et des problèmes thérapeutiques liés à cette affection.

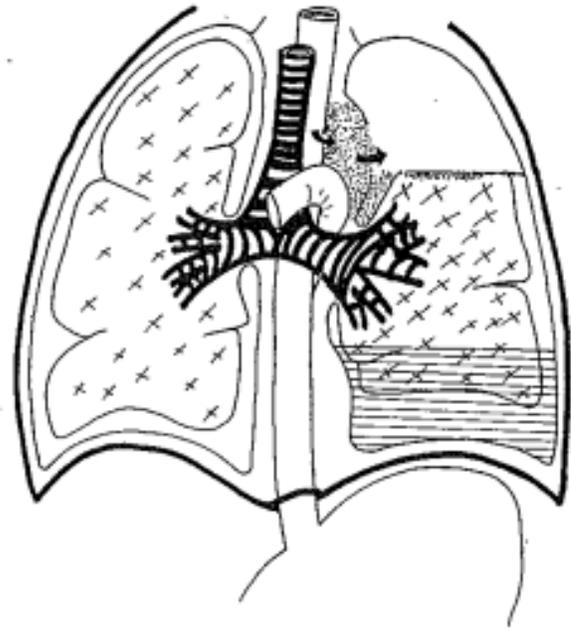
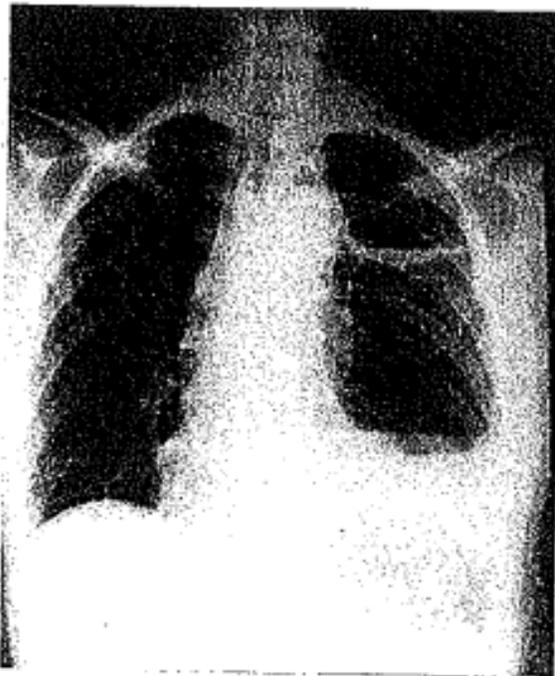
Cas clinique

Il s'agit d'une patiente de 55 ans qui se présente au Service des Urgences pour douleur à la gorge, aux épaules et dans la région rétrosternale. Cette douleur est accompagnée de dysphagie aux solides et aux liquides. A l'examen, la patiente est en bon état général, avec une fièvre à 38°, la gorge est rouge mais on ne palpe pas de ganglions cervicaux. L'auscultation pulmonaire est banale. La radiographie de thorax demandée en urgence est protocolée négative. Le médecin de garde conclut à une pharyngite aiguë. Cependant devant l'intensité des

* Service de Chirurgie Digestive, C.H.U. Arthur Gailly, Boulevard Zoé Drion 1, 6000 Charleroi (Belgique).

Figures 3 et 4 : Scanner médiastinal au niveau du tiers proximal de l'œsophage : Collection médiastinale en continuité avec l'œsophage soulevant la plèvre médiastinale gauche.





Figures 1 et 2 : Radiographie du thorax : hydro-pneumothorax gauche à 2 niveaux.

plaintes, la patiente est hospitalisée et une antibiothérapie parentérale est instaurée. Le lendemain, la fièvre est montée à 39°. Une nouvelle radio de thorax révèle un hydro-pneumothorax gauche à deux niveaux (figures 1 et 2). Un complément d'anamnèse nous apprend que la dysphagie a commencé après un barbecue où la patiente a mangé des côtes de mouton et l'on suspecte alors fortement une perforation œsophagienne sur corps étranger. Un transit œsophagien à la Gastrografine ne met pas en évidence de passage de produit de contraste dans le médiastin, mais la suspicion demeure et la patiente est traitée par une diète stricte, une antibiothérapie et la mise en place d'un drain pleural pour drainer l'épanchement. Le lendemain, une fibroscopie visualise à 20 cm de l'arcade dentaire une ulcération avec perforation de l'œsophage laissant sourdre du pus en abondance. Un scanner médiastinal montre une plèvre médiastinale soulevée par une collection liquidienne hétérogène en continuité avec l'œsophage et associée à des bulles d'air (figures 3 et 4). Comme le drain pleural ne draine pas le niveau hydro-aérique supérieur et qu'il existe du pus en regard de l'orifice de la fibroscopie, on opte pour une intervention chirurgicale.

Une thoracotomie a permis de visualiser la perforation œsophagienne après exérèse des tissus nécrosés. La perforation a été refermée sur un drain de Kehr vu le caractère inflammatoire de la lésion. Un drainage médiastinal et un drainage pleural sont instaurés. Une laparotomie est réalisée afin de placer une gastrostomie aspirative et une jéjunostomie d'alimentation (figure 5). La patiente est transférée à l'Unité de Soins Intensifs où elle bénéficie d'une oxygénothérapie, d'une antibiothérapie et d'une nutrition parentérale.

L'évolution postopératoire a été naturellement longue mais s'est déroulée selon le plan prévu. Au 20ème jour postopératoire, une injection de produit de contraste par le drain de Kehr montre une petite fuite de produit de contraste en regard de la suture. A partir du 26ème jour postopératoire, on enlève successivement à 1 ou 2 jours d'intervalle le drain de Kehr, le drain pleural et enfin le drain médiastinal. Au 32ème jour postopératoire, un transit ne montre plus qu'un œdème cicatriciel centré sur une petite fistulette borgne. L'alimentation par voie normale est donc reprise et la sortie est autorisée au 38ème jour postopératoire.

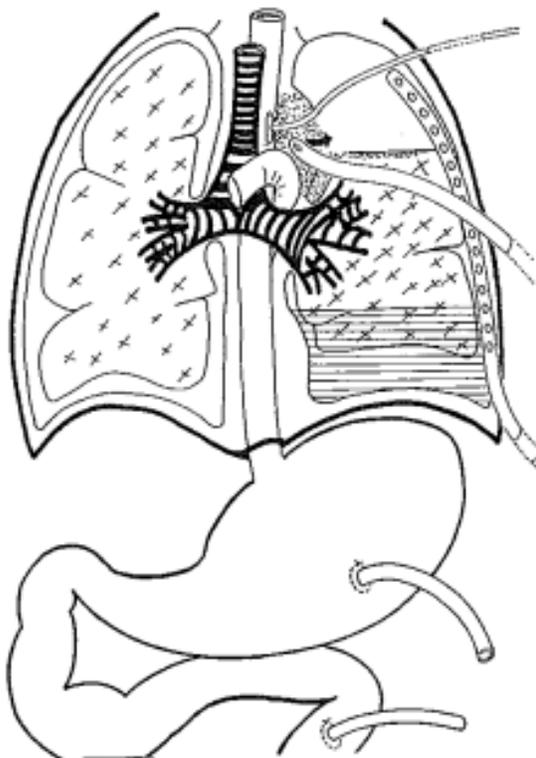


Figure 5 : Traitement : Suture de la perforation sur un drain de Kehr. Mise en place d'un drain médiastinal et d'un drain pleural. Réalisation d'une gastrostomie aspirative et d'une jéjunostomie d'alimentation.

Discussion

Incidence

Les corps étrangers les plus fréquemment ingérés sont les os, les pièces de monnaie et les dentiers. Les patients les plus sujets à ingérer des corps étrangers sont les enfants, les porteurs de dentier, les prisonniers et les malades mentaux. Les compressions extrinsèques par tumeur, les désordres neuromusculaires tels que la myasthénie, et les sténoses peptiques ou néoplasiques favorisent l'impaction. L'incidence des perforations œsophagiennes après ingestion de corps étrangers est très rare. Sur une série de 2.394 cas, il n'y avait que 1 % de perforations (18). La majorité des perforations apparaît plus de 24 heures après l'ingestion du corps étranger et résulte soit de l'impaction, qui entraîne progressivement une nécrose de la paroi (12), soit des manœuvres d'extraction endoscopique.

Physiopathologie (figure 6)

La perforation met en communication la lumière œsophagienne et les espaces cellulaires du médiastin. L'air contenu dans l'œsophage se répand d'abord dans le médiastin créant un pneumomédiastin et secondairement, après effraction de la plèvre, engendre un pneumothorax. L'inoculation du médiastin par la salive et les aliments, qui contiennent tous les germes de la sphère O.R.L. (*streptococque anaérobie*, *bactéroïdes* et *clostridium perfringens*) combinés à l'irritation chimique provoquée par le reflux acide, entraîne en quelques heures une médiastinite. La collection médiastinale va secondairement se rompre dans la plèvre, il en résulte un épanchement pleural qui, combiné à l'air dans le thorax, aboutit à un pyohydro-pneumothorax.

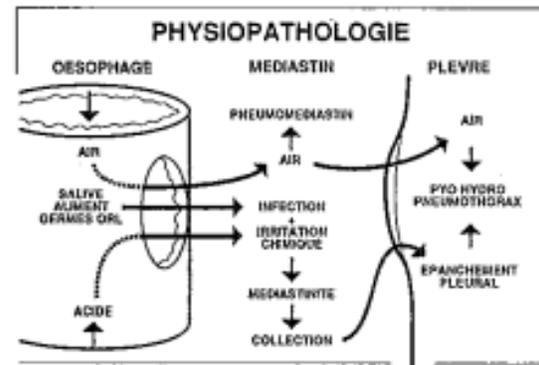


Figure 6.

Diagnostic

Dans les perforations œsophagiennes, il est classique d'insister sur la nécessité d'un diagnostic dont la précocité influence directement le pronostic vital. Si le diagnostic de la plupart des perforations iatrogènes en milieu hospitalier se fait endéans les six premières heures, il n'en est pas de même pour les perforations non iatrogènes. Le diagnostic est en effet beaucoup plus difficile lorsqu'un patient se présente à la garde avec des douleurs thoraciques importantes sans affection actuelle précise et où un diagnostic de pharyngite, d'infarctus myocardique, de pneumopathie ou de pancréatite est d'abord envisagé (13, 4), le patient ne se souvenant pas nécessairement d'avoir ingéré un corps étranger susceptible de perforer l'œsophage.

Le signe le plus fréquemment et le plus précocement retrouvé est la douleur qui est due à la perforation de l'œsophage. Sa localisation varie selon le siège de la perforation. Elle peut être accompagnée de dysphagie. A cette symptomatologie douloureuse initiale vont bientôt s'associer des signes témoignant de

l'apparition d'une médiastinite telle que la dyspnée qui peut évoluer rapidement vers une détresse respiratoire.

A l'examen, on peut retrouver un emphysème sous-cutané cervical, signe spécifique mais qui n'est présent que dans un tiers des cas (5, 4). L'auscultation, lorsque le patient est au stade de collection ayant effracté la plèvre, met en évidence une matité. La température est proportionnelle à la gravité de la médiastinite et l'état général peut rapidement évoluer vers un choc septique. Les examens complémentaires sont essentiellement une radiographie de thorax; elle montre d'abord des signes de pneumomédiastin, caractérisée par l'existence d'une bande sombre, cernant la silhouette cardiaque, et particulièrement nette à l'angle inférieur gauche de celle-ci (image en V de Naclério). Mais lorsque l'étiologie n'est pas iatrogène (notamment les corps étrangers), le patient est examiné plus tardivement et les signes de médiastinite sont masqués par l'image d'un épanchement pleural. Le transit œsophagien confirme le diagnostic et la fuite du produit de contraste permet de visualiser de manière exacte la localisation de la perforation. Si malgré une histoire suggestive de perforation, le transit est sans particularité, le scanner du médiastin peut contribuer au diagnostic (6).

Traitement

Le traitement est médico-chirurgical. Il peut n'être que médical mais doit alors se réaliser en milieu chirurgical. Il a quatre ambitions : lutter contre la médiastinite, lutter contre les complications pulmonaires, arrêter l'inoculation médiastinale et maintenir l'état nutritionnel. Le traitement médical comporte les mesures classiques de réanimation. L'antibiothérapie couvrira de manière efficace les anaérobies, fréquemment retrouvées dans les tissus infectés (17). Le traitement des complications pulmonaires ira de la simple oxygénothérapie jusqu'à la ventilation au respirateur avec parfois insufflation de pression positive. L'épanchement pleural sera drainé. Une diète stricte et la mise en place d'une sonde œsophagienne va diminuer l'inoculation médiastinale. Cette exclusion fonctionnelle peut être complétée par une gastrostomie aspirative. Une nutrition parentérale maintiendra le score nutritionnel, relayée parfois par une jéjunostomie d'alimentation.

Il existe une controverse importante dans la littérature à propos de l'attitude thérapeutique en urgence entre les partisans d'un traitement conservateur (10,

11, 13, 21, 22) et les partisans d'une chirurgie agressive d'emblée (3, 4, 5, 8, 14). A la lumière de ce cas clinique et de la revue de la littérature, nous pensons que si la perforation est large, la chirurgie s'impose d'emblée. Si la perforation est punctiforme, il faut s'assurer que le drainage externe par un drain pleural est possible et efficace. On peut alors se contenter d'un traitement médical conservateur.

Si le drainage externe est impossible, soit parce que la collection médiastinale n'a pas effracté la plèvre ou qu'il existe des synéchies dans la plèvre qui cloisonnent l'épanchement, il faut considérer le site de la perforation. Si la perforation est thoracique, mieux vaut ne pas compter sur une évolution spontanée favorable et opérer d'emblée avant l'apparition d'un tableau septique sévère. Si la perforation est cervicale, on est en droit de tenter un traitement médical (16). Lorsque le traitement médical ne jugule pas la médiastinite et qu'apparaissent des signes septiques alarmants, il faut recourir rapidement à la chirurgie. Le traitement chirurgical peut se limiter à la mise en place par thoracotomie d'un drain médiastinal en regard de la perforation après excision des tissus nécrosés. Si c'est techniquement possible, la plaie sera suturée, soit par une suture simple, soit, si les berges sont trop remaniées ou l'état trop inflammatoire, sur un drain en T décrit par ABBOTT *et al.* créant une fistule dirigée (1). GAYET *et al.* préconisent une suture mécanique de la muqueuse après myotomie en amont et en aval de la perforation (7). La suture peut être consolidée par un artifice de recouvrement : par l'intervention de THAL et HATAFUKO (20) ou une fundoplicature de Nissen, cette intervention ne peut se faire que si le siège de la perforation est bas situé sur l'œsophage, si la perforation est plus haute, on peut recouvrir la plaie suturée par un lambeau pleural (9), un lambeau péricardique (15) ou une plastie pédiculée du grand épiploon (19). Dans des cas rares de perforation particulièrement large, il sera nécessaire de pratiquer une exclusion bipolaire de l'œsophage.

Conclusion

Les perforations œsophagiennes sur corps étrangers sont rares, leur diagnostic, qui doit être précoce, n'est pas toujours aisé. L'intervention chirurgicale en urgence ne se justifie que dans les perforations œsophagiennes larges et dans les perforations punctiformes non cervicales, qui ne sont pas drainables par voie externe.

Résumé

Les auteurs rapportent un cas de perforation œsophagienne par un corps étranger. Le diagnostic a été retardé par suite d'une erreur clinique et l'absence de fuite du produit de contraste lors du transit aux hydrosolubles. Le diagnostic a finalement été posé par une fibroscopie et un scanner médiastinal. Comme le drainage externe par un drain pleural était inefficace, les auteurs ont opté pour un traitement chirurgical. La perforation a été fermée sur un drain de Kehr. A la lumière de ce cas clinique et de la revue de la littérature, l'intervention chirurgicale en urgence ne semble se justifier que dans les perforations œsophagiennes larges et dans les perforations punctiformes non cervicales qui ne sont pas drainables par voie externe.

Bibliographie

1. ABBOTT O.A., LABSOUR K.A., LOGAN W.D., HATCHER C.R., SYMBAS P.N. A traumatic so called «spontaneous» rupture of the esophagus. *J. Thorac Cardiovasc. Surg.* 59 : 67-71, 1970.
2. ALEXANDRE J.H., TREVOUX J., LARRIEU H., GERMAIN M. Perforations instrumentales de l'œsophage. *Ann. Chir.* 26c : 1269-1277, 1972.
3. BLADDERGROEN M. R., LOWE J.E., POSTLETHWAIT R.W. Diagnosis and recommended management of esophageal perforation and rupture. *Ann. Thorac Surg.* 42 : 235-239, 1986.
4. BRICHON P.Y., COURAUD L., VELY J.F., MARTIGNE C., CLERIC F. Les perforations et ruptures de l'œsophage. A propos de 35 cas. *Ann. Chir.* 6 : 464-470, 1990.
5. DE MEESTER T.R. Perforation of the esophagus. *Ann. Thorac Surg.* 42 : 231-232, 1986.
6. FALING J.L., PUGATH R.D., ROBBINS A.H. The diagnosis of unsuspected esophageal perforation by computed tomography. *Ann. J. Med. Sci.* 281 : 31-34, 1981.
7. GAYET B., DESLANDES M., GARBAY J.R., BREIL P., FEKETE F. Place des sutures mécaniques dans les perforations de l'œsophage thoracique. A propos de onze cas. *Ann. Chir.* 42 : 452-455, 1988.
8. GOLDSTEIN L.A., THOMPSON W.R. Esophageal perforations : a 15 year experience. *Am. J. Surg.* 143 : 495-503, 1982.
9. GRILLO H.C., WILKINS E.W. Esophageal repair following late diagnosis of intrathoracic perforation. *Ann. Thorac Surg.* 20 : 387-391, 1975.
10. KIZLER P., BUZNA E. Surgical and conservative management of esophageal perforation. *Chest.* 80 : 158-162, 1981.
11. LYONS W.S., SIREMITIS M.G., de GUZMAN V.C., PEABODY J.W. Ruptures and perforations of the esophagus : the case for conservative supportive management. *Ann. Thorac Surg.* 25 : 346-350, 1978.
12. Mc LAUGHLIN R.T., MORRIS J.D., HAIGH T.C. The morbid nature of the migration foreign body in the esophagus. *J. Thorac Cardio Vasc. Surg.* 55 : 188, 1968.
13. MENGOLI L.R., KLASSEN K.P. Conservative management of esophageal perforation. *Arch. Surg.* 91 : 238-240, 1965.
14. MICHEL L., GRILLO H.C., MALT R.A. Esophageal perforation. *Ann. Thorac Surg.* 33 : 203-210, 1982.
15. MILLARD A.H. «Spontaneous» perforation of the esophagus treated by utilisation of a pericardial flap. *Br. J. Surg.* 58 : 70-73, 1971.
16. MOGHISSI K., PENDER D. Instrumental perforation of the esophagus and their management. *Thorax.* 43 : 642-646, 1988.
17. MURRAY P., FINEGOLD S. Anaerobic Mediastinitis. *Rev. of infectious Dis.* 6 (supplement 1 S) : 123-S127, 1984.
18. NANDI P., ONG G.B. Foreign body in the esophagus. Review of 2.394 cases. *Br. J. Surg.* 65 : 5-9, 1978.
19. OTTE J.B., PRINGOT J., FIASSE R., BOURDEAUX L., KESTENS P.J. A propos de 2 artifices techniques utiles pour le traitement chirurgical des perforations de l'œsophage thoracique. *Acta Chir. Bel.* 74 : 111-115, 1975.
20. THAL A.P., HATAFUKU T. Improved operation for esophageal rupture. *JAMA.* 188 : 826-832, 1964.
21. SWEDLUND A., TRAUBE M., SISKIND B., Mc CALLUM R.W. Nonsurgical management of esophageal perforation from pneumatic dilatation in Achalasia. *Dig Dis Sci.* 34 : 379-384, 1989.
22. WESDORP I.C.E., BARTERSMAN S.F.W.M., HUBSBREGTSE K., den HARTOG JAGER F.A.C., TYTGAT G.N. Treatment of instrumental esophageal perforation. *Gut.* 25 : 398-404, 1984.