Reçu le 17 août 2022, accepté le 23 novembre

PERFORATION OESOPHAGIENNE ET MÉDIASTINITE COMPLIQUANT UN CORPS ÉTRANGER OESOPHAGIEN

OESOPHAGEAL PERFORATION AND MEDIASTINITIS COMPLICATING AN OESOPHAGIAL FOREIGN BODY

AKA DL, GBANSI GF, BADOU KE, YODA M, KOUASSI YM, BURAIMA F.

Service d'ORL-CCF CHU de Yopougon (Côte d'Ivoire) BP 632 Abidjan

Correspondance : AKA Diane Larissa
Ancien interne des hôpitaux d'Abidjan ; Médecin ORL-CCF
Email : dianeaka6@gmail.com ; Tel : + 2250707232534

RÉSUMÉ

Introduction : L'ingestion d'un corps étranger est une situation fréquente en ORL. L'extraction se fait généralement par voie endoscopique et peut nécessiter dans certains cas une intervention chirurgicale. Pris en charge tardivement, le patient s'expose à de nombreuses complications potentiellement mortelles. L'objectif de cette observation est de rapporter un cas de perforation œsophagienne et de médiastinite faisant suite à une migration d'un corps étranger œsophagien en dehors de la lumière œsophagienne.

Observation : Il s'est agi d'une patiente de 40 ans sans antécédents particuliers, admise dans le service d'ORL-CCF du CHU de Yopougon pour l'ingestion d'un corps étranger œsophagien. La radiographie cervicale de profil objectivait un corps étranger en regard de C6-C7. Après deux tentatives infructueuses d'extraction par voie endoscopique, l'évolution a été marquée par l'apparition d'une médiastinite et d'une pleuropneumopathie purulente. La prise en charge a été pluridisciplinaire, associant une thoracotomie de propreté et une extraction du corps étranger par voie de cervicotomie. Les suites opératoires ont été simples et l'évolution a été favorable sous traitement médical.

Conclusion : Bien que rare, les complications des corps étrangers œsophagiens négligés sont graves et peuvent mettre en jeu le pronostic vital. Les risques de perforation et de migration restent élevés tant que le CE n'a pas été extrait. En cas de complications, une exploration chirurgicale pluridisciplinaire s'impose.

Mots-clés : corps étrangers – œsophage - complications – migration

SUMMARY

Introduction: *Ingestion of a foreign body is a common situation in ENT. Extraction is usually done endoscopically and may in some cases require surgery. Lately treated, the patient is exposed to many potentially fatal complications. The objective of this observation is to report a case of oesophageal perforation and mediastinitis following a migration of an oesophageal foreign body outside oesophageal light.*

Clinical case: *This was a 40-year-old patient with no history, admitted to the ENT-CCF department of Yopougon University Hospital for the ingestion of an oesophageal foreign body. The profile cervical x-ray objectified a foreign body opposite C6-C7. After two unsuccessful attempts at endoscopic extraction, the evolution was marked by the appearance of mediastinitis and purulent pleuropneumopathy. The management was multidisciplinary combining a cleanliness thoracotomy and extraction of the foreign body by cervicotomy. The surgical follow-up was simple and the evolution was favourable under medical treatment.*

Conclusion: *Although rare, the complications of neglected oesophageal foreign bodies are serious and can be life-threatening. The risks of perforation and migration remain high until the EC has been extracted. In case of complications, multidisciplinary surgical exploration is necessary*

Keywords: *foreign body - oesophagus - complications - migration*

© EDUCI 2022

INTRODUCTION

L'œsophage est un site fréquent de localisation des corps étrangers (CE). La nature des corps étrangers varie avec l'âge. Les enfants ingèrent le plus souvent des pièces de monnaies, des médailles, des parties de jouets, des piles tandis que les adultes ont plus fréquemment des ingestions de CE alimentaires (os, arête de poisson…) et rarement ingèrent des dentiers [1]. L'extraction se fait généralement par voie endoscopique et peut nécessiter, dans certains cas, une intervention chirurgicale. Les complications sont le fait des corps étrangers acérés ou à risque caustique, ou encore les corps étrangers anciens ou méconnus [2]. La prise en charge (PEC) est dictée par la nature, la localisation de l'objet ingéré ainsi que de l'état général du patient [3]. Vu tardivement, le patient s'expose à des complications majeures pouvant mettre en jeu le pronostic vital. En cas de complications la PEC doit être pluridisciplinaire.

Nous rapportons un cas de perforation oesophagienne compliquée d'une médiastinite et d'une pleuropneumopathie, faisant suite à une migration cervicale d'un corps étranger négligé de l'œsophage. L'objectif de cette observation est de mettre en évidence les complications locales et locorégionales consécutives à l'ingestion d'un CE œsophagien et l'intérêt de leur prise en charge pluridisciplinaire.

OBSERVATION

Il s'est agi d'une patiente de 40 ans sans antécédents particuliers. Elle avait consulté au service d'ORL-CCF du CHU de Yopougon pour l'ingestion accidentelle d'un corps étranger au cours de la manducation.

L'interrogatoire notait une ingestion survenue trois jours avant son admission, et des tentatives infructueuses d'extractions digitales à domicile.

A l'admission, la patiente présentait une odynophagie, une dysphagie, une hyper sialorrhée accompagnées de douleurs rétro sternales.

L'examen physique réalisé a mis en évidence une importante stase salivaire oropharyngée. On notait un discret empâtement douloureux en région basicervicale gauche. L'état général était conservé, on ne notait pas de dyspnée. La radiographie cervicale de profil objectivait un corps étranger radio opaque localisé en regard de C6- C7 (Fig.1).

***Figure 1** : radiographie cervicale de profil visualisant une opacité verticale oblique de tonalité métallique (flèche) en regard de C6-C7 correspondant au corps étranger*

La patiente a été hospitalisée et a bénéficié d'un traitement médical comprenant un antibiotique (amoxicilline - acide clavulanique : 2g/jr), un corticoïde (méthylprednisolone : 120mg/jr) et un antalgique (paracétamol : 3g/jr).

Les tentatives d'extraction par voie endoscopique par une première équipe se sont soldées à deux reprises par un échec. La patiente a présenté, à J6 d'hospitalisation, une altération de l'état général associée à une médiastinite et un syndrome d'épanchement pleural liquidien droit. Une ponction pleurale exploratrice réalisée par l'équipe de pneumologie a ramené environ 60 cc de liquide purulent. L'examen bactériologique du liquide pleural a permis d'isoler un streptococcus sp multisensible. La tomodensitométrie thoracique objectivait une hyper densité quasi-totale du champ pulmonaire droit (Fig.2).

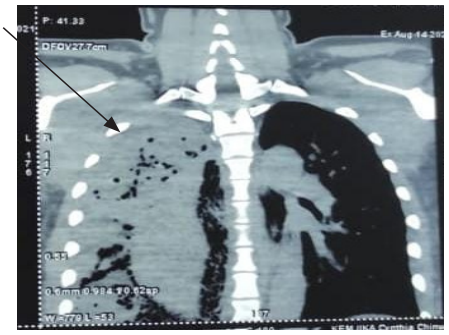

***Figure 2** : tomodensitométrie thoracique en coupe frontale montrant un hyper densité quasi-totale (flèche) du champ pulmonaire droit correspondant à un syndrome d'épanchement pleural liquidien droit*

Après une réunion de concertation pluridisciplinaire associant les chirurgiens ORL, thoracique et digestif, les indications d'une mise à plat du médiastin associée à une décortication pleurale droite par thoracotomie postérolatérale

droite, et d'une extraction du CE par voie de cervicotomie dans le même temps opératoire, ont été posées. Une fois la thoracotomie réalisée, la patiente a été confiée à notre équipe pour la suite de sa prise en charge.

L'incision cutanée a été réalisée le long du bord antérieur du muscle sterno-cleido-mastoidien gauche jusqu'à la fourchette sternale. La dissection a été prudente, guidée par les repères anatomiques : l'abord de la gouttière trachéo-œsophagienne et la dissection du tissus cellulograisseux correspondant ont permis de repérer le nerf récurent gauche et de mobiliser l'œsophage.

L'exploration chirurgicale de toutes les membranes et toutes les logettes de la région latéro cervicale et postérieure a permis d'objectiver une fistule de la paroi postérieure de l'œsophage et de localiser un CE de nature osseux, de forme grossièrement losangique, aux bords irréguliers, d'environ 1,5 cm de grand axe, enclavé dans la région rétro pharyngée (Fig.3).

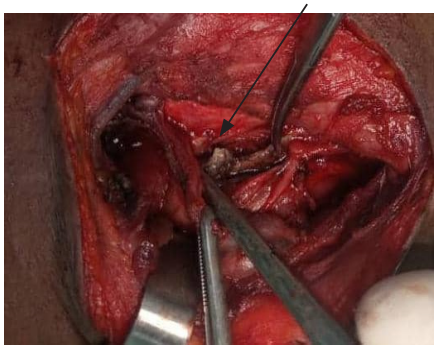

***Figure 3** : vue per opératoire du corps étranger (flèche)*

Après extraction du CE (Fig.4), un parage des bords dévitalisés et une réparation de la paroi postérieure œsophagienne par suture en 2 plans avec du fil résorbable 3/0 ont été réalisés. La fermeture a été faite en deux plans sur drain aspiratif après la mise en place d'une sonde nasogastrique.

***Figure 4** : corps étranger de nature osseux après extraction*

Les suites post opératoires ont été simples. L'ablation du drain a été effectuée à J3 post opératoire ; le retour de la patiente à domicile a été autorisé à J5 post opératoire après ablation de la sonde nasogastrique. A J15 post opératoire, le contrôle du transit œsophagien était normal.

COMMENTAIRES

La muqueuse œsophagienne ne tolère pas longtemps la rétention d'un CE. Elle aura tendance à rapidement s'œdématier et se nécroser, aboutissant parfois à des complications majeures telle que la perforation, la médiastinite, l'abcès rétro-pharyngé [3] comme ce fut le cas dans notre observation. La médiastinite faisait suite à la perforation de la paroi œsophagienne postérieure classique point de faiblesse de l'œsophage cervical [4] et à la continuité des fascias cervicaux et médiastinaux responsable d'une diffusion de l'infection.

La migration des CE œsophagiens se fait le plus souvent dans les tissus sous-jacents [5], mais d'autres localisations ont été décrites dans la littérature, notamment au niveau de la glande thyroïde, dans la région parotidienne et de la carotide primitive ainsi que dans l'espace pré vertébral [6-9].

Le diagnostic repose sur l'examen clinique et la radiographie cervico thoracique pour les CE radio-opaques [10]. Cependant, si dans ce cas clinique, la radiographie confirmait la présence du CE, elle ne permettait pas d'affirmer avec certitude la migration du CE hors de la lumière œsophagienne. En cas de migration, la tomodensitométrie est appropriée pour préciser le siège exact du CE, ses rapports avec les organes de voisinage et de choisir la voie d'abord.

Pour Naidoo *et al*, environ 90 % à 80 % des cas des CE oesophagiens évoluent dans l'estomac et sont éliminés par le tractus digestif inférieur tandis que 10% à 20 % sont extraits par des manœuvres non chirurgicales et que 1% nécessite un traitement chirurgical [11].

Dans notre observation, l'ultime recours thérapeutique restait la chirurgie qui aurait pu être évitée si la patiente avait, dans les premières heures, consulté un spécialiste en ORL. La prise en charge des complications nécessite parfois une approche pluridisciplinaire. En cas de médiastinite ou de pleuropneumopathie, la prise en charge chirurgicale comprend un drainage du médiastin et parfois une décortication pleurale par les

 © EDUCI 2022

chirurgiens thoraciques en fonction de l'extension du processus infectieux [12]. C'est ce qui a été fait dans le cas clinique rapport dans la présente étude.

D'une façon générale, on s'accorde dans la littérature que les suites post opératoires sont relativement simples [7,10]

CONCLUSION

Les risques de perforation et de migration consécutifs à l'ingestion d'un corps étranger restent élevés tant que le CE n'a pas été extrait. Parfois, le pronostic est sombre, marqué par le décès du patient. En cas de complications, une exploration chirurgicale pluridisciplinaire s'impose.

RÉFÉRENCES

1. HSSAINE K, BELHOUCHA B, ROCHDI Y, NOURI H, ADERDOUR L, RAJI A. Les corps étrangers en ORL: expérience de dix ans. *Pan Afr Med J.* 2015 Jun 5; 21:91. *https://doi: 10.11604/pamj.2015.21.91.6975.*
2. TAZI N, BARHMI I, ROUADI S, ABADA R, ROUBAL M, MAHTAR M. Les corps étrangers pharyngo-oesophagiens, l'expérience de notre service : à propos de 310 cas. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale.* 2014; 4(131): p A118. *https://doi.org/10.1016/j.aforl.2014.07.242.*
3. FRAGA M, ABDELRHAHMAN K, BURGMANN K, MAILLARD M, NYEDEGGER A, DORTA G. Risques et bénéfices d'une approche interventionnelle face aux corps étrangers digestifs. *Rev Med Suisse,* 2015; 11(484) :1592-5.
4. BONFILS P, CHEVALIER JM. Axe viscéral du cou, œsophage cervical. In : *Anatomie ORL.* p. 387-8. BONFILS P, CHEVALIER JM. Paris : Lavoisier ; 2017.
5. ROUX A, HEURTEBISE F, GODON A, HONARFAR S, CHARBONNEL P. Fistule cervicale par corps étranger pharyngé : à propos d'un cas. *La lettre d'ORL et de chirurgie cervico-faciale*, 2008 ; 315 : 20-2.
6. WU E, HUANG L, ZHAN Y, ZHU X. Migratory fish bone in the thyroid gland: case report and literature review. *Case Rep. Med.* 2018: 1-5. *https://doi.org/10.1155/2018/7345723.*
7. VROH BTS, ASSUA KE, ADJE YA, KOUASSI NH, NAWATTA KDC, NGUESSAN KI. Migration de corps étranger pharyngé dans la régionn parotidienne : à propos d'un cas. *J. Tun. ORL.* 2020 ; (44) : 69 – 71.
8. KOFFI AKA V, MOBIO ANM, N'GOUAN TANO TN, KENDJA F. Pseudo anévrysme carotidien provoqué par une arête de poisson. *La lettre d'ORL et de chirurgie cervico faciale.* 2011 ; 324 : 28-9.
9. HAJIIOANNOU J, KOUSOULIS P, FLOROU V, STAVRIANOU E. Iatrogenic migration of an impacted pharyngeal foreign body of the hypopharynx to the prevertebral space. *Int. J. Otolaryngol.* 2011; 2011: 1-4. https://doi.org/10.1155/2011/274102
10. BURAIMA F, BADOU KE, YODA M, KOUASSI YM, MELLEU V, TANON-ANOH MJ. Migration insolite d'un corps étranger œsophagien. La lettre d'ORL et de chirurgie cervico faciale 2015 ; 340 :18-9.
11. NAIDOO RR, REDDI AA. Chronic retained foreign bodies in the oesophagus. *Ann throrac surg.* 2004; 77(6) 2218-20.
12. N'GATTIA KV, VROH BTS, OUEDE R, KOUASSI-NDJEUNDO JE, MOBIO NM, DJE BI IH. Abcès rétropharyngé et médiastinite compliquant un corps étranger oesophagien. *La lettre d'Oto-Rhino-Laryngologie* 2016;(347):37-9.