

PRISE EN CHARGE DES CORPS ÉTRANGERS LARYNGO-TRACHÉO-BRONCHIQUES AU CNHU-HKM DE COTONOU

AVAKOUDJO F.¹, ADJIBABI W.¹, LAWSON AFOUDA S.¹, HOUNKPATIN S.H.R.², VODOUHE S.J.¹, HOUNKPE Y.Y.C.¹

1 - Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale du CNHU-HKM Cotonou

2 - Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale du CHD Borgou Parakou

Correspondance : AVAKOUDJO François, 041 BP 499 Cotonou- e-mail : avakoudjo@gmail.com

RESUME

Il s'agit d'une étude rétrospective sur les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques (CELTB) pris en charge au centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou. L'âge a varié de 11 mois à 57ans avec une moyenne de 13,62 ans chez des patients surtout de sexe féminin(5) dont 6 enfants. Le corps étranger a été anorganique (5) et organique (3) extraits après trachéotomie (5) par voie rétrograde (2) et par voie endoscopique (5). 1cas n'a pas été extrait avant le décès du patient. Les suites de prise en charge ont été simples. Les CELTB posent un problème de moyens diagnostique et thérapeutique et de pronostic vital.

Mots clés : Corps étranger, larynx, trachée, endoscopie, extraction.

SUMMARY

It's a retrospective study on laryngeal, tracheal and bronchial foreign bodies (LTBFB) at National Teaching Hospital of Cotonou. Age ranged from 11 months to 57 years and average age was 13.62 years; female predominated (5) and 6 patients were children. Foreign bodie was anorganic (5) and organic (3) removals after tracheotomy (5) by retrograde way (2) and endoscopic approach (5). One case wasn't removal before the patient's death. The follow-up was simple. LTBFB has diagnostic and therapeutic difficulties and can compromise a vital prognostic.

Key words: foreign body, larynx, trachea, endoscopy, extraction.

INTRODUCTION

Le corps étranger (CE) des voies respiratoires constitue une pathologie otorhinolaryngologique fréquente. Il est de nature variable et peut siéger à n'importe quel endroit des voies aériennes. Le siège laryngo-trachéo-bronchique assez fréquent, comporte un risque vital et détermine souvent une détresse respiratoire; il revêt une urgence médico-chirurgicale [4]. Le séjour prolongé du corps étranger dans les voies aériennes peut être source de complications graves à type de dénutrition et de surinfections avec risque de séquelles broncho-pulmonaires [1, 5].

Le but de ce travail a été de décrire les aspects épidémiocliniques et d'analyser la conduite thérapeutique devant les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou de Septembre 2002 à Décembre 2008.

Observations cliniques

Les cas cliniques sont résumés dans le tableau n°1ci-après.

Prise en charge des corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques au CNHU-HKM de Cotonou

Tableau I: Caractéristiques des huit observations cliniques

Cas	Age & sexe	Contexte	Aspects diagnostiques	Traitement	Evolution
N°1	6ans/F	inhalation d'un sifflet + dyspnée brutale	Dyspnée stade III	trachéotomie + ablation CE Laryngé(VE)	Simple
N°2	3ans/F	dyspnée + dysphonie	Dyspnée stade III Opacité pré-vertébrale	Ablation trombone (VE)	Simple
N°3	10ans/M	dyspnée + dysphonie depuis 14 j	Dyspnée + toux éteinte Arête de poisson (glotte)	ablation arête de poisson (VE)	Simple
N°4	17ans/F	Dyspnée sur crise épileptique	Dyspnée stade III + plaie linguale	Trachéotomie + ablation capuchon en sous-glotté (VE)	Simple + suivi
N°5	57ans/M	Dysphonie + respiration bruyante depuis 2ans	Dyspnée +extinction vocale +opacité TDM	Trachéotomie + ablation opercule de poisson (VR)	Chéloïde cervicale
N°6	2ans/F	Dyspnée après accès de suffocation et efforts de vomissement	Dyspnée stade III	Trachéotomie ablation perle glotto- sous-glottique(VE)	Simple
N°7	11mois/M	Chute dans un tas de maïs : toux + dyspnée	Extinction voix+ dyspnée 2 temps+ tirage	Trachéotomie + aspiration grain	Simple
N°8	13ans/F	CE bronche	Dyspnée fébrile, cachexie Opacité bronche gauche	Double antibiothérapie + expectorants	Décès avant ablation CE

M =masculin F= féminin Rx = radiographie CE= corps étranger VE= voie endoscopique TDM= tomodensitométrie dyspnée stade III= bradypnée inspiratoire avec tirages sus-sternal, intercostal et épigastrique impressionnants

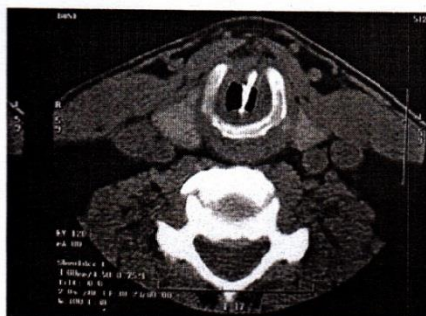


Figure n°3 : coupe axiale en Tomodensitométrie montrant un opercule de poisson glotto-sous-glottique



Figure n°1 : Cliché standard montrant un trombone de siège laryngé

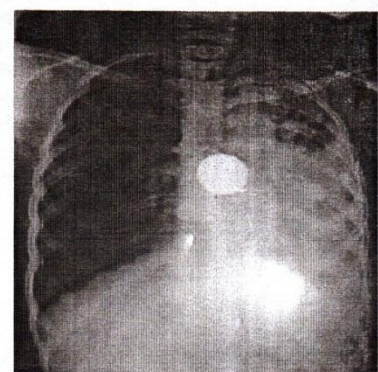


Figure n°2 : pièce de monnaie de la bronche souche gauche avec poumon blanc homolatéral sur cliché thoracique de face

3-DISCUSSION

L'incidence des CELTB a été variable selon les auteurs de 3,6 cas à 128cas/an [8, 9]. Elle a été plus faible dans cette étude. Classiquement les enfants de sexe masculin de 1 à 3ans sont plus concernés et ceci s'expliquerait par le tempérament vif des garçons surtout pendant la période d'acquisition de préhension manuelle et de mastication structurée [9, 11]. Seul un auteur a rapporté une prédominance féminine [5]. L'âge moyen

se situant entre 2 ans et 10,8 ans [6, 18] a été inférieur à celui de 13,62 ans retrouvé dans ce travail. Le CELTB reste une pathologie qui survient de façon accidentelle chez l'enfant et exceptionnelle chez l'adulte. Le plus âgé de cet échantillon avait 56 ans avec un opercule de poisson glotto sous-glottique de nature animale faisant partie du grand groupe des CE organiques comme l'ont signalé plusieurs auteurs [10, 13]. Ces CE qu'ils soient d'origine végétale ou animale entrent dans l'alimentation des populations en cause et se retrouvent de façon accidentelle dans les voies aériennes.

Le délai avant la prise en charge est souvent long. Il a été précoce pour le tiers des patients dans l'étude rapportée par DIOP et coll. [4] avec des manifestations à type de toux quinteuse et de dyspnée laryngée. Pour d'autres auteurs, le délai moyen a varié de 48h à 2 semaines [16]. Mais pour la majorité, le syndrome de séjour a été le principal motif de prise en charge. [1, 7]. Ce dernier comporte à des degrés variables des infections laryngo-trachéo-bronchiques traînantes avec fièvre, toux productive, dysphonie chronique, dyspnée asthmatiforme et amaigrissement. Une de nos patients, âgée de 13ans qui avait inhalé une pièce de monnaie passée inaperçue a présenté un poumon blanc radiographique. La radiographie standard n'est utile qu'en cas de CE radio-opaques ou de complications. A cet effet l'apport de l'imagerie médicale est limité. Le scanner multibarrette serait indiqué dans les cas de suspicion de CE pour limiter les endoscopies de prudence, inutiles [14]. Dans notre série il a permis de visualiser un opercule de poisson niché en région glotto-sous-glottique.

L'endoscopie revêt un double objectif. Elle permet de repérer le siège du CE, de préciser sa nature et les lésions associées. Ces CE avaient pour sièges par ordre décroissant les bronches, la trachée et le larynx [4]. Dans d'autres études, il était bronchique, laryngé et trachéal [4, 13]. Dans notre série, il a été surtout laryngé. L'endoscopie au tube rigide permet son extraction par les voies naturelles et en cas d'échec, elle se fait par voie chirurgicale. Dans notre série, 2 cas ont été extraits par voie rétrograde trachéale après trachéotomie. Le recours à la bronchotomie ou pneumotomie peut être nécessaire pour l'extraction de certains CE détectés à l'endoscopie [17]. Des résections pulmonaires voire une pneumectomie sont réservées aux cas exceptionnels [3]. Les complications sur corps étrangers inhalés ont été la bronchopneumonie traînante, la pneumonie, l'atélectasie, la bronchectasie et la fistule broncho-oesophagienne [4, 5]. Les suites d'extraction des CE sont simples dans la plupart des cas. L'œdème laryngé, le pyothorax et l'arrêt cardiorespiratoire ont été signalés pendant ou après l'extraction [13, 18]. Aucune complication de ce type n'a été relevée dans ce travail.

La mortalité a varié de 0,56% à 11,39% [5, 12]. Aucun décès n'a été enregistré en rapport avec l'extraction dans notre série.

CONCLUSION

L'inhalation de corps étranger est l'un des accidents domestiques de l'enfant. Elle détermine des CELTB qui

ont constitué une pathologie peu fréquente mais grave par leur localisation laryngo-trachéale et/ou leur séjour prolongé dans l'axe aérien source d'une grande morbidité. Leur diagnostic de certitude a été endoscopique et leur extraction marquée par un taux élevé de trachéotomie première dans nos milieux. Il importe de les prévenir par l'éducation des populations et l'équipement des services spécialisés en matériel médico-technique adapté.

REFERENCES

1. Adegboye VO, Osinowo O, Adebo OA. Bronchiectasis consequent upon prolonged foreign body retention. Cent Afr J. Med. 2003;49(5-6):53-8.
2. Bloom DC, Christenson TE, Manning SC, Eksteen EC, Perkins JA, Inglis AF and al. Plastic laryngeal foreign bodies in children: a diagnostic challenge. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2005;69(5):657-62.
3. Caidi M, Kabiri H, Lazrek I, Elmaslout A, et Ben Osman A. Chirurgie des corps étrangers intrabronchiques. Annales de Chirurgie 2002;127(6):456-460.
4. Diop EM, Tall A, Diouf R et Ndiaye IC. Corps étrangers laryngés: prise en charge chez l'enfant au Sénégal. Archives de Pédiatrie, 2000;7:10-15.
5. Eroglu A, Kurkçioglu IC, Karaoglanoglu N, Yekeler Aslan S, Basoqlu A. Tracheobronchial foreign bodies: a 10 years experience. Ulus Travma Acil cerrahi Derg 2003;9(4):262-6.
6. Even L, Heno N, Talmon Y, Samet E, Zonis Z, Kugelman A. Diagnostic evaluation of foreign body aspiration in children: a prospective study. J Pediatr Surg 2005;40(7):1122-7.
7. Fennira H, Ben Slimene D, Bourguiba M, Mahouachi R, Drira I, Chtourou A and al. Tracheo-bronchial foreign bodies. Diagnostic and therapeutic aspects in children. Tunis Med 2004;82(9):817-26.
8. Jiagiang S, Jingwu S, Yanming H, Qiuping L, Yinfeng W, Xianguang L and al. Rigid bronchoscopy for inhaled pen caps in children. J Pediatr Surg. 2009;44(9):1708-11.
9. Kpemissi E, Agbèrè A, Kessie K, Gnamey K, Assimadi K. Laryngeal tracheal and bronchial foreign bodies in Togo: diagnostic and therapeutic problem. Med trop 1995; 55(4):395-6.
10. Lescanne E, Soin C, Ployet MJ, Lesage V et Mercier C. Corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Oto-rhino-laryngologie, 20-7306-A-10, 1997;10p.
11. Li Y, Wu W, Yang X, Li J. Treatment of 38 cases of foreign body aspiration in children causing life-threatening complications. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2009;73(12):1624-9.
12. Manach Y, Stephanazzi J, Lejay M. L'inhalation de corps étranger in Tran ba huy P et Manach Y. Les urgences en ORL de la Société française d'ORL et de Chirurgie de la tête et du cou, 2002;45-66.
13. Melaku G. Foreign body aspiration in children: experience from Ethiopia. East Afr Med J. 1996;73(7):459-62.
14. Ouoba K, Diara C, Dao MO, Ouedraogo I, Sanou I, Cisse R. Les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques chez l'enfant au CHU de Ouagadougou (une analyse de 96 observations). Med Trop 2002;62:611-614.
15. Pierrot S, Manach Y. Corps étranger laryngé ou trachéo-bronchique. Suspicion ou réalité : que faire ? Revue du praticien 2007;754(55):9-10.
16. Siddiqui MA, Banjar AH, Al Najjar SM, Al Fattani MM, Aly MF. Frequency of tracheobronchial foreign bodies in children and adolescents. Saudi Med J. 2000;21(4):368-71.
17. Sirmali M, Türüt H, Kisacik E, Findik G, Kaya S, Tastede I. The relationship between time of admittance and complications in paediatric tracheobronchial foreign body aspiration. Acta Chir Belg, 2005;105(6):631-4.
18. Sissokho B, Conessa C, Petrognani R. Endoscopie rigide et corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques chez l'enfant : réflexions à propos de 200 endoscopies réalisées en milieu tropical. Med Trop 1999;59(1):61-67.