

UN CORPS ETRANGER BRONCHIQUE : UNE DECOUVERTE TARDIVE

DOUMBIA-SINGARE K. *, TIMBO S.K., KEITA M., SOUMAORO S., GUINDO B., TOLOBA Y**, SOUMARE D**, TRAORE L., AG MOHAMED A.

RESUME

Objectif : était de rapporter un cas de corps étranger bronchique méconnu compliqué d'atélectasie au CHU Gabriel Touré de Bamako.

Observation : Nous rapportons un cas de corps étranger bronchique méconnu pendant 4 ans, chez un garçon de 13 ans. Il a été relevé par une radiographie du thorax au décours d'un bilan de toux chronique productive rebelle aux antibiotiques et autres traitements traditionnels. Outre la présence du corps étranger radio-opaque, il existait une atélectasie homolatérale. La prise en charge en pneumologie puis en ORL a permis d'une part, l'extraction laborieuse d'un ressort métallique de la bronche souche droite au cours d'une bronchoscopie et d'autre part, le traitement des lésions associées.

Conclusion : Ce cas clinique illustre les complications possibles des corps étrangers bronchiques et prouve la nécessité d'une prise en charge en milieu spécialisé doté d'un équipement adéquat.

Mots-clés : corps étranger-bronche- diagnostic-bronchoscopie

INTRODUCTION

L'inhalation de corps étranger, bien que plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, peut se rencontrer à tout âge [1,2]

Les symptômes sont peu spécifiques entraînant un retard diagnostique surtout si l'accident causal est ignoré.

Le diagnostic et la prise en charge du corps étranger bronchique restent une urgence. Ils doivent être précoces afin d'éviter certaines complications néfastes qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel des patients.

La méconnaissance de l'accident, ou la négligence

*Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel TOURE, Bamako

**Service de pneumologie du CHU point G, Bamako

Auteur correspondant : DOUMBIA-SINGARE K., Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel TOURE, E-mail : kadidia22000@yahoo.fr.

ABSTRACT

BRONCHIAL FOREIGN BODY: A LATE DISCOVERY

Objective: The objective was to report a case of bronchial foreign body disregarded complicated by atelectasis.

Observation: We report a case of bronchial foreign body disregarded for 4 years in 13years old boy. He was raised by chest radiography to waning of an assessment of chronic cough productive rebel to antibiotics and other traditional treatment. Furthermore the presence of radiopaque foreign body, there was ipsilateral atelectasis. Support respiratory then otorhinolaryngology allowed on one hand, the laborious extraction of a metallic spring of right main bronchus during a bronchoscopy and on the other hand, the treatment of the associated hurts.

Conclusion: this case illustrates the possible complications of bronchial foreign body approve the necessity of care in specialized environment with adequate equipment.

Keywords: foreign body- bronchus-diagnostic- bronchoscopy

des symptômes signant l'inhalation, peuvent conduire à des complications (broncho-pneumopathie, bronchite asthmatiforme, hémoptysie par perforation bronchique, abcès pulmonaire) et des séquelles broncho-pulmonaires notamment la bronchectasie, l'atélectasie, nécessitant un suivi à long terme du patient

L'extraction par la bronchoscopie reste l'ultime option thérapeutique.

Nous rapportons un cas de corps étranger bronchique méconnu compliqué d'atélectasie au CHU Gabriel Touré de Bamako.

OBSERVATION

Il s'agit d'un garçon âgé de 13 ans, résidant à Banamba (245 km de Bamako), admis à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako pour corps étranger bronchique droit. Il a présenté une toux persistante avec une expectoration muco-purulente et une dyspnée d'effort depuis 4 ans. Il a bénéficié sans succès d'un traitement traditionnel et d'un traitement médical à base d'amoxicilline et de carbocystéine prescrit dans un centre de santé niveau 1. Il n'y avait pas de notion d'inhalation de corps étranger. La persistance de la symptomatologie motivait plus tard une consultation

dans le service de pneumologie du CHU de l'Hôpital du Point G le 28-07-2012. La radiographie du thorax, prescrite dans ce service, a mis en évidence un corps étranger métallique dans la bronche souche droite et une atélectasie homolatérale. La bronche souche gauche était normale (figure1).

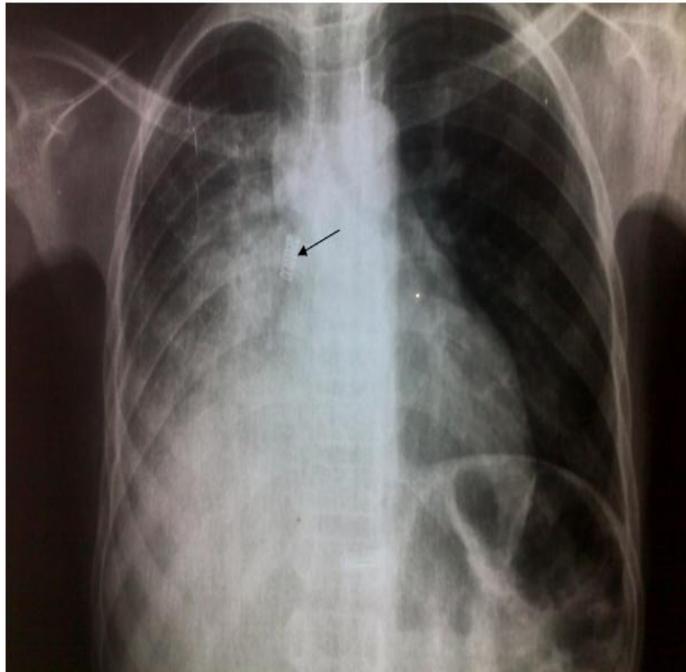


Figure 1 : Radiographie du thorax de face objectivant la présence de corps étranger radio-opaque (←) au niveau de la bronche souche droite et une atélectasie en aval

La fibroscopie bronchique réalisée le même jour, a mise en évidence une inflammation de la muqueuse de la bronche souche droite et une suppuration de la lobaire moyenne. Après aspiration des sécrétions, on visualisait la présence d'un corps étranger de nature métallique. Les tentatives d'extraction ont échoué en raison du matériel inadapté et de l'enclavement du corps étranger. Un prélèvement du pus a été réalisé mais le résultat de l'examen bactériologique n'a pas été disponible. Le patient a été mis sous association amoxicilline-acide clavulanique à raison de 1gx3/jour avant d'être transféré dans le service ORL.

A l'admission en ORL le 24-09-2012, l'enfant était psychologiquement stable. L'examen clinique mettait en évidence une altération de l'état général avec un amaigrissement, une absence de fièvre, une disparition du murmure vésiculaire dans le champ pulmonaire droit et, une dyspnée expiratoire. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

La bronchoscopie au tube rigide a été réalisée sous anesthésie générale le 25-09-2012. Elle a permis l'extraction laborieuse d'un corps étranger bronchique qui était enclavé dans la paroi bronchique. Il s'agissait d'un ressort métallique qui mesurait 4 cm de long suite aux manœuvres d'extraction (figure2). La muqueuse trachéo-bronchique était inflammatoire, il n'y avait pas de suppuration. Nous n'avons pas noté de complication liée à l'extraction du corps étranger. L'antibiothérapie a été reconduite associée

à une corticothérapie. Les suites ont été simples autorisant la sortie du patient à J3. Il a été à nouveau adressé au service de pneumologie pour la prise en charge de l'atélectasie.



Figure 2 : Corps étranger extrait : ressort métallique déformé par les manœuvres d'extraction

DISCUSSION

L'inhalation de corps étranger est fréquente chez l'enfant. Les tranches d'âge les plus touchées restent les enfants de moins de 5 ans surtout de sexe masculin [1, 3,4]. La localisation bronchique est la plus fréquente 90%, le plus souvent au niveau de la bronche souche droite à cause de son plus grand diamètre et de son obliquité par rapport à la bronche souche gauche [1, 5,6]. Le corps étranger était localisé au niveau de la bronche souche droite dans la présente observation.

Les corps étrangers décrits dans la littérature sont de nature alimentaire et non alimentaire [1, 4,5].

Dans notre observation, le corps étranger était métallique. Ce corps étranger est inerte et entraîne des réactions minimes, mais il existe un risque de migration et perforation bronchique par des objets pointus [4, 5, 7].

Nous n'avons pas noté de migration, ni de perforation malgré la nature et le long séjour du corps étranger. En revanche les corps étrangers végétaux produisent des réactions chimiques entraînant une infection broncho-pulmonaire et l'émission du corps étranger lors de l'extraction.

Le délai entre les premiers symptômes et l'admission était de 4 ans dans notre observation. Ce retard peut s'expliquer par le manque de cadre qualifié dans les centres de santé de niveau 1, par l'insuffisance du plateau technique, par l'ignorance et, par la pauvreté

des parents.

L'inhalation de corps étranger est marquée par un syndrome de pénétration qui possède une valeur diagnostique considérable. Les circonstances de survenue notamment au cours du repas et du jeu sont évocatrices.

La méconnaissance de l'accident d'inhalation demeure la principale cause de retard diagnostique même en milieu spécialisé d'autant plus que le corps étranger peut être radio transparent. Ainsi Narwana et al [7] ont rapporté le cas d'un garçon de 9 ans qui a été traité pendant 2 ans pour bronchite asthmatiforme parce que personne n'avait assisté à l'accident. Koul et al [6] quant à eux, ont rapporté un retard diagnostique de 4 mois chez un garçon de 18 ans qui avait cru que le sifflet en plastique qu'il avait inhalé passerait dans les selles.

Si le syndrome de pénétration ou l'accident est passé inaperçu comme dans notre observation, le tableau clinique se traduisant par une pathologie bronchopulmonaire trainante peu spécifique contribue à l'errance du diagnostic. Or, la rétention du corps étranger dans l'arbre trachéo-bronchique peut entraîner des complications [1, 5,6]. Dans notre observation, l'accident causal a pu être volontairement ou par ignorance inavoué par l'enfant âgé de 9 ans au moment de l'accident ou par les parents.

La radiographie thoracique permet de visualiser les corps étrangers radio-opaques et le retentissement parenchymateux voire pleural [1]. Elle devrait être réalisée en cas de persistance des signes bronchopulmonaires après un traitement médical correct. La possibilité de corps étranger radio transparent montre la nécessité de poursuivre les explorations surtout lorsque la notion d'inhalation accidentelle existe [6]. La bronchoscopie est nécessaire pour objectiver et extraire le corps étranger [1, 4-7].

La bronchoscopie au tube rigide sous anesthésie générale serait la méthode de choix pour plusieurs auteurs [1, 4-7, 9]. Notre observation le confirme.

L'extraction par fibroscope à l'aide d'une pince sans recours au tube rigide est tout de même possible ; certaines équipes l'ont aussi utilisé à visée diagnostique [2, 6]. La partie macroscopiquement suspecte du corps étranger a pu être prélevée en vue d'un examen anatomo pathologique [8, 9]. Pour ces auteurs, le séjour prolongé du corps étranger bronchique a entraîné une réaction locale inflammatoire qui s'organise en granulome masquant le corps étranger et lui donnant un aspect suspect lors de la fibroscopie bronchique. Le granulome qui entoure le corps étranger pouvant poser un problème de diagnostic différentiel avec une tumeur bronchique, l'examen anatomopathologique de la pièce prélevée permet de confirmer le diagnostic [10].

Les difficultés que posent l'extraction des corps étrangers de révélation tardive seraient liées d'une part aux facteurs techniques de préhension, d'autre

part au changement inflammatoire, favorisant leur impaction et rendant leur visualisation difficile [4, 5, 10]. La bronchotomie est le dernier recours, elle est indiquée devant les échecs de l'extraction endoscopique [3, 10, 11].

CONCLUSION

Ce cas clinique illustre les complications possibles des corps étrangers bronchiques et prouve la nécessité d'une prise en charge en milieu spécialisé doté d'un équipement adéquat. Le développement du plateau technique combinant les progrès des techniques endoscopiques et de l'anesthésie, l'éducation de la famille, la vigilance des agents de santé dans notre pays, permettraient une prise en charge précoce et efficace. Les complications et séquelles seraient alors réduites.

RÉFÉRENCES

- 1-Le Gac MS, Vazel L, Trendel D. Corps étrangers laryngo-trachéaux bronchiques. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie. 2009 ; 20-730-A-10 : 9p.
- 2-Matsuse H, Shimoda T, Kawano T, Fukushima C, Mitsuta K, Obase Y, Tomari S, Saeki S. Airway foreign body with clinical features mimicking bronchial asthma. *Respiration*. 2001; 68:103-5.
- 3-Ouedraogo B.P, Sereme M, Gyebre Y.M.C, Ouedraogo R, Ouattara M, Ouoba K. Corps étranger d'extraction difficile des voies respiratoires inférieures à propos d'un cas. *Médecine d'Afrique Noire*. 2011 ; 58 (4) : 179-182.
- 4-Sharma JK, Pippal SK, Sethi Y, Arora S, Raghuvanshi SK. Bronchial foreign body: A case report. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006 ;58(4):395-6.
- 5-Tazi M, Benjelloun B-D, Hassani A, Mahraoui C, Alaoui I, Barahioui M, Elmalki-Tazi A. Corps étrangers intra-bronchiques à propos de 47cas. *Maroc médical*. 2002 ; 24 (1) : 26-30.
- 6-Koul PA, Wahid A, Bhat TA, Hussain T. Whistle in the bronchus. *Ann Thorac Med*. 2007; 2 (3):124-5.
- 7-Narwana S, Bora MK, Samdhani S, Sharma M P, Bapna AS. Foreign body in bronchus: an unusual presentation. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005; 57(2):161-2.
- 8-Ripley PD, Henderson Ak. A case of bronchial aspiration: the importance of early diagnostic and clinical suspicion. *Prim Care Respir J*. 2007; 16(3):191-3
- 9-Mackay AJ, Burke S, Bothamley G. Trust in the patient's history: cough and eels. *BMJ Case Rep*. 2009; 2009: bcr07.2009.2114
- 10-Diarra O, Diatta S, N'Diaye A, Ciss AG, Dieng PA, Ba PS, Gaye M, Fall ML, Diop MS, Kane O, N'Diaye M. Chirurgie des corps étrangers intra-bronchiques à Dakar à propos de 13 cas. *Ann.Af.Chir. Thor. Cardiovasc*. 2012; 7 (2): 59-63.
- 11-Ag Mohamed A, Timbo Sk, Togola-Konipo F, Soumare S, Diallo A-K, Cisse A, Sacko HB, Traore L, Togo M-M. Bronchotomie gauche pour corps étranger. *Les cahiers d'ORL*. 2002; 37 (5-6):272-5.