

## SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
RAPPELS	2
I- RAPPELS ANATOMIQUES	2
I-1- Anatomie descriptive de l'œsophage	2
I-2- Rapport de l'œsophage thoracique	4
I-3- Vascularisation et innervation de l'œsophage	10
II- RAPPELS HISTOLOGIQUES	13
III- RAPPELS PHYSIOLOGIQUES	16
III-1- Déglutition	16
III-2- Fonction du SOS	17
III-3- Péristaltisme du corps œsophagien	17
III-4- Fonction du SOI	17
IV- ABORD DE L'ŒSOPHAGE THORACIQUE	17
IV-1- Voie d'abord	17
IV-2- Exposition	19
IV-3- Section et suture	19
IV-4- Drainage et fermeture	19
DESCRIPTION DE NOTRE OBSERVATION	24
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	32
I- EPIDEMIOLOGIE	32
I-1- Fréquence	32
I-2- Age	32
I-3- Terrain	32
I-4- Nature des corps étrangers	32
II- ETIOPATHOGENIE	33
III- PHYSIOPATHOLOGIE	34
IV- DIAGNOSTIC CLINIQUE	35
IV-1- Délai de consultation	35
IV-2- Symptomatologie clinique	36
IV-3- Complications	37
IV-4- Examen physique	39

V- DIAGNOSTIC PARACLINIQUE	39
V-1- Investigations radiologiques	39
V-2- Endoscopie digestive haute	40
V-3- Echographie	41
V-4- Angiographie	41
VI- TRAITEMENT	41
VI-1- Buts	41
VI-2- Méthodes	41
VI-3- Indications	43
VI-4- Traitement des complications	44
VII- EVOLUTION	45
SUGGESTIONS	46
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	

## LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : Anatomie descriptive de l'œsophage	3
Figure 2 : Rapports : Coupe horizontale du thorax (3 <sup>ème</sup> vertèbre dorsale)	6
Figure 3 : Rapports : Coupe horizontale du thorax passant par le bord supérieur de D4	8
Figure 4 : Rapports : Coupe horizontale du thorax passant par D9	9
Figure 5 : Vascularisation artérielle de l'œsophage	11
Figure 6 : Vascularisation veineuse de l'œsophage	12
Figure 7 : Coupe histologique de l'œsophage normal. Vue d'ensemble	14
Figure 8 : Coupe histologique de l'œsophage normal. Vue détaillée	15
Figure 9 : Installation en décubitus latéral incomplet	18
Figure 10 : Exposition. Section du ligament triangulaire du poumon gauche	20
Figure 11 : Exposition. Mobilisation de l'œsophage	21
Figure 12 : Exposition. Mise sur lac de l'œsophage	22
Figure 13 : Ouverture de l'œsophage, extraction du corps étranger et fermeture	23
Figure 14 : Transit œsophagien montrant l'empreinte du corps étranger au niveau de la muqueuse œsophagienne en regard de la neuvième vertèbre thoracique	28
Figure 15 : Le dentier après extraction chirurgicale	31

## LISTE DES ABREVIATIONS

SOS : Sphincter œsophagien supérieur

SOI : Sphincter œsophagien inférieur

SCM : Sterno-cleido mastoïdien

## INTRODUCTION

L'ingestion d'un corps étranger est un accident fréquent aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Heureusement, la grande majorité de ces corps étrangers ingérés traversent le tube digestif sans complication ni séquelle.

La plupart de ces ingestions sont accidentelles en particulier chez l'enfant. Mais des ingestions intentionnelles existent notamment chez les patients psychiatriques.

L'incarcération du corps étranger dans l'œsophage constitue souvent un événement aigu et conduit habituellement à une consultation dans les premières heures sinon les premiers jours. Ces corps étrangers ont tendance à se bloquer du fait de rétrécissements anatomiques ou d'un rétrécissement pathologique ou encore d'une anomalie de la motricité œsophagienne. Par ailleurs, le calibre important du corps étranger ainsi que la présence d'aspérités sont également des facteurs de blocage.

La découverte d'un corps étranger ayant séjourné plusieurs années au sein de l'œsophage est toutefois exceptionnelle. Nous en rapportons un cas chez un adulte de 35 ans pris en charge chirurgicalement au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Adrianavalona d'Antananarivo au cours de l'année 2003.

Notre objectif est de montrer les particularités épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et les modalités de la prise en charge à la lumière d'une revue de la littérature.

Nous allons voir successivement:

- Tout d'abord une première partie consacrée aux différents rappels portant sur l'anatomie, l'histologie et la physiologie de l'œsophage ainsi que sur l'abord chirurgical de l'œsophage thoracique
- Ensuite la description de notre observation
- Puis nos commentaires et discussion par rapport aux données de la littérature
- Et avant de conclure nos suggestions.

**PREMIERE PARTIE**  
**RAPPELS**

## RAPPELS

## I- RAPPELS ANATOMIQUES

## I-1- Anatomie descriptive de l'œsophage (Figure 1) (1)(2)

## I-1-1- Origine, trajet et terminaison

L'œsophage fait suite au pharynx, il est médian, pré-vertébral et traverse successivement:

- la partie inférieure du cou
- le thorax
- le diaphragme
- la partie supérieure de l'abdomen
- et se termine dans l'estomac.

Il est vertical, légèrement oblique en bas et à gauche dans l'ensemble. Mais il est flexueux:

- concave en avant
- sinueux transversalement
- oblique vers la gauche jusqu'à D4 au niveau de la crosse de l'aorte
- puis vers la droite de D4 à D7
- enfin de nouveau vers la gauche jusqu'au cardia.

## I-1-2- Configuration externe

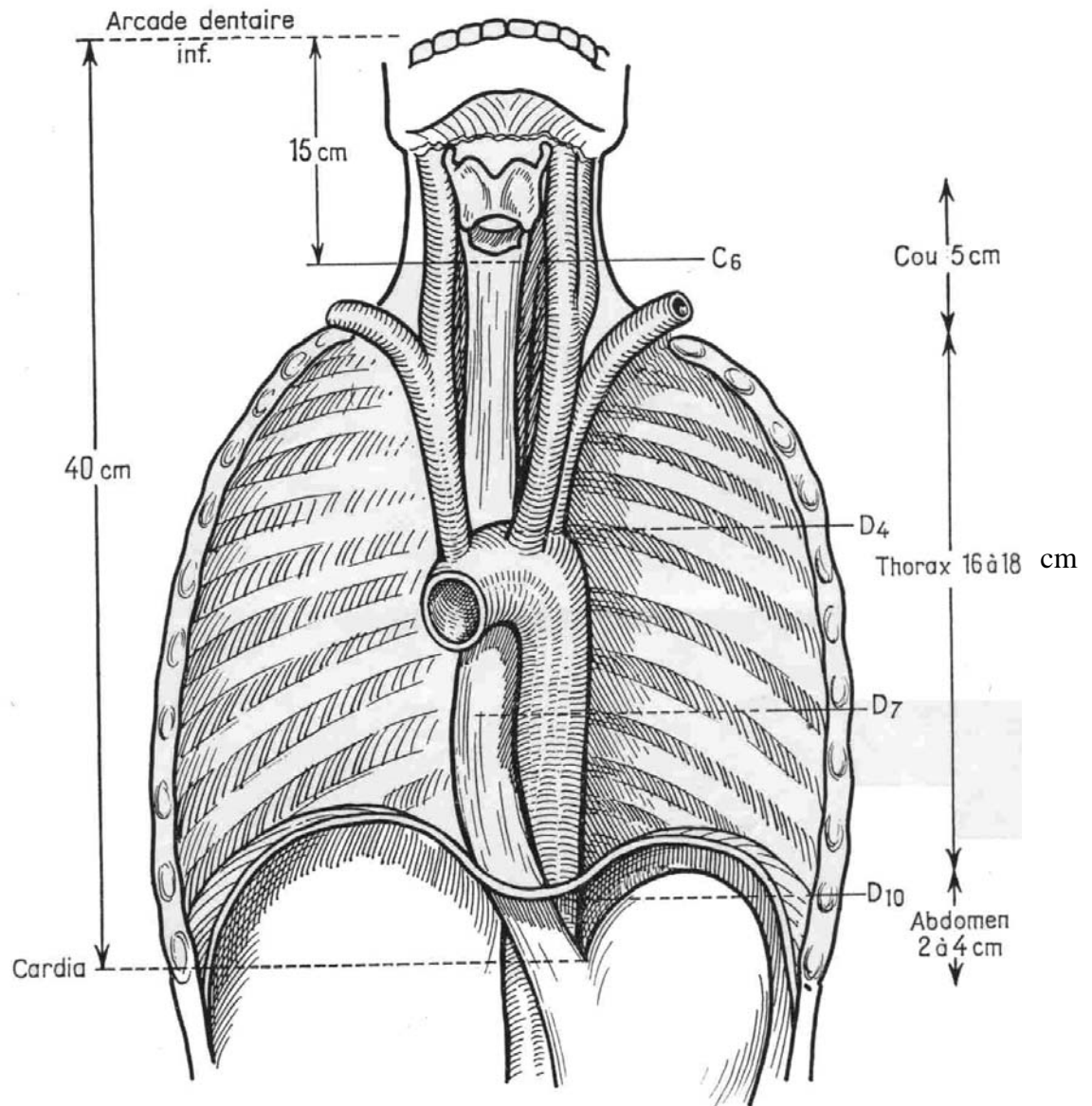
L'œsophage est aplati d'avant en arrière dans sa partie supérieure, puis plus ou moins cylindrique et s'évase en bas vers le cardia.

La lumière œsophagienne est une fente aplatie largement ouverte au cardia. Elle est irrégulière et présente:

- quatre rétrécissements:
  - cricoïdien
  - aortique
  - bronchique
  - et diaphragmatique

- des segments dilatés intermédiaires et souvent en bas, au niveau du diaphragme ou juste au dessus, une zone ampulaire symétrique bien visible sur les radiographies: l'ampoule épiphénique.

Figure 1: Anatomie descriptive de l'œsophage (Perlemuter) (2)







### I-2-2- Situation et moyens de fixité

L'œsophage thoracique traverse de haut en bas le médiastin postérieur. Ses faces latérales sont croisées par la crosse de l'aorte à gauche et la crosse de la veine azygos du côté droit. Ceci permet de diviser l'œsophage thoracique en trois segments:

- un segment supérieur sus azygo-aortique
- un segment moyen inter azygo-aortique
- un segment inférieur sous azygo-aortique.

Ses moyens de fixité sont représentés par des condensations du tissu cellulaire médiastinal qui forme une véritable gaine viscérale à l'organe et l'amarre en arrière au plan vertébral et en avant à la trachée.

### I-2-3- Les rapports

#### \* Segment sus azygo-aortique (Figure 2) (1)

Segment très court, il se continue sans démarcation très nette avec l'œsophage cervical.

En arrière, c'est le plan vertébral tapissé par le muscle long du cou et l'aponévrose pré vertébrale jusqu'au niveau de D3-D4.

En avant, c'est la face postérieure de la trachée thoracique à laquelle l'œsophage est rattaché par un tissu cellulaire dense où s'individualise parfois le muscle trachéo-œsophagien.

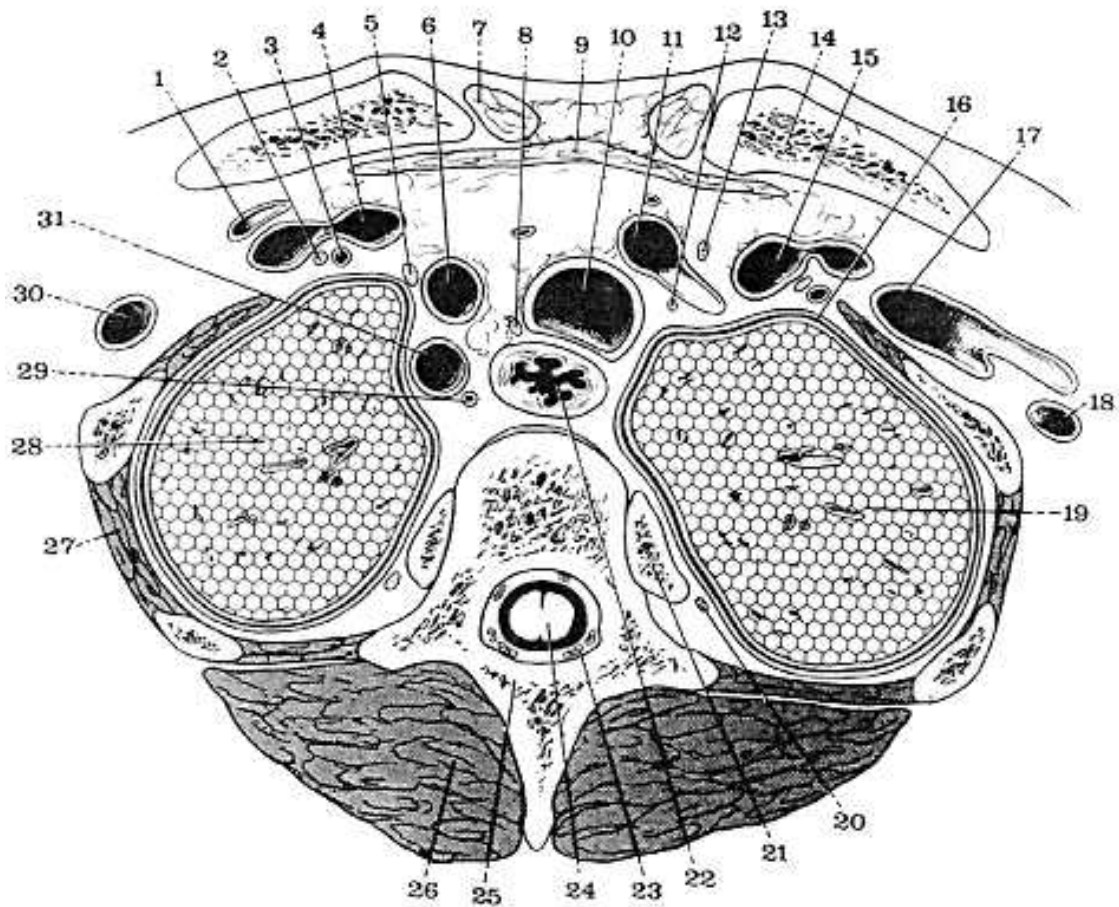
Le bord gauche de l'œsophage déborde la trachée et forme avec elle l'angle trachéo-œsophagien où monte le nerf récurrent gauche accompagné de la chaîne ganglionnaire récurrentielle.

A gauche, il répond d'arrière en avant au canal thoracique, à l'artère sous clavière gauche, à la carotide primitive gauche longée en arrière par le pneumogastrique gauche, tous ces éléments étant croisés transversalement par la veine intercostale supérieure gauche. Le bord supérieur de la crosse aortique, la sous clavière gauche, la carotide primitive gauche et la veine intercostale supérieure gauche forment ainsi le quadrilatère de Bourguery.

La plèvre médiastine se moule à ces différents éléments et forme à ce niveau, entre sous clavière et colonne, la fosse pleurale sus aortique au fond de laquelle apparaît l'œsophage par thoracotomie gauche.

A droite, l'œsophage répond surtout à la plèvre médiastine, qui forme une sorte de fossette entre trachée en avant, colonne en arrière et crosse de l'azygos en bas.

Figure 2: Rapports: Coupe horizontale du thorax (3<sup>ème</sup> vertèbre dorsale) (Bouchet) (1)



- |                                       |                                   |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 1- Veine jugulaire externe            | 17- Veine sous-clavière droite    |
| 2- Nerf phrénique                     | 18- Artère axillaire droite       |
| 3- Artère mammaire interne            | 19- Sommet du poumon droit        |
| 4- Confluent veineux de Pirogoff      | 20- Chaîne sympathique thoracique |
| 6- Carotide primitive gauche          | 21- Troisième côte                |
| 7- Chef sternal du SCM                | 22- Œsophage                      |
| 8- Nerf récurrent gauche              | 23- Veines rachidiennes           |
| 9- Muscle sterno-thyroïdien           | 24- Moelle épinière               |
| 10- Trachée                           | 25- Arc postérieur de D3          |
| 11- Tronc brachio-céphalique droit    | 26- Muscles spinaux               |
| 12- Nerf récurrent droit              | 27- Muscles intercostaux          |
| 13- Nerf vague droit                  | 28- Sommet du poumon gauche       |
| 14- Extrémité interne de la clavicule | 29- Canal thoracique              |
| 15- Confluent veineux de Pirogoff     | 30- Artère axillaire gauche       |
| 16- Cavité pleurale droite            | 31- Artère sous-clavière gauche   |

\* Segment inter azygo-aortique (Figure 3) (1)

C'est le segment le plus profond et dont les rapports sont les plus complexes.

Rapports postérieurs : l'œsophage est séparé du plan vertébral par le canal thoracique et surtout par l'artère bronchique droite et les premières artères intercostales droites nées de l'aorte descendante.

En avant, il répond à l'origine de la bronche gauche à laquelle il est uni par le muscle broncho œsophagien. Plus bas ce sont les ganglions inter-trachéo-bronchiques et enfin le péricarde fibreux.

A gauche, le rapport essentiel est la crosse aortique dans son segment horizontal, qui croise la face gauche de l'œsophage sur une hauteur de 2 à 3cm et détermine ainsi un rétrécissement bien visible à la radiographie. Elle donne à ce niveau les artères bronchiques supérieure et inférieure gauches de direction transversale d'où naissent des branches à destinée œsophagienne qu'il faut lier au cours des œsophagotomies pour décroiser l'œsophage de la crosse aortique.

C'est également l'origine du nerf récurrent gauche accompagné de la chaîne récurrentielle et enfin, au dessous de la crosse, le pédicule pulmonaire gauche avec, d'arrière en avant, la bronche souche, l'artère pulmonaire gauche obliquement ascendante en haut et en dehors et enfin, les veines pulmonaires gauches. A ce niveau, le nerf pneumogastrique gauche qui a croisé la face latérale de l'aorte puis la face postérieure de la bronche rejoint progressivement la face antérieure de l'œsophage.

A droite les rapports sont plus simples et l'œsophage est barré uniquement par la crosse azygos recevant le tronc cervico-intercostal. Il est aussi en rapport avec les ganglions prétrachéo-bronchiques droits situés immédiatement au dessus de la bronche entre trachée et œsophage. C'est donc par voie thoracique intra pleurale droite que ce segment moyen de l'œsophage est le plus facilement accessible chirurgicalement.

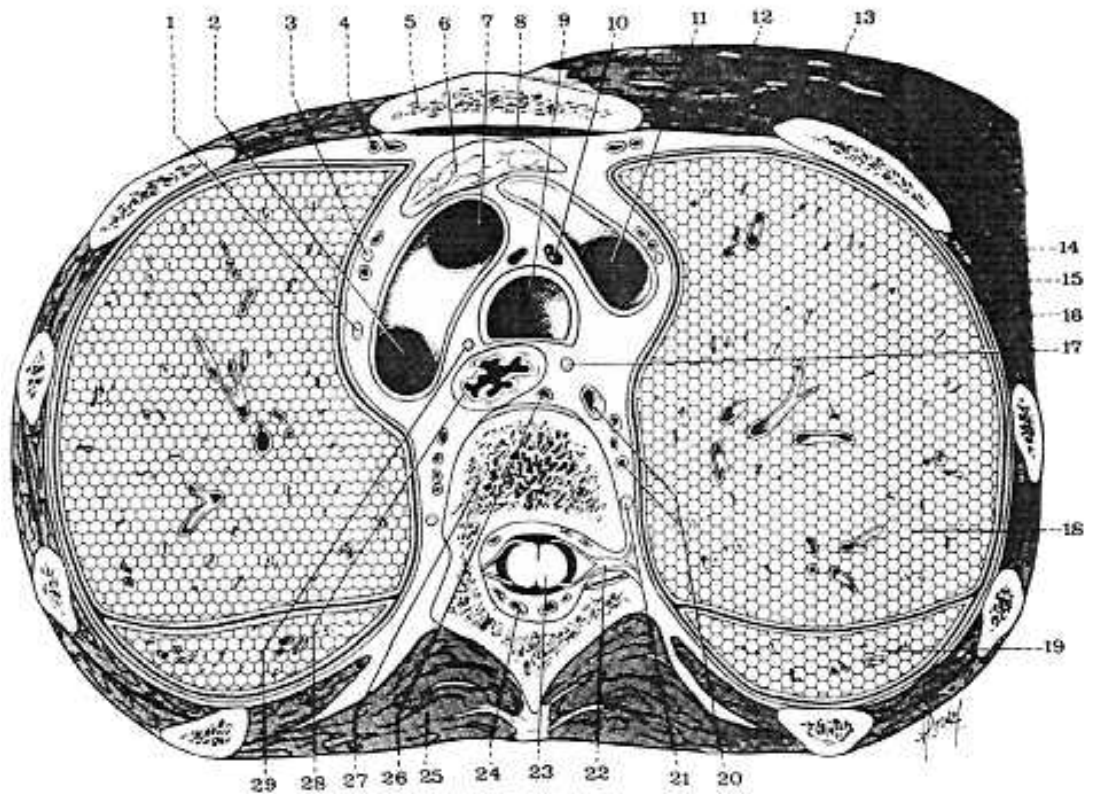
\* Segment sous azygo-aortique (Figure 4) (1)

L'œsophage s'éloigne du rachis.

En arrière, l'aorte descendante tend à se placer progressivement en arrière de l'œsophage le séparant ainsi du plan vertébral.

En avant, l'œsophage répond à la face postérieure du péricarde et plus bas au segment vertical du diaphragme dans lequel il va s'engager au niveau de l'hiatus œsophagien. Péricarde, aorte descendante et diaphragme constituent le triangle de Trusdale.

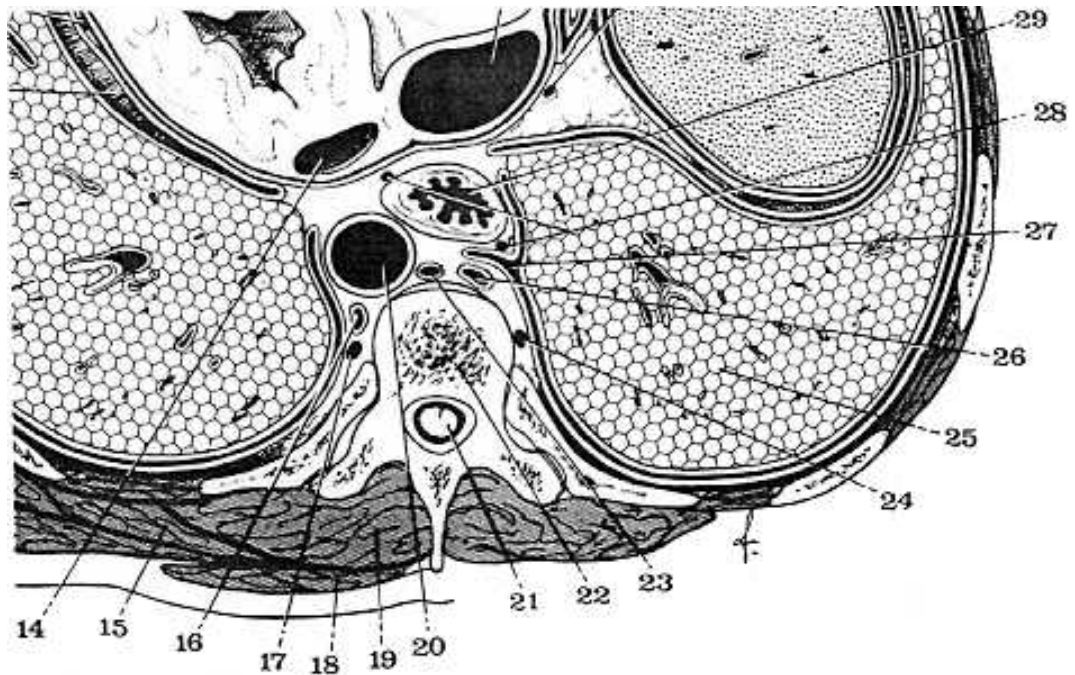
Figure 3: Rapports: Coupe horizontale du thorax passant par le bord supérieur de D4 (Bouchet) (1)



- 1- Nerf vague gauche
- 2- Crosse aortique sectionnée  
et origine de l'aorte descendante
- 3- Nerf phrénique gauche
- 4- Vaisseaux mammaires internes
- 5- Sternum
- 6- Extrémité inférieure du thymus
- 7- Aorte ascendante
- 8- Muscle triangulaire du sternum
- 9- Trachée
- 10- Ganglion latéro-trachéal droit
- 11- Veine cave supérieure
- 12- Muscle grand pectoral
- 13- Muscle grand dentelé
- 14- Vaisseaux inter-costaux
- 15- Muscle inter-costal externe

- 16- Muscle inter-costal interne
- 17- Nerf vague droit
- 18- Poumon droit (lobe supérieur)
- 19- Poumon droit (lobe inférieur)
- 20- Veine grande azygos et veine intercostale
- 21- Chaîne sympathique thoracique
- 22- Nerf de conjugaison
- 23- Moelle épinière
- 24- Veine rachidienne
- 25- Muscles spinaux
- 26- Canal thoracique
- 27- Corps vertébral de D4
- 28- Œsophage
- 29- Nerf récurrent gauche

Figure 4: Rapports: Coupe horizontale du thorax passant par D9 (Bouchet) (1)



- 14- Sinus coronaire
- 15- Muscle petit dentelé postéro-inférieur
- 16- Veine hémi-azygos inférieure
- 17- Chaîne sympathique gauche
- 18- Muscle trapèze
- 19- Muscle ilio-costal
- 20- Aorte thoracique
- 21- Moelle épinière
- 22- Corps de D9
- 23- Canal thoracique
- 24- Chaîne sympathique droit
- 25- Lobe inférieur du poumon droit
- 26- Grande veine azygos
- 27- Cul-de-sac pleural inter-azygo-œsophagien
- 28- Nerfs vagues
- 29- Œsophage thoracique

A gauche, l'œsophage est relativement superficiel et apparaît sous la plèvre médiastine entre le péricarde en avant, aorte et ligaments triangulaires en arrière.

C'est généralement par voie gauche que l'on aborde l'œsophage conjointement à son segment abdominal.

A droite, l'œsophage n'est séparé de la cavité pleurale que par la plèvre médiastine sous laquelle il apparaît profond entre azygos en arrière et ligament triangulaire droit et péricarde en avant.

### I-3- Vascularisation et innervation de l'œsophage (3)

#### I-3-1- Vascularisation artérielle (Figure 5) (3)

Les artères de l'œsophage sont données de haut en bas par :

- les artères thyroïdiennes inférieures
- les artères bronchiques
- l'aorte thoracique
- les artères diaphragmatiques inférieures
- l'artère coronaire stomachique.

Les portions diaphragmatique et abdominale sont les moins bien vascularisées.

#### I-3-2- Vascularisation veineuse (Figure 6) (3)

Les veines de l'œsophage gagnent :

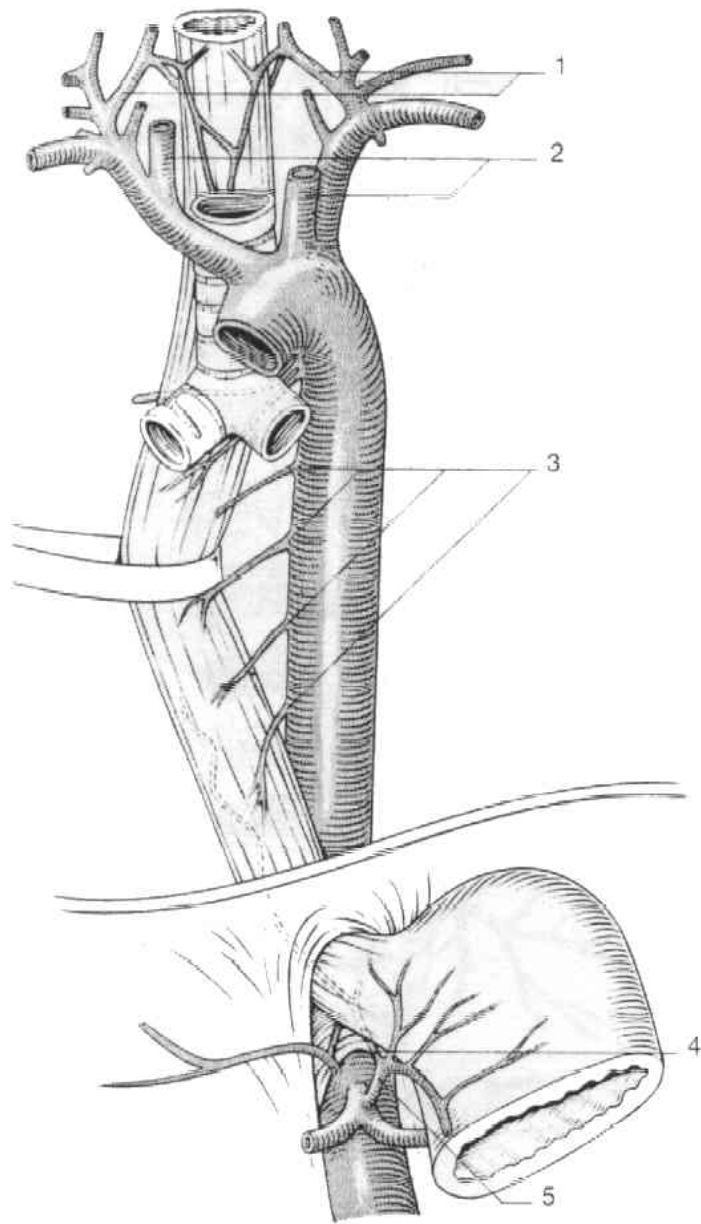
- en haut, la veine cave supérieure par les thyroïdiennes inférieures, azygos et diaphragmatiques
- en bas, la veine porte par la coronaire stomachique.

#### I-3-3- Les vaisseaux lymphatiques

Ils gagnent de haut en bas :

- les ganglions jugulaires internes et récurrentiels
- les ganglions latéro-trachéo-bronchiques et médiastinaux postérieurs
- les ganglions coronaires stomachiques.

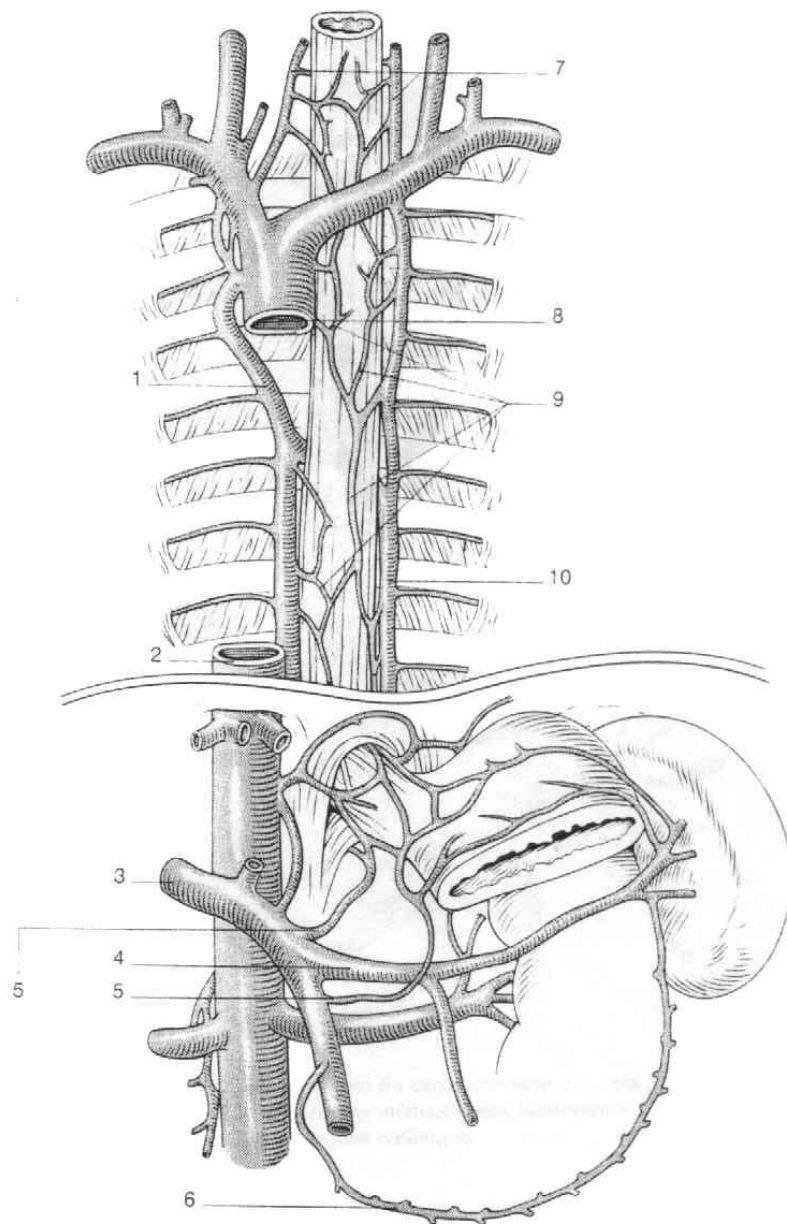
Figure 5: Vascularisation artérielle de l'œsophage (Kremer) (3)



- 1- Artères thyroïdiennes inférieures
- 2- Artères carotides primitives droite et gauche
- 3- Branches œsophagiennes venant de l'aorte thoracique
- 4- Artères phréniques inférieures
- 5- Artère coronaire stomachique



Figure 6: Vascularisation veineuse de l'œsophage (Kremer) (3)



- 1- Veine azygos
- 2- Veine cave inférieure
- 3- Veine porte
- 4- Veine splénique
- 5- Veine coronaire stomachique
- 6- Veine gastroépiploïque droite
- 7- Veines thyroïdiennes inférieures
- 8- Veine cave supérieure
- 9- Veines périœsophagiennes
- 10- Veine hémi-azygos

### I-3-4- Innervation

Les nerfs sont :

- les rameaux œsophagiens des pneumogastriques nés, en haut, du tronc des nerfs, et en bas, des plexus œsophagiens formés sur les faces antérieure et postérieure par leurs branches anastomosées
- des rameaux sympathiques.

## II- RAPPELS HISTOLOGIQUES (Figures 7et 8) (4)(5)

La paroi œsophagienne a une épaisseur de 3mm environ. Elle se compose de trois tuniques concentriques et régulièrement superposées, qui sont de dedans en dehors :

- la muqueuse qui comprend un épithélium de revêtement pluristratifié pavimenteux non kératinisé assurant un rôle de protection du chorion et du reste de la paroi. La muscularis mucosae est formée uniquement de fibres musculaires lisses longitudinales

- la sous-muqueuse qui contient des glandes sous-muqueuses sécrétant de la mucine qui complète la lubrification du bol alimentaire, favorisant ainsi sa progression vers l'estomac

- la musculeuse qui a une structure classique avec ses deux plans de fibres musculaires lisses, sauf à la jonction pharyngo-œsophagienne où le sphincter strié du pharynx, responsable de l'acte volontaire de la déglutition, se prolonge par des fibres musculaires striées formant la couche musculaire externe du tiers proximal de l'œsophage.

L'absence de séreuse au niveau de l'œsophage caractérise cet organe et explique sa fragilité.

Sur une coupe transversale, il existe de profonds replis de la muqueuse, marquant une lumière étroite et étoilée quand l'œsophage est vide, disposition autorisant une dilatation importante de la lumière lors du passage du bol alimentaire. Le tissu conjonctif lâche, donc relativement modelable, qui constitue la lamina propria et la sous-muqueuse, le jeu des fibres musculaires de la muscularis mucosae, ainsi que la

Figure 7: Coupe histologique de l'œsophage normal. Vue d'ensemble (web) (5)

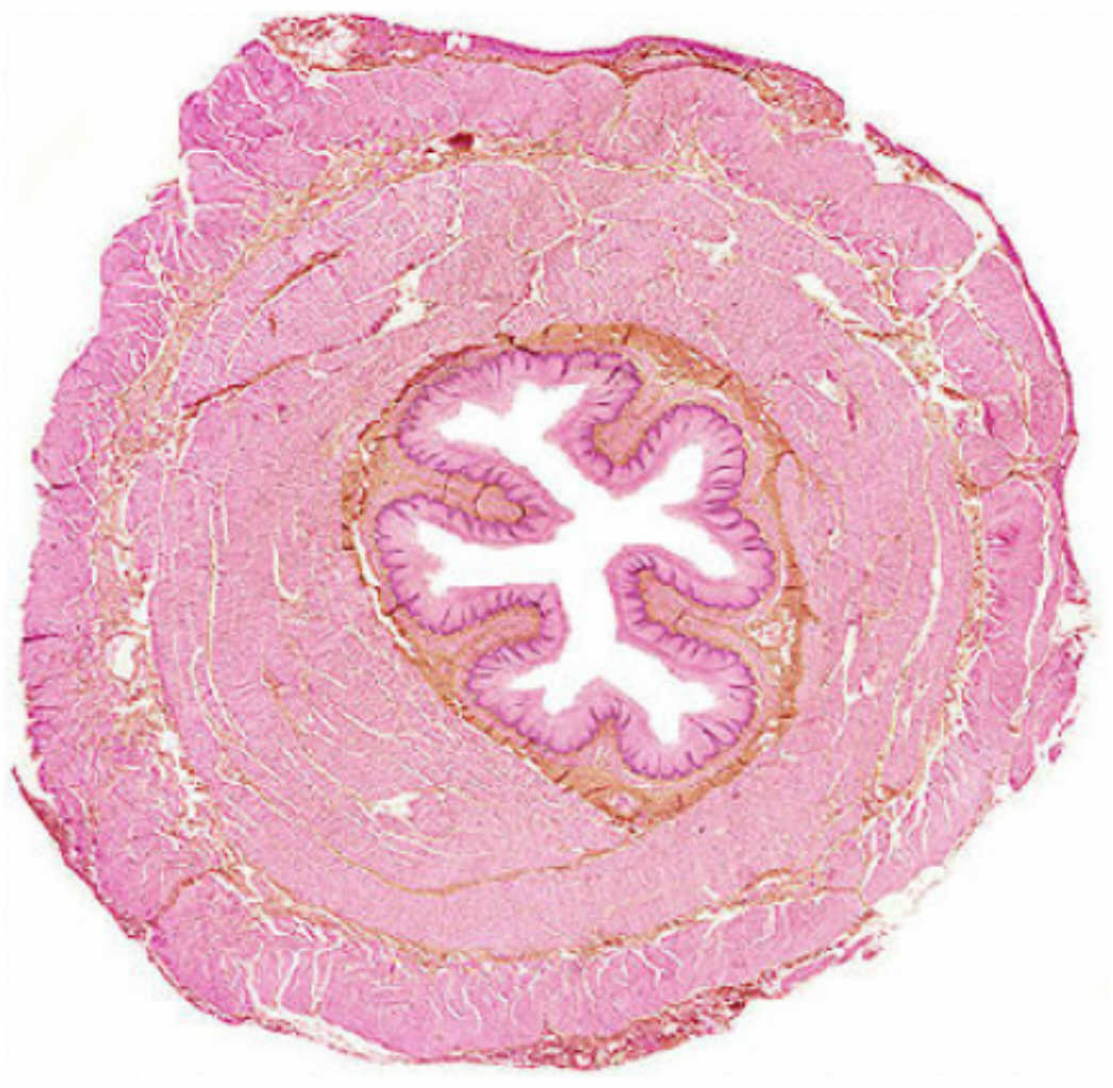
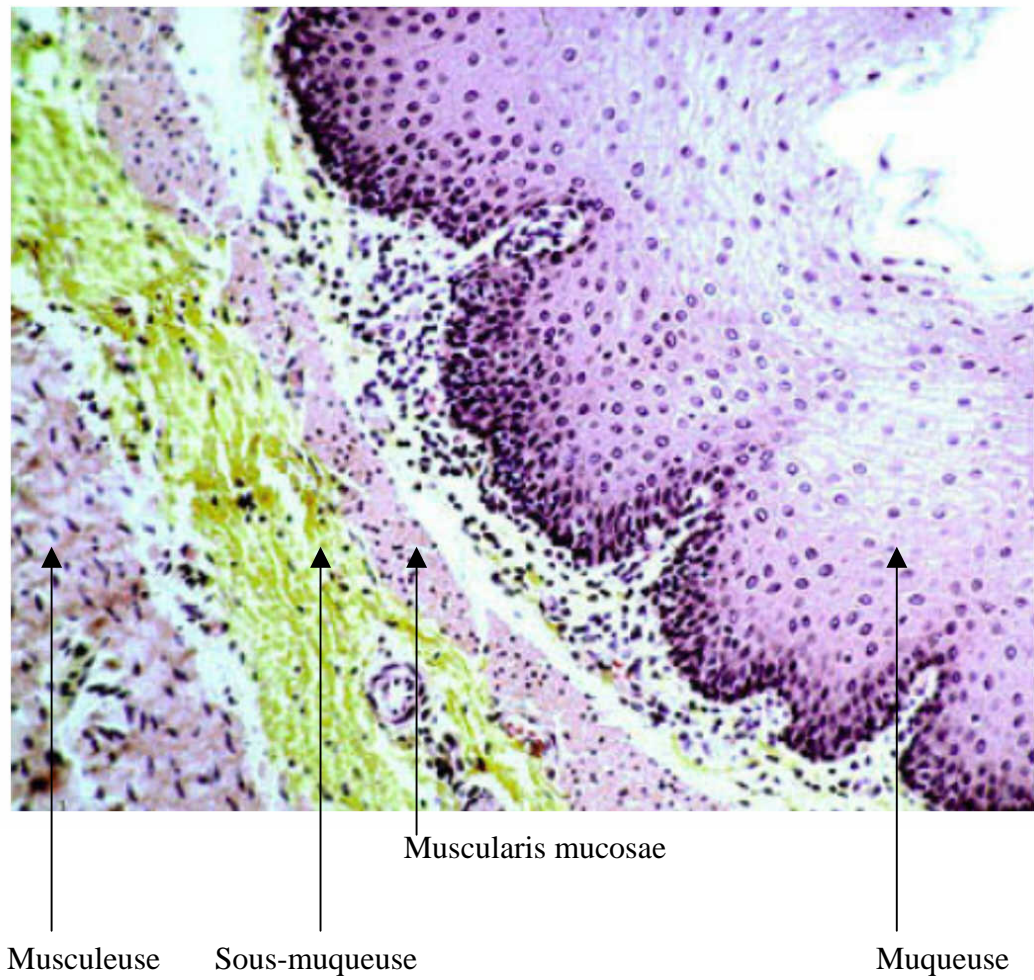


Figure 8: Coupe histologique de l'œsophage normal. Vue détaillée (web) (5)



présence de fibres élastiques (non identifiables par les techniques de coloration courantes) permettent ces modifications.

### III- RAPPELS PHYSIOLOGIQUES (6)(7)

L'œsophage a pour principale fonction d'acheminer les aliments solides ou liquides déglutis vers l'estomac. Il a un rôle passif pour les liquides (pesanteur) et un rôle actif pour les aliments solides, grâce à la contraction séquentielle dite "péristaltique" du corps œsophagien et au relâchement bien synchronisé des sphincters œsophagiens supérieur et inférieur.

De plus, l'œsophage repousse dans l'estomac tout reflux du contenu gastrique et intervient dans des activités réflexes comme les vomissements et les éructations.

#### III-1- Déglutition

La déglutition est une activité réflexe complexe. La phase initiale est volontaire. Les aliments mastiqués et mélangés avec la salive forment un bol avant d'être poussés par la langue dans le pharynx postérieur. Le bol alimentaire stimule par la suite les récepteurs pour déclencher la phase involontaire de la déglutition dite temps pharyngien ou temps réflexe.

Les muscles au niveau de la tête et du cou se contractent et le bol alimentaire est rapidement avalé et poussé vers l'œsophage. Parallèlement il y a stimulation des muscles assurant l'élévation du palais, suivi de la fermeture et de l'élévation du larynx afin d'empêcher le bol alimentaire de faire fausse route. Et presque parallèlement, le sphincter œsophagien supérieur (SOS) s'ouvre assez longtemps pour permettre au bol alimentaire de passer, puis se referme aussitôt pour éviter le reflux rétrograde du bol alimentaire.

Le temps œsophagien comprend deux activités principales:

- la contraction séquentielle des fibres circulaires des muscles du corps œsophagien permettant la naissance d'une onde de contraction qui se dirige vers l'estomac
- et le relâchement et l'ouverture du sphincter œsophagien inférieur (SOI) pour permettre au bol alimentaire de passer.

### III-2- Fonction du SOS

Il agit comme une barrière de pression afin d'empêcher le reflux rétrograde du contenu œsophagien et l'entrée d'air dans l'œsophage pendant l'inspiration.

### III-3- Péristaltisme du corps œsophagien

Le bol alimentaire est entraîné vers l'estomac par une onde péristaltique de l'œsophage. S'il advient que le bol alimentaire s'attache sur les parois d'aval, la distension à cet endroit produit une onde péristaltique secondaire.

### III-4- Fonction du SOI

Le SOI est situé à la jonction œso-gastrique. D'ordinaire, il reste généralement fermé et constitue une barrière contre le reflux du suc gastrique agressif (pepsine et acide chlorhydrique).

Dès le début de la déglutition, le SOI s'ouvre par un réflexe vago-vagal induit par la sécrétion neuronale de Vasoactive Intestinal Peptide (VIP) et de Monoxyde d'azote (NO). Le relâchement du SOI dure habituellement de cinq à sept secondes environ et est suffisant pour supprimer la barrière de pression gastro-œsophagien. Le bol alimentaire peut passer ainsi sans entrave de l'œsophage à l'estomac. Par ailleurs le SOI se relâche aussi pour permettre les éructations ou les vomissements.

Un relâchement inadéquat du SOI est observé dans l'achalasie et provoque la dysphagie.

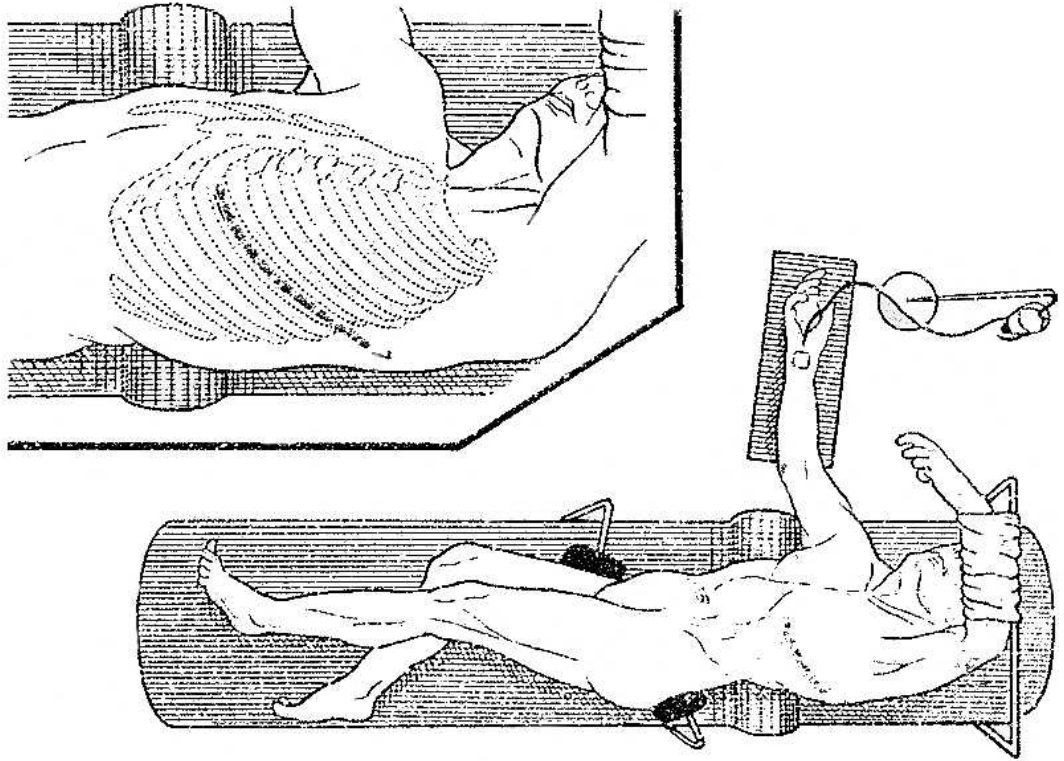
## IV- ABORD DE L'ŒSOPHAGE THORACIQUE (3)

Le malade est installé en décubitus latéral incomplet de façon à se présenter de trois quart (Figure 9).

### IV-1- Voie d'abord

L'abord de l'œsophage thoracique passe, en fonction de la localisation du corps étranger, par une thoracotomie droite à travers le cinquième ou septième espace intercostal. En cas de localisation très basse une thoracotomie gauche peut être utile.

Figure 9: Installation du malade en décubitus latéral incomplet (Kremer) (3)





#### IV-2- Exposition

Après ouverture de la plèvre, le poumon est refoulé en dedans, la veine azygos est éventuellement sectionnée entre ligatures.

Le premier temps de l'intervention est la section du ligament triangulaire du poumon gauche (Figure 10).

La plèvre médiastine est ensuite incisée.

L'œsophage est mobilisé et mis sur deux lacs (Figures 11 et 12).

Lorsque le corps étranger n'a pas perforé la paroi œsophagienne, il est facilement localisé à la palpation.

#### IV-3- Section et suture

L'œsophage est mis en traction au dessus et au dessous du corps étranger, ouvert longitudinalement et le corps étranger est retiré. La traction sur les lacs évite un déplacement du corps étranger. La muqueuse œsophagienne est inspectée à la recherche d'autres lésions.

L'œsophagotomie est fermée en deux plans, le premier plan constitué par la muqueuse œsophagienne et le second par le plan musculaire (Figure 13).

La suture peut être également renforcée par une suture de parenchyme pulmonaire ou en cas de corps étranger bas situé par un lambeau phrénique pédiculé voire par une fundoplicature.

#### IV-4- Drainage et fermeture

L'intervention est terminée par la mise en place d'un drain médiastinal sortant par une contre incision thoracique et par la fermeture de la thoracotomie.



Figure 10: Exposition. Section du ligament triangulaire du poumon gauche  
(Kremer) (3)

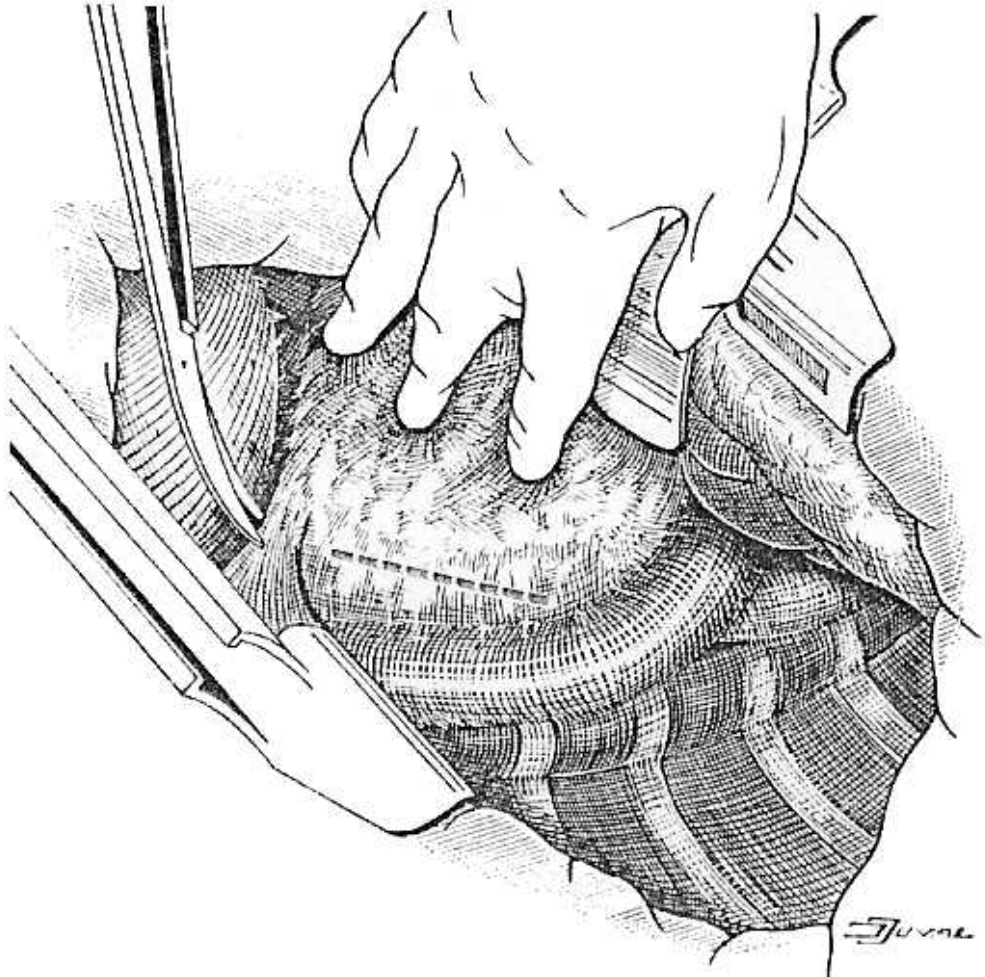


Figure 11: Exposition. Mobilisation de l'œsophage (Kremer) (3)



Figure 12: Exposition. Mise sur lac de l'œsophage (Kremer) (3)

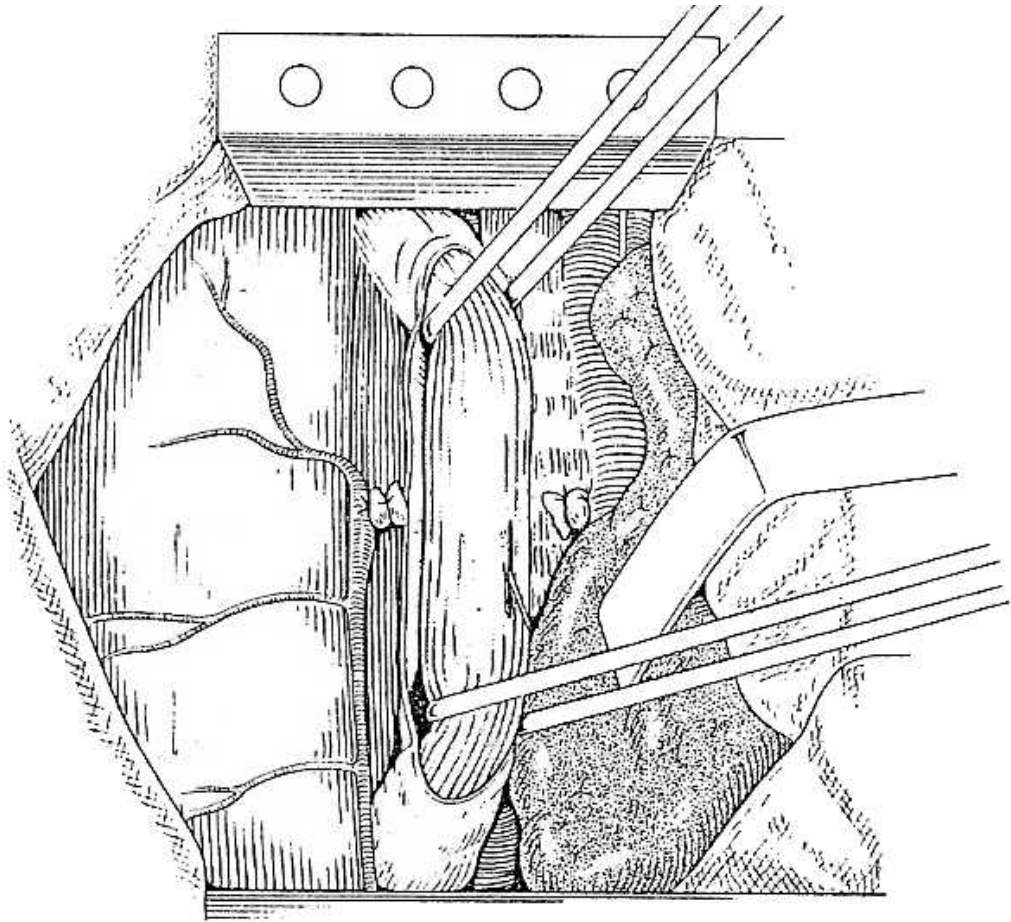
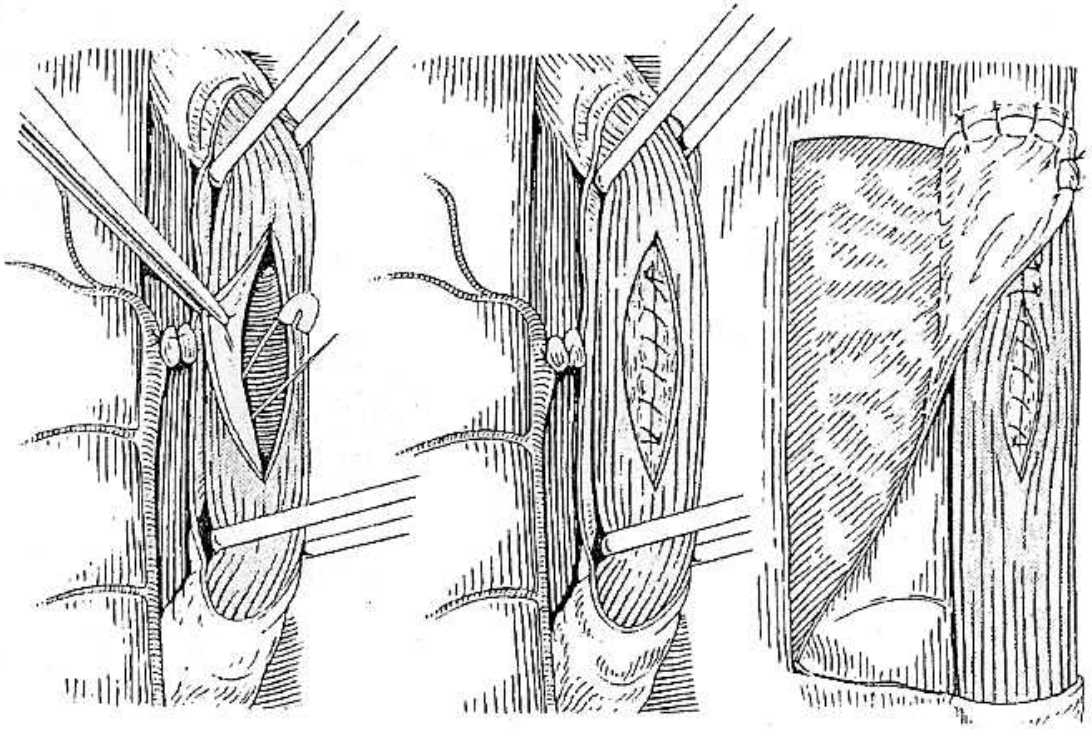


Figure 13: Ouverture de l'œsophage, extraction du corps étranger et fermeture  
(Kremer) (3)



**DEUXIEME PARTIE**  
**DESCRIPTION DE NOTRE OBSERVATION**

## DESCRIPTION DE NOTRE OBSERVATION

### I- ETAT CIVIL

Mr Z...R... âgé de 35 ans, marié, deux enfants.

Motif de consultation: Dysphagie après avoir avalé un dentier 15 ans auparavant.

### II- HISTOIRE DE LA MALADIE

La maladie aurait débuté il y a 15 ans par une ingestion accidentelle d'un dentier, occasionnant par la suite des épisodes de dysphagie, marquée surtout pour les aliments solides et liquides et s'atténuant progressivement après une semaine par la prise d'un pansement gastrique à base d'hydroxyde d'alumine.

Le patient habitant dans une région enclavée et éloignée de toute formation sanitaire, aucune exploration ni autre traitement n'avait été fait.

Au fil du temps, l'évolution était ponctuée d'épisodes de dysphagie plus ou moins atténués par la prise de pansement gastrique.

Ce n'est que 15 ans après qu'il avait pu venir dans la capitale et pouvoir bénéficier ainsi d'investigations plus poussées. Ceci motivait sa consultation et sa présence dans notre service.

### III- ANTECEDENTS

#### III-1- Personnels

##### - Médicaux

Aucune notion de diabète, ni d'asthme, ni d'hypertension artérielle, ni d'allergie médicamenteuse

Notion de paludisme à répétition

Notion de caries dentaires

Aucune hospitalisation antérieure

##### - Chirurgicaux

Extractions dentaires

Aucune intervention chirurgicale

- Habitudes toxiques

Prise de tabac à chiquer depuis l'âge de 15 ans à raison d'un sachet par jour en moyenne

Prise occasionnelle d'alcool

III-2- Familiaux

Deuxième d'une fratrie de cinq, tous vivants et en bonne santé apparente

Parents en bonne santé apparente

Pas de maladie héréditaire ni de tare familiale

IV- EXAMEN CLINIQUE

IV-1- Signes généraux

Conjonctives bien colorées

Patient présentant un bon état général

Température à 36,9°C

Tension artérielle à 13>8cmHg

Fréquence cardiaque à 80/minute

Fréquence respiratoire à 20/minute

IV-2- Examen digestif

- Inspection :

La langue est propre et humide

Présence d'ulcérations blanchâtres dans la cavité buccale

Absence des deux incisives médianes supérieures

Existence de plusieurs caries dentaires

La respiration abdominale est normale et il n'y a pas d'augmentation de volume de l'abdomen

Absence de cicatrices, de masse visible et de circulations collatérales

- Palpation :

L'abdomen est souple dans son ensemble

Pas de masse ni voussure palpable

Pas d'hépto-splénomégalie

La palpation profonde de la région épigastrique révèle une légère sensibilité

### Orifices herniaires sans anomalies

#### - Percussion

On ne perçoit pas de matité déclive

La sonorité abdominale est normale

#### - Auscultation

Les bruits hydro-aériques sont présents et normaux

#### - Toucher rectal

L'ampoule rectale est vide

La prostate est de volume normal; elle est indolore, ferme, élastique, bilobée et sa surface est bien régulière

Le doigtier est propre

### IV-3- Examen cardio vasculaire

#### - Inspection

Le thorax est symétrique, avec absence de cicatrices

Pas de cyanose centrale ni périphérique

Pas de turgescence des veines jugulaires

Pas d'œdèmes au niveau de la face ni au niveau des membres inférieurs

Pas de troubles trophiques cutanés

#### - Palpation

Les pouls périphériques sont présents, symétriques et normaux

Pas de reflux hépato jugulaire

#### - Auscultation

Bruits du cœur bien frappés au niveau de tous les foyers cardiaques

Pas de souffle ni autres bruits surajoutés

Rythme régulier

Pas de souffle abdominal



#### IV-4- Examen respiratoire

Pas de signes de détresse respiratoire

Aucune douleur provoquée à la palpation du thorax

Les vibrations vocales sont bien transmises

Pas de bruits anormaux à l'auscultation, et les murmures vésiculaires sont bien perçus au niveau des deux champs pulmonaires

#### IV-5- Autres appareils

Examen neurologique normal

Aires ganglionnaires libres

Ailleurs rien à signaler

### V- EXAMENS PARACLINIQUES

- La fibroscopie digestive haute retrouvait le dentier incrusté dans la muqueuse oesophagienne à 32 cm des arcades dentaires. Les tentatives d'extraction effectuées par voie endoscopique étaient vouées à l'échec

- La radiographie pulmonaire était sans anomalies, le corps étranger étant donc radiotransparent

- Le transit baryté oesophagien visualisait l'empreinte de ce corps étranger au niveau de la muqueuse oesophagienne en regard de la neuvième vertèbre thoracique et l'absence de fistule trachéale ou bronchique (Figure 14)

- Le scanner thoracique n'a pas été fait faute de moyens financiers

- Sur le plan biologique aucune anomalie n'a été notée

Numération formule sanguine :

Globules rouges :  $4,8 \times 10^6 / \text{mm}^3$

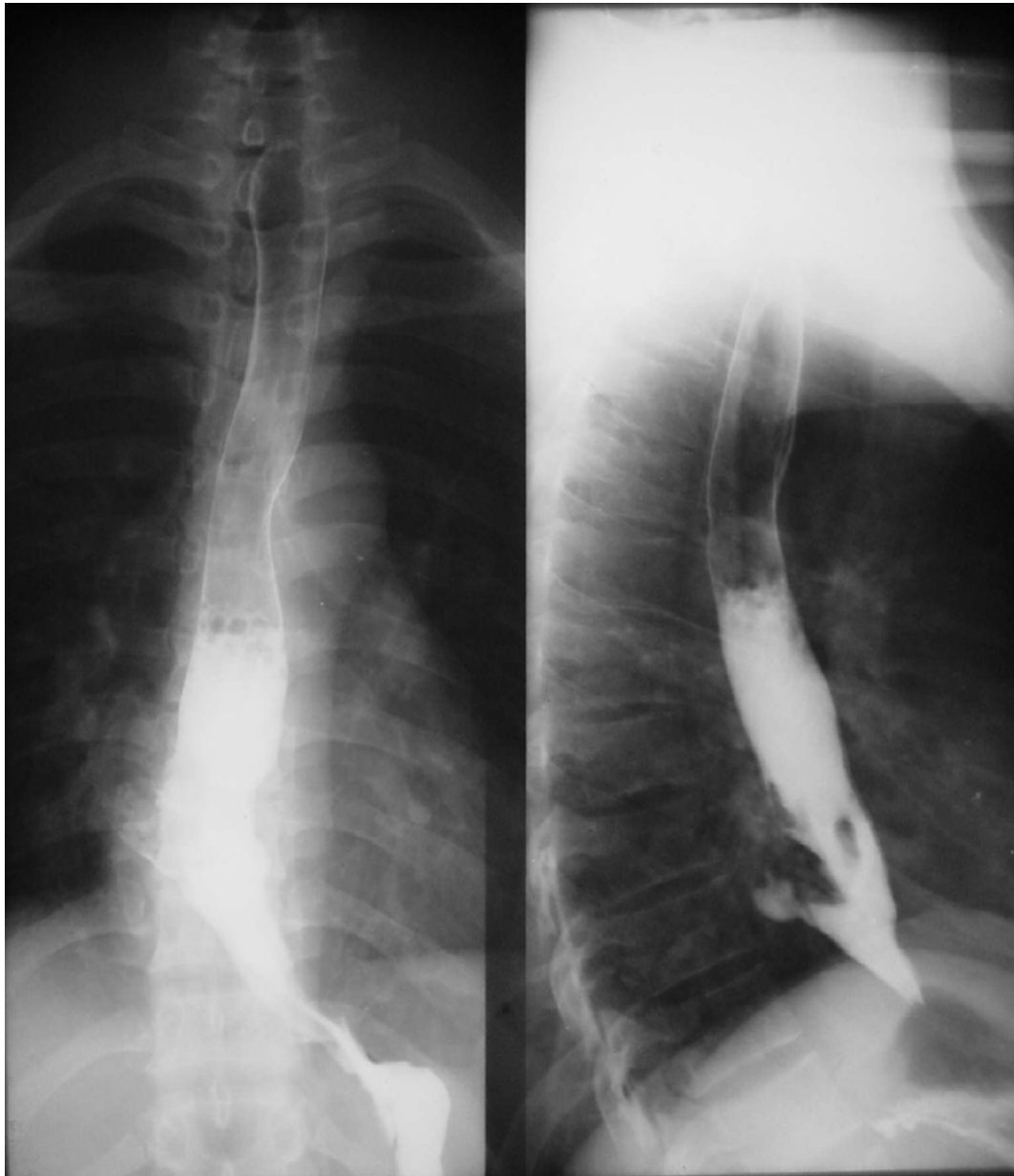
Hémoglobine : 14g/dl

Hématocrite : 45%

Leucocytes :  $8000 / \text{mm}^3$

Polynucléaires neutrophiles :  $5000 / \text{mm}^3$

Figure 14: Transit œsophagien montrant l’empreinte du corps étranger au niveau de la muqueuse œsophagienne en regard de la neuvième vertèbre thoracique



Polynucléaires éosinophiles : 100/mm<sup>3</sup>

Polynucléaires basophiles : 10/mm<sup>3</sup>

Lymphocytes : 1500/mm<sup>3</sup>

Monocytes : 100/mm<sup>3</sup>

Plaquettes : 160x10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>

Vitesse de sédimentation : 17mm à la première heure

- Biochimie

Sodium: 143mmol/l

Chlore: 100mmol/l

Potassium: 3,5mmol/l

Glycémie à jeun: 4,2mmol/l

Protidémie: 70g/l

Azotémie: 5mmol/l

Créatininémie: 55μmol/l

Calcémie: 2,25mmol/l

- Examen des urines

Albuminurie: 0

Sucre: 0

Corps cétoniques: 0

- Taux de prothrombine: 100%

- Electrocardiogramme: normal

## VI- TRAITEMENT

Un abord chirurgical de l'œsophage thoracique était indiqué par thoracotomie antéro latérale gauche au niveau de la septième côte.

Patient sous anesthésie générale avec intubation trachéale sélective droite à l'aide d'une sonde de Carlens

Incision cutanée sur la septième côte

Ruginage et résection de la septième côte

Ouverture de la plèvre pariétale

Ouverture de la plèvre médiastine

Dissection et mobilisation de l'œsophage thoracique

Mise de l'œsophage sur un lac

Repérage du corps étranger par palpation à travers la paroi œsophagienne

Œsophagotomie longitudinale à hauteur du corps étranger en regard de la neuvième vertèbre thoracique

Découverte et ablation relativement facile du dentier dont les bords acérés étaient néanmoins incrustés dans la muqueuse œsophagienne (Figure 15)

Fermeture œsophagienne avec des points séparés totaux aux fils résorbables

Fermeture de la plèvre médiastine

Insufflation et remise en circuit du poumon gauche

Fermeture pariétale sur un drain thoracique en aspiration continue

Les suites opératoires étaient simples avec reprise de l'alimentation entérale au 10<sup>ème</sup> jour et sortie au 15<sup>ème</sup> jour post opératoire

Le transit œsophagien de contrôle était normal au 30<sup>ème</sup> jour

Les autres consultations de contrôle à trois mois, à six mois, à un an et à trois ans sont satisfaisantes. Aucun symptôme sténotique, notamment une dysphagie, n'est à signaler après ce recul de trois ans.

Figure 15: Le dentier après extraction chirurgicale



**TROISIEME PARTIE**  
**COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### I- EPIDEMIOLOGIE

#### I-1- Fréquence

L'ingestion de corps étrangers est fréquente, mais son incidence réelle est difficile à déterminer. En effet, la plupart des objets (90 à 95%) traversent le tube digestif rapidement et sans complications.

Néanmoins, aux Etats Unis, on estime qu'elle touche 122 personnes par million d'habitants et par an. Elle serait responsable de 1500 à 2000 décès chaque année (8).

#### I-2- Age

Les accidents sont plus fréquents chez les enfants (60 à 70%) qui portent souvent des objets à la bouche (9). L'ingestion de corps étrangers survient en particulier chez les enfants de moins de six ans (70%); toutefois, sa fréquence diminue notamment en raison des mesures de sécurité instaurées dans la fabrication des jouets (10).

L'âge critique est situé entre six mois et trois ans mais les accidents ne sont pas rares jusqu'à 10 à 12 ans. Et la plupart des accidents surviennent au domicile (11).

Chez les adolescents et les étudiants, l'ingestion de corps étrangers résulte souvent d'un comportement ludique (pièce de monnaie dans un verre de bière, paris,...) (12).

Chez l'adulte, les personnes âgées et certains groupes à risque sont surtout frappés par ces accidents. L'âge moyen est de 70 ans environ. Et les sujets âgés de 70 ans porteurs de dentiers sont surtout intéressés (10).

#### I-3- Terrain

Quelques groupes de personnes sont particulièrement concernées par l'ingestion de corps étrangers : les patients édentés, les enfants, les alcooliques, les prisonniers et les sujets psychiatriques (13). Nous verrons plus loin la raison à cela.

#### I-4- Nature des corps étrangers

Il existe une multitude de variétés de corps étrangers susceptibles d'être avalés.

De l'âge et de l'existence d'un problème psychologique ou psychiatrique dépend la nature des corps étrangers ingérés.

Les pièces de monnaie sont les plus incriminées.

Les aiguilles de nourrice sont retrouvées chez les enfants, mais l'incidence de leur ingestion a diminué du fait de l'utilisation des couches à usage unique.

D'autres corps étrangers peuvent être cités également : les crayons, les capuchons de stylos, les billes, les boutons, les piles, les jouets, les noyaux de fruits (8).

Par ailleurs chez l'adulte on retrouve des corps étrangers alimentaires, des os, des arêtes, rarement des corps étrangers plus gros (dentier) ou plus acérés (épingles, cure-dent, lame de rasoir) (10).

Chez les prisonniers et les patients ayant des problèmes psychiatriques, les corps étrangers sont surtout de nature insolite et peuvent être très nombreux : ressorts, couverts, morceaux de verre, lames de rasoir ou cutter dans leur emballage, cailloux, vis et clous, brosses à dent, montres, verres de lunettes ou pièces d'automobiles (14)(15)(16), et parfois des dentiers (17).

Depuis 10 à 15 ans, on parle des trafiquants de drogue qui ingèrent une quantité importante de drogue contenue dans des paquets plus ou moins hermétiques pour passer les frontières et dont la rupture peut être fatale; ce phénomène est appelé "body bagger syndrom" (18).

## II- ETIOPATHOGENIE

L'ingestion accidentelle de corps étrangers chez les enfants est souvent le résultat d'une curiosité orale (19).

La carie dentaire semble constituer également un facteur de risque. En effet, elle est la maladie la plus répandue dans le monde, et dans de nombreux pays en développement, l'accès aux soins bucco-dentaires est limité et les dents ne sont pas toujours soignées ou extraites.

Et l'expérience de la douleur, les abcès dentaires, les difficultés de la mastication et donc de l'alimentation, les dents manquantes ou abîmées ont des effets non négligeables sur la vie quotidienne et le bien-être des individus.

Chez les personnes âgées, la principale cause de perte de dents est la maladie du parodonte ou des gencives (20).

Par conséquent, chez l'adulte, le port de prothèse et/ou l'absence de dents naturelles seraient à l'origine de ces accidents. En effet les dentiers diminueraient la sensibilité du palais et gêneraient l'identification de petits éléments potentiellement ingérés avec la nourriture. Outre cette diminution de la sensibilité, les dentiers mal adaptés et mobiles peuvent être facilement déglutis (10).



La consommation d'alcool diminue la vigilance pendant les repas et favorise l'impaction d'aliments dans l'œsophage.

Des ingestions accidentelles sont aussi rencontrées chez les patients boulimiques ou anorexiques qui s'introduisent profondément des objets dans le pharynx pour se faire vomir (21)(22).

L'ingestion volontaire de corps étrangers intéresse en particulier les patients présentant un handicap mental ou des troubles psychiatriques (23)(24) et les prisonniers qui cherchent à être hospitalisés (25)(26)(27).

Une étiologie organique tels les troubles de la motricité œsophagienne (achalasie ou troubles non spécifiques) ou les rétrécissements pathologiques à type de sténose (congénitale, anastomotique, peptique, caustique, radique ou néoplasique) peuvent exister et doivent être recherchés systématiquement aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, ainsi qu'une anomalie neuromusculaire de la motilité œsophagienne (28)(29).

Une compression extrinsèque de l'œsophage par l'oreillette gauche chez les patients présentant une cardiomyopathie a été évoquée (30).

Quelques ingestions iatrogènes ont été également rapportées par certains auteurs : lampe de laryngoscope, instruments de dentisterie (31)(32).

Le jeune âge de notre patient s'explique par la fréquence particulière des caries dentaires chez l'adulte jeune des pays en développement comme Madagascar (33). Ces caries dentaires sont bien souvent traitées tardivement et se terminent par une extraction dentaire.

Par ailleurs beaucoup de dentiers sont de fabrication artisanale et sont souvent de ce fait mal adaptés et mobiles, facilitant les accidents de déglutition.

### III- PHYSIOPATHOLOGIE

La découverte de corps étrangers du tractus digestif supérieur dans l'œsophage est beaucoup plus fréquente (80%) que dans l'estomac ou dans le grêle proximal (15%). Cette localisation préférentielle œsophagienne est expliquée par la présence de trois rétrécissements physiologiques:

- ainsi, 50% des pièces ingérées sont bloquées sous la bouche œsophagienne au niveau du muscle cricopharyngé
- 25% au niveau de l'empreinte aortique
- et 25% au niveau du cardia (10).

Taylor dans une autre étude retrouve 90% des objets se logeant à la jonction du tiers supérieur et du tiers moyen de l'œsophage, juste en dessous des insertions du muscle cricopharyngé. Cette structure puissante est capable de propulser l'objet jusque là grâce au processus complexe de la déglutition volontaire, mais la musculature lisse œsophagienne, plus faible, est incapable de le faire progresser plus loin (9).

Les objets de grande taille peuvent être retenus au niveau du rétrécissement œsophagien produit par le croisement de la bronche souche gauche et de la crosse aortique. Les objets acérés qui sont bloqués dans cette région peuvent être source de fistules aorto-œsophagiennes.

Le cardia est un autre rétrécissement. La plupart des impactions qui se produisent à ce niveau sont liées à des anomalies de la motilité œsophagienne.

Enfin le site de blocage œsophagien peut être lié à des variations anatomiques (sténoses congénitales, atrésies) ou à une pathologie sous-jacente (sténoses peptiques ou caustiques, néoplasies, achalasie...) (8).

La nature même de la paroi œsophagienne qui se laisse distendre facilement et l'activité péristaltique particulière de l'œsophage, inefficace pour faire migrer certains corps étrangers, sont également en cause (34).

Le calibre important du corps étranger ainsi que la présence d'aspérités, conditions réunies pour le dentier, sont aussi un facteur de blocage (18).

La présence d'un corps étranger de plus de 24 heures dans le tractus digestif entraîne des complications majeures. En effet le corps étranger exerce une pression responsable d'une ischémie puis d'une nécrose avec perforation ou fistule (35).

#### IV- DIAGNOSTIC CLINIQUE

##### IV-1- Délai de consultation

Dans 60% à 85% des cas, les patients viennent consulter ou sont adressés pour une ingestion réelle ou supposée de corps étrangers dans les premières 24 heures (36)(37). Néanmoins, un délai supérieur à une semaine est observé chez 5% des patients (36).

Une autre étude faite par Lheureux montre que dans 18% des cas, la consultation est tardive, de plus d'un mois après le moment probable de l'ingestion (8).

Notre observation rapportant un corps étranger ayant séjourné dans l'œsophage pendant 15 ans est exceptionnelle et à notre connaissance, aucune observation similaire n'a été rapportée dans la littérature des dix dernières années.

De part la situation géographique enclavée de sa région d'origine, le retard de prise en charge de notre patient s'explique d'autre part par le bas niveau socio culturel, et enfin par l'éloignement des formations sanitaires.

#### IV-2- Symptomatologie clinique

Une histoire incertaine d'ingestion peut être la seule donnée clinique, mais celle-ci ne doit jamais être négligée.

La symptomatologie est parfois différée de plusieurs minutes à plusieurs heures, voire n'apparaître que lorsque les complications surviennent. La présentation clinique diffère quelque peu chez l'enfant et chez l'adulte (8).

Chez l'enfant, l'interrogatoire n'est informatif que dans 5% des cas et le diagnostic est beaucoup plus difficile (37).

Le refus alimentaire est un signe clinique fréquent (38)(39) et parfois l'enfant préfère une alimentation liquide à une alimentation solide (40). Il peut se plaindre également de dysphagie ou sursaute à la déglutition (41)(42).

Un autre signe classique est la sialorrhée : l'enfant est incapable d'avaler sa salive et bave (8). Ce signe peut être la seule manifestation clinique constante associée à d'autres anomalies endoscopiques (43).

Les vomissements sont fréquents chez les enfants (15)(42)(44), ainsi que les manifestations respiratoires qui peuvent simuler une infection des voies respiratoires. Ces signes respiratoires peuvent être prépondérants dans la présentation clinique et dans un tiers des cas représentent la présence de corps étrangers anciens (16)(28).

Chez l'adulte, en dehors des troubles psychiatriques sous-jacents, le diagnostic est habituellement facile et repose sur l'interrogatoire (10).

Les plaintes les plus fréquentes sont les douleurs cervicales et thoraciques, l'odynophagie et la dysphagie (15).

L'inconfort est généralement modéré en cas d'érosion ou de lacération (16).

Parfois le patient a la sensation d'un corps étranger persistant, mais en raison de l'innervation sensitive de l'œsophage, la localisation ressentie est souvent inexacte : la douleur liée à un corps étranger situé dans le bas œsophage est souvent ressentie dans le

haut du thorax, alors que celle liée à un corps étranger situé plus haut est fréquemment ressentie dans la partie basse du thorax (16)(44). Ainsi le siège de la douleur n'a aucune valeur localisatrice (36).

Le patient peut parfois présenter une sialorrhée pouvant être teintée de sang ou des vomissements (42).

Et enfin, les signes respiratoires peuvent être les seules manifestations chez les sujets âgés ou handicapés mentaux dont les plaintes subjectives sont difficiles à évaluer (8).

La fièvre n'est pas rare, associée à des frissons et une transpiration profuse (16).

#### IV-3- Complications

Les complications peuvent être des signes révélateurs de la présence de corps étrangers dans le tractus digestif dans 13% des cas (36).

On estime le taux global de complications entre 1 et 4% des cas. Elles sont donc assez rares, mais particulièrement graves lorsqu'elles surviennent (8).

Par ailleurs, ces complications peuvent être primaires ou secondaires à une tentative d'extraction endoscopique. Un corps étranger séjournant pendant plus de 24h dans le conduit digestif peut même parfois entraîner le décès du patient (13).

- Les abrasions œsophagiennes sont des complications banales et bénignes qui ne produisent pas toujours de signes cliniques. Les patients peuvent toutefois se plaindre de douleur modérée et de sensation de corps étranger persistant (16).

- Les lacérations plus profondes donnent une douleur modérée parfois des vomissements teintés de sang ou une hématemèse franche accompagnée de signes d'hypovolémie et d'anémie (16).

- La perforation œsophagienne est une complication redoutable qui menace le pronostic vital du patient. Les causes les plus fréquentes sont les objets pointus ou acérés, l'impaction prolongée responsable d'inflammation et de nécrose locale ou un traumatisme des tentatives d'extraction. Les perforations, le plus souvent proximales, sont exceptionnelles (18)(36) et peuvent être primaires ou secondaires à une extraction difficile (42).

- Les fistules œso-trachéale ou œso-vasculaire ont également été citées par certains auteurs (45)(46). Ces lésions vasculaires peuvent être la source d'une hémorragie importante à type d'hématémèse et/ou d'hémoptysie (46).

La complication la plus redoutable est la fistule aorto-œsophagienne. Cette dernière est provoquée par une perforation directe ou une nécrose progressive de l'œsophage à hauteur de son croisement avec la bronche souche gauche et l'aorte (8).

La fistule œsophago-carotidienne a également été décrite (45). Mais ces complications fistulaires restent rares.

- Des complications infectieuses à type de médiastinite, de cellulite ou d'abcès para œsophagien, provoquées par les dentiers, les arêtes ou les esquilles osseuses, ont été décrites (10).

- Les complications respiratoires peuvent être dues à un retard diagnostique, mais également à une obstruction complète ou partielle des voies aériennes (14). Cette obstruction résulte d'une compression directe de la trachée par un corps étranger volumineux ou de l'inflammation locale consécutive à une impaction prolongée (8).

L'obstruction de l'œsophage favorise aussi l'inhalation, les trachéo-bronchites et les pneumopathies (14)(47).

- Des lésions de nécrose provoquées par les piles, par pression, par brûlure liée à l'électrolyse de la pile au contact de la muqueuse, et par la libération de substances toxiques lors de leur détérioration ont été aussi observées (10).

Une toxicité supplémentaire du mercure a été rapportée car l'oxyde mercurique peut être absorbé et passer dans le sang (48).

- D'autres complications ont été également décrites par certains auteurs qui ne seront pas détaillées dans notre étude : les perforations digestives basses, l'obstruction digestive, l'appendicite aiguë ou encore le reflux entéro-biliaire d'un corps étranger (8).

#### IV-4- Examen physique (10)

L'examen physique doit être réalisé dès l'admission du patient et comprend la mesure des paramètres habituels (conscience, température, tension artérielle, diurèse) et la recherche d'une éventuelle complication (sepsis, choc hypovolémique).

L'examen buccopharyngé doit explorer les loges amygdaliennes, la base de la langue, pour rechercher le corps étranger ou une plaie muqueuse.

La palpation de la région cervicale recherche une douleur à la mobilisation du pharynx témoignant d'un traumatisme laryngé, ou un emphysème sous cutané au niveau du cou et du manubrium sternal évocateur d'une perforation œsophagienne (16).

Les signes d'obstruction respiratoire doivent être recherchés soigneusement (dyspnée, stridor, tirage). Ainsi l'auscultation pulmonaire est systématique pour la recherche d'une diminution des murmures vésiculaires en faveur d'une obstruction bronchique ou d'un foyer de crépitations en cas de surinfection.

Et enfin la palpation abdominale recherche une défense abdominale témoignant d'une perforation gastrique.

Notre patient à son admission présentait une simple dysphagie.

Son examen physique était normal et ne révélait qu'une légère douleur à la palpation profonde de la région épigastrique. Aucun signe de complications n'a été retrouvé.

## V- DIAGNOSTIC PARACLINIQUE

### V-1- Investigations radiologiques

Un bilan radiologique systématique doit être réalisé, que le corps étranger soit radio-opaque ou radio transparent, et même si le patient est asymptomatique. Seules les incarcérations alimentaires ne nécessitent pas de bilan radiologique systématique (49)(50).

#### V-1-1- Examen radiologique sans contraste

La radiographie pulmonaire simple est généralement suffisante pour localiser le corps étranger et pour déterminer sa taille et sa nature. D'autre part elle permet de dépister d'éventuelles complications comme un pneumothorax, un pneumomédiastin ou un pneumopéritoine. Et si l'histoire suggère une impaction alimentaire récente, l'évaluation radiologique n'est pas indispensable en urgence (8).

Dans 80% des cas, le bilan radiologique apporte des éléments diagnostiques chez l'enfant (28), et 27% chez l'adulte (39).

Les objets radio-opaques sont facilement identifiables, ceux qui sont radio-transparents nécessiteront une exploration radiographique plus poussée (13).

### V-1-2- Œsophagographie avec contraste

Une œsophagographie, réalisée après ingestion de contraste, doit être pratiquée si le corps étranger n'est pas localisé sur les radiographies standards, en particulier chez les patients symptomatiques et chez les enfants qui présentent des infections respiratoires récidivantes d'origine inexpiquée (8).

Le transit baryté œsophagien montre le produit de contraste et le corps étranger permettant ainsi de le situer, mais également de dépister une éventuelle fistule œso-trachéale (8).

Cependant, l'opacification digestive barytée doit être évitée car elle met inconstamment en évidence le corps étranger et gêne la fibroscopie réalisée secondairement. Il ne doit pas non plus être utilisé si une perforation est suspectée (8)(10).

Le transit aux hydrosolubles donne des images précises pour la visualisation des petites fistules, et il reste sans danger en cas de fuite médiastinale (16)(51). En effet ce produit est aisément résorbable (52). De plus il ne gêne en rien une endoscopie ultérieure. Il est proposé uniquement en cas de suspicion de perforation digestive, notamment œsophagienne. Il doit toutefois être évité en cas d'incapacité du patient à déglutir en raison du risque d'inhalation (53).

### V-1-3- Scanner cervico-thoracique

Il est l'examen de choix pour mettre en évidence l'air extraviscéral et les abcès cervicaux, médiastinaux ou abdominaux secondaires aux perforations (54)(55). Il est très efficace dans la détection des corps étrangers non démontrés par la radiologie conventionnelle, notamment pour les arêtes ou les os de poulet (56)(57).

### V-2- Endoscopie digestive haute

La fibroscopie digestive doit être le plus souvent réalisée. Elle permet de visualiser directement le corps étranger et de l'extraire à l'aide de divers instruments d'extraction (les pinces, l'anse lasso, les anses à panier de Dormia, les filets de préhension) (10).

### V-3- Echographie

La littérature ne fait état que de cas anecdotiques où l'échographie a été utilisée avec succès pour localiser un corps étranger (54).

### V-4- Angiographie

Elle peut être utile pour préciser une lésion vasculaire suspectée d'après la clinique ou l'endoscopie (58).

## VI- TRAITEMENT

### VI-1- Buts

Le traitement consiste à extraire le corps étranger du tube digestif ou à surveiller sa progression, en la favorisant éventuellement. Il consiste aussi à traiter les éventuelles complications du fait de la présence du corps étranger ou du fait de son extraction (8).

### VI-2- Méthodes

L'extraction mécanique peut être tentée en fonction de la nature et de la localisation du corps étranger.

#### VI-2-1- Laryngoscopie

Elle peut être directe ou indirecte, et permet l'examen de l'hypopharynx et du larynx, et d'extraire les corps étrangers siégeant à ce niveau (14).

#### VI-2-2- Endoscopie thérapeutique

Elle permet de visualiser l'objet non localisé par d'autres méthodes et permet de faire un bilan des lésions quand le patient se plaint de dysphagie persistante, même si le passage au delà de l'œsophage est objectivé par la radiographie et que le transit œsophagien est normal (47).

L'endoscopie rigide a longtemps été la méthode la plus classique pour l'extraction des corps étrangers œsophagiens (14)(15). Les principales complications sont la perforation (30)(59) et l'inhalation (16).

Le fibroscope souple utilisé par les gastro-entérologues est de maniement plus facile. Le coût de l'examen est moindre car son utilisation ne nécessite pas d'anesthésie générale systématique (10).



Les complications liées à son utilisation sont rares ou exceptionnelles lorsque l'extraction est réalisée par un opérateur expérimenté. Et seule la fibroscopie souple permet d'explorer de façon satisfaisante le bas de l'œsophage, l'estomac et le duodénum, et d'extraire les corps étrangers gastriques (36)(42).

#### VI-2-3- La chirurgie

Selon le siège du corps étranger, une œsophagotomie élective par cervicotomie ou thoracotomie sera réalisée. Et en fonction de sa localisation dans l'œsophage thoracique, une thoracotomie gauche ou droite sera effectuée (8).

#### VI-2-4- Manœuvre d'Heimlich

Elle consiste à appliquer des compressions épigastriques (ou thoraciques chez les obèses ou les femmes enceintes), avec une direction antéro-postérieure et de bas en haut. Son but est d'accroître la pression thoracique (8).

#### VI-2-5- Autres traitements

Certains auteurs ont proposé l'utilisation du cathéter de Foley, réservé aux corps étrangers radio-opaques émoussés (60)(61). Cette méthode est actuellement déconseillée du fait du risque d'inhalation du corps étranger lors de son extraction (18).

Une autre méthode utilisant un cathéter à extrémité aimantée pour les corps étrangers ferreux a été proposée (30). Son acquisition est également déconseillée car une effraction de la bouche œsophagienne est possible, ainsi que le passage du corps étranger dans les voies aériennes supérieures (62).

Quant aux traitements médicamenteux, trois substances ont été utilisées:

- le sirop d'Ipeca, déconseillé car inefficace et dangereux avec risque d'inhalation et d'incarcération du corps étranger dans l'œsophage lors des vomissements induits (10)
- la papaïne, moins utilisée en raison des complications à type d'œdème pulmonaire qu'elle peut induire
- le glucagon, administré par voie intraveineuse, permet de relâcher le sphincter inférieur de l'œsophage en maintenant la motricité œsophagienne. Mais l'utilisation de cette substance présente plusieurs contre indications (corps étranger de plus de 24 heures, non alimentaire, et situé au niveau du tiers supérieur de l'œsophage,

phéocromocytome, insulinome) et en plus un transit œsophagien est nécessaire avant et après ce traitement (10).

### VI-3- Indications

#### VI-3-1- Endoscopie digestive haute

L'endoscopie digestive haute est le plus souvent indiquée en première intention, dans un but à la fois diagnostique et thérapeutique.

L'endoscopie est urgente en cas de corps étranger situé dans la partie haute de l'œsophage, de corps étranger acéré ou mousse de grande taille, de pile-bouton dans l'œsophage ou d'impaction œsophagienne (18)(48)(63).

Les pièces doivent être retirées de l'œsophage immédiatement en cas de sténose œsophagienne suspectée ou connue.

L'endoscopie est contre indiquée en cas d'ingestion de préservatifs ou autre emballage contenant des drogues illicites (8).

Dans les autres cas, une surveillance de 24 heures est souhaitable car 22% à 37% des pièces passent spontanément dans l'estomac en moins de 24 heures (10).

#### VI-3-2- Chirurgie (8)

Les corps étrangers de l'œsophage sont rarement réfractaires à l'intervention endoscopique. Au cours d'une telle situation, la chirurgie est de règle afin d'éviter toute complication secondaire à des tentatives infructueuses d'extraction endoscopique.

Moins de 1% des corps étrangers nécessitent une intervention chirurgicale (13).

Le recours à la chirurgie devient urgent s'il existe des signes évidents de rupture à la radiographie.

La perforation œsophagienne est une indication opératoire urgente.

Concernant les corps étrangers siégeant dans l'œsophage thoracique, qui n'ont pas pu être extraits par voie endoscopique, une thoracotomie anéro-latérale gauche est proposée pour un corps étranger localisé dans les segments sus azygo-aortique et sous azygo-aortique.

Une thoracotomie antéro-latérale droite est par contre indiquée en cas de localisation au niveau du segment inter azygo-aortique.

Malgré la durée de séjour du corps étranger dans l'œsophage chez notre patient, l'ablation a été relativement facile car la paroi œsophagienne n'était pas inflammatoire

du fait certainement que le dentier était fait de matière inerte. Les deux aspérités aux deux extrémités du dentier dont la taille est assez importante (33mm), explique son incarcération et l'impossibilité de l'extraction endoscopique.

#### VI-3-3- Manœuvre d'Heimlich

Elle ne doit jamais être tentée lorsqu'un corps étranger est bloqué dans l'œsophage, vu le risque de rupture œsophagienne (64), ni si le patient respire. Elle n'est indiquée qu'en cas de blocage dans l'hypopharynx et d'obstruction complète des voies aériennes (8).

#### VI-3-4- Autres traitements

Ils doivent être abandonnés du fait des complications qu'ils peuvent engendrer (10).

#### VI-4- Traitement des complications

Les symptômes au cours des abrasions œsophagiennes disparaissent généralement en quatre à cinq jours, sans traitement ni séquelles (8).

En cas de lésions de la muqueuse ou incarcérations d'arêtes de poissons, d'esquilles osseuses, ou d'appareil dentaire, il faudra utiliser des antisécrétoires gastriques et un traitement antibiotique efficace sur la flore bucco-pharyngée (10).

Les patients présentant des lacérations plus profondes doivent être hospitalisés et surveillés; il faut éventuellement corriger les signes de choc hypovolémique (16).

La perforation œsophagienne est rare mais grave. C'est une indication opératoire urgente (39). Si l'intervention n'est pas pratiquée rapidement, la mortalité est très élevée. Elle est chiffrée à moins de 20% si l'intervention chirurgicale est pratiquée dans les 12 heures; elle est de 36% si elle est réalisée dans les 24 heures et de 64% entre 24 et 48 heures (16).

Pour les complications infectieuses, une antibiothérapie massive à large spectre doit être entamée, avec éventuellement un abord chirurgical pour suture œsophagienne et drainage (10).

Les fistules œso-trachéales et œso-vasculaires restent exceptionnelles, et les survies moyennant une chirurgie lourde sont rares (65).

## VII- EVOLUTION

Après extraction endoscopique, l'évolution est favorable. Toutefois des complications peuvent apparaître, à type de fistules et de perforations œsophagiennes (10).

Après chirurgie, les suites opératoires sont habituellement simples mais peuvent être également émaillées de complications à type de plaies de la muqueuse ou de fistules (66).

Aussi, la surveillance de ces patients repose-t-elle sur le contrôle radiographique pulmonaire simple, sur le transit aux hydrosolubles et sur le scanner afin de dépister rapidement ces complications.

## SUGGESTIONS

L'amélioration de la prise en charge des corps étrangers œsophagiens repose avant tout sur la prévention avec:

- L'instauration de mesures de sécurité lors de la conception et de la fabrication des jouets: leur diamètre doit faire plus de 30mm pour les enfants de moins de 36 mois (10)

- Les campagnes d'information-éducation-communication en milieu grand public pour les risques qu'encourt un enfant qui consomme sans surveillance des aliments contenant du poisson entier ou des morceaux d'os. Il en est de même pour les risques qu'encourent les porteurs de prothèses dentaires amovibles

- L'information en milieu médical sur la valeur diagnostique du syndrome initial

- L'orientation des systèmes de santé bucco-dentaire sur les soins primaires et la prévention

- La lutte contre les caries dentaires qui repose:

- \* tout d'abord et avant tout sur le brossage et le nettoyage correct des dents après chaque prise alimentaire

- \* sur l'apport de fluor qui rend les dents moins vulnérables aux caries dentaires

- \* sur le rinçage antiseptique pour réduire la présence bactérienne

- \* et enfin sur l'adoption de bonnes habitudes alimentaires en réduisant le contact des dents avec des sucres collants

- La multiplication du nombre des centres de soins bucco-dentaires. En effet, dans la plupart des pays en développement, il y a insuffisamment de dentistes pour répondre aux besoins de la population; de plus, le ratio de dentiste pour 100.000 habitants est généralement élevé dans les grandes villes et très faible dans les zones rurales.

En plus de la prévention, il faudrait également insister sur la formation des personnels médicaux et l'amélioration du plateau technique afin de vulgariser la pratique de l'endoscopie.

Une législation plus stricte devrait être appliquée pour interdire la fabrication artisanale des prothèses dentaires.

Un contrôle technique et médical régulier des prothèses dentaires devrait également être conseillé et encouragé.

## CONCLUSION

Cette étude a permis de décrire une observation exceptionnelle d'incarcération d'un dentier au sein de l'œsophage thoracique pendant 15 ans. A notre connaissance, aucune observation similaire n'a été rapportée dans la littérature des dix dernières années.

En effet, la fréquence des caries dentaires dans les pays en développement fait que beaucoup de sujets jeunes sont contraints au port d'un dentier, souvent de fabrication artisanale, donc mobile et facilement sujet aux accidents de déglutition.

Ce dentier incrusté au niveau de l'œsophage thoracique n'avait amené aucune complication notamment infectieuse durant ces 15 années du fait certainement de la nature inerte de sa composition.

Un tel tableau existe encore bel et bien de nos jours et illustre bien les lacunes de notre système sanitaire en l'occurrence l'enclavement des populations de certaines régions de toute formation sanitaire et l'insuffisance du plateau technique.

L'extraction est habituellement endoscopique et la chirurgie se réserve les échecs ou les complications de l'endoscopie.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1- Bouchet A, Cuilleret J. Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle. L'abdomen, la région rétro-péritonéale, le petit bassin, le périnée. Paris: Simep, 1991; 952-958.
- 2- Perlumeter L, Waligora J. Thorax. Cahiers d'anatomie. Paris: Masson, 1969; 1-11.
- 3- Kremer K, Schumpelick V, Hierholzer G. Atlas de techniques opératoires. Paris: Vigot, 1994: 137-142.
- 4- <http://www.chups.jussieu.fr/polys/histo/histoP2/POLY.Chp.1.2.2.html>. Histologie de l'œsophage. 2005.
- 5- <http://spiral.univ-lyon1.fr/polycops/HistologieFonctionnelleOrganes/AppareilDigestif/TexteP3.html#œsophage>. Histologie de l'œsophage. 2004.
- 6- <http://gastroressource.com/GITexbook/fr/chapter5/5-3.htm> Principes fondamentaux de gastro-entérologie. Physiologie de l'œsophage. 2005.
- 7- Silbernagl S, Despopoulos A. Atlas de poche de physiologie. Paris: Médecine-Sciences Flammarion, 2001.
- 8- Lheureux P et coll. Ingestion de corps étrangers: attitude pratique. Rean Urg, 1996; 5: 637-653.
- 9- Taylor RE. Esophageal foreign bodies. Emerg Med Clin North Am, 1987; 5: 301-311.
- 10- Monat S, Barouk J, Le Rhun M. Prise en charge des corps étrangers du tractus digestif supérieur. Hépatogastro, 2001; 8: 179-187.
- 11- Reilly JS, Walter MA. Consumer product aspiration and ingestion in children: analysis of emergency room reports to the National Electronic Injury Surveillance System. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1992; 101: 739-741.



- 12- Cluck M. Coin ingestion complicating a tavern game. *West J Med*, 1989; 150: 343-344.
- 13- Stiles BM et coll. Denture esophageal impaction refractory to endoscopic removal in a psychiatric patient. *J Emerg Med*, 2000; 18: 323-326.
- 14- Chaikhouni A, Kraatz JM, Crawford FA. Foreign bodies of the esophagus. *Ann Surg*, 1985; 51: 173-179.
- 15- Crysdale WS, Sendi KS, Yoo J. Esophageal foreign bodies in children: 15-year review of 484 cases. *Ann Otol Laryngol*, 1991; 100: 320-324.
- 16- Hernanz SM, Naimark A. Avoiding disaster with esophageal foreign bodies. *Emerg Med Reports*, 1984: 133-140.
- 17- Brady PG. Esophageal foreign bodies. *Gastroenterol Clin North Am*, 1991; 20: 691-701.
- 18- Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update *Gastrointest Endosc*, 1995; 41: 39-51.
- 19- [http://www.fao.org/documents/show\\_cdr.asp?url\\_file=/DOCREP/004/W0073F/w0073f22.htm](http://www.fao.org/documents/show_cdr.asp?url_file=/DOCREP/004/W0073F/w0073f22.htm). Archives de la FAO. Les caries dentaires et la fluorose. 2004.
- 20- <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr15/fr/>. Rapport sur les maladies bucco-dentaires dans le monde. 2004.
- 21- Weltman MD, De Moore GM, Touyz S. Foreign body ingestion in eating disorders. *Gen Hosp Psychiatry*, 1994; 16: 55-56.
- 22- Wilcox DT, Karamanoukian HL, Glick PL. Toothbrush ingestion by bulimics may require laparotomy. *J Pediatr Surg*, 1994; 29: 1956.

- 23- Wigle RL. Emergency department management of retained rectal foreign bodies. *Am J Emerg Med*, 1988; 6: 385-389.
- 24- Karp JG, Whitman L, Convit A. Ingestion of sharp foreign objects. *Am J Psychiatry*, 1991; 148: 271-272.
- 25- Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. *Gastroenterology*, 1988; 94: 204-216.
- 26- Slovis C, Werman R, Golightly P. Massive foreign body ingestion. *Ann Emerg Med*, 1982; 11: 433-435.
- 27- Magdalena-Castineira C, Magdalena-Lopez C. Ingestion de cuerpos extranos en reclusos. *Rev Esp Enferm Dig*, 1994; 85: 254-256.
- 28- MacPherson RI, Hill JG, Biemann Othersen H, Tagge EP, Smith CD. Esophageal foreign bodies in children: diagnosis, treatment, and complications. *Am J Roentgenol*, 1996; 166: 919-924.
- 29- Robbins MI, Shortsleeve MJ. Treatment of acute esophageal food impaction with glucagon an effervescent agent and water. *Am J Roentgenol*, 1994; 162: 325-328.
- 30- Brady PG, Johnson WF. Removal of foreign bodies: the flexible fiberoptic endoscope. *South Med J*, 1977; 70: 702-704.
- 31- Sklar DP, Tandberg D. Glass ingestion from fracture of a laryngoscope bulb. *J Emerg Med*, 1992; 10: 569-571.
- 32- Naumovski I, Schaffer K, Fleisher B. Ingestion of a laryngoscope light bulb during delivery room resuscitation. *Pediatrics*, 1991; 87: 581-582.
- 33- Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ*, 2005; 83: 661-669.

- 34- Naidoo RR, Reddi AA. Chronic retained foreign bodies in the esophagus. *Ann Thorac Surg*, 2004; 77: 2218-2220.
- 35- Chaikhoumi A, Kratz JM, Crawford FA. Foreign bodies of the oesophagus. *Am Surg*, 1985; 51: 173-179.
- 36- 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: 301-304.
- 37- Reilly J et coll. Pediatric aerodigestive foreign body injuries are complications related to timeliness of diagnosis. *Laryngoscope*, 1997; 107: 17-20.
- 38- Ferrucci JT, Long JA. Radiologic treatment of esophageal food impaction using intravenous glucagon. *Radiology*, 1977; 125: 25-28.
- 39- Ashoor AA, Momen AA. Foreign bodies of the esophagus: a two-year prospective study. *Ann Saudi Med*, 2000; 20: 173-174.
- 40- Swischuk LE. Acute respiratory distress and stridor. *Pediatr Emerg Care*, 1991; 7: 61-63.
- 41- Jones NS, Lannigan FJ, Salama NY. Foreign bodies in the throat: a prospective study of 388 cases. *J Laryngol Otol*, 1991; 105: 104-108.
- 42- Nandi P, Ong GB. Foreign body in the oesophagus: review of 2394 cases. *Br J Surg*, 1978; 65: 5-9.
- 43- Allen T. Suspected esophageal foreign body-choosing appropriate management. *JACEP*, 1979; 8: 101-105.
- 44- Binder L, Anderson WA. Pediatric gastrointestinal foreign body ingestions. *Am Emerg Med*, 1984; 13: 112-117.

- 45- Scher RL, Tegtmeyer CJ, McLean WC. Vascular injury following foreign body perforation of the esophagus: review of the literature and report of a case. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1990; 99: 698-702.
- 46- Tucker JG, Kim GW. Esophageal perforation caused by coin ingestion. *South Med J*, 1994; 97: 269-272.
- 47- Splitz I, Hirsig J. Prolonged foreign body impaction in the oesophagus. *Arch Dis Child*, 1982; 57: 551-553.
- 48- Litovitz T, Schmitz BF. Ingestion of cylindrical and button batteries: an analysis of 2382 cases. *Pediatrics*, 1992; 89: 747-757.
- 49- Aravati EM, Bennett DL, McElwee NE. Pediatric coin ingestion: a prospective study on the utility of routine roentgenograms. *Am J Dis Child*, 1989; 143: 549-551.
- 50- Schunk JE, Corneli H, Bolte R. Pediatric coin ingestions: a prospective study of coin location and symptoms. *Am J Dis Child*, 1989; 143: 546-548.
- 51- Parkin GJS. The radiology of perforated oesophagus. *Clin Radiol*, 1983; 20: 691-701.
- 52- Taylor MI. *Gastrointestinal Emergencies*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1992: 1-12, 462-468.
- 53- Brady PG. Esophageal foreign bodies. *Gastroenterol Clin North Am*, 1991; 20: 691-701.
- 54- Jungling G, Wiessner V, Gebbart C, Zeitler E, Wunsch PH. Enterokolische fistel infolge fremdkörperinkorporation. *Dtsch Med Wochenschr*, 1994; 119: 63-65.
- 55- Sethi DS, Stanley RE. Migrating foreign bodies in the upper digestive tract. *Ann Acad Med Singapore*, 1992; 21: 390-393.

- 56- Braverman I, Gomori M, Polv D. The role of CT imaging in the evaluation of cervical esophageal foreign bodies. *J Otolaryngol*, 1993; 22: 311-314.
- 57-. 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: 708-710.
- 58- Wu MH, Lai WW. Aorta-esophageal fistula induced by foreign bodies. *Ann Thorac Surg*, 1992; 54: 155-156.
- 59- Wright RA. Upper oesophageal perforation with a flexible endoscope secondary to cervical osteophytes. *Dig Dis Sci*, 1980; 25: 88-89.
- 60- Campbell JB, Foley LC. A safe alternative to endoscopic removal of blunt esophageal foreign bodies. *Arch Otolaryngol*, 1983; 109: 323-325.
- 61-. Ginadi S. A safe alternative to endoscopic removal of blunt esophageal foreign bodies. *Arch Otolaryngol*, 1983; 109: 323-325.
- 62-. Towbin RB, Dunbar JS, Rice S. Magnetic catheter for removal of magnetic foreign bodies. *Am J Roentgenol*, 1990; 154: 149-150.
- 63- Laugel V, Beladdale J, Escande B, Simeoni U. Accidental ingestion of button battery. *Arch Pediatr*, 1999; 6: 1231-1235.
- 64- Sams JS. Dangers of the Heimlich maneuver for esophageal obstruction (letter). *N Engl J Med*, 1989; 321: 980-981.
- 65-Yang CY. The management of ingested foreign bodies in the upper digestive tract: a retrospective study of 59 cases. *Singapore Med H*, 1991; 32: 312-315.
- 66- Loh KS, Tan LKS, Smith JD, Yeoh KH, Dong F. Complications of foreign bodies in the esophagus. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2000; 123: 615-616.

## VELIRANO

Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo Mpampianatra ahy sy ireo Mpiara-mianatra tamiko eto amin'ny ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Ho tsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra any an-tranon'olona aho, dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny aton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo hampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo Mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraiziko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy ho rabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.

**PERMIS D'IMPRIMER**

LU ET APPROUVE

Le Président de thèse

Signé : **Professeur RANAIVOZANANY Andrianady**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : **Professeur RAJAONARIVELO Paul**

**Name and First name:** RAHAINGO Mialy Mihasonantenaina  
**Title of the thesis:** A case of chronic thoracic esophagus foreign body.  
Review of the literature

**Category:** Surgery

**Number of pages:** 48

**Number of pictures:** 15

**Number of bibliographic references:** 66

## SUMMARY

The discovery of a foreign body in the oesophagus several years after ingestion is exceptional. Here we report the case of a patient who presented 15 years after the accidental swallowing of his denture. A 35 year-old labourer complained of intermittent episodes of dysphagia after accidentally swallowing his denture 15 years previously. The patient had recently moved to the capital from a remote village and this was the first time he was able to undergo more extensive investigations. Plain chest X-ray was completely normal. However, a barium swallow demonstrated a defect in the oesophageal mucosa at the level of T9. There were no tracheal or bronchial fistulae. Upper gastrointestinal endoscopy found an upper partial acrylic denture encrusted in the oesophageal mucosa 32cm from the incisors. Several attempts at extraction during endoscopy were made without success. The decision was taken to proceed to left anterolateral thoracotomy. Oesophagotomy permitted extraction of the foreign body without complications. Management peculiarities of oesophageal retained foreign bodies are discussed with a review of the literature.

**Keywords:** Developing country; Endoscopy; Esophagus; Foreign body; Surgery

**Director of thesis:** Professor RANAIVOZANANY Andrianady

**Reporter of thesis:** Doctor RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude

**Address of the author:** II W 19 F Ambodiroatra Antananarivo





**Nom et Prénoms** : RAHAINGO Mialy Mihasonantenaina

**Titre de la thèse** : Un cas de corps étranger chronique de l'œsophage thoracique.  
Revue de la littérature

**Rubriques** : Chirurgie

**Nombre de pages** : 48

**Nombre de figures** :15

**Nombre de références bibliographiques** :66

## **RESUME**

La découverte d'un corps étranger ayant séjourné plusieurs années au sein de l'œsophage est exceptionnelle. Nous en rapportons un cas chez un patient ayant avalé son dentier 15 ans auparavant. Un agriculteur de 35 ans était venu consulter pour dysphagie intermittente après avoir avalé accidentellement un dentier 15 ans auparavant. Ce n'est que récemment que le patient avait pu quitter son village pour la capitale et avait ainsi pu bénéficier d'explorations plus poussées. La radiographie pulmonaire était normale. Le transit baryté œsophagien visualisait l'empreinte de ce corps étranger au niveau de la muqueuse œsophagienne en regard de la 9<sup>ème</sup> vertèbre thoracique et l'absence de fistule trachéale ou bronchique. La fibroscopie digestive haute retrouvait le dentier incrusté dans la muqueuse œsophagienne à 32cm des arcades dentaires. Les tentatives d'extraction effectuées par voie endoscopique étaient vouées à l'échec. Un abord chirurgical de l'œsophage thoracique était indiqué par thoracotomie antéro-latérale gauche. L'œsophagotomie avait permis une extraction facile du corps étranger. Les modalités de la prise en charge des corps étrangers chroniques de l'œsophage sont discutées à la lumière d'une revue de la littérature.

**Mots clés** : Chirurgie; Corps étranger; Endoscopie; Œsophage; Pays en développement

**Directeur de thèse** : Professeur RANAIVOZANANY Andrianady

**Rapporteur de thèse** : Docteur RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude

**Adresse de l'auteur** : II W 19 F Ambodiroatra Antananarivo