



Traitement conservateur d'une perforation
traumatique de l'œsophage thoracique

Conservative management of a traumatic
perforation of the thoracic esophagus

علاج حافظ لثقب لدى البلعوم الصدري

K. El Haoudi, S. Ait Laalim, K. Ibn Majdoub Hassani, I. Toughrai, K. Mazaz

الملخص :

مقدمة : الأنتقاب بسبب جرح خارجي للبلعوم تكون أحد الأسباب المشتركة في أعراض مرضية، والتي تؤدي إلى ارتفاع عدد الموتى. وعلم الطب الباطني يبقى قليل ويبقى محدد على مستوى البلعوم العنقي، والعلاج يبقى فيه شكوك بسبب الوسائل العلاجية المتاحة أما العلاج الطبي الحافظ فهو ناجح في ظروف جد محدودة.

حالة طبية : أرجعنا حالة رجل يبلغ من العمر 40 سنة، أصيب في حادثة سير على مستوى القفص الصدري، لكنه كان واعيا رغم بعض الأوجاع في الصدر. الفحص الطبي بين فقر دم موضعي دون الحاد لدى المصاب على مستوى العضو العلوي الأيمن. كما أن الفحص بواسطة السكينر أظهر دم متجمد على مستوى الجذع الغضدي الراسي مع وجود بؤبؤات هوائية على مستوى كل ما يوجد في الصدر (باستثناء الرئتين) وكذا ريجا جنبية ثنائية. فتأكد لنا وجود ثقب في البلعوم بواسطة فحص بالسكينر مع إدخال مضاد قابل للانحلال وبواسطة تغذية صحية ومعالجة طبية خاصة كانت النتيجة في تحسن.

خاتمة : في غياب أعراض إلى حد أكبر، وبواسطة التحسينات الطبية السريعة لدى الرجل المصاب، فإن العلاج الطبي للأنتقاب وجرح البلعوم الصدري يبقى مستوى ممدوح.

الكلمات الأساسية : البلعوم الصدري، العلاج الطبي.

Résumé :

Introduction : Les perforations par traumatisme externe de l'œsophage sont associées à une morbi-mortalité élevée. C'est une pathologie rare et fréquemment localisée au niveau de l'œsophage cervical. Le traitement reste controversé en raison de la variété des moyens thérapeutiques disponibles. Le traitement conservateur médical reste admis dans des conditions bien définies.

Cas clinique : Nous rapportons un cas clinique rare chez un patient de 40 ans, victime d'un accident de la voie publique (AVP) avec point d'impact thoracique. A l'admission, le patient était conscient, avec des douleurs thoraciques. L'examen clinique trouvait une ischémie subaiguë du membre supérieur droit. A l'angiostScanner thoracique on notait la présence d'une thrombose du tronc artériel brachio-céphalique, de quelques bulles d'air au niveau du médiastin supérieur ainsi qu'un pneumothorax bilatéral. La confirmation de la perforation œsophagienne était apportée par un deuxième scanner thoracique avec ingestion d'un produit de contraste hydrosoluble. Sous une alimentation parentérale exclusive et antibiotiques, l'évolution était satisfaisante.

Conclusion : En l'absence de tous signes cliniques de sepsis majeur et devant l'amélioration clinique rapide de l'état clinique du patient, le traitement médical des perforations traumatiques de l'œsophage thoracique est une attitude à préconiser.

Mots clés : Œsophage thoracique, Perforation traumatique, Tomodensitométrie, Traitement médical.

Abstract :

Introduction : Esophageal perforation secondary to blunt trauma carries a high morbidity and mortality rates. It is a rare disease. Cervical esophagus is the commonest site of perforation. Numerous options are available for the management of esophageal injuries. The conservative medical management is allowed in well defined cases.

Case presentation : We report a rare clinical case of a 40-year-old patient who was injured in a car accident with an impact to the anterior chest. At the time of admission, the patient was alert and complained of chest pain. Clinical findings showed of subacute ischemia in the right upper limb. Chest computed tomography (CT) with intravenous contrast showed thrombosis of the brachiocephalic artery "a few air bubbles, in the upper mediastinum and a bilateral pneumothorax". The diagnosis of esophageal perforation was confirmed by a second CT with ingestion of a water-soluble contrast agent. Outcome was favourable on antibiotics and parenteral nutrition.

Conclusion : Provided that no clinical signs of sepsis are present and that the patient rapidly improves the conservative management of traumatic perforation of the thoracic oesophagus is a sounded option.

Key words : Thoracic esophagus, Traumatic perforation, Computed tomography, Medical treatment.

Tiré à part : K. El Haoudi : Département de chirurgie viscérale B. CHU Hassan II. Fès. Maroc
Email : elhaoudi.81@gmail.com

Introduction

La perforation de l'œsophage est une affection peu fréquente, avec un taux élevé de mortalité et de morbidité [1]. La cause la plus fréquente est iatrogène, due à des procédures endoscopiques [2]. Les perforations par traumatismes externes de l'œsophage thoracique sont très rares, de diagnostic difficile et passent souvent au second plan après les lésions thoraciques.

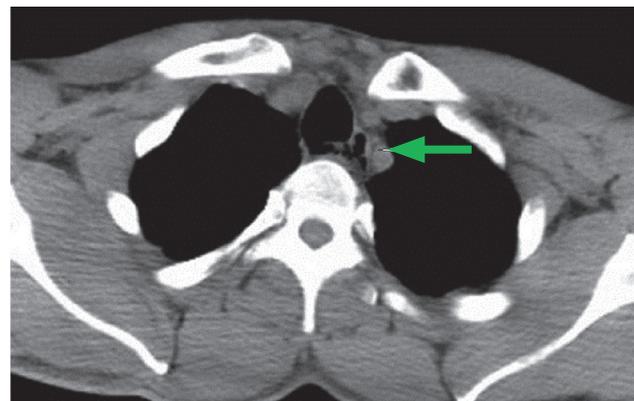
Les possibilités thérapeutiques des perforation de l'œsophage sont multiples, de caractère invasif croissant, et vont du traitement médical jusqu'à l'oesophagectomie, en passant par l'endoscopie interventionnelle. Une approche non opératoire médicale est admise dans des conditions bien définies. Nous illustrons à travers un cas rare de perforation par traumatisme externe de l'œsophage thoracique le traitement conservateur médical de ce type de lésion.

Observation

Patient de 40 ans, sans antécédents particuliers, victime le 31/10/12 d'un AVP (Conducteur heurté par le volant de sa voiture) avec point d'impact thoracique. A l'admission le patient était conscient «score de Glasgow:15/15», stable sur le plan hémodynamique avec des douleurs thoraciques, une dyspnée et une tachypnée à raison de 24c/min. L'examen clinique montrait des echymoses au niveau de la partie supérieure de l'hémithorax droit et une ischémie subaiguë du membre supérieur droit. Le reste de l'examen somatique était sans particularité. Un angioscanner thoracique a été réalisée en urgence devant l'ischémie du membre qui montrait la présence d'une thrombose du tronc artériel brachio-céphalique étendue à l'émergence de la carotide primitive droite avec occlusion de l'artère sous clavière droite et un pneumothorax bilatéral plus important. Par ailleurs notre attention était attirée par la présence de quelques bulles d'air au niveau du médiastin supérieur, au contact de la paroi œsophagienne postérieure (figure 1). Devant la suspicion radiologique d'une perforation œsophagienne, un complément scanographique avec ingestion du produit de contraste

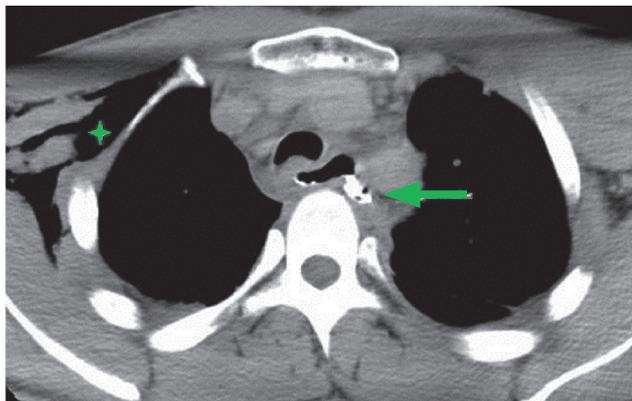
hydrosoluble confirmait la rupture de la paroi postérieure gauche de l'œsophage et montrait également l'apparition d'un emphysème sous cutané axillaire droit (figure 2). Le patient était traité par drainage du pneumothorax droit, une alimentation parentérale exclusive, une héparinothérapie curative à la seringue électrique avec une antibiothérapie à base de céphalosporine III^{ème} génération associée à un aminoside. A J+1 en service de réanimation, le patient était apyrétique avec une amélioration de l'ischémie du membre supérieur droit qui est redevenu chaud. Par contre le patient avait développé une paralysie faciale gauche isolée. Sur le plan biologique on notait une régression des taux des globules blancs et de la protéine C réactive. La TDM cérébrale montrait la présence d'un accident vasculaire cérébral ischémique aigu du territoire sylvien droit associé à des foyers hémorragiques. Après une discussion multidisciplinaire entre réanimateur, chirurgien viscéral et vasculaire, la décision était de continuer le traitement médical avec une surveillance clinique et biologique étroite du patient. Durant son séjour en réanimation l'évolution était rassurante. Le patient restait apyrétique avec une régression de la paralysie faciale, de l'ischémie de son membre et d'une normalisation des taux des GB et de la CRP. Une opacification de l'œsophage à la gastrographie était réalisée à J+8 montrait l'absence de fuite œsophagienne. L'alimentation entérale était autorisée à J+9 sans incident et le patient quittait l'hôpital à J+12 sous traitement anticoagulant à dose curative.

Figure 1 : Scanner en coupe axiale



Montre des bulles d'air au contact de la paroi œsophagienne postérieure (flèche).

Figure 2 : Scanner en coupe axiale après ingestion d'un produit de contraste hydrosoluble



Il confirme la rupture de la paroi postérieure gauche de l'œsophage (flèche). Noter l'apparition d'un emphysème sous cutané axillaire droit (étoile).

Discussion

La perforation de l'œsophage est une pathologie rare et potentiellement mortelle. Des études récentes continuent de rapporter une forte morbidité et une mortalité supérieure à 20% [2]. La cause la plus fréquente est iatrogène dans 60% des cas et souvent suite à des procédures endoscopiques [2]. Les traumatismes externes représentent une cause plus rare des perforations œsophagiennes < 10% et sont le plus souvent localisés au niveau de sa portion cervicale [3,4]. L'œsophage thoracique semble être protégé par la cage thoracique et la perforation traumatique reste exceptionnelle.

Le mécanisme exact de la perforation œsophagienne au cours du traumatisme externe reste incertain. Une augmentation brutale de la pression intra-luminale contre une glotte fermée a été suggérée comme le principal mécanisme de rupture [4]. Un second mécanisme pourrait être en cause, c'est le "blast effect" ou l'effet de souffle entraînant des lésions combinées : trachéale et œsophagienne [4]. Une troisième théorie a été évoquée, c'est l'ischémie œsophagienne suite à une dévascularisation de ce dernier par une décélération, dans ce cas la perforation s'installe tardivement par rapport au traumatisme [5].

Le diagnostic des perforations de l'œsophage thoracique par traumatisme externe est particulièrement difficile. Les

manifestations cliniques immédiates ne permettent un diagnostic précoce que dans 33 % des cas [6]. La douleur thoracique est le symptôme le plus précoce et le plus constant, mais ce signe clinique est habituellement rencontré dans les traumatismes thoraciques sans lésions œsophagiennes. L'emphysème sous-cutané est un signe très évocateur d'une perforation de l'œsophage cependant, il n'est présent que dans 15 % des perforations thoraciques [7]. En cas de retard diagnostique, le tableau septique passe au premier plan. La radiographie pulmonaire standard est anormale dans 90% des cas. Peuvent être vus, un élargissement médiastinal, un pneumo-médiastin, un épanchement pleural, un pneumothorax [5]. La sensibilité du transit oeso-gastro-duodéal est de 75-80% pour le diagnostic de perforation thoracique, avec un taux élevé de faux négatif ce qui rend nécessaire en cas de forte suspicion clinique de renouveler l'opacification dans les heures qui suivent [2]. Il permet cependant d'avoir une bonne idée du siège de la perforation de l'œsophage et de l'importance de l'extravasation. La TDM avec opacification digestive est actuellement l'examen de choix à réaliser en première intention avec une sensibilité qui atteint les 100% [8]. L'endoscopie œsophagienne n'est pas recommandée, car l'insufflation est susceptible d'élargir une brèche transmurale minimale et de compromettre la possibilité d'un traitement conservateur [9].

Chez notre patient, la perforation de l'œsophage n'était pas suspectée cliniquement. L'emphysème sous cutané était absent lors du premier examen et la présence de douleur thoracique est habituel devant ce type de traumatisme. Ce n'est qu'en présence de bulles d'air dans le médiastin supérieur à l'angioscanner thoracique que le diagnostic d'une perforation de l'œsophage était évoqué et confirmait par un scanner thoracique avec opacification digestive.

Malgré des décennies d'expériences cliniques, la gestion des perforations œsophagiennes reste difficile. Il n'existe aucune norme d'or pour le traitement de choix. Les possibilités thérapeutiques sont multiples, et compte tenu du mauvais pronostic des perforations de l'œsophage, le traitement préconisé a souvent été maximaliste, avec oesophagectomie. Des séries récentes rapportent des résultats

satisfaisants après traitement conservateur mini-invasives, fondées notamment sur l'endoscopie interventionnelle (prothèses, clips, collage), éventuellement associée à des gestes de drainage chirurgicaux ou radiologiques, mais ces attitudes ne sont pas encore validées [8]. Les premières tentatives de traitement médical ont été rapportées par Mengold et Klassen en 1965 avec une mortalité de 6% sur une série de 18 patients [10]. Les indications de ce traitement sont actuellement bien codifiées, notamment grâce aux travaux d'Altorjay en 1997 [11] (tableau 1). Un

Tableau 1

Délai de prise en charge	Précoce : Inférieur à 24 heures
Clinique	Absence de syndrome infectieux marqué
Radiologie	<ul style="list-style-type: none"> - Localisation cervicale ou thoracique de la perforation - Perforation contenue - Perforation intra-murale - Fuite du produit de contraste drainée dans la lumière œsophagienne - Extravasation limitée du produit de contraste - Absence d'extravasation pleurale du produit de Contraste
Terrain	<ul style="list-style-type: none"> - Perforation non tumorale - Absence d'obstacle sous-jacent
Autre	Possibilité de surveillance clinique et radiologique, par une équipe rodée à la prise en charge médico-chirurgicale des pathologies œsophagiennes.

Indications du traitement médical exclusif des perforations œsophagiennes

délai de prise en charge supérieur à 24 heures en est devenu une contre indication relative [12-13]. Plus il y a de critères présents au moment du diagnostic, plus les chances de succès

sont élevées. Le patient est mis à jeun strict et une sonde nasogastrique est positionnée sous contrôle radioscopique. Un traitement antibiotique approprié contre les bactéries aérobies et anaérobies est instauré rapidement. Les fonctions vitales sont maintenues stables avec une surveillance aux soins intensifs pendant 24 à 48 heures. Un apport nutritionnel suffisant est assuré au moyen d'une alimentation parentérale. Toute collection ou tout épanchement pleural est drainé. Un examen tomодensitométrique est réalisé devant l'apparition de toute détérioration clinique. Ce traitement est maintenu pendant 7 jours et une opacification de l'œsophage est programmée au 7^e jour avant toute réalimentation orale.

Notre cas est caractérisé par l'origine traumatique de la perforation de l'œsophage, ce qui est rare. Pratiquement tous les critères d'Altorjay ont été réunis. Il s'agit d'une perforation de l'œsophage sans effraction pleurale et sans obstacle sous jacent. La fuite du produit de contraste a été limitée et parfaitement drainé dans la lumière œsophagienne. Ce traitement médical a été réalisé avec succès et en aucun moment le patient n'a présenté des signes de sepsis. Cependant cette option doit être réalisée avec précaution. En effet, même dans le cas d'une perforation minimale diagnostiquée tôt, l'évolution peut être imprévisible et une médiastinite ou un empyème peuvent apparaître rapidement avec augmentation de la morbidité et de la mortalité. Actuellement, le taux d'échec du traitement médical conduisant à un geste interventionnel est d'environ 20% [11].

Conclusion

La perforation traumatique de l'œsophage thoracique est une pathologie rare de diagnostic difficile. Elle survient habituellement sur un œsophage sain. En dehors de tous signes cliniques de sepsis majeur et devant l'amélioration clinique rapide du patient, le traitement médical reste l'option thérapeutique de choix devant ce type de lésion.

Références

- 1- Cheynel N, Arnal E, Peschaud F et al. Perforation and rupture of the oesophagus: treatment and prognosis. *Ann Chir.*2003; 128:163–6.
- 2- Brinster CJ, Singhal S, Lee L et al. Evolving options in the management of oesophageal perforation. *Ann Thorac Surg.*2004; 77(4):1475-83.
- 3- G olliet-Mercier N, Allaouchiche B, Monneuse O. Une perforation de l'œsophage thoracique par traumatisme externe. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation.*2005; 24 :1313-1317.
- 4- Sartorelli KH, McBride WJ, Vane DW. Perforation of the intrathoracic oesophagus from blunt trauma in a child: case report and review of the literature. *J Pediatr Surg.*1999; 34:495-7.
- 5- Monzon JR, Ryan B. Thoracic esophageal perforation secondary to blunt trauma. *J Trauma.* 2000; 49:1129-31.
- 6- Michel L, Grillo HC, Malt RA. Esophageal perforation. *Ann Thorac Surg.*1982; 33:203-21.
- 7- Michel L, Grillo HC, Malt RA. Operative and non operative management of esophageal perforations. *Ann Surg.*1981; 194:57-63.
- 8- Chirica M, Champault A, Dray X et al. Perforations de l'œsophage. *Journal de Chirurgie viscérale.*2010; 147:169-181.
- 9- Horwitz B, Krevsky B, Buckman JrRF et al. Endoscopic evaluation of penetrating oesophageal injuries. *Am J Gastroenterol.*1993; 88(8):1249-53.
- 10- Mengold L, Klassen KP. Conservative management of oesophageal perforation. *Arch Surg.* 1965 ;91:232-40.
- 11- Altorjay A, Kiss J, Voros A, Bohak A. Non operative management of oesophageal perforation: Is it justified? *Ann Surg.*1997; 225(4):415-21.
- 12- Abbas G, Schuchert MJ, Pettiford BL, Pennathur A, Landreneau J et al. Contemporaneous management of oesophageal perforation. *Surgery.* 2009; 146(4):749-55 [discussion 55-6].
- 13- Wang Y, Zhang R, Zhou Y, Li X, Cheng Q, Liu K, et al. Our experience on management of Boerhaave's syndrome with late presentation. *Dis Esophagus.*2009; 22(1):62-7.