

Quel est votre diagnostic ?

DYSPHAGIE CHRONIQUE CHEZ UN MALGACHE

Rakoto-Ratsimba HN, Mandeville KL, Rabesalama SSEN, Rahaingo MM, Ranaivozanany A

• *Service de Chirurgie Viscérale, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU-JRA) Ampefiloha, BP 4150 Antananarivo 101 Madagascar*

Med Trop 2008 ; 68 : 541-543

Observation

Un homme âgé de 35 ans, vivant à Madagascar dans une région éloignée de toute formation sanitaire, consultait pour une dysphagie chronique évoluant depuis une quinzaine d'années avec des épisodes récurrents, plus ou moins atténués par la prise de pansement gastrique mais sans aucune manifestation respiratoire. Il n'y avait pas d'altération de l'état général.

L'examen clinique était sans anomalie notable. La radiographie pulmonaire était normale.

Un transit baryté œsophagien était réalisé (Fig. 1).



Figure 1. Transit œsophagien .

Quel est votre diagnostic ?

• *Correspondance : rrhery@yahoo.fr*

• *Article reçu le 12/12/2006, définitivement accepté le 10/05/2008.*

Réponse

Un dentier incrusté dans l'œsophage

Le transit baryté œsophagien visualisait l'empreinte d'un corps étranger au niveau de la muqueuse œsophagienne en regard de la 9^e vertèbre thoracique sans trajet fistuleux trachéal ou bronchique. Une fibroscopie digestive haute était réalisée et retrouvait un dentier incrusté dans la muqueuse œsophagienne à 32cm des arcades dentaires ! En reprenant l'anamnèse, l'homme expliquait avoir ingéré de façon accidentelle son dentier 15 ans auparavant, provoquant une dysphagie immédiate, surtout pour les aliments solides. Il justifiait l'absence de prise en charge par l'amélioration progressive après la prise d'hydroxyde d'alumine et l'éloignement des structures sanitaires... Les tentatives d'extraction instrumentales s'avérant infructueuses, un abord chirurgical de l'œsophage thoracique était réalisé par thoracotomie antéro-latérale gauche, le corps étranger étant de localisation basse. L'œsophagotomie permettait une extraction facile du dentier (Fig. 2), la paroi œsophagienne étant non inflammatoire et le corps étranger peu adhérent. Les suites opératoires étaient simples.



Figure 2. Le dentier après ablation chirurgicale.

Discussion

L'ingestion d'un corps étranger conduit à une consultation dans les 24 premières heures dans 60 à 85% des cas (1). Un délai supérieur à une semaine est néanmoins observé chez plus de 5% des patients (2). Notre observation rapportant un corps étranger ayant séjourné 15 années dans l'œsophage est exceptionnelle, aucune observation similaire n'ayant été retrouvée dans la littérature des dix dernières années. L'ingestion de dentier survient essentiellement chez les sujets âgés (70 ans en moyenne) porteurs de dentier (1). Le relatif jeune âge de notre patient est lié à la fréquence particulière des caries dentaires chez l'adulte jeune dans les pays en développement comme Madagascar, qui sont le plus souvent traitées tardivement et imposent des extractions dentaires. De plus, les dentiers sont souvent de fabrication artisanale et donc mal adaptés et mobiles, facilitant les accidents de déglutition. Ces corps étrangers ont tendance à se bloquer au niveau des rétrécissements anatomiques (bouche œsophagienne, empreinte aortique et cardia), d'un rétrécissement pathologique ou d'une anomalie de la motricité œsophagienne (3). Le calibre important du corps étranger ainsi que la présence d'aspérités sont également des facteurs de blocage (4). La symptomatologie clinique associe le plus souvent une dysphagie, des douleurs à la déglutition et une hyper sialorrhée (1). Des complications peuvent également être révélatrices : perforation œsophagienne avec médiastinite, fistule œso-trachéale ou encore infection pulmonaire. Une fistule aorto-œsophagienne, complication rarissime et gravissime, a été également décrite (5). La radiographie pulmonaire visualise et situe un corps étranger radio-opaque ainsi qu'un éventuel élargissement du médiastin en cas de médiastinite. Pour les corps étrangers radio-transparents, le transit œsophagien montre les contours du corps étranger moulé par le produit de contraste et dépiste un éventuel trajet fistuleux. Le scanner thoracique, performant dans la détection des corps étrangers radio-transparents, peut également détecter les lésions inflammatoires ou infectieuses associées (6). L'endoscopie œsophagienne permet enfin de visualiser directe-

ment le corps étranger et parfois de l'extraire (1). L'œsophagoscopie rigide, effectuée sous anesthésie générale, est particulièrement performante. Elle permet une extraction plus aisée et moins traumatisante car la partie acérée du corps étranger peut être introduite dans l'endoscope protégeant ainsi la muqueuse lors de son passage (7). Quant à la fibroscopie, elle peut être pratiquée sous anesthésie locale mais l'extraction du corps étranger n'est pas protégée au travers du canal opérateur avec ainsi des risques plus importants de lésions pariétales (8). En cas d'extraction instrumentale, une surveillance doit être instaurée afin de dépister une perforation qui est rare. En cas d'échec de l'extraction endoscopique comme dans notre observation, l'extraction par thoracotomie est indiquée, par voie droite pour les corps étrangers situés au niveau du 1/3 supérieur et 1/3 moyen de l'œsophage thoracique et gauche pour ceux situés au tiers inférieur. L'abord par vidéo-thoracoscopie est élégant et d'actualité mais ses indications validées demeurent du domaine de la pathologie pleuro-pulmonaire (8). L'œsophage est abordé après ouverture du ligament triangulaire et de la plèvre médiastinale et l'extraction se fait à l'aide d'une œsophagotomie. Les complications post-opératoires sont rares mais graves, de type infectieux (médiastinite, fistules). Des douleurs post-opératoires invalidantes peuvent également exister en rapport avec une lésion du pédicule intercostal. Malgré la durée de séjour du corps étranger dans l'œsophage de notre patient (15 ans), l'ablation a été rendue aisée par l'absence de phénomènes inflammatoires probablement liée au caractère inerte du dentier. La taille de ce corps étranger (35mm de grand axe), les aspérités qu'il présentait aux deux extrémités expliquent son incarceration. Enfin, l'impossibilité pour ces populations de certaines régions de Madagascar d'accéder à une formation sanitaire explique la survenue d'une telle situation exceptionnelle.

Références

- 1 - Monat S, Barouk J, Le Rhun M. Prise en charge des corps étrangers du tractus digestif supérieur. *Hepato-Gastro* 2001 ; 8 : 179-87.
- 2- Singh B, Kantu M, Har-El G, Lucente FE. Complications associated with 327 foreign bodies of the pharynx, larynx and esophagus. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997 ; 106 : 301-4.
- 3- Macpherson RI, Hill JG, Othersen HB, Tagge EP, Smith CD. Esophageal foreign bodies in children: diagnosis, treatment, and complications. *AJR Am J Roentgenol* 1996 ; 166 : 919-24.
- 4- Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal track: update. *Gastrointest Endosc* 1995 ; 41: 39-51.
- 5- Naidoo RR, Reddi AA. Chronic retained foreign bodies in the esophagus. *Ann Thorac Surg* 2004 ; 77: 2218-20.
- 6- Eliashar R, Dano I, Dangoor E, Braverman I, Sichel JY. Computed tomography diagnosis of esophageal bone impaction: a prospective study. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1999 ; 108 : 708-10.
- 7- De Barros A, Dehesdin D. Corps étrangers de l'oesophage. *EMC Gastro-entérologie*, 9-203-D-10, 2000, 5 p.
- 8- Azorin JF, Vidal R, Martinod E, De Kerangal X, Dahan M. Voies d'abord mini-invasives du thorax. *EMC Techniques chirurgicales - Thorax*, 42-220, 2006.

DYSPHAGIE CHRONIQUE CHEZ UN MALGACHE

RÉSUMÉ • Si les corps étrangers de l'œsophage sont fréquents, les enclavements découverts tardivement sont rares. Les auteurs rapportent le cas exceptionnel d'un dentier retenu au niveau de l'œsophage thoracique, découvert et extrait chirurgicalement 15 ans après avoir été ingéré accidentellement. L'insuffisance des formations sanitaires dans les régions reculées de Madagascar explique ce cas clinique qui permet de discuter les particularités de la prise en charge.

MOTS-CLÉS • Chirurgie - Corps étranger - Œsophage - Retard diagnostique.

CHRONIC DYSPHAGIA IN A PATIENT FROM MADAGASCAR

ABSTRACT • While esophageal foreign bodies are a common occurrence, late discovery is rare. The purpose of this report is to describe an unusual case in which a set of dentures lodged in the thoracic esophagus was discovered and surgically removed 15 years after accidental ingestion. Inadequacy of health care in remote regions of Madagascar accounts for this clinical case. Diagnosis and management of esophageal foreign bodies are discussed.

KEY WORDS • Late discovery - Foreign body - Esophagus - Surgery.