

La prise en charge endoscopique des corps étrangers de l'œsophage au Bénin

Endoscopic management of esophageal foreign bodies in Benin

R. K. Vignon · N. Kodjoh · J. Schonou · J. L. Olory-Togbe

© Springer-Verlag France 2014

Résumé *Objectif* : Etudier le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des corps étrangers (CE) de l'œsophage dans notre population.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 32 cas d'ingestion de CE colligés au service d'hépatogastroentérologie de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou, entre janvier 2011 et août 2013.

Résultats : Deux groupes de patients représentés par les enfants en majorité au nombre de 27 (84,4%) et les adultes au nombre de 5 (15,6%). L'âge moyen des enfants était de $4,52 \pm 3,06$ ans avec une prédominance masculine. Les adultes étaient des hommes âgés de 45 à 80 ans. La clinique était dominée par l'hypersalivation (87,5%), la dysphagie (90,6%), les vomissements (62,5%), la dyspnée (40,6%) et la toux (28%). Les CE étaient présents dans 30 cas (93,75%). Ils étaient représentés par des pièces de monnaies (96%) et une bille (4%) chez les enfants. Par contre chez les adultes, ils étaient différents (prothèses dentaires et morceaux de viande). L'extraction endoscopique a été réalisée essentiellement avec la pince à dents de rat dans 76,7% des cas, l'anse de Dormia dans 6,7% des cas et l'anse diathermique dans 3,3% des cas. Elle a été abandonnée dans 13,3% des cas, dont un cas d'élimination spontanée (3,3%) sous surveillance (la bille), 2 cas d'élimination facilitée par une diète alimentaire de 48 à 72 heures (6,7% représentant les morceaux de viande) et un cas de

prothèse dentaire impactée extraite en chirurgie par laparotomie (3,3%). Aucune complication n'a été notée.

Conclusion : Un diagnostic précoce et une prise en charge endoscopique immédiate sont indispensables pour garantir un traitement approprié, le plus souvent, sans complication.

Mots clés Corps étrangers · Œsophage · Endoscopie

Abstract *Objective*: Study the epidemiological, clinical and therapeutic profile of esophageal foreign bodies (FBs) in our population.

Materials and methods: This is a retrospective study about 32 cases of FBs ingestion collected in Gastroenterology Service of Cotonou Military Teaching Hospital, between January 2011 and August 2013.

Results: Two groups of patients mainly represented by 27 children (84.4%) and 5 adults (15.6%). The average age of children was 4.52 ± 3.06 years with male predominance. Adults were men aged 45-80 years. Clinical examination was dominated by hypersalivation (87.5%), dysphagia (90.6%), vomiting (62.5%), dyspnea (40.6%) and cough (28%). The FBs were present in 30 cases (93.75%). They were represented by coins (96%) and ball (4%) in children. But in adults, they were different (dental prosthesis and pieces of meat). Endoscopic extraction was essentially performed with rat-tooth forceps in 76.7% of cases, Dormia in 6.7% of cases and snare in 3.3% of cases. It was abandoned in 13.3% of cases including: one case of spontaneous elimination (3.3%) under supervision (the ball), 2 cases of elimination facilitated by food diet of 48 to 72 hours (6.7% representing the pieces of meat) and one case of impacted dental prosthesis extracted in surgery by laparotomy (3.3%). No complication was noted.

Conclusion: Early diagnosis and an immediate endoscopic management are necessary to ensure appropriate treatment, most often without complication.

Keywords Foreign bodies · Esophagus · Endoscopy

R. K. Vignon (✉) · J. Schonou
Service d'hépatogastroentérologie de l'Hôpital d'Instruction
des Armées de Cotonou, Bénin
e-mail : rodolphkvignon@gmail.com; rkvignon@yahoo.fr

N. Kodjoh
Clinique Universitaire d'hépatogastroentérologie
du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. Maga
de Cotonou, Bénin

J. L. Olory-Togbe
Service de chirurgie viscérale du Centre National Hospitalier
et Universitaire Hubert K. Maga de Cotonou, Bénin

Introduction

Les corps étrangers (CE) de l'œsophage représentent une urgence médico-chirurgicale en raison des manifestations cliniques et du risque de perforation [1-7]. L'ingestion de CE survient aux deux extrêmes de la vie. La fréquence et la nature de CE ingérés sont variables d'une étude à l'autre, mais surtout variables selon l'âge et le terrain des patients [1-7]. Dans notre population, la prise en charge était essentiellement effectuée par les oto-rhino-laryngologistes et les chirurgiens. A notre connaissance, la prise en charge endoscopique par les gastroentérologues de CE ingérés n'a jamais fait l'objet d'étude au Bénin. Le but de ce travail est d'étudier le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de ces CE dans notre population. L'intérêt de cette étude réside dans la mise en exergue des matériels d'extraction de CE qui se sont avérés efficaces et indispensables dans notre milieu.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 32 cas d'ingestion de CE colligés dans le service d'hépatogastroentérologie de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou, entre janvier 2011 et août 2013. Les patients avaient tous bénéficié à l'entrée, d'un examen clinique à la recherche de signes de complication (emphysème sous-cutané cervical, défense abdominale, hyperthermie) et d'une radiographie de la région cervicale et thoracique, voire abdominale chez l'enfant. Puis, sous anesthésie locale ou non, il a été réalisé une endoscopie digestive haute à visée diagnostique et thérapeutique. Les précautions avant l'endoscopie consistaient à disposer en salle d'intervention de clips pour la gestion des complications (perforation ou hémorragie) pouvant survenir lors de l'extraction des CE. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS 13.0. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type ; et les variables qualitatives en effectif et pourcentage.

Résultats

Deux groupes de patients étaient représentés. Les enfants en majorité au nombre de 27 (84,4%) et les adultes au nombre de 5 (15,6%). L'âge moyen des enfants était de $4,52 \pm 3,06$ ans (extrêmes 1 à 11 ans) et le sex-ratio de 1,7 (prédominance masculine). Les adultes étaient des hommes âgés de 45 à 80 ans. La plupart des patients (75%) avaient consulté dans les 24 premières heures suivant l'ingestion. Le temps écoulé entre l'ingestion et la consultation a été plus long dans les autres cas, dont un cas de pièce de monnaie méconue ayant évolué plus de 6 semaines chez un enfant de 5 ans

avec des manifestations de dysphagie inexplicquée aux solides suivie de toux chronique puis d'amaigrissement ayant motivé une radiographie pulmonaire qui suspekta une pièce enclavée dans l'œsophage. Un cas de prothèse dentaire ingérée au cours d'un repas par un adulte qui nous a été référé par un service d'oto-rhino-laryngologie après 10 jours d'évolution. Enfin pour le reste, la durée était comprise entre 2 et 4 jours, soit un délai moyen de $2,9 \pm 7,34$ jours (extrêmes 1 à 42 jours). Les signes cliniques étaient dominés par l'hyper-salivation (87,5%), la dysphagie (90,6%), les vomissements (62,5%), la dyspnée (40,6%) et la toux (28%). L'endoscopie digestive haute et la radiographie ont montré la présence de CE dans 30 cas (93,75%) et étaient normales chez 2 enfants. Les CE étaient représentés chez les enfants, par des pièces de monnaies (96%) qui siégeaient au niveau œsophagien (Fig. 1) et une bille (4%) au niveau intestinal. Par contre, chez les adultes, ils étaient représentés par les prothèses dentaires (60%) et les morceaux de viande (40%), tous siégeant au niveau œsophagien (Fig. 2). L'extraction des CE a été réalisée essentiellement avec la pince à dents de rat dans 76,7% des cas, l'anse de Dormia dans 6,7% des cas et l'anse diathermique dans 3,3% des cas (Tableau 1). Elle a été abandonnée dans 13,3% des cas (Tableau). Nous avons retenu un cas d'élimination spontanée (3,3%) sous

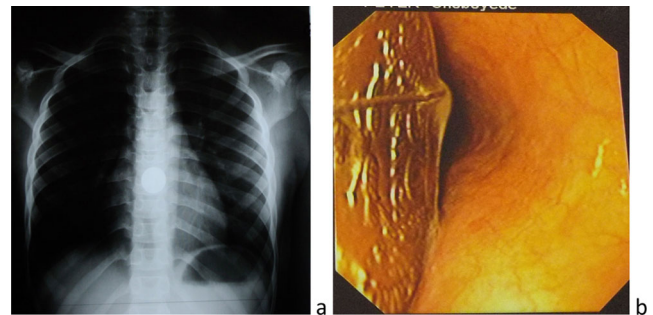


Fig. 1 Séquence de prise en charge d'une pièce de monnaie ingérée par un enfant. a) Radio thoracique montrant la pièce de monnaie siégeant au niveau œsophagien ; b) Endoscopie digestive haute + retrait de la pièce à l'anse diathermique

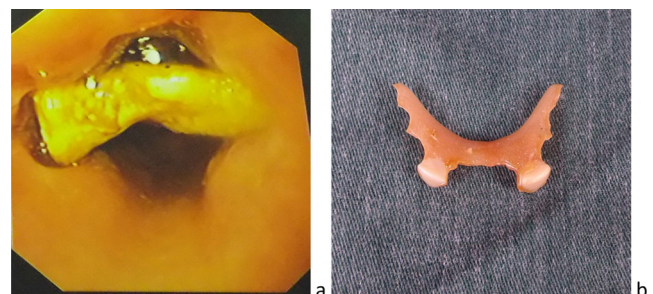


Fig. 2 Une prothèse dentaire impactée extraite par voie chirurgicale chez un adulte

Tableau 1 Répartition des corps étrangers ingérés selon le mode d'extraction.

Mode d'extraction	Matériel	Nature de corps étrangers	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Extraction endoscopique	Pince à dents de rat	Pièce de monnaie	23	76,7
	Anse de Dormia	Prothèse dentaire	2	6,7
	Anse diathermique	Pièce de monnaie	1	3,3
Elimination sous surveillance	Elimination spontanée	Bille	1	3,3
	Elimination facilitée par une diète de 48 à 72h	Morceaux de viande	2	6,7
Chirurgie		Prothèse dentaire	1	3,3

surveillance (la bille), 2 cas d'élimination facilitée par une hospitalisation plus diète alimentaire de 48 à 72 heures (6,7% représentant les morceaux de viande) et un cas de prothèse dentaire impactée extraite en chirurgie par laparotomie (3,3%). Aucune complication n'a été notée pendant les extractions endoscopiques.

Discussion

L'ingestion de CE est l'un des accidents domestiques les plus fréquents chez l'enfant [3, 4]. Cette fréquence a considérablement diminué ces dernières années en raison des mesures de sécurité instaurées dans la fabrication des jouets [7]. Elle survient aux deux extrêmes de la vie. Le type de CE varie selon l'âge et le terrain des patients [1-7]. Les pièces de monnaie représentent 50 à 86,5% des CE de l'enfant et les aliments 68 à 84% des CE de l'adulte [1-7]. Dans notre étude, les pièces de monnaie représentaient 96% des CE de l'enfant et les aliments 40% des CE de l'adulte. Les causes les plus fréquentes de CE alimentaires de l'œsophage chez l'adulte sont la préexistence d'une sténose œsophagienne qui peut être peptique, caustique, néoplasique, un anneau ou la préexistence d'une œsophagite à éosinophiles [2,5-8]. Certains auteurs soulignent le rôle favorisant d'une prothèse dentaire du fait de l'absence de contact alimentaire avec la muqueuse du palais [6]. L'ingestion de CE est souvent accidentelle chez les sujets âgés et dans les cas de déficience mentale. Elle est intentionnelle chez les patients psychiatriques et les détenus [2,5-7]. De même, il est rapporté que les trois zones de rétrécissement « physiologique » de l'œsophage (cricopharyngien, arc aortique, hiatus diaphragmatique), cliniquement et structurellement silencieuse, sont souvent responsables de rétention de CE [3-7]. Les maladies fonctionnelles de l'œsophage telles que l'achalasia et la sclérodémie œsophagienne sont également responsables de rétention de CE [5-7]. Chez l'enfant, les CE alimentaires sont rarement responsables d'une obstruction œsophagienne, en dehors de conditions anatomiques prédisposantes

telles qu'une atrésie de l'œsophage opérée en période néonatale [6]. L'interrogatoire et la symptomatologie orientent habituellement le diagnostic. En règle générale, l'apparition soudaine de la dysphagie et l'incapacité d'avaler sa salive sont les principaux symptômes de l'obstruction de l'œsophage [1-7]. Hypersalivation, douleur rétrosternale, régurgitation, hoquet, nausées et vomissements peuvent également survenir. Des symptômes respiratoires, tels que la dyspnée, l'asthme ou la toux, résultent de la compression de la trachée, et prédominent chez les jeunes enfants [3-7,9,10]. La plupart de ces symptômes rapportés par la littérature sont conformes à ceux observés dans notre étude.

Les complications sont rares moins de 1%, mais graves (la perforation œsophagienne suspectée cliniquement devant un emphysème sous-cutané cervical ou une défense abdominale, et une septicémie suspectée devant une hyperthermie) [5,6,11]. Les facteurs de risque de complications des CE ingérés sont selon Hung et al, un intervalle de temps de plus de 24 h entre l'ingestion et la présentation au service des urgences ; une présence effective de CE à la radiographie et un âge supérieur à 50 ans [12]. Dans notre étude, l'examen clinique à l'admission n'a objectivé aucun signe de complication. Un bilan radiologique simple (radiographie cervicothoracique voire une radiographie de l'abdomen sans préparation) est systématiquement recommandé pour localiser le CE ou rechercher une complication. Les CE gastriques passent le plus souvent spontanément, mais les CE œsophagiens nécessitent une extraction en urgence. L'endoscopie avec un fibroscope souple, souvent sans anesthésie, représente l'examen diagnostique et thérapeutique de choix [1-7,13,14]. Sa morbidité et sa mortalité sont presque nulles lorsque l'extraction est réalisée par un opérateur expérimenté [6,7]. Les matériels d'extraction de CE sont variés et souvent ingénieux. Ceux ayant fait la preuve d'une bonne efficacité dans notre étude étaient : la pince à dents de rat (76,7%), l'anse de Dormia (6,7%) et l'anse diathermique (3,3%). Nous retenons donc 86,7% d'extraction endoscopique, 10% d'élimination sous surveillance et 3,3% d'indication chirurgicale (le cas de la prothèse dentaire impactée dans la

muqueuse œsophagienne) (Tableau). Le traitement chirurgical s'impose dans deux circonstances : soit parce que l'extraction endoscopique a échoué notamment en cas de CE ancien ; soit en cas de complication, perforation notamment, due avant tout au CE lui-même, et exceptionnellement aux manœuvres d'extraction [1,4-6,13]. Les complications de perforation survenant pendant l'extraction endoscopique peuvent atteindre un taux de 8% selon l'expérience de l'opérateur et la nature du corps étranger [15]. Aucune complication en phase d'extraction n'a été notée dans notre contexte.

Conclusion

Les CE de l'œsophage constituent une urgence vitale en raison des manifestations cliniques et du risque de perforation. Le meilleur traitement reste et demeure la prévention et l'information des parents pour les enfants. Un diagnostic précoce et une prise en charge endoscopique immédiate sont indispensables pour garantir un traitement approprié, le plus souvent, sans complication.

Références

- Pfau PR (2014) Removal and management of esophageal foreign bodies. *Tech Gastroint Endosc* 16:32–39
- Jgounni R, Louzi A, Finech B, et al (2011) Ingestion de corps étrangers chez l'adulte : approche épidémiologique, clinique et thérapeutique dans la région de Marrakech. *J Afr Hépatol-Gastroentérol* 5:232–5
- Lakdhar-Idrissi M, Hida M (2011) L'ingestion de corps étranger chez l'enfant : à propos de 105 cas. *Arch Pédiatr* 18:856–62
- Michaud L, Bellaïche M, Olives JP (2009) Ingestion de corps étrangers chez l'enfant. Recommandations du Groupe francophone d'hépatologie, gastroentérologie et nutrition pédiatriques. *Arch Pédiatr* 16:54–61
- Triadafilopoulos G (2009) Foreign body impaction in the esophagus. In : *Gastrointestinal Emergencies*, 2nd edition, Tham TCK (ed), Collins JSA and Soetikno RM, pp 89–92,
- Barros de A, Dehesdin D (2000) Corps étrangers de l'oesophage. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-835-A-10, Gastro-entérologie, 9-203-D-10, 5 p*
- Monat S, Barouk J, Le Rhun M (2001) Prise en charge des corps étrangers du tractus digestif supérieur. *Hépatol-Gastro* 8:179–87
- Desai TK, Stecevic V, Chang CH, et al (2005) Association of eosinophilic inflammation with esophageal food impaction in adults. *Gastrointest Endosc* 61:795–801
- Chouaib N, Rafai M, Belyamani L, et al (2013) Détresse respiratoire révélant un corps étranger œsophagien méconnu. *Revue de Pneumologie Clinique, Corrected Proof (In Press)*
- Lavarde D, Deneuve E, Dagorne M, et al (2007) Un asthme rebelle en rapport avec un corps étranger œsophagien méconnu. *Rev Fr Allerg Immunol Clin* 47:29–32
- Sockeel P, Massoure M-P, Fixot K, et al (2009) Perforations de l'œsophage thoracique par corps étranger. *J Chir* 146:40–7
- Hung CW, Hung SC, Lee CJ, et al (2012) Risk factors for complications after a foreign body is retained in the esophagus. *J Emerg Med* 43:423–7
- Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, et al (2002) Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc* 55:802–6
- Li ZS, Sun ZX, Zou DW, et al (2006) Endoscopic management of foreign bodies in the upper-GI tract: experience with 1088 cases in China. *Gastrointest Endosc* 64:485–92
- Pelletier AL, Vallot T (2008) Complications de l'endoscopie digestive. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gastro-entérologie, 9-013-V-05*