

Bouchon œsophagien : traiter rapidement pour éviter les complications

Motif d'appel fréquent en pratique équine, le bouchon œsophagien provoque généralement une gêne à la déglutition et un jetage nasal alimentaire. Le praticien doit diagnostiquer et traiter rapidement cette affection : les fausses déglutitions qu'elle induit peuvent en effet compromettre le pronostic.

Le bouchon œsophagien est un motif d'appel fréquent en pratique équine. Il résulte de l'ingestion d'aliments de consistance anormale ou d'un corps étranger qui obstrue l'œsophage, souvent dans sa portion cervicale et plus rarement dans sa portion thoracique. Le cheval présente en général un jetage nasal alimentaire et répète les tentatives douloureuses et infructueuses de déglutition. Le praticien doit alors se rendre sur place rapidement car les conséquences de fausses déglutitions répétées peuvent compromettre le pronostic de cette affection.

Signes cliniques

Les signes cliniques communs d'une obstruction œsophagienne sont présentés dans l'encadré. Bien que les signes d'obstructions œsophagiennes soient relativement pathognomoniques, un examen clinique complet doit être réalisé au préalable et surtout avant toute sédation : température, couleur des muqueuses, fréquence cardiaque, TRC, auscultation respiratoire. Selon l'ancienneté du bouchon, le cheval peut présenter des signes de déshydratation, voire de choc.

Si le bouchon n'est pas délité rapidement, une partie des aliments régurgités stagne dans le larynx et le cheval peut les aspirer dans la trachée. Ces fausses déglutitions entraînent souvent une toux, puis dans quelques cas une pneumonie par aspiration.

Diagnostic différentiel

Le jetage nasal alimentaire peut résulter d'un empyème des poches gutturales ou d'un abcès pharyngien. La dysphagie peut être causée par une affection neurologique ou une mycose des poches gutturales qui peut affecter les nerfs crâniens IX, X et XII. Enfin, un corps étranger dans la bouche ou dans la région pharyngée peut entraîner des signes similaires à ceux d'une obstruction œsophagienne.

Causes

Lors de sa visite, le vétérinaire doit regrouper un maximum d'informations pour identifier les éventuelles causes de l'obstruction. L'état de l'aliment entrant dans l'œsophage dépend à la fois de la mastication, de l'ingestion et de l'abreuvement du cheval.

Les causes les plus fréquentes d'obstruction œsophagienne sont :

- **Affection dentaire** : chez le jeune cheval, l'éruption d'une dent, la présence de coiffes ou

Signes cliniques

- Ptyalisme marqué
- Dysphagie
- Régurgitation d'aliments et d'eau par les naseaux et la bouche
- Répétition de tentatives infructueuses et douloureuses de déglutition
- Port de la tête en extension
- Déformation parfois palpable en regard de l'obstruction qui se situe le plus souvent dans la portion cervicale de l'œsophage



Bien que les signes d'obstructions œsophagiennes soient relativement pathognomoniques, un examen clinique complet doit être réalisé au préalable.

Fabrice ROSSIGNOL

un défaut de conformation peuvent gêner le travail masticatoire de la table dentaire. Chez le cheval plus âgé, le mauvais entretien de la dentition (surdents, fractures,...) est un facteur favorisante.

- **Comportement alimentaire** : lorsque l'alimentation est distribuée, certains chevaux ont tendance à se jeter sur la nourriture. Le cheval « goulou » a tendance à peu mastiquer les premières bouchées de granulés, ce qui favorise la formation de bouchon dans l'œsophage.

- **Sédation, anesthésie générale** : la mastication et le réflexe de déglutition sont perturbés lors de tranquillisation. Il est donc conseillé après toute sédation de mettre un panier au cheval pendant 2 heures environ.

- **Ingestion d'un corps étranger** : morceaux de bois, épi de maïs, litière,... Une carotte ou une pomme ingérée rapidement sans mastication peuvent aussi obstruer l'œsophage.

- **Mauvaise qualité des aliments distribués**

- **Affections neurologiques** : botulisme, rage,...

- **Autres** : fracture de l'os hyoïde, strictions œsophagiennes, œsophagite, mégacœsophage, masses par compression externe sur l'œsophage,...

Examens complémentaires

- **Endoscopie** : l'endoscope est introduit dans l'œsophage jusqu'au site d'obstruction. Cet examen permet de visualiser la nature de l'aliment ou du corps étranger obstruant l'œsophage et les éventuelles lésions associées.

- **Radiographie** : la radiographie est rarement utilisée en première intention mais peut apporter des informations complémentaires concernant la nature et le degré d'obstruction. L'utilisation de produits de contraste permet d'évaluer si l'obstruction est partielle ou complète. Elle permet aussi de mettre en évidence une éventuelle perforation de l'œsophage, la formation d'un diverticulum, la présence de strictions ou d'ulcérations de la muqueuse.

Traitements

- **Retirer toutes les sources d'alimentation ou d'abreuvement** :

La première étape est de retirer tout aliment ou source d'eau. En effet, si le cheval boit ou se nourrit, il risque d'aggraver l'obstruction et d'augmenter le risque de contamination trachéale.

- **Calmer le cheval, favoriser la levée du spasme musculaire** :

Une forte sédation (détomidine 0,002 mg/kg IV) est indiquée pour que le cheval baisse la tête au maximum. Ainsi, les régurgitations ressortent par le nez et la bouche, les contaminations trachéale et pulmonaire sont alors minimisées. Si le cheval se défend pendant les manipulations, il est recommandé d'augmenter la sédation et/ou l'analgésie. L'administration de certains antispasmodiques peut faciliter la levée du spasme (N butyl-hyocine +/- noramidopyrine).

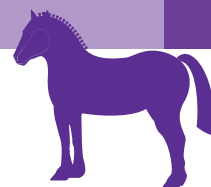
- **Lavages de l'œsophage** :

- Levée de l'obstruction sur cheval debout avec une sonde naso-gastrique : la technique de sondage est présentée dans l'encadré.

- Utilisation de deux sondes naso-trachéale et naso-gastrique : la sonde naso-trachéale doit être souple et de large diamètre pour permettre le passage d'une sonde naso-gastrique à l'intérieur. La sonde naso-trachéale est introduite par l'un des naseaux jusqu'à l'œsophage où le ballonnet est gonflé. Une sonde naso-gastrique est ensuite passée à l'intérieur. Les lavages sont réalisés comme dans l'encadré. Les régurgitations sortent ainsi essentiellement par la sonde endo-trachéale, ce qui limite la contamination trachéale.

(suite page 15) ▶

Hameline VIREVIALLE
(13 La-Ciotat)
Fabrice ROSSIGNOL
(94 Boissy-Saint-Léger)



Bouchon œsophagien : traiter rapidement pour éviter les complications

► (suite de la page 13)

– Sonde pour désobstruction de l'œsophage : d'autres systèmes ont été conçus spécialement pour les lavages œsophagiens lors d'obstruction : un ballonnet présent sur la sonde est gonflé après son passage dans l'œsophage. Ainsi, les régurgitations ressortent uniquement par la sonde.

– Lavages sous anesthésie générale : après l'induction, la bouche est lavée pour enlever un maximum d'aliments et de salive. La tête doit être placée en position déclive pour faciliter l'évacuation des fluides. Une sonde oro-trachéale est mise en place. Le ballonnet est gonflé. Une sonde naso-gastrique est introduite jusqu'au site d'obstruction et les lavages sont effectués comme dans l'encadré. A la différence de la technique sur cheval debout, il n'est pas nécessaire de faire des pauses entre chaque lavage car le cheval peut respirer par la sonde oro-trachéale. Une fois l'obstruction levée, la sonde naso-gastrique puis la sonde trachéale sont retirées. Le ballonnet doit rester gonflé pour limiter la contamination trachéale par les aliments présents dans la région laryngée.

• Fluidothérapie :

Selon l'ancienneté de l'obstruction, les répercussions systémiques peuvent nécessiter une réhydratation par fluidothérapie. L'excès de production salivaire peut entraîner une hyponatrémie, une hypochlorémie et une alcalose métabolique. Dans la plupart des cas d'obstruction œsophagienne, la fluidothérapie n'est pas nécessaire. Si l'obstruction est présente depuis plus de 12 heures, il est recommandé de faire un bilan sanguin de base (Ht-PT) pour évaluer la déshydratation associée. Un ionogramme permet d'ajuster la fluidothérapie aux besoins du cheval.

• Traitement chirurgical :

Une intervention est envisagée lorsque l'obstruction ne peut être levée avec un traitement médical. L'œsophagotomie cervicale peut être réalisée sur cheval debout sous anesthésie locale ou plus souvent sous anesthésie générale. Une incision est réalisée en regard du site d'obstruction ou légèrement distalement. Si l'intervention est réalisée sous anesthésie générale, la plaie est fermée par première intention.

• Antibiothérapie :

La mise en place de traitements complémentaires dépend de l'anamnèse, de la nature de l'aliment et de l'importance des fausses déglutitions avant ou pendant les manipulations. Un traitement anti-inflammatoire à base de flunixin méglumine ou de phénylbutazone permet de limiter la douleur et l'inflammation.

Le choix de l'antibiothérapie dépend des lésions pulmonaires suspectées ou constatées lors de l'auscultation :

– l'association triméthoprime/sulfamides est facile d'utilisation par les propriétaires (voie orale) ;



Technique de sondage

1. Contention

– Le tord-nez placé sur le côté gauche.
– Le cheval doit pouvoir respirer par ce naseau.

2. Introduction d'une sonde naso-gastrique dans la narine droite

– Main gauche posée sur le bas du chanfrein. Le pouce gauche soulève le cartilage alaire de la narine droite.

– Main droite introduit la sonde avec la main droite ventralement et médialement dans le méat nasal ventral. La main droite fait délicatement progresser la sonde jusqu'au pharynx.

3. Passage sous l'éthmoïde

Si le cheval se défend lors de cette étape, la sonde peut toucher l'éthmoïde, ce qui provoque une épistaxis impressionnante (3-5 l) souvent sans conséquences.

3. Passage du pharynx

La déglutition est provoquée grâce à de petits mouvements de la sonde à l'entrée de l'œsophage. Certaines astuces favorisent la déglutition : tête fléchie, légèrement incurvée sur le côté droit, préhension de la langue.

4. Progression de la sonde jusqu'au site d'obstruction

L'instillation de lidocaïne (40 ml) par la sonde pourrait favoriser la levée du spasme.

5. Le délitement du bouchon est réalisé de façon mécanique

– Insufflation d'eau à plusieurs reprises en quantité modérée (3 à 4 coups de pompe).
– Sortie des aliments à la fois par les narines, la bouche et la sonde.

Il est nécessaire de laisser des pauses d'une dizaine de secondes entre chaque lavage pour laisser le cheval respirer.

6. Le délitement complet du bouchon est confirmé lorsque la sonde peut progresser jusqu'à l'estomac.



La levée de l'obstruction est possible sur cheval debout avec une sonde naso-gastrique.

Fabrice Rossignol

– l'association de la pénicilline à la gentamicine couvre un spectre anti-bactérien plus large mais nécessite des injections répétées ; le praticien doit envisager ce traitement si la contamination pulmonaire est fortement suspectée, en particulier si le cheval tousse ou si des anomalies sont entendues à l'auscultation ;

– le métronidazole peut être associé à la pénicilline et la gentamicine ; son utilisation est envisagée si des signes respiratoires plus sévères apparaissent.

Pronostic et complications

Lors d'obstruction simple, le pronostic est excellent. La complication la plus sérieuse est la pneumonie par aspiration. Elle doit être diagnostiquée précocement et traitée agressivement sur une longue période. Le bouchon peut aussi entraîner des lésions sur la muqueuse (strictions) et dans de rares cas, une perforation de l'œsophage.

Recommandations au propriétaire

Le propriétaire doit contrôler la température quotidiennement pendant une dizaine de jours. Un protocole d'alimentation est mis en place : il doit être facile à réaliser pour qu'il soit suivi. L'utilisation de mash, de floconnés trempés ou de soupe de granulés est conseillée. L'alimentation doit être fractionnée en 4 à 6 repas par jour selon les possibilités du propriétaire.

Selon l'ancienneté de l'obstruction, il peut être conseillé de contrôler le cheval 48 heures après pour réaliser une auscultation pulmonaire complète et un bilan sur la réalimentation. Cet examen permet aussi de contrôler l'entretien de la table dentaire.

Hameline VIREVIALLE

(13 La-Ciotat)

Fabrice ROSSIGNOL

(94 Boissy-Saint-Léger)