

## PLEUROMEDIASTINITE AU COURS D'UNE PERFORATION OESOPHAGIENNE IATROGENE PAR UN DENTIER: L'APPROCHE ANESTHESIOLOGIQUE

Jemea B<sup>1,2</sup>, Handy Eone<sup>1,3</sup>, Ndongo S<sup>1,2</sup>, Ndom Ntock F<sup>1</sup>, Esiene A<sup>1,3</sup>, Ngo Nonga B<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Faculté de médecine et des sciences biomédicales Université de Yaoundé 1

<sup>2</sup>Centre hospitalier et universitaire de Yaoundé

<sup>3</sup>Hôpital Central de Yaoundé

**Corresponding author:** Jemea Bonaventure, Tel: 00237677867113; Email: [Jemea@hotmail.fr](mailto:Jemea@hotmail.fr)

### ABSTRACT

We report the case of a 43-year-old patient on septic shock due to pleuromediastinitis seen five days after accidental perforation of esophagus by a denture and underwent thoracotomy under general anesthesia.

### RESUME

Nous rapportons la gestion periopératoire d'un patient de 43 ans avec un tableau de sepsis sévère sur pleuromédiastinite vu au cinquième jour après une perforation accidentelle de l'œsophage par un dentier et ayant justifié d'une thoracotomie sous anesthésie générale.

**Mots clés:** Pleuromédiastinite- perforation iatrogène- œsophage- approche anesthésiologique

### INTRODUCTION

La perforation de l'œsophage est une entité clinique bien connue. Les causes peuvent être spontanées, traumatiques ou iatrogènes [1]. Près de 80% de tous les corps étrangers passent spontanément à travers le tractus gastro-intestinal seule 20 % restent impactés à divers niveaux entraînant bon nombre de complications[2]. Parmi lesquelles l'obstruction, la perforation, la pénétration dans les organes de voisinage, la fistulisation et l'infection [3].

Très peu de cas de perforation œsophagienne présentant un sepsis sévère du à un objet impacté ont été décrits dans la littérature [1]. la prise en charge multidisciplinaire est urgente dans les 24 premières heures si on veut préserver la vie du patient. En cas de sepsis sévère la réanimation intense, efficace et rapide en période préopératoire est primordiale. Nous rapportons la prise en charge anesthésiologique d'un patient avec un sepsis sévère sur pleuromédiastinite suite à un dentier (fig 3) impacté au niveau de l'œsophage.

#### Observation

Il s'agissait d'un patient de 43 ans, vivant avec le VIH depuis 7 ans bien suivi, qui va accidentellement avaler sa prothèse dentaire au cours d'un repas. Les tentatives d'extractions vont se solder par une déchirure iatrogène de l'œsophage. Le patient était admis aux urgences du CHU de Yaoundé 5 jours après la dite complication. A l'examen clinique on retrouvait : une altération de l'état général grade II OMS ; un syndrome de réponse inflammatoire systémique (fièvre à 39°C, tachycardie à 133 bpm, tachypnée 60cpm), des signes de compression médiastinale (douleur retro sternale, dysphonie, toux, dyspnée wheezing, tirage) et un syndrome d'épanchement pleural droit. Le scanner thoracique évoquait un empyème trachéo-oesophagien de T1 à T4 associé à une pleuro pneumonie du

lobe inférieur droit (Fig 1). L'indication de thoracotomie était posée. A la consultation pré-anesthésiologique, le patient était agité septique. Les critères d'intubabilité, à l'exception de l'absence des dents numéro 11, 12, 21 et 22, étaient sans particularité. Le patient a été classé ASA 4 Altemeir 4. La préparation en période préopératoire a consisté en une réanimation intense efficace et rapide comprenant : oxygénation 4l/min à la lunette nasale, une réexpression volémique avec de cristalloïdes, l'administration d'une antibiothérapie à base d'imipénèmes et de metronidazole. L'association paracétamol plus tramadol injectable a permis de gérer la douleur en préopératoire. Après stabilisation du patient, nous avons réalisé en peropératoire l'anesthésie générale avec intubation oro-trachéale associée à une analgésie péridurale thoracique mise en place dans l'espace T3-T4 pour la gestion postopératoire de la douleur à l'aide de 3mg de morphine par voie péridurale. Les médicaments choisis étaient le fentanyl comme morphinique, le ketamine comme narcotique, le bromure de rocuronium comme curare, l'isoflurane comme halogéné et médicament de l'entretien. Le monitoring peropératoire comprenait la fréquence cardiaque, la saturation pulsée en oxygène, la pression artérielle non invasive, l'électrocardiogramme, et la diurèse toutes les 10 minutes.

En période peropératoire, après ouverture de la salle d'opération à l'aide d'une check list, installation, monitoring et co-remplissage vasculaire, un cathéter de péridurale thoracique a été mis en place dans l'espace T3-T4 pour la gestion postopératoire de la douleur à l'aide de 3mg de morphine par voie péridurale.

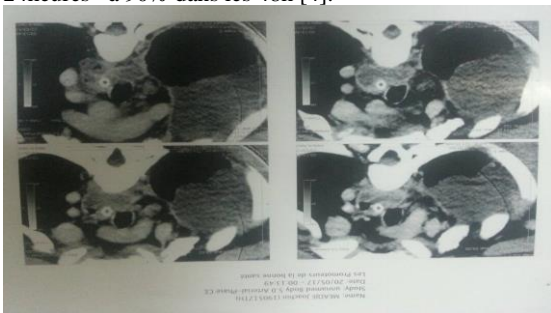
La chirurgie consistait à une œsophagotomie avec extraction de la prothèse puis lavage pleural abondant. Par ailleurs, les trouvailles per opérateurs étaient une atelectasie des lobes moyens et

inférieur droit, des fosses membranes pleuropulmonaires et un hydrothorax de faible abondance.

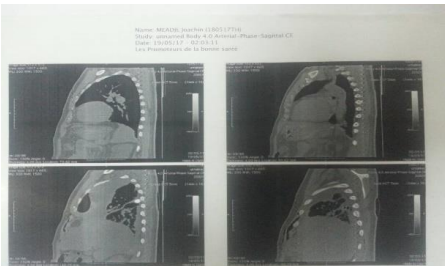
En post opératoire le patient était admis en réanimation sous assistance respiratoire, extubation à J1. Nous avons continué l'antibiothérapie. A J2 Le patient a été transféré en hospitalisation. A J5 la présence d'un abcès pulmonaire motive l'adjonction l'ofloxacine dont l'évolution était favorable jusqu'à la sortie du patient au quinzième jour.

## DISCUSSION

Les cas de perforation œsophagienne découvert après 24 heures par un impacte (dentier) sont des situations très peu rencontrée dans la littérature. et mettent en jeu le pronostic vital car elles sont le plus souvent associée à un tableau septique sévère pouvant évoluer vers un état de choc si rien n'est entrepris. En cas de complications secondaires d'impaction œsophagienne de dentier, le pronostic est meilleur si le diagnostic est précoce et l'intervention chirurgicale est effectuée dans les 12heures, avec une mortalité passant de 50% si l'intervention est faite dans les 24heures à 90% dans les 48h [4].



**Figure 1 :** Empyème gauche



**Figure 2 :** Image agrandie du médiastin au scanner montrant les signes de médiastinite



**Figure 3:** Dentier ingéré

Les patients vus après 24 heures nécessitent une préparation en période préopératoire dominée par une réanimation efficace, intense et rapide de quelques heures selon l'approche médicale décrits antérieurement par Cameron et al. [5]. Elle consiste en l'oxygénation, une hydratation IV, une antibiothérapie à large spectre [Imipénème], un sondage nasogastrique, un drainage thoracique adéquat avant l'induction à séquence rapide sans manoeuvre de sellick au cours de l'anesthésie. Les agents anesthésiques indiqués sont l'étomidate et la Kétamine vu que ces patients

sont souvent en déplétion volémique ou en pré choc du fait du sepsis. [6]. Le choix du curare se pose entre le Suxaméthonium, un curare dépolarisant, et le rocuronium, un curare non dépolarisant avec un délai d'action court. Notons que la manoeuvre de Sellick a été associée aux ruptures œsophagiennes, et son utilité durant la séquence d'induction rapide chez les patients avec perforation œsophagienne est controversée [7]. En post opératoire, les patients sont habituellement monitorés en unité de soins intensifs car ils sont à haut risque de complications cardiorespiratoires.

Le traitement chirurgical doit être précoce dans les 24 heures pour minimiser le risque de survenue des complications infectieuses en occurrence la médiastinite [8]. En cas de médiastinite, une thoracotomie gauche ou droite, selon le site de la lésion, suivie d'un lavage pleural et médiastinal avec un débridement du tissu nécrotique, insertion de drains pleural et médiastinal est généralement effectué. Notre patient a présenté un abcès pulmonaire à J5 post opératoire donc l'évolution était favorable sous un traitement anti infectieux.

## CONCLUSION

Nous avons présenté le cas d'une pleuromédiastinite compliquant une perforation œsophagienne iatrogène. Le fait que le patient soit vu 5 jours après la perforation était à l'origine d'asepsies sévères à point d'appel médiastinale et pleuropulmonaire aggravant son pronostic vital d'où l'indication d'une réanimation efficace intense et rapide de quelques heures avant le geste chirurgical. Par contre à l'induction anesthésique nous n'avons pas utilisé la manoeuvre de sellick.

## REFERENCES

- [1]. Ngo Nonga B. Long standing oesophageal perforation due to foreign body impaction in children: a therapeutic challenge in limited setting :*Hindawi* 2017;10(4):4-6
- [2]. Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. *Gastrointest Endosc.* 1995;41(1):39-51.
- [3]. Lau G, Kulkarni V, Roberts GK, Brock-utne J. "where Are My Teeth?" A Case of Unnoticed Ingestion of a Dislodged Fixed Partial Denture. *Anesth Analg.* 2009;109(3):836-838.
- [4]. Liang S, Ooka F, Santo A, Kaibara M. Pneumomediastinum following esophageal rupture associated with hyperemesis gravidarum. *J Obstet Gynaecol Res.* 2002;28(3):172-175.
- [5]. Cameron JL, Kieffer RF, Hendrix TR, Mehigan DG, Baker RR. Selective nonoperative management of contained intrathoracic esophageal disruptions. *Ann Thorac Surg.* 1979;27(5):404-408.
- [6]. Baxter F. Septic Shock. *Can J Anaesth.* 1 janv 1997;44(1):59-72.
- [7]. Ralph S, Wareham C. Rupture of the oesophagus during cricoid pressure. *Anaesthesia.* 1991; 46(1):40-41.
- [8]. Okugbo S, Onyeagwara N. Oesophageal impacted dentures at the University of Benin Teaching Hospital, Benin city, Nigeria. *J West Afr Coll Surg.* 2012;2(2):102.