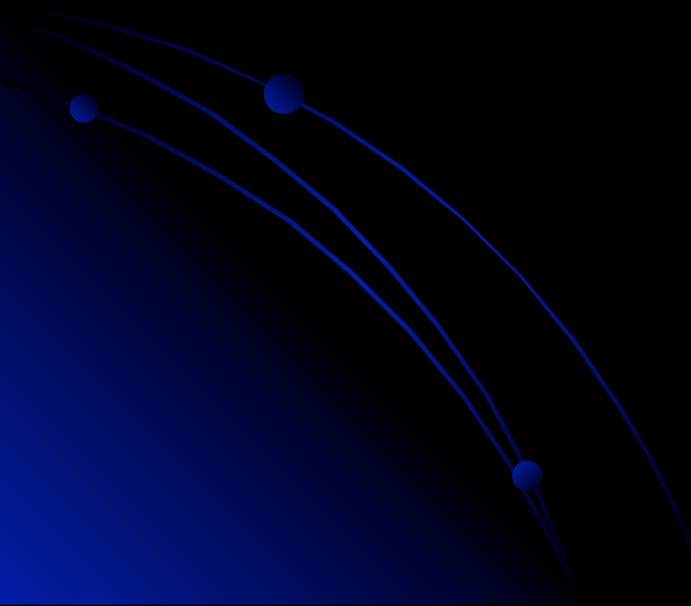


PERFORATIONS ŒSOPHAGIENNES



Etiologie des Perforations

- **Prématuré : perforat° néonatale / sonde**
- **> Dilatation (endoscopique) pour Sténose**
 - > cure d'atrésie de l'œsophage
 - > caustique
 - > peptique
 - Sténose congénitale
- **Corps Etranger**

Chez NN :

2 circonstances ++ de survenue :

- **Aspiration pharyngée traumatique en salle de naissance ou test de perméabilité œsophagienne**

→ **Risque erreur DG : Atrésie de l'Œsophage**

- **Aspirations pharyngées répétées en Réa sur 1 Gd Préma**

→ **Risque de méconnaissance**

Mécanismes lésionnels

- Localisation – mécanisme :
 - Mur pharyngé post.
à la Jonction pharyngo-œsophagienne
→ Muscle crico-pharyngé: contract° réflexe / stimulation ou traumatisme local
 - Extension cervicale
- Circonstances :
 - > test de perméabilité oeso. : > extubation de gds préma. → aspirations pharyngées répétées avec sécrétions épaisses et inflammation pharyngée
 - Sonde trop rigide, de $\varnothing \uparrow$, personnel inexpérimenté

Gds prématurés

- Tissus + fragiles,
 - Nécessité d' aspirations fréquentes
 - Expression de la douleur : interprétat° ?
 - Svt sous Cortico Θ → fragilise les tissus
-
- !! Perception difficile du faux trajet
 - S. DG non spécifiques → sg aspiré oral, nasal, pharynx, sensation de butée de la sonde, résidu gastrique noirâtre doivent → ? DG

Diagnostic

- RX Thorax

- Trajet anormal de la SG sur RX de Face
- Ombre autour de la SG
- ! mais N ds 12 % - 33 %

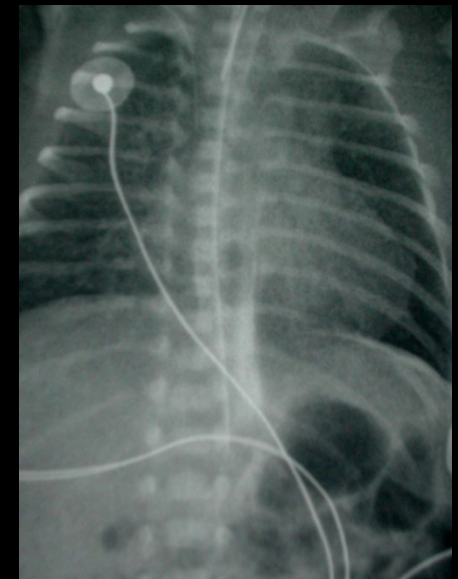
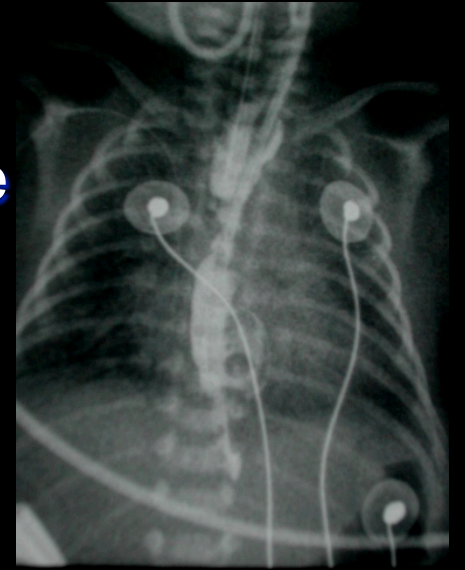
⇒ Intérêt ++ de RX de PROFIL

- Opacification RX

- Siège de la perforation,
- Faux trajet
- Opacification anormale (localisation)
- Peut être N ds 10 %

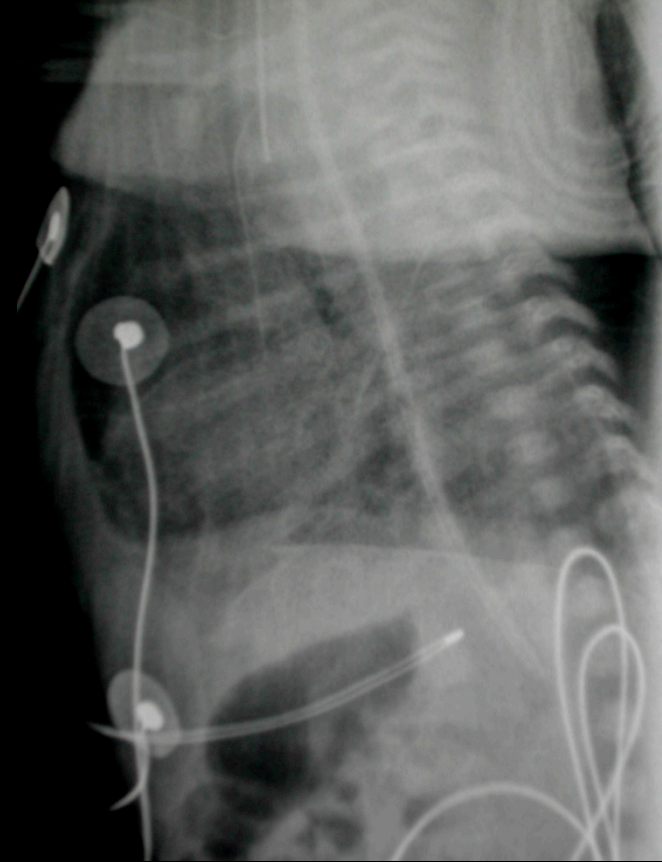
- CT-scan :

- cher, irradiant,
- ! Faux - car : lésion ↓, sonde ↓, enfant ↓



Intérêt ++ de RX de PROFIL

- si Atrésie Œsophage
→ SG en avant du Rachis
et extrémité SG à T2-T4

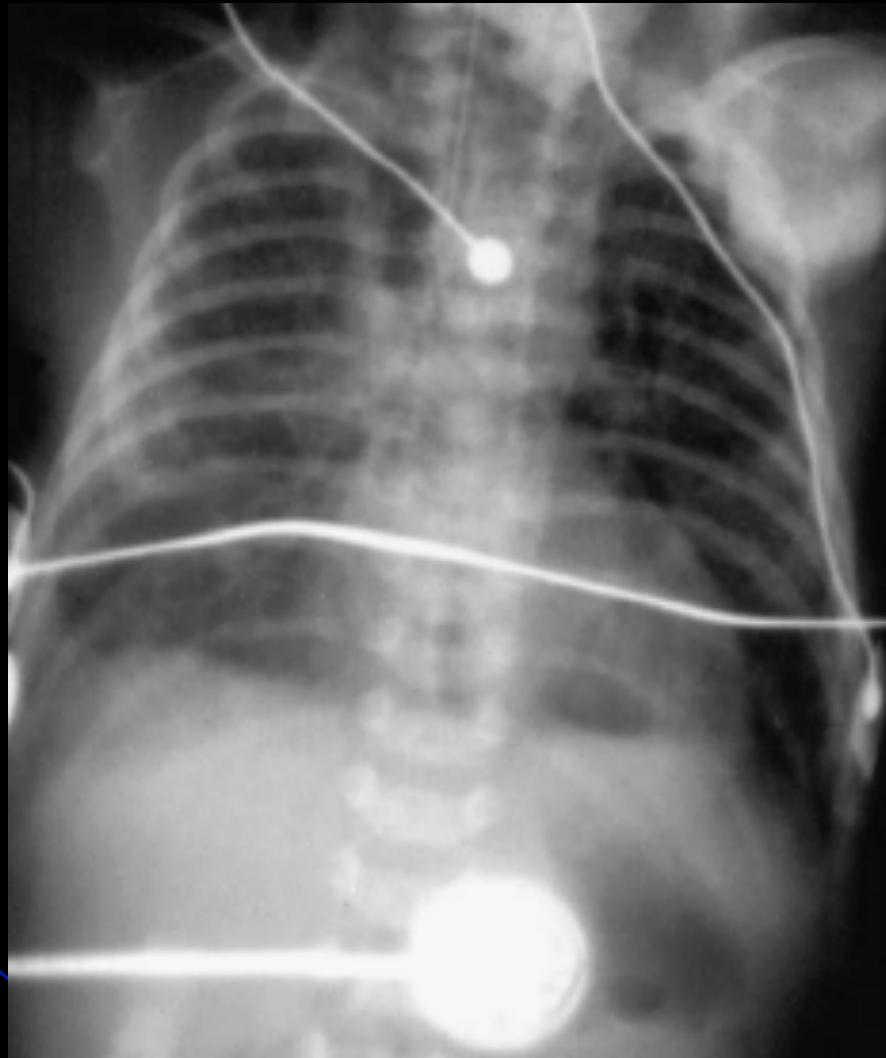


- **Perforation**

(mur post de l'œsophage)

→ **SG se projette sur le rachis**

= trop postérieure

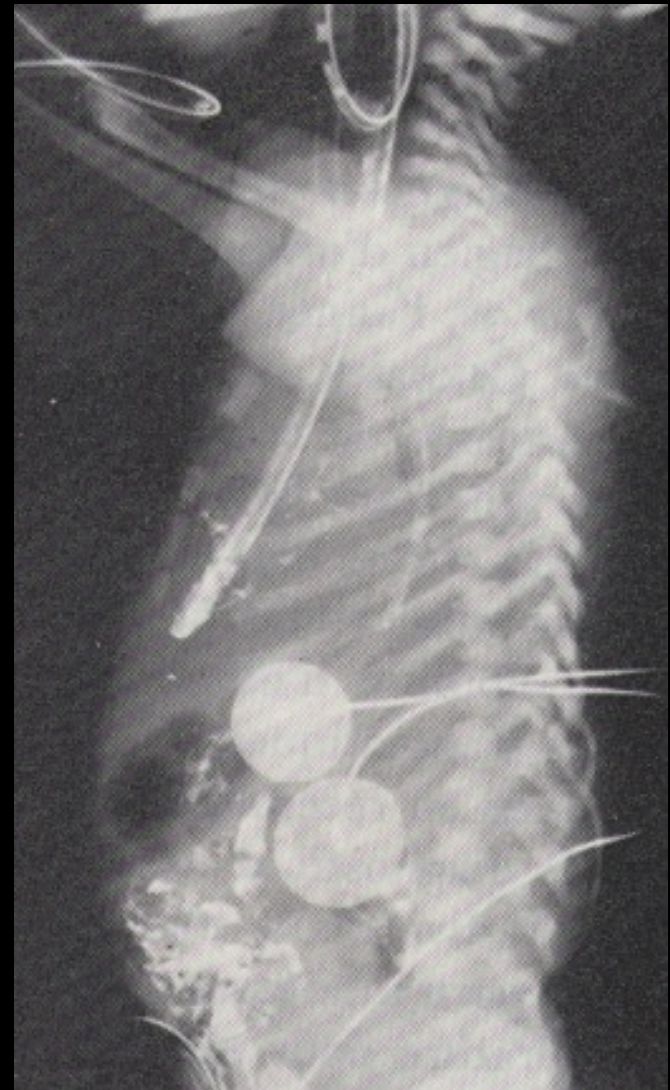
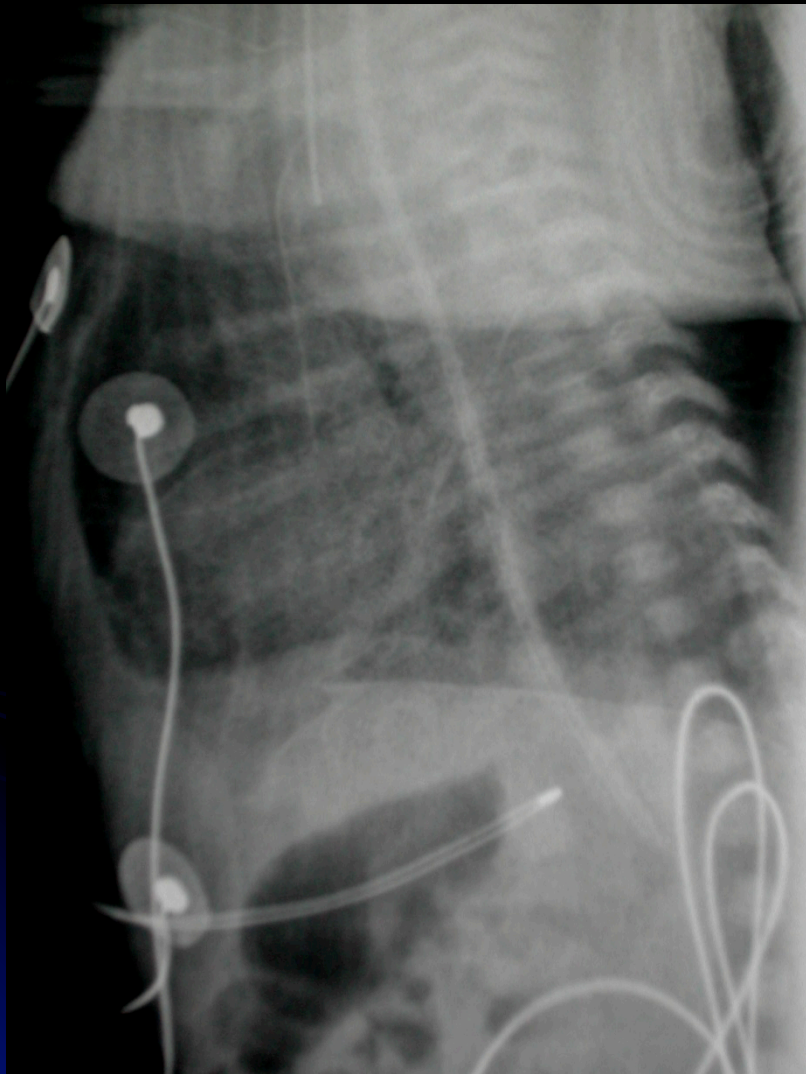


Pneumomédiastin
+ épanchement pleural droit +
emphysème sous-cutané cervical.



Intestin distendu
Extrémité SG → hypocondre Dt

+ rare = Perforat° Antérieure



J Borde et al Ann Chir Inf 1976

Endoscopie Diagnostique

Fibroskopie = Endoscope flexible (\varnothing ext: 3,0 mm)

passé par le nez, faite au lit: spray xylocaïne nez-pharynx sans sédatif → examen rapide (<1') → cavité nasale, pharynx, larynx, trachée, œsophage ± estomac

→DG

→Évite : retard DG, transfert en RX, RX-opacif , irradiat°

→Visualise le tractus aérodigestif

→Localisat° lésionnelle précise

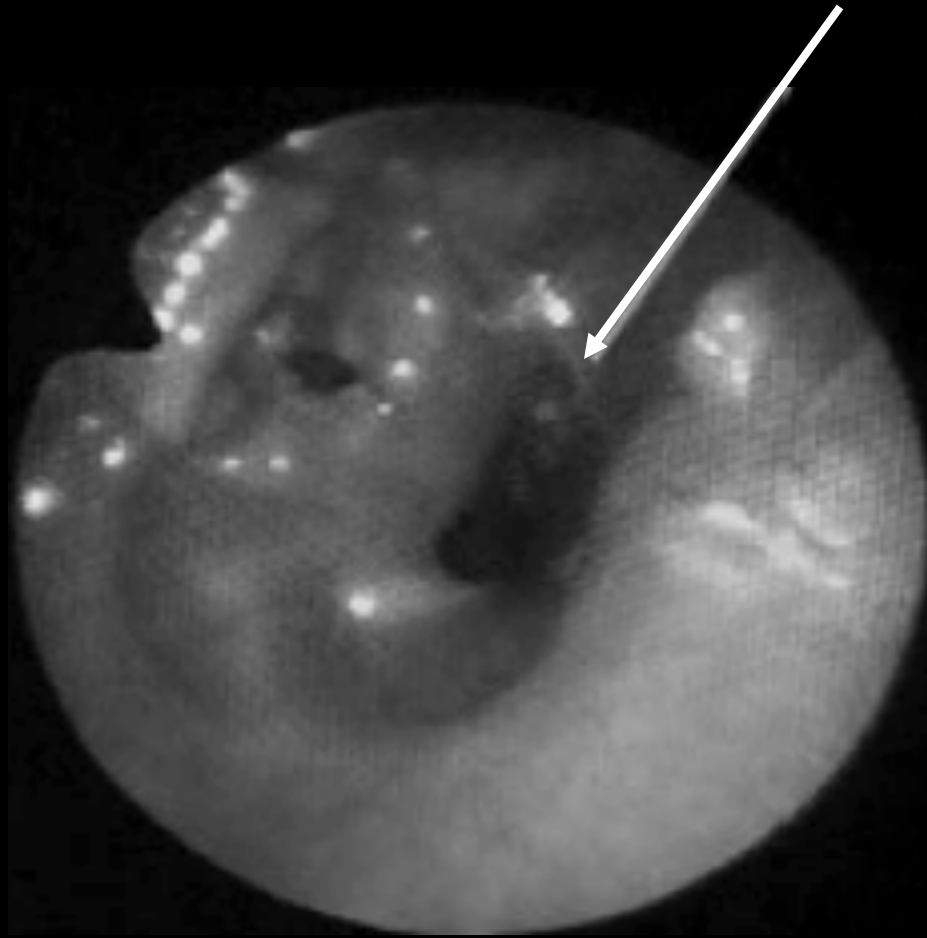
→Mécanisme du trauma. muqueuse/ Sonde

→mesure distance / narines → conseil aspirations

→Passage contrôlé d' une SNG pour alimentat°

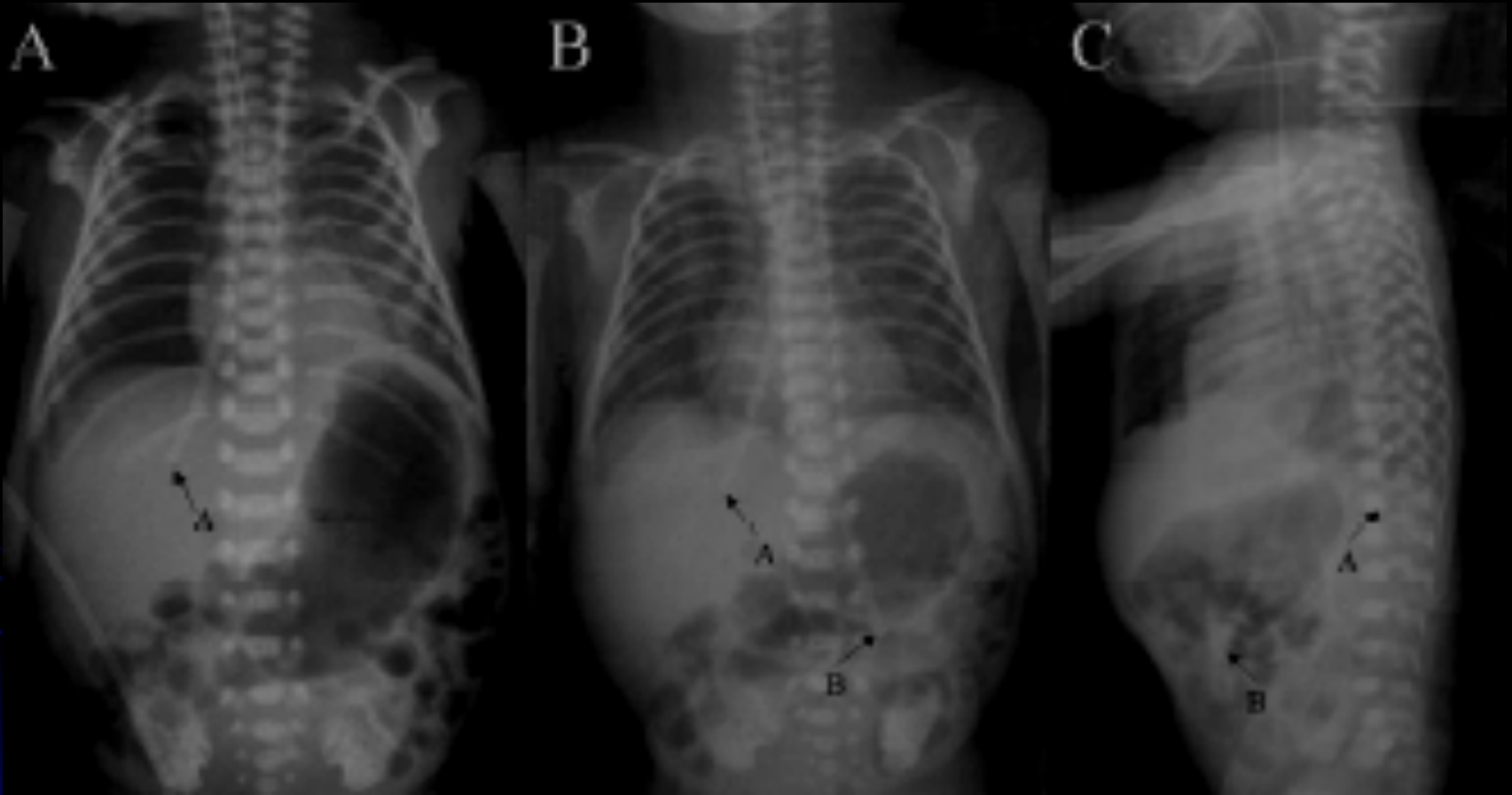
→ évite faux trajet

Fibroscopie



Perforat° muqueuse d' 1 cm sur le bord Dt de l' orifice œsophagien

Astuce !



A: SG à direction → Dte (Flèche)

B: 2° SG mise en place en laissant la 1° (bouche l' orifice perfo.)

C Profil: faux trajet (A) en AR et SG en place (B)

Traitement

- > NN → Chir:
 - AB \ominus
 - Explor.Chir: suture-toilette-drainage

- Préma: Tt conservateur
 - AB \ominus
 - Nutrition entérale/SNG
 - Aspiration pharyngée douce

2^{ème} circonstance

- Iatrogène > Dilatation d'une sténose

Utilisation de STENTs

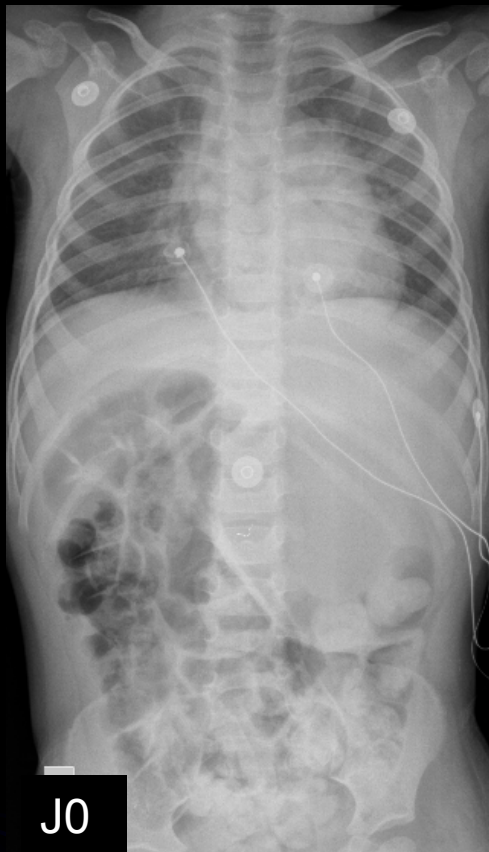
= Fully-covered self expanding metallic stents

Chauvet C et al – J Pediatr Gastroenterol Nutr Apr 2016

- n = 10 patients ; âge μ = 5,5 ans
 - Fuite anastomotique post AO 3
 - > Œsophagogastroplastie 3
 - > résection duplicat° oeso 1
 - Reprise Toupet (1) et rupture gastrique > Nissen (1)
- Fermeture 9/10 en μ 36 jours

Ahmad A et al – Avicenna J Med Apr-Jun 2016

→ évite 1 chirurgie lourde



Fille de 2 ans

- AO t.III → **sténose anast**, → dilat° endosc.
- Bilan M6 : TOGD – pHmétrie – Endosc.

Endosc → M+7 → dilat°

puis M+3 → dilat°

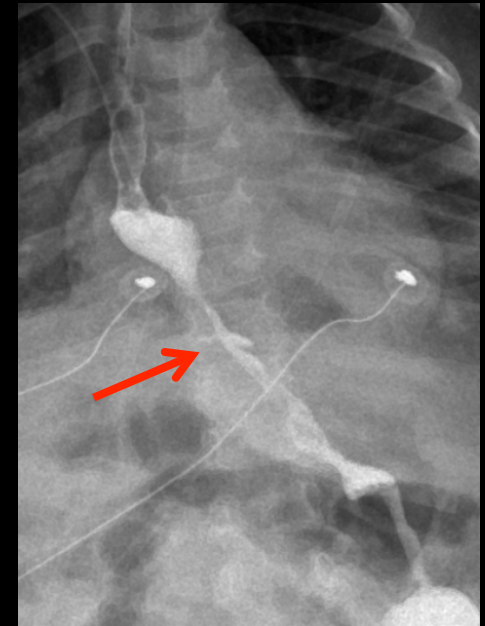
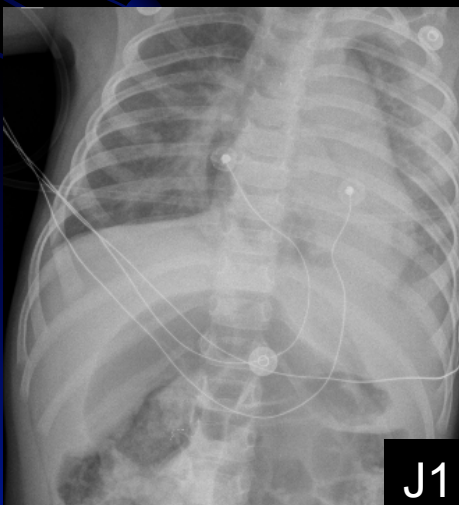
puis M+4 → endosc

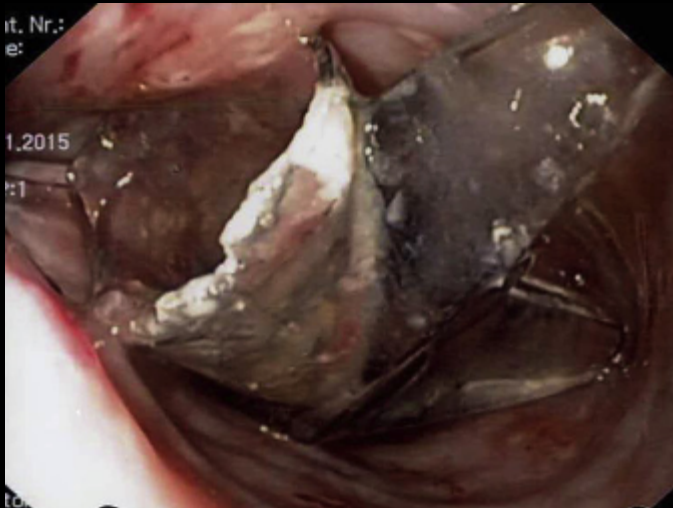
A+1 (dysphagie aux solides)

- = A2 Endosc → **Dilatat° pneumatique**

→ blanchiment de la muqueuse et plaie sous l'anastomose dans un repli du corps oesophagien avec décollement de la muqueuse superficielle

J0





Endoscope souple
→ corps étranger (étoile) intra-œso



Corps étrangers

Indications chirurgicales : →
œsophagotomie

Heger P et al – An Med Surg 2016

1 cas + 11 public° → 29 cas

● Complic° 17,2 % ; mortalité 0

● Chir : Voie cervicale ou Thor

Corps étrangers : Enfants ++ (et psy)

● Indic° ↑ CE → 10-20 %

● +++ / voie endoscopique so AG

- Souple ← gastro
- Rigide ← ORL

Complic° graves

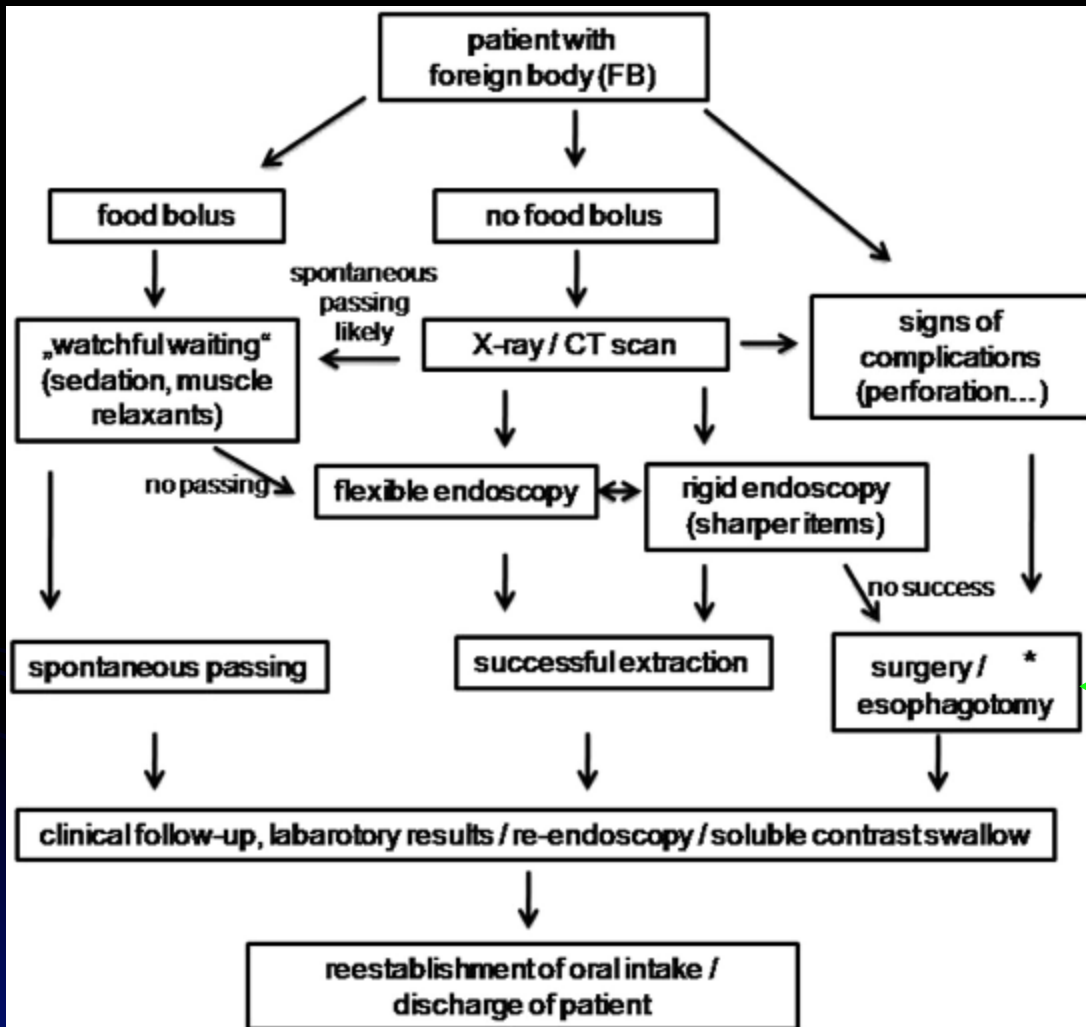
- Perforat° œso,
- Abscess retro-pharyngien
- Médiastinite
- Fistule

● Qd → infect° intraThor → risque ++ †

● Complic° ← délai ↓

Corps étrangers

Heger P et al – An Med Surg 2016



← Indication opératoire

* up to 14-16 cm from the alignment: cervical esophagotomy
more than 16 cm from the alignment: thoracic esophagotomy

Pile au Lithium

Barabino AV et al – Dig Liv Dis 2015

→ Lithium battery lodged in the oesophagus: A report of three paediatric case

3 cas

1.F 22 mois ! Hématémèse; pas de notion d'ingestion ⇒ délai ?

→ + hémorragie / Fistule œso-aortique

2.G 5 ans : délai = J3; Endosc + Thoracotomie explo.

→ pas d'Δaorte ⇒ ↓pile/Endosc

perforation oeso / Tt conservateur

3.G 18 mois : délai = H3 → ↓pile/Endosc; ulcérat° / brûlure oeso.

→ évolut° OK

+ 27 / 348 cas

Buttazzoni E et al – Int J Otorhinolaryng 2015

- ++ Délai endosc.
- Approche multidisciplinaire