

Perforation oesophagienne après ingestion d'une « pile-bouton » chez une fillette de 5 ans à Djibouti

Bertani A, Menguy P, Barnoux T, Gauthier J, Lamblin G, Massoure PL, Eve O, Avaro JP*, Kaiser E

Hôpital Médico-chirurgical Bouffard, Djibouti, SP 85024, 00812 Armées

*Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, 13998, Marseille Armées.

Med Trop 2011 ; 71 : 438

MOTS-CLÉS • Perforation oesophagienne. Ingestion de pile. Enfant. Chirurgie. Télémedecine. Djibouti.
KEY WORDS • Esophageal perforation. Coin battery ingestion. Child. Surgery. Telemedicine. Djibouti.

Une fillette de 5 ans, sans antécédent particulier, était admise à l'hôpital militaire français Bouffard de Djibouti pour des douleurs épigastriques et des vomissements survenus durant la récréation. L'examen clinique était sans anomalie ; il n'y avait pas notamment de défense abdominale. Le bilan biologique était sans particularité. Un corps étranger métallique était objectivé en situation médiane en dessous de la carène sur la radiographie thoracique de face et en topographie rétrocardiaque au dessus du diaphragme sur le profil, signant sa position intra-oesophagienne (figure 1). Une « pile bouton » était fortement évoquée devant une image en double contour périphérique. Elle était retirée sous anesthésie générale par l'oto-rhino-laryngologiste au moyen d'un oesophagoscope rigide, environ 3 heures après l'ingestion. Il s'agissait effectivement d'une pile-bouton au lithium de 20 mm de diamètre, impactée dans la muqueuse oesophagienne d'aspect noirâtre mais non perforée. L'enfant était laissée à jeun sous antibiothérapie intraveineuse à large spectre. Une endoscopie de contrôle était réalisée à la 48^e heure (figure 2). Elle retrouvait une ulcération d'environ 2 cm de long surmontée d'une perforation de 1 cm de la face postérieure droite de l'oesophage, située à 22 cm des arcades dentaires. Un scanner réalisé après balisage retrouvait la perforation oesophagienne signée par l'extravasation du produit de contraste dans un épanchement thoracique droit mixte (liquidien et aérique), ainsi que quelques bulles d'air dans le médiastin (figure 3). L'enfant était apyrétique, il existait une polynucléose neutrophile (6300/mm³) et un important syndrome inflammatoire (CRP = 232 mg/L).

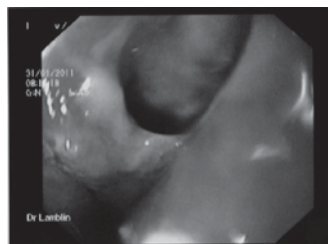


Figure 2.

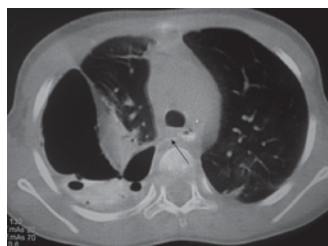


Figure 3.

Une téléconsultation était immédiatement organisée auprès d'un chirurgien thoracique en France : l'observation médicale ainsi que l'imagerie étaient transmises via internet. Une discussion téléphonique complémentaire permettait de poser de façon collégiale l'indication d'exploration chirurgicale en urgence et de définir précisément les modalités opératoires. Une thoracotomie postéro-latérale droite était réalisée dans l'oesophage, le pronostic est souvent favorable et la prise en charge vise surtout à limiter les complications générales liées notamment à l'intoxication mercurielle (1). Mais, lorsqu'elles se retrouvent impactées dans la muqueuse oesophagienne, notamment du fait de leur taille, elles peuvent entraîner de sévères complications locales par le biais de deux mécanismes distincts : la brûlure électro-chimique de contact et l'ischémie tissulaire par hyperpression. Les lésions oesophagiennes peuvent alors évoluer en quelques heures jusqu'à la perforation, la fistule ou la sténose secondaire (2).

L'extraction en urgence et sous endoscopie est consensuelle alors que les traitements médicaux adjuvants comme les corticoïdes, les antibiotiques et les anti-acides ou encore les stents oesophagiens sont controversés (3). La perforation doit être reconnue rapidement grâce à l'endoscopie et au scanner car le pronostic dépend avant tout de la rapidité de l'extraction. La mortalité d'une perforation de l'oesophage, toutes étiologies confondues, avoisine les 30 % du fait du sepsis à point de départ médiastinal (4). Le traitement associe le repos digestif, une antibiothérapie à large spectre et une surveillance « armée », c'est-à-dire une intervention chirurgicale au moindre doute. L'apparition de signes cliniques septiques (fièvre, hyperleucocytose, augmentation de la vitesse de sédimentation ou des protéines de l'inflammation), d'un pneumomédiastin ou d'un pneumothorax doit conduire à une intervention chirurgicale associant suture et drainage au contact (4).

C'était le cas de notre observation même si notre contexte d'isolement nous aurait incité en soi à pratiquer une chirurgie agressive: en effet nos moyens de réanimation auraient été probablement insuffisants pour faire face à la complication septique majeure qu'est la médiastinite et le délai nécessaire (de l'ordre de 48 h) à une évacuation sanitaire aérienne vers un centre de référence en métropole représentait une perte de chance considérable en cas d'évolution septique. Cette expérience de « télé-chirurgie » a été un succès car elle a permis une réponse adaptée à cette situation d'urgence (5) ; de plus la pertinence de la prise en charge proposée par l'expert résultait de sa connaissance du terrain et du contexte matériel sur place (6). ■

avant tout de la rapidité de l'extraction. La mortalité d'une perforation de l'oesophage, toutes étiologies confondues, avoisine les 30 % du fait du sepsis à point de départ médiastinal (4). Le traitement associe le repos digestif, une antibiothérapie à large spectre et une surveillance « armée », c'est-à-dire une intervention chirurgicale au moindre doute. L'apparition de signes cliniques septiques (fièvre, hyperleucocytose, augmentation de la vitesse de sédimentation ou des protéines de l'inflammation), d'un pneumomédiastin ou d'un pneumothorax doit conduire à une intervention chirurgicale associant suture et drainage au contact (4).

C'était le cas de notre observation même si notre contexte d'isolement nous aurait incité en soi à pratiquer une chirurgie agressive: en effet nos moyens de réanimation auraient été probablement insuffisants pour faire face à la complication septique majeure qu'est la médiastinite et le délai nécessaire (de l'ordre de 48 h) à une évacuation sanitaire aérienne vers un centre de référence en métropole représentait une perte de chance considérable en cas d'évolution septique.

Cette expérience de « télé-chirurgie » a été un succès car elle a permis une réponse adaptée à cette situation d'urgence (5) ; de plus la pertinence de la prise en charge proposée par l'expert résultait de sa connaissance du terrain et du contexte matériel sur place (6). ■

• Correspondance : antoine_bertani@yahoo.fr

• Article reçu le 14/03/2011, définitivement accepté le 16/05/2011



Figure 1.

RÉFÉRENCES

- Litovitz T, Schmitz BF. Ingestion of cylindrical and button batteries: an analysis of 2382 cases. *Pediatrics* 1992 ; 89 : 747-57.
- Laugel V, Beladdale J, Escande B, Simeoni U. L'ingestion accidentelle de pile-bouton. *Arch Pediatr* 1999 ; 6 : 1231-5.
- Marom T, Goldfarb A, Russo E, Roth Y. Battery ingestion in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2010 ; 74 : 849-54.
- de Lagausie P. Pathologies acquises de l'oesophage chez l'enfant. *EMC-Pediatrie-Maladies infectieuses 4-017-A-20* 2004 ; 109-17.
- Bonnardot L, Rainis R. Store-and-forward telemedicine for doctors working in remote areas. *J Telemed Telecare* 2009 ; 15 : 1-6.
- Wootton R. Telemedicine support for the developing world. *J Telemed Telecare* 2008 ; 14 : 109-14.