



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Perforations de l'œsophage[☆]

Esophageal perforations

M. Chirica^a, A. Champault^a, X. Dray^b, L. Sulpice^c,
N. Munoz-Bongrand^a, E. Sarfati^a, P. Cattan^{a,*}

^a Service de chirurgie générale, digestive et endocrinienne, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

^b Service de gastroentérologie, hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75475 Paris cedex 10, France

^c Service de chirurgie hépatobiliaire et digestive, hôpital Pontchaillou, 2, rue Henri-Le-Guilloux, 35000 Rennes, France

Disponible sur Internet le 6 septembre 2010

MOTS CLÉS

Œsophage ;
Perforation
œsophagienne ;
Endoscopie
interventionnelle ;
Syndrome de
Boerhaave ;
Endoprothèse ;
Œsophagectomie

Résumé La perforation de l'œsophage est une pathologie dont l'incidence a nettement augmenté ces dernières années, du fait de la généralisation de l'endoscopie diagnostique et interventionnelle qui en sont devenues les causes principales. Malgré les progrès récents de la réanimation, des moyens diagnostiques et du traitement, la mortalité globale des perforations de l'œsophage reste proche de 20%. Des retards diagnostiques dus à des présentations cliniques atypiques fréquentes, associées à l'absence de codification claire de la prise en charge thérapeutique expliquent ce mauvais pronostic. Du traitement médical jusqu'à l'œsophagectomie, les possibilités thérapeutiques sont multiples et de caractère invasif croissant. À mi-chemin entre le traitement médical et la chirurgie ouverte tendent actuellement à se positionner des options mini-invasives, fondées notamment sur l'endoscopie interventionnelle, éventuellement associée à des gestes de drainage chirurgicaux ou radiologiques, qui restent à valider. La suture renforcée de la perforation et le traitement d'un éventuel obstacle sous-jacent restent le traitement de référence. Le pronostic est conditionné par le délai écoulé avant un traitement adapté, la localisation et l'étiologie de la perforation et le terrain sur lequel elle survient.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Esophageal
perforation;
Systemic sepsis;
Boerhaave's
syndrome;

Summary The incidence of esophageal perforation (EP) has raised with the increasing use of endoscopic procedures, which are currently the most frequent causes of EP. Despite decades of clinical experience, innovations in surgical technique and advances in intensive care management, EP still represents a diagnostic and therapeutic challenge. EP is a devastating event and mortality remains close to 20%. Ambiguous presentations leading to misdiagnosis and delayed treatment, and the difficulties in management are responsible for the high morbidity and mortality rates. A high variety of treatment options is available ranging from observational medical

DOI de l'article original : [10.1016/j.jvisc Surg.2010.08.003](https://doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2010.08.003).

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pierre.cattan@sls.aphp.fr (P. Cattan).

Endoscopic stent;
Esophagectomy;
Mortality

therapy to radical esophagectomy. The potential role of interventional endoscopy and the use of stents for the treatment of EP seem interesting but remain to be evaluated. Surgical primary repair, with or without reinforcement, is the preferred approach in patients with EP. Prognosis is mainly determined by the cause, the location of the injury and the delay between perforation and initiation of therapy.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

La première description d'une perforation œsophagienne (PO) est due à Hermann Boerhaave qui, en 1723, rapporta une rupture spontanée de l'œsophage thoracique chez un amiral de la marine hollandaise, survenue après des efforts de vomissements répétés et soutenus. [1] Il a cependant fallu attendre 1947 pour que soient publiées les premières tentatives de réparations chirurgicales de PO par Barrett et Olson et al. [2,3]. L'incidence des PO a nettement augmenté ces 20 dernières années, du fait de la généralisation de l'endoscopie diagnostique et l'avènement de nouvelles techniques d'endoscopie interventionnelle qui en sont devenues les causes principales [4]. Malgré les progrès récents de la réanimation, des moyens diagnostiques et du traitement de cette pathologie lourde, la mortalité globale des PO reste proche de 20% [4]. Des errances diagnostiques dues à des présentations cliniques atypiques fréquentes, associées à l'absence de codification claire de la prise en charge thérapeutique expliquent en partie ce mauvais pronostic. La précocité du diagnostic et d'une prise en charge adaptée conditionnent donc le pronostic de ces patients.

Le but de cette mise au point est de mettre à la disposition du chirurgien un outil facilement utilisable en pratique courante pour guider son choix thérapeutique face à une PO. Les principales techniques chirurgicales et endoscopiques y sont décrites ainsi que leur place dans la stratégie thérapeutique. La conduite à tenir face aux situations les plus courantes est proposée en se fondant sur les données de la littérature et l'expérience des auteurs.

Étiologie

Perforations iatrogènes

Perforations endoscopiques

D'après une revue de la littérature colligeant 559 patients, l'endoscopie est actuellement responsable d'environ 60% des PO [4] (Tableau 1). Les dilatations pneumatiques pour achalasia se compliquent de perforation dans 2 à 6% des cas et le risque en est augmenté chez les femmes, lorsque l'achalasia est ancienne et lors de la première dilatation [5,6]. Ce risque est estimé entre 0,09 et 2,2% en cas de dilatation de sténose [7], entre 1 et 5% après sclérothérapie [8], mais est anecdotique après ligature de varices œsophagiennes. Les endoscopies diagnostiques quant à elles, se compliquent de perforations dans 0,03% et 0,11% des cas lorsqu'elles sont réalisées avec un fibroscope souple et rigide, respectivement [7]. La présence de diverticules œsophagiens en majore le risque.

Sur œsophage sain, les perforations endoscopiques surviennent le plus souvent au niveau du triangle de Killian, délimité par le muscle constricteur inférieur du pharynx et le muscle cricopharyngien. La raison en est double :

d'une part parce que le cathétérisme de la bouche de Killian est source de difficultés ; d'autre part parce que, à ce niveau, la musculature œsophagienne est inexistante et la muqueuse n'est séparée de l'espace rétropharyngé que par le fascia buccopharyngé. Dans le même ordre d'idée, ces perforations surviennent préférentiellement à hauteur des zones de rétrécissement endoluminal : région cricopharyngée, empreinte de l'arc aortique ou de la bronche souche gauche, jonction œsogastrique. Enfin, la présence d'ostéophytes, d'une cyphose marquée ou d'une hyperextension cervicale par la déviation de l'œsophage qu'elles entraînent, sont des facteurs favorisant la survenue d'une perforation instrumentale [4].

Traumatismes opératoires

Des traumatismes opératoires de l'œsophage peuvent survenir lors des interventions chirurgicales portant sur l'œsophage ou les organes de voisinage. Ainsi, le taux de PO après ostéosynthèse d'une fracture du rachis cervical par voie antérieure peut atteindre 3,4% [9]. Ces perforations sont liées soit à un traumatisme peropératoire, soit à la migration du matériel d'ostéosynthèse qui peut survenir après plusieurs années. Des perforations de l'œsophage thoracique ont été rapportées après embolisation des artères bronchiques, pneumonectomie et transplantation pulmonaire [4]. À hauteur du tiers inférieur de l'œsophage, les chirurgies du reflux gastroœsophagien et de l'achalasia se compliquent de perforation dans 3,9% et 7% des cas, respectivement [10].

Perforations post-traumatiques

Les traumatismes pénétrants provoquent principalement des perforations de l'œsophage cervical. La fréquence des plaies trachéales associées (jusqu'à 50%) en fait toute la gravité [11]. Des perforations par barotraumatisme ont été rapportées après traumatisme fermé (accidents de la voie publique [12], manœuvre d'Heimlich [13]). Les brûlures caustiques ne se compliquent de PO qu'en cas de retard dans la prise en charge thérapeutique. Plus de 100 substances pharmaceutiques ont été incriminées dans la survenue de lésions œsophagiennes [14], et celles induites par la doxycycline sous forme encapsulée peuvent conduire à la PO [15]. La mise en place d'une sonde nasogastrique [16], la réalisation d'une intubation trachéale difficile [17] ou d'une échoendoscopie cardiaque [18], l'utilisation de sondes de Blakemore [19] ont été rapportées comme étant des causes potentielles de PO.

Corps étrangers

L'ingestion de corps étrangers est responsable de 80% des perforations cervicales [4]. Le corps étranger s'impacte dans la paroi œsophagienne, préférentiellement à hauteur des zones de rétrécissement physiologique (cf. supra).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3312200>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3312200>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)