

## PLACE DE LA CHIRURGIE DANS L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS INTRA OESOPHAGIENS : *A propos d'un cas « bridge dentaire ».*

KEMCHI R, HENIDER, BENCHAOUI M, BELBEKRI.

1) Service ORL et Chirurgie Cervico Faciale, CHU Ibn Badis, Constantine.

### RÉSUMÉ :

Le but de notre travail est de découvrir les différents types de corps étrangers intra œsophagien, leurs prises en charge ainsi que les complications potentielles, puis nous allons présenter un cas de corps étranger intra œsophagien insolite par sa présentation et sa prise en charge. Patiente de 55 ans, ayant ingéré accidentellement son bridge dentaire, enclavé au niveau de l'œsophage et nécessitant une chirurgie œsophagienne pour son extraction. Le corps étranger a séjourné un mois et cela à cause de l'échec des plusieurs tentatives d'extraction endoscopique rigides et souples, nécessitant le recours à la chirurgie pour son extraction. Il existe une multitude de variété de corps étrangers intra œsophagien, la symptomatologie est dominée par la dysphagie, la prise en charge est fonction du type du corps étranger, et repose en général sur l'extraction endoscopique. Dans certains cas de corps étrangers tranchants, enclavés, ou anciens, le recours à la chirurgie est nécessaire. Le corps étranger de l'œsophage est un accident fréquent, représentant plus de la moitié des corps étrangers des voies aéro digestives supérieurs, l'évolution se fait le plus souvent vers la progression spontanée vers l'estomac, 10% des cas nécessitent une extraction endoscopique, et dans 1% des cas le recours à la chirurgie.

*Mots clés : Œsophage, Bridge dentaire, Endoscopie, Chirurgie.*

### ABSTRACT : PLACE OF THE SURGERY IN THE EXTRACTION OF THE FOREIGN BODIES INTRA OESOPHAGIENS: *In purpose of a case «dental bridge».*

Discover the different types of foreign bodies intra esophageal, their catch support and potential complications, and we will present a case of body foreign intra esophageal unusual by its presentation and its support. Patient aged 55, having accidentally ingest his dental bridge, enclose at the level of the esophagus and esophageal surgery for its removal. The foreign body stayed one month and because of the failure of several rigid and flexible endoscopic retrieval attempts, requiring surgery for its removal. There are a multitude of foreign variety intra esophageal, symptomatology is dominate by dysphagia, support is a function of the type of the foreign body, and is based in General on the endoscopic extraction, in some cases of foreign body sharp, locked, or ancient surgery is necessary. Foreign bodies of the esophagus is a frequent accident, representing more than half of foreign bodies from the VADS, the evolution is more often to the spontaneous progression towards stomach, in 10% of cases requires endoscopic extraction, and in 1% of cases the use of surgery.

*Key words: Dental bridge, Esophagus, Endoscopy and surgery.*

## INTRODUCTION

Le corps étranger ingéré est une situation fréquente à laquelle le médecin est régulièrement confronté, situation qui est malheureusement très fréquente mais mal répertoriée dans notre pays.

Après déglutition, le corps étranger passe cinq fois plus dans les voies digestives que dans les voies aériennes [1].

La présentation clinique initiale comprend une symptomatologie assez stéréotypée, dominée par la dysphagie, maître symptôme, suivit de l'hypersialorrhée et la sensation d'accrochage rétrosternale.

La nature du corps étranger est très variable, cela dépend essentiellement de l'âge du patient. Ainsi, chez les enfants, on retrouve une grande fréquence de jouets et pièces de monnaies, alors que chez l'adulte, ce sont les corps étrangers alimentaires ainsi que les dentiers qui occupent le premier rang.

Si la progression du corps étranger n'est pas spontanée, on doit recourir à son extraction, qui est le plus souvent endoscopique digestive mais peut être dans de très rares cas chirurgicales.

Bien qu'en général, il s'agit d'un accident dont l'évolution est bénigne, il peut être émaillé de complications fâcheuses.

Aux Etats Unis, sur une série de 852 adultes et 2600 enfants, on a noté qu'il y a eu seulement 0 et 1 décès, respectivement [2].

## PATIENTS ET METHODE

Notre cas clinique concerne une femme de 55 ans, admise à l'hôpital de sa ville d'origine après avoir avalé accidentellement son bridge dentaire au cours d'un repas.

Notre patiente a été admise pendant dix jours au niveau du même hôpital, elle a bénéficié durant l'hospitalisation de plusieurs tentatives d'extraction par endoscopie souple sous anesthésie générale, devant l'échec de toutes ces tentatives, la patiente a été orientée à notre niveau.

A son arrivé, la patiente avait un état nutritionnel perturbé par la dysphagie qu'elle a présenté.

Une radiographie du thorax de face montre, au niveau de l'aire médiastinale, l'opacité des deux crochets métalliques et cela au-dessous du premier rétrécissement œsophagien (figure 1).

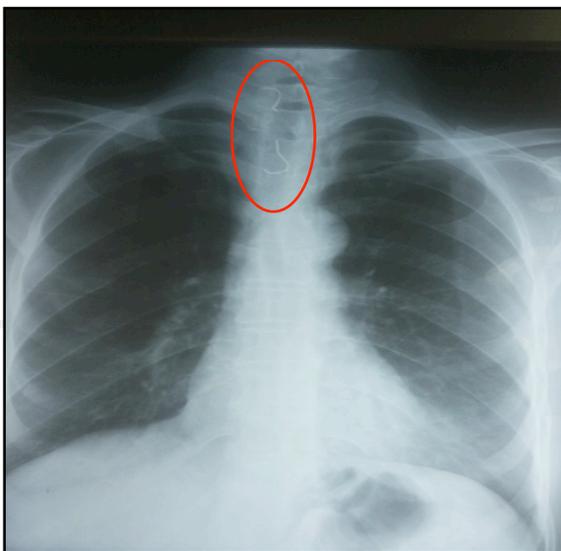


Figure 1. Radiographie thoracique montrant la projection du corps étranger ainsi que ses crochets métalliques entre le premier et le deuxième rétrécissement œsophagien.

La patiente ne présente pas de signes de complications.

Devant cette situation, on a décidé de tenter l'extraction du corps étranger par endoscopie rigide sous anesthésie générale.

Notre tentative d'extraction s'est heurtée à plusieurs difficultés, en l'occurrence, la taille du corps étranger, l'impossibilité de le faire glisser du fait qu'il est accroché par son crochet inférieur non contrôlable à la paroi œsophagienne, et la possibilité de provoquer des lésions graves pouvant aller jusqu'à la perforation œsophagienne.

A la lumière de ces résultats, et bien que très rare mais décrite dans la littérature, nous avons décidé de réaliser l'extraction par voie chirurgicale.

La chirurgie, dans ce cas, est une œsophagotomie gauche après déclinaison du lobe thyroïdien et identification-préservation du nerf récurrent gauche, et cela par cervicotomie gauche (figure 2).

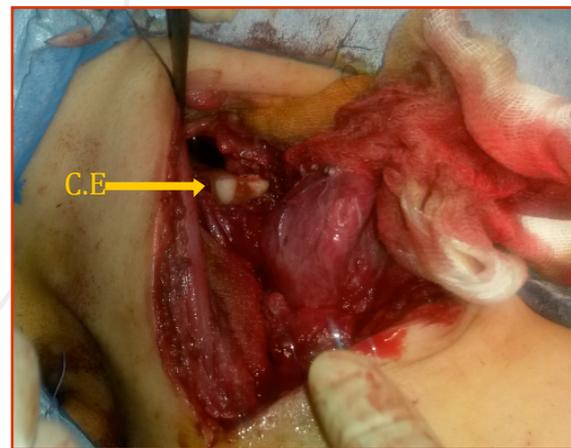


Figure 2. Vue chirurgicale, bridge dentaire visible à travers l'oesophagotomie.

C.E : corps étranger.

Après avoir ouvert l'œsophage, nous avons désenclavé le bridge par son crochet inférieur et nous l'avons retiré (figure 3).

L'exploration de l'œsophage après l'extraction retrouve des lésions de section longitudinales mais non transfixantes de la paroi imputable aux manœuvres d'extractions répétées que nous avons réparé, ainsi qu'un granulome inflammatoire et une paroi fragilisée à ce niveau.



Figure 3. Corps étranger (bridge dentaire) après extraction.

La fermeture de l'œsophage a été réalisée en deux plans différents, l'un muqueux avec des points inversés rapprochés, et un plan musculaire avec un surjet, les deux plans au fil résorbable (figure 4).

L'intervention s'est terminée par la mise en place d'une sonde naso-gastrique d'alimentation et un drain aspiratif au niveau de la plaie opératoire.

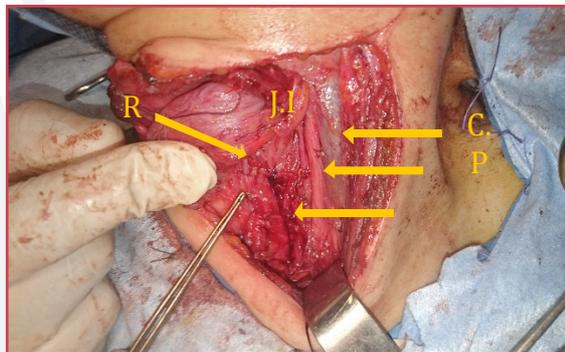


Figure 4. Vue chirurgicale, fermeture de l'œsophage au moyen d'un surjet au fil résorbable.

R : nerf récurrent gauche ; J.I : veine jugulaire interne ; C.P : artère carotide primitive ; F.O : fermeture œsophagienne ; lobe thyroïdien gauche récliné.

## RESULTATS

Après intervention, la patiente s'est bien réveillée, et n'a présenté aucune complication post opératoire immédiate, à savoir une hémorragie ou une dysphonie par atteinte récurrentielle. Elle a été mise sous triple antibiothérapie à base de claforan, flagyl, gentamicine ; et de l'atropine afin de diminuer la sécrétion salivaire, d'un inhibiteur de la pompe à proton pour diminuer la sécrétion acide gastrique et ses méfaits sur la qualité de la cicatrisation, en plus d'une alimentation par sonde naso-gastrique. Dans les jours qui suivent, la complication à surveiller et à redouter dans ce type d'interventions est la médiastinite dont les signes majeurs sont la fièvre, la dyspnée et l'élargissement du médiastin en radiographie standard. Notre patiente n'a présenté aucun de ces signes.

Dix jours après l'intervention, la patiente a présenté une tuméfaction latéro-cervicale gauche, ce qui nous a conduit à réaliser une TDM cervicale, qui a objectivé une collection hydro-aérique. Cette collection est probablement prédictive d'une mauvaise étanchéité œsophagienne ou simplement d'une infection localisée (figure 5).

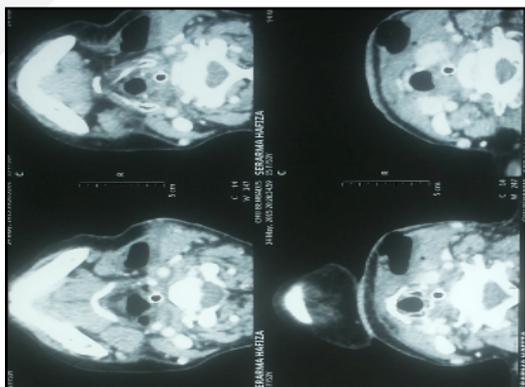


Figure 5. Coupes TDM montrant la collection hydro-aérique latéro-cervicale gauche.

Par conséquent, on a réalisé le drainage de la collection et la mise en place de lames de drainage qui sont devenues sèches au bout de trois jours.

Au bout de vingt jours, après l'intervention et dans un but de vérifier l'étanchéité œsophagienne, nous avons réalisé un TOGD aux hydrosolubles qui a montré une étanchéité parfaite de l'œsophage, avec la présence d'une sténose serrée pouvant être cicatricielle ou due à la présence d'un granulome inflammatoire (figure 6).



Figure 6. TOGD montrant l'étanchéité ainsi que la sténose œsophagienne.

L'alimentation par sonde naso-gastrique a été maintenue, et une fibroscopie souple de contrôle a été prévue dix jours après avec, selon le résultat, une séance de dilatation œsophagienne et cela après concertation avec les gastro-entérologues.

Au moment convenu, nous avons réalisé la fibroscopie et à notre grande surprise, nous avons trouvé un très bon passage de la sonde, avec absence de sténose. Suite à ce constat, nous avons mis fin à l'hospitalisation de la patiente après avoir retiré la sonde naso-gastrique et réintroduit une alimentation par voie orale, semi liquide et de façon douce et progressive.

## DISCUSSION

Il existe plusieurs types de corps étrangers intra œsophagiens, et ce type est conditionné par plusieurs facteurs dont les habitudes alimentaires et surtout l'âge. La tranche d'âge la plus concernée est celle des enfants à cause d'une immaturité organique de la région oro-pharyngée, mais encore parcequ'il s'agit de sujets en phase orale, qui crient et jouent. Ainsi, la population ingérant des corps étrangers reste à 80% pédiatrique avec un pic de fréquence entre 6 mois et 3 ans (70% contre 30% entre 3 à 12 ans) [3]. Les prisonniers, les patients psychotiques ou attardés mentaux, les alcooliques sont des patients à risque ainsi que ceux présentant des antécédents de malformation ou de chirurgie œsophagienne. Il en est de même des sujets âgés, édentés. Dans la plupart des cas, le diagnostic se fait à l'interrogatoire. Cependant, dans de rares cas où le diagnostic est difficile, il faut savoir interroger l'entourage. Le blocage se fait au niveau du muscle crico-pharyngien, de la crosse de l'aorte et du sphincter inférieur de l'œsophage. Quarante-vingt à 90% des corps ingérés passent spontanément, 10 à 20% nécessitent une extraction endoscopique et 1% le recours à la chirurgie [4].

Les corps étrangers proprement dit sont radio-opaques lorsqu'ils sont métalliques ou en verre, il s'agit de pièces de monnaies,

piles, aiguilles, épingles. Les cartilages, os, arêtes, morceaux de plastique n'étant pas toujours radio-opaques [3]. Les corps étrangers alimentaires sont le plus souvent radio-transparents. Il faut toujours réaliser une radiographie standard de face, qui en plus de mettre en évidence le corps étranger, montrerait les signes d'une éventuelle complication à savoir de l'air satellite du corps étranger témoin d'une perforation. Dans certains cas, une TDM est nécessaire. Le transit baryté est, par contre, à éviter à cause des risques de perforations [5].

L'ingestion d'un corps étranger entraîne une douleur rétro-sternale, une dysphagie, une odynophagie, une hypersialorrhée parfois des vomissements pour les gros objets mous « blunt » qui créent un syndrome obstructif nécessitant une extraction en urgence [6]. Les saignements et la perforation se voient en cas de corps étrangers tranchants « sharp », nécessitant une extraction en urgence du fait de risque de perforations, d'abrasions, d'ulcérations et de fistules [1].

Le caractère d'urgence n'est pas absolu, cependant, doivent être retirés d'urgence les corps étrangers de l'hypopharynx et de l'œsophage, obstructifs, tranchants, les piles bloquées dans l'œsophage, les corps étrangers dont l'épaisseur est supérieure à 2,5 cm et la longueur à 6 cm [7]. En cas d'ingestion, la stratégie est décidée en fonction de la taille du corps étranger, des contours, du matériel constituant le corps étranger, du site de blocage et de l'expérience de l'endoscopiste, pour les bézoards alimentaires qui sont les corps étrangers les plus fréquemment rencontrés chez l'adulte édenté ou présentant des anomalies anatomiques de type atrésie, sténose, diverticule ou cancer de l'œsophage, hernie hiatale ou anneau de Schatzki [8]. En l'absence de syndrome obstructif, il faut savoir patienter 24 heures. Des solutions huileuses et des boissons gazeuses pouvant être préconisées ainsi que l'injection intraveineuse d'1 mg de glucagon pour dilater le sphincter inférieur de l'œsophage (efficacité dans 30 à 50% des cas) [5]. Il est habituel de conseiller de ne pas pousser à l'aveugle l'endoscope dans le bézoard vers la cavité gastrique au risque de perforer notamment en cas d'obstacle. En revanche, s'il est possible d'amener l'endoscope entre la paroi œsophagienne et le corps étranger jusque dans la cavité gastrique et sous contrôle de la vue, il est alors recommandé de descendre doucement l'endoscope le plus loin possible afin de faire glisser le bézoard dans l'estomac. Dans l'estomac, une fragmentation mécanique ou par section est parfois nécessaire avant l'extraction. Pour les objets « mousses » ronds bloqués au niveau de l'œsophage, il faut aussi savoir temporiser 24 heures en l'absence de syndrome obstructif et 4 à 6 jours lorsqu'ils sont situés dans l'estomac [9]. En sachant que dans certains cas, des objets « mousses » peuvent mettre 4 semaines à s'éliminer de la cavité gastrique. La fréquence des objets « mousses » de type pièce de monnaie est de 42,5% entre 6 ans et 12 ans. Dans 16% des cas, l'ingestion est asymptomatique, dans 60 à 80% des cas, le blocage se situe au niveau du muscle crico-pharyngien, dans 10 à 20% au niveau de la crosse aortique et dans 5% à 20% au niveau du sphincter inférieur de l'œsophage [6]. En général, les pièces restent 1 heure seulement dans l'œsophage d'où l'intérêt d'en effectuer rapidement l'extraction. Les piles sont des objets « mousses » qui créent sur les radiographies standards une image avec un signe du « halot périphérique » compte tenu de leur usinage (2 faces de diamètres différents). L'ingestion de piles est une urgence lorsqu'elles sont situées dans l'œsophage car le risque de perforation est important : par simple pression, par courant de bas voltage, par délitement des piles non étanches [10]. La toxicité directe des différents éléments (lithium, argent, mercure) est cependant mise en doute. Quoiqu'il en soit, il ne faut pas laisser les piles dans l'œsophage quitte à les pousser

dans l'estomac car en 1 heure, des dégâts muqueux peuvent apparaître, en 2 à 4 heures, des dégâts musculaires et 8 à 12 heures, une perforation [8]. Une fois dans l'estomac, les piles s'éliminent le plus souvent spontanément. Les objets tranchants correspondent à une urgence s'ils sont impactés au niveau de l'œsophage et de l'estomac en raison des risques de perforation ou d'hémorragiques.

Les « body-packing » sont des préservatifs remplis de drogue, telle la cocaïne ou l'héroïne, cette dernière ayant un antidote en cas de rupture (naloxone) [11]. Il ne faut pas tenter d'extraire ces « body-packing » au risque d'une effraction puis d'une overdose. Une suspicion de rupture peut être envisagée sur des dosages sériques et urinaires [12]. La surveillance radiographique doit être quotidienne et la chirurgie envisagée s'il existe une suspicion de perforation ou si les sachets se bloquent plus de 48 heures dans l'intestin.

Certains corps étrangers tranchants ou accrochés à la paroi œsophagienne et dont l'extraction endoscopique est impossible, doivent bénéficier d'une extraction chirurgicale [5]. Cette situation est très rare et ne représente que 1% des corps étrangers de l'œsophage. Il s'agit là d'une intervention très délicate, par sa réalisation avec risques opératoires majeurs et par ses suites opératoires très difficiles, car il s'agit de l'ouverture dans le cou d'un organe septique avec tout ce qui s'en suit comme risques infectieux à savoir le risque de médiastinite [13] qui est une complication lourde, pouvant se solder par le décès du patient. Ce cap étant dépassé, on se retrouvera alors confronté au risque de sténoses, complications invalidantes conduisant à une dysphagie, voire une aphasie nécessitant dans la plupart des cas des séances de dilatations œsophagiennes [3].

## CONCLUSION

L'ingestion d'un corps étranger et son enclavement au niveau de l'œsophage constitue un incident très fréquent, auquel un médecin peut être confronté durant son exercice. Il s'agit dans la majorité des cas de situations faciles. Cependant, il ne faut pas méconnaître une complication qui peut être mortelle.

La prise en charge des corps étrangers ingérés doit se baser d'abord sur une politique de prévention, et cela dans la conception des différents objets domestiques ainsi que de campagnes de sensibilisations massives. Cela nous permettrait d'éviter le recours à des extractions qui peuvent être dans certains cas très dangereuses.

## REFERENCES

1. **Bhatia PL.** Les corps étrangers de l'hypopharynx et l'œsophage. *East Afr Med J.* 1989 ; 66 : 804-811.
2. **Brossard E, Perko D.** Les corps étrangers de l'œsophage. *Méd Hyg.* 1986 ; 44 : 2305-2309.
3. **Crysdale WS, Sendi KS, Yoo J.** Corps étrangers œsophagiens chez l'enfant. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1991 ; 100 : 320-324.
4. **Nandi P, Ong GB.** Corps étrangers dans l'œsophage. *Br J Surg.* 1978 ; 65 : 5-9.
5. **Singh B, Kantu M, Har-El G, Lucente FE.** Les complications associées à 327 organismes étrangers du pharynx, du larynx et de l'œsophage. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1997 ; 106 : 301-304.

6. **Panieri E, Bass DH.** La gestion de corps étrangers ingérés chez l'enfant. *Eur J Emerg Med.* 1995 ; 2 : 83-87.
7. **American Society for Gastrointestinal Endoscopy.** Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc.* 2002; 55 : 802-806.
8. **Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, JOHanson JF.** Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc.* 2002; 55 : 802-806.
9. **Murty PSN, Vijendra SI, Ramakrishna S, Fahim AS, Varghese P.** Foreign bodies in the upper aero-digestive tract. *SQU Journal for Scientific Research.* 200; 2 : 117-120.
10. **Kim JK, Kim SS, Kim SW, Yang YS, Cho SH *et al.*** Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: an analysis of 104 children. *Endoscopy.* 1999; 31 : 302-304.
11. **Velitchkov NG, Grigorov GI, Losanoff JE, Kjossev KT.** Ingested foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: retrospective analysis of 542 cases. *World J Surg.* 1996; 20 : 1001-1005.
12. **Ginsberg G.** Management of ingested foreign bodies and food bolus impaction. *Gastrointest Endosc.* 1995; 41: 33-38.
13. **Webb WA.** Management of ingested foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. *Gastrointest Endosc.* 1995 ; 41: 39-51.