

Ministère de l'Enseignement Supérieur

REPUBLIQUE DU MALI

Et de la Recherche Scientifique

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES

DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018

Mémoire N °/M

MEMOIRE:

Prévalence des corps étrangers laryngotrachéobronchiques et œsophagiens

Présentée et soutenue le 31/10 /18 devant le jury de la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie.

Par : DR DEMBELE Yaya

Pour obtenir le grade de DES en ORL CCF

(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Pr Youssouf COULIBALY

Membres : Pr Yacouba TOLOBA

Pr TIMBO Samba Karim

Codirecteur : Dr Fatogoma Issa KONE

Directeur Pr Mohamed KEITA

SOMMAIRE

INTRODUCTION1-2

Objectif général2-3

Materiel et Méthode.....31-33

Résultats :.....34-46

DISCUSSIONS53

CONCLUSION :.....53

Recommandations.....55

BIBLIOGRAPHIE56-59

ANNEXES63

ABREVIATION

CE : corps étranger

COE : Corps étranger œsophagien

CELTB : corps étranger laryngotrachéobronchique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DES : Diplôme d'études Spécialisée

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

HGE : Hépatogastroentérologie

HGT : Hôpital Gabriel Toure

ORLCCF : Otorhinolaryngologie et chirurgie cervico faciale

VAD : Voie aérodigestive

INTRODUCTION

Les corps étrangers(CE) laryngotrachéobronchiques et œsophagiens se définissent comme : « tout corps, venu de l'extérieur et se localisant soit au niveau de la partie respiratoire comprenant, le larynx, la trachée et les bronches, soit au niveau de la partie digestive, comprenant l'œsophage. [1]

L'inhalation et l'ingestion des corps étrangers sont des accidents fréquents, surtout chez l'enfant Ils exposent à des complications graves pouvant menacer le pronostic vital. [1,2]

La symptomatologie clinique est riche et varie selon la localisation du corps étranger. Ils peuvent aussi poser des problèmes de diagnostics qui ne sont pas toujours faciles à résoudre, notamment en cas d'absence de syndrome de pénétration, ou devant la phase d'accalmie trompeuse suivant le drame initial [2].

La nature des corps étrangers est très variable selon la localisation au niveau du larynx, de la trachée, des bronches et de l'œsophage. Elle dépend essentiellement de l'âge du patient, des habitudes alimentaires ainsi que du terrain [3].

Les radiographies peuvent être d'un grand secours devant les difficultés diagnostiques, en visualisant les corps étrangers de nature radio-opaque ou en mettant en évidence des anomalies et des complications évoquant la présence d'un corps étranger et justifiant la pratique d'un examen endoscopique.

L'apport de l'endoscopie est essentiel en apportant à la fois une solution diagnostique et thérapeutique, surtout avec les progrès actuels en matière d'anesthésie générale.

Chevalier Jackson, disait en 1951: « Tout corps étranger des voies digestives ou aériennes qui a pénétré par les voies digestives ou aériennes doit être extrait par les même voies à condition qu'il n'ait migré au travers de la paroi perforée de ces voies » [3,4]

Le traitement chirurgical est rarement nécessaire et reste limité essentiellement au traitement des complications.

La prévention reste le meilleur moyen thérapeutique, aussi bien auprès des parents, et du corps médical ainsi qu'auprès des industriels de produits pour enfants. Elle reste peu diffusée. [5].

Les accidents d'inhalation et /ou d'ingestion de corps étranger sont l'une des causes principales de décès par accident domestique chez l'enfant, essentiellement parmi ceux de moins de trois (3) ans (600 à 700 cas par an en France) [6].

OBJECTIFS

Objectif général :

Déterminer la prévalence hospitalière des corps étrangers laryngotrachéobronchiques et œsophagiens.

Objectifs spécifiques :

1. Evaluer le profil épidémiologique,
2. Décrire les profils clinique et thérapeutique des corps étrangers laryngotrachéobronchiques et œsophagiens.

I.RAPPELS :

1.Anatomique

1.1 Anatomie de l'arbre laryngotrachéobronchique : [1,2,5,6,7].

□ Larynx

C'est un Conduit aérifère impair, le larynx est l'organe essentiel de la phonation. Il est situé à la partie médiane et antérieure du cou, en avant du pharynx, en arrière du corps thyroïde, au-dessous de l'os hyoïde et au-dessus de la trachée. A la naissance, le larynx se trouve en position haute au niveau de la 3^{ème} vertèbre cervicale(C3). Ceci permet d'assurer une bonne coordination ventilation/déglutition et d'expliquer le caractère nasal de la voix. Tout au long de l'enfance, parallèlement à sa croissance, le larynx descend progressivement dans le cou jusqu'au niveau de la 6^{ème} vertèbre cervicale(C6) qui correspond à sa position chez l'adulte.

C'est un organe complexe constitué par des pièces cartilagineuses, des éléments musculo- aponévrotiques, ainsi que des articulations. Chez l'enfant, surtout le nourrisson, le larynx a une armature cartilagineuse beaucoup moins rigide que chez l'adulte.

Les cartilages laryngés sont constitués par :

- Le cartilage cricoïde
- Le cartilage thyroïde
- Le cartilage épiglotique
- cartilages aryénoïdes : Chez l'enfant, les aryénoïdes ont un processus vocal relativement important constituant la moitié de la corde vocale. Ceci peut expliquer certaines difficultés d'intubation.

- Les cartilages accessoires : on distingue les cartilages corniculés ou de Santorini, les cartilages de Morgagni, les cartilages sésamoïdes antérieurs et postérieurs, les cartilages aryténoïdiens ou inter-aryténoïdiens. Ces différents éléments sont unis entre eux et aux organes voisins par un système articulaire, ligamentaire et musculaire.

□ **Trachée**

La trachée est la portion des voies aériennes comprise entre le larynx et les bronches. Elle est placée devant l'œsophage qui la déborde légèrement à gauche. Elle comporte un segment cervical s'étendant du bord inférieur du cartilage cricoïde (6ème vertèbre cervicale) au plan horizontal passant par le bord supérieur du sternum, à hauteur de la deuxième vertèbre thoracique et un segment thoracique.

□ **Bronches**

Ce sont deux conduits aérifères qui font suite à la trachée thoracique, à hauteur de la cinquième vertèbre thoracique (bifurcation trachéale) : la bronche principale droite et la bronche principale gauche. Chez le nourrisson, les bronches ont une longueur d'environ 2,5cm pour un diamètre compris entre 3 et 4mm.

La bronche principale droite fait un angle de 25° avec l'axe trachéal, de calibre plus grand que celui de la bronche gauche. A l'opposé, la bronche principale gauche fait un angle de 45° avec l'axe trachéal.

Cette situation explique la fréquence des corps étrangers à droite, les pneumopathies d'inhalation droites et les intubations trachéobronchique droites sélectives en anesthésie.

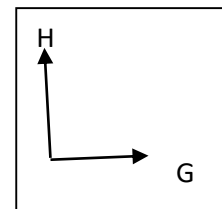
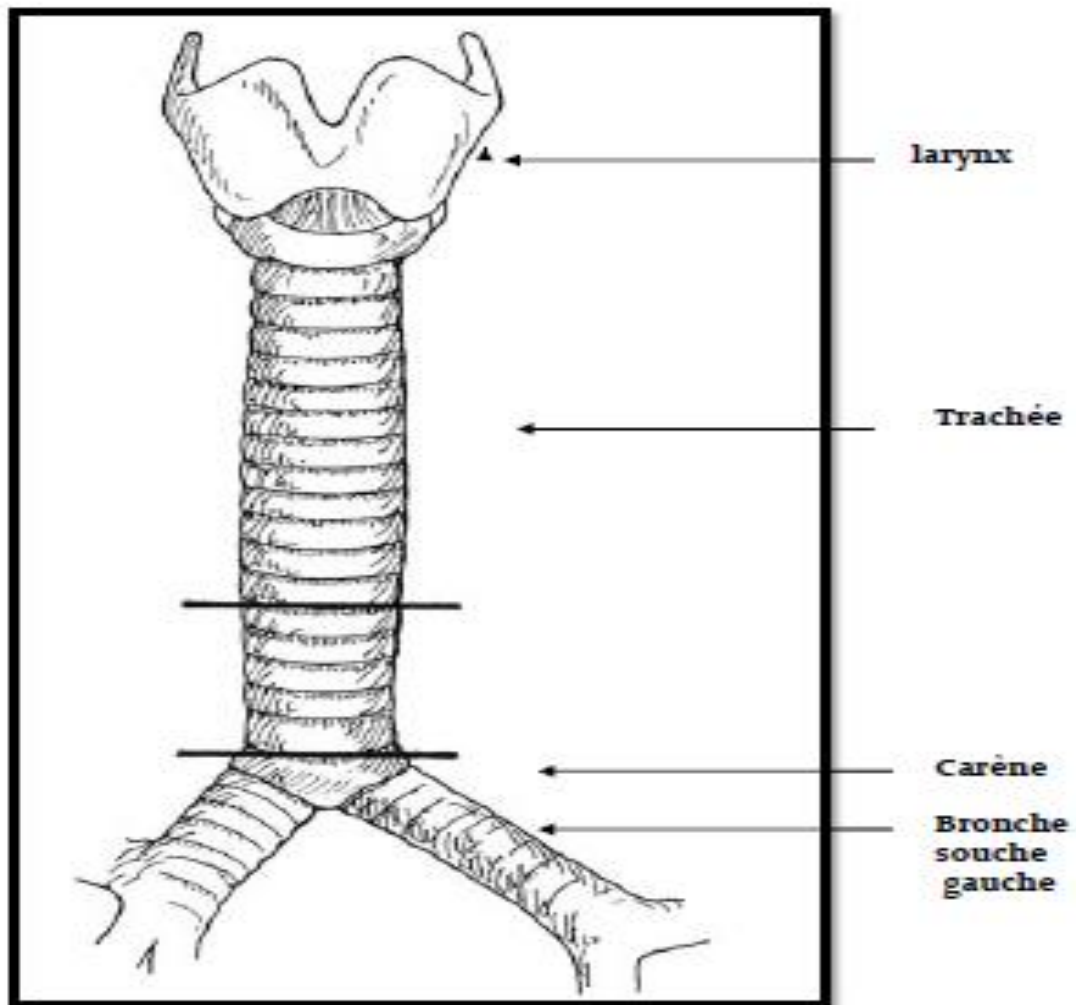


Figure1 : vue d'ensemble du larynx, de la trachée et des bronches [1].

En ce qui concerne l'anatomie endoscopique :

Larynx et trachée

Cette étude peut être effectuée lors d'un examen clinique par laryngoscopie indirecte ou chez un patient sous anesthésie générale par laryngo-trachéoscopie directe. Elle est conditionnée par la membrane élastique du larynx, qui est une charpente fibro-élastique, de siège sous muqueux, formée par une membrane élastique comprenant deux parties : le cône élastique et le cône vestibulaire. Chez

l'enfant, la filière laryngée est très étroite, notamment au niveau du cartilage cricoïde où on note en plus, l'existence de formations lymphoïdes prêtes à s'œdématiser et à s'infecter. Ceci rétrécit encore une filière déjà étroite.

Le tube Laryngé est subdivisé en trois parties :

L'étage supra glottique qui est la partie du larynx située au-dessus du plan des cordes vocales. Il comprend la margelle laryngée (épiglotte, replis aryépiglottiques, aryténoïdes), les bandes ventriculaires et les ventricules.

L'épiglotte est recouverte d'une muqueuse fine, sa partie inférieure ou pied de l'épiglotte vient s'insérer juste au-dessus de la commissure antérieure de l'étage glottique. Les bandes ventriculaires sont des structures allongées parallèlement au plan des cordes vocales. Le ventricule est une cavité paire et symétrique située entre l'épaisseur de la bande ventriculaire en haut et le plan de la corde vocale en bas.

Chez l'enfant, la margelle laryngée et le vestibule ont un tonus assez faible et une grande souplesse pouvant induire, en inspiration, une invagination de la margelle vers l'endolarynx.

- L'étage glottique qui est l'espace compris entre le bord libre des deux plis vocaux en avant et des processus vocaux des cartilages aryténoïdes en arrière.

Il est constitué par les cordes vocales, la commissure antérieure et la commissure postérieure. A l'état normal les cordes vocales prennent la forme de deux cordons blancs tendus en avant entre l'angle rentrant du cartilage thyroïde et en arrière au niveau de l'apophyse vocale à la base du cartilage aryténoïde.

La commissure antérieure correspond à la zone d'insertion antérieure des cordes vocales. La commissure postérieure ou glotte cartilagineuse est représentée par les deux apophyses vocales des cartilages aryténoïdes, elle est recouverte par une muqueuse fine.

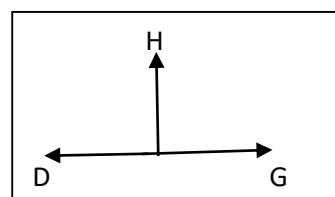
- L'étage infra glottique : il est situé sous l'étage glottique.

Il a la forme d'un cône à base inférieure qui se prolonge par la trachée cervicale. Il répond au cartilage cricoïde. Son diamètre est plus étroit chez le nourrisson, et est d'environ 6mm. L'étroitesse de la région sous-glottique permet d'expliquer la fréquence des dyspnées lors de l'inhalation d'un corps étranger, ou de survenue d'une laryngite chez l'enfant.

En effet, un œdème d'environ 1mm d'épaisseur peut réduire la filière sous glottique d'environ 60 % dans un plan axial. Il existe également une angulation de l'axe vertical de la sous glotte par rapport à l'axe pharyngé de la base de la langue. Ceci peut expliquer les difficultés de visualisation du larynx lors de l'examen pharyngolaryngé mais aussi les difficultés d'intubation chez l'enfant.



Figure 2 : le larynx d'un enfant à la nasofibroscope.



Source : DIENTA. L, D.E.S ORL et CCF du CHU Gabriel Touré, Bamako R. du MALI.

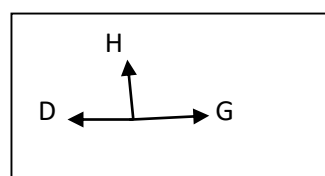
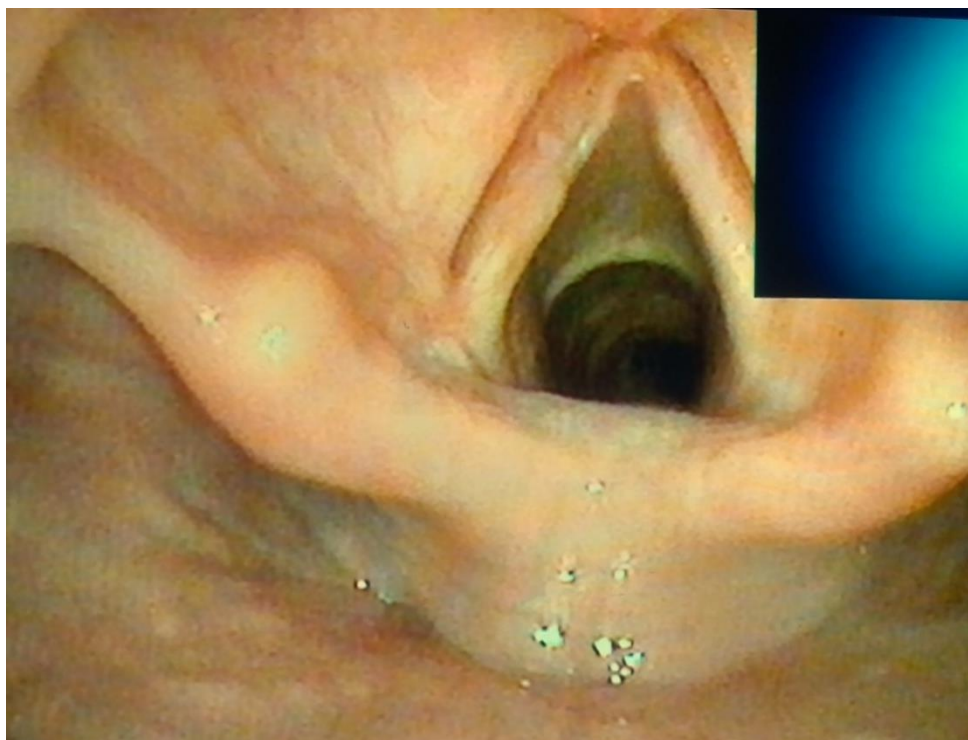


Figure 3 : larynx d'un adulte à la nasofibroskopie.

Source : Dr DIENTA. L, D.E.S ORLCCF, CHU Gabriel TOURE, Bamako R. du MALI).

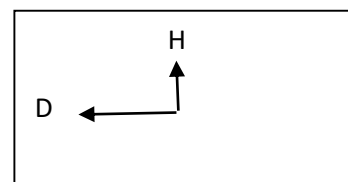
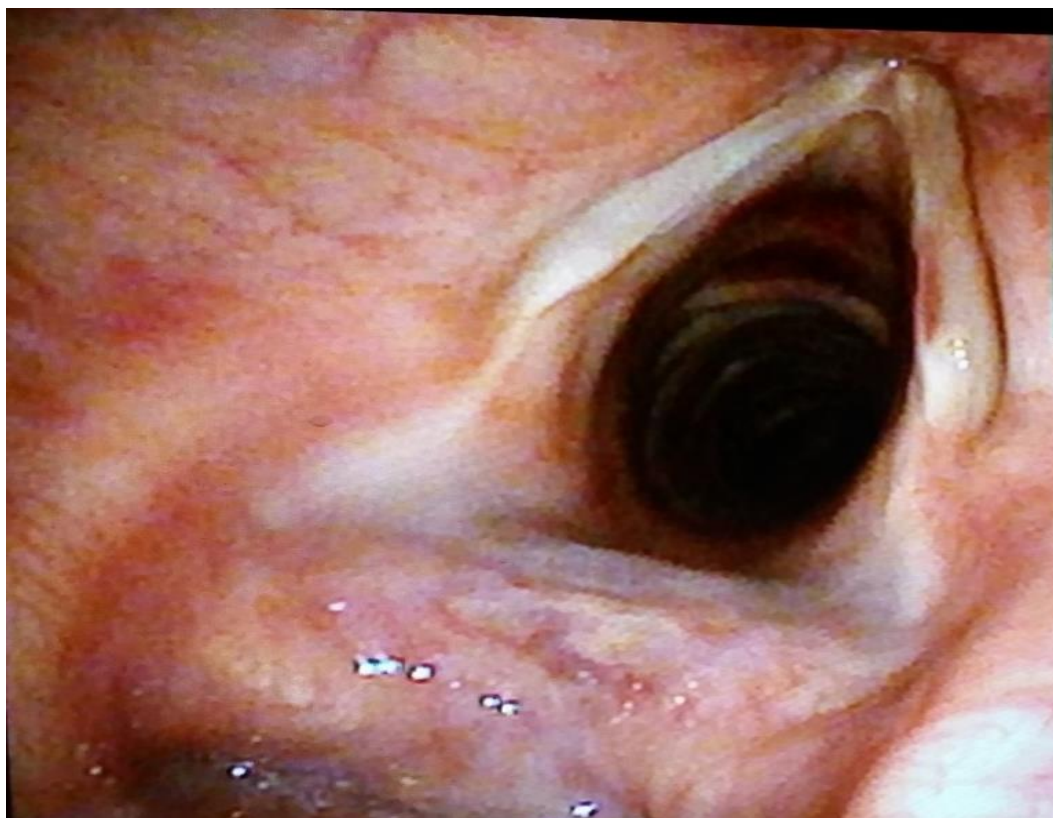


Figure 4: Vue de la sous glotte à la nasofibroscope.

Source : DIENTA. L, D.E.S ORL et CCF du CHU Gabriel TOURE, Bamako, R. du MALI.

○ **La trachée :**

En endoscopie la muqueuse trachéale est blanc rosé, soulevée par des anneaux cartilagineux en saillies successives transversales. La « carène » sagittale de couleur ivoire marque la bifurcation trachéale et la naissance des bronches principales divergentes asymétriques. La bronche principale droite semble continuer l'axe trachéal.

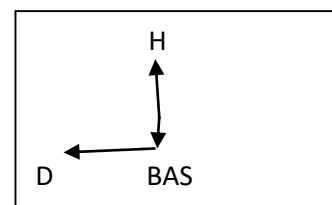
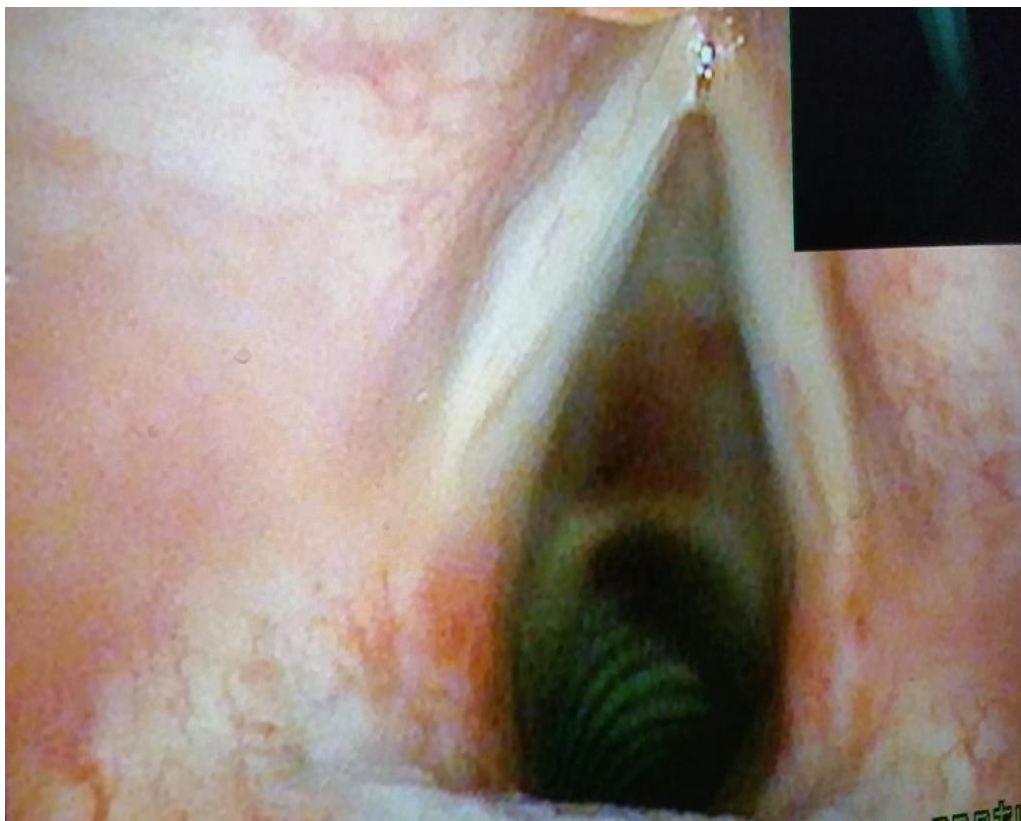


Figure 5 : vue endoscopique de la trachée à la nasofibroscopie

Source : DIENTA. L, D.E.S ORL et CCF du CHU Gabriel TOURE, Bamako, R. du MALI.

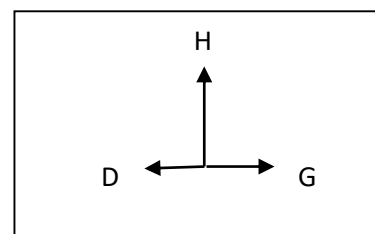


Figure 6 : vue endoscopique de la carène à la nasofibroskopie

Source : DIENTA. L, ORL et CCF DES CHU Gabriel TOURE, Bamako, R. du MALI.

○ **Bronche :**

Chaque bronche souche va se subdiviser en bronches lobaires qui se subdivisent en bronches segmentaires qui vont à leur tour donner les bronches sous-segmentaires. L'exploration endoscopique des branches de subdivision bronchique est difficile avec la bronchoscope rigide, surtout chez l'enfant.

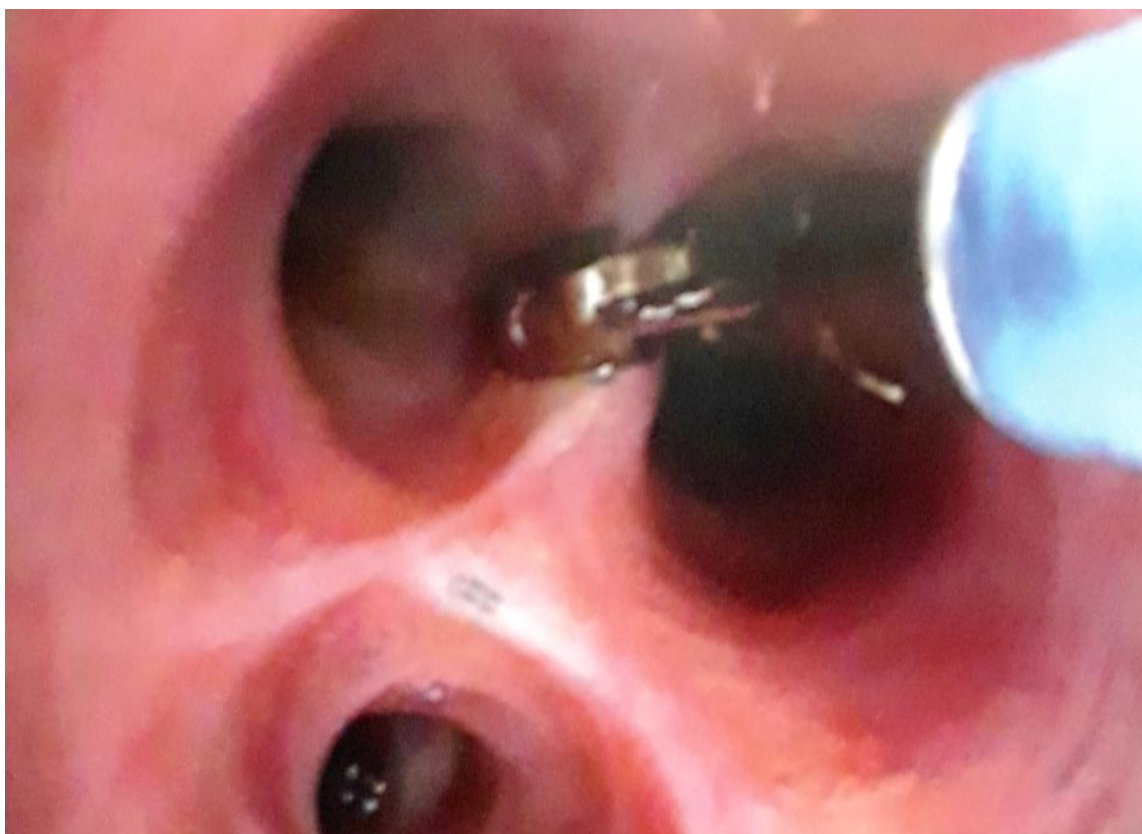
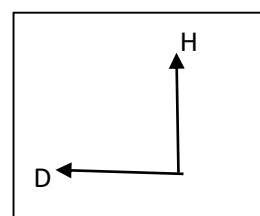


Figure 7 : Vue endoscopique de la bronche.

Source : KANOUTE. T, Pneumologue, CHU du Point G, Bamako R. du MALI



1.2 Anatomie de l'œsophage : [15,16,17,18,19]

L'œsophage est un conduit musculo-membraneux qui relie le pharynx à l'estomac. C'est la partie initiale du tube digestif. Il transporte le bol alimentaire de la cavité pharyngienne à la cavité gastrique, au cours du troisième temps de la déglutition. Son trajet débute immédiatement sous le cartilage cricoïde au niveau de la sixième vertèbre cervicale (C6).

Le long de ce trajet, il va traverser successivement la région cervicale (partie médiane et inférieure du cou), le médiastin postérieur, le diaphragme par l'orifice œsophagien et se terminer dans la région cœliaque (partie supérieure de l'abdomen).

L'œsophage présente deux courbures :

- dans le plan sagittal, il est concave en avant : de C6 à D10 il suit la concavité antérieure du rachis ; de D4 à D10, il est refoulé en avant par l'aorte ;
- dans le plan frontal, il est sinueux : un peu oblique en bas et à gauche jusqu'à D4, refoulé à droite par la crosse de l'aorte, puis oblique en bas et à gauche jusqu'à sa terminaison au niveau du cardia.

Les dimensions :

La longueur moyenne de l'œsophage est de 25 cm dont :

- 5 à 6 cm pour l'œsophage cervical,
- 16 à 18 cm pour la portion thoracique,
- 3 cm pour le segment abdominal.

Le calibre varie entre 2 et 3 cm.

Il présente : quatre rétrécissements qui sont :

Le rétrécissement cricoïdien au niveau de C6,

Le rétrécissement aortique au niveau de T4, lié à l'empreinte de la crosse de l'aorte sur la paroi latérale gauche de l'œsophage,

Le rétrécissement bronchique au niveau de T6, marqué par l'empreinte de la bronche souche gauche, le rétrécissement diaphragmatique au niveau de T10.

En endoscopie, par rapport aux arcades dentaires, on observe :

- Le rétrécissement cricoïdien à 15 cm ;
 - Le rétrécissement aortique à 25 cm ;
 - Le rétrécissement diaphragmatique à 35 cm ;
 - Et le cardia à 40 cm
- ✓ Quatre dilatations dont trois fuseaux intermédiaires et un entonnoir terminal.

L'œsophage se compose de trois tuniques concentriques et régulièrement superposées.

De dedans en dehors, on a :

*La muqueuse, épaisse et résistante ;

*La sous-muqueuse qui adhère intimement à la muqueuse et qui contient quelques glandes muqueuses, essentiellement dans son tiers inférieur ;

*La musculieuse constitue la tunique la plus externe.

La lumière est fermée et aplatie dans son ensemble, béante et cylindrique entre les bronches et le diaphragme.

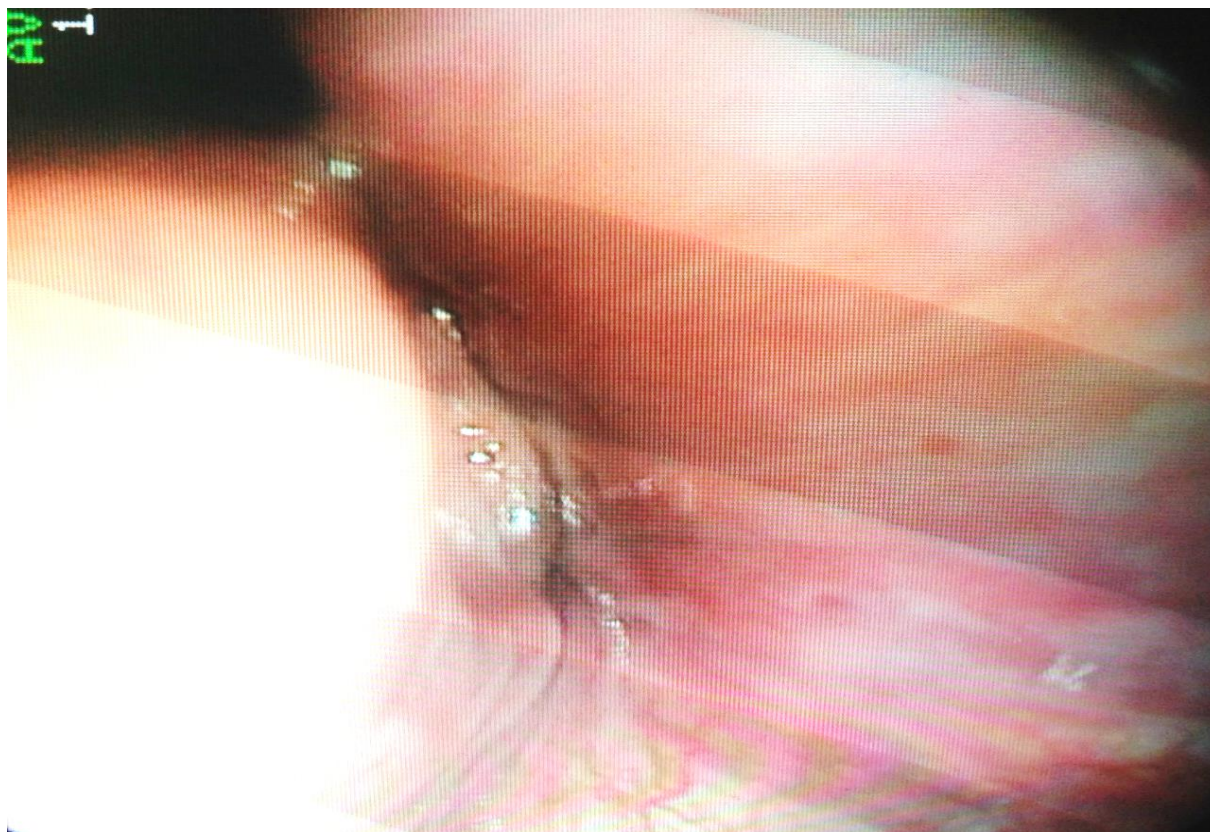


Figure 8 : Vue endoscopique de la bouche de l'œsophage

Source : TOGOLA Kalifa D.E.S GHE du CHU Gabriel Touré, Bko R. du MALI

2.physiologique

✓ □ **Larynx** [1,11, 13]

La situation du larynx lui confère une double fonction vitale : rôle de régulation des échanges gazeux (inspiratoires et expiratoires) et de défense vigilante des voies aériennes inférieures. Grâce à sa muqueuse très réflexogène, le larynx ferme l'arbre respiratoire à chaque déglutition, mais aussi lors des régurgitations et des vomissements. La fonction phonatoire n'est que sociale.

✓ **Trachée et bronches** [11]

L'arbre trachéobronchique n'est pas un conduit inerte. Par sa structure fibroblastique, il assure le passage de l'air vers les alvéoles pulmonaires (hématose), modulant avec le larynx la pression sous glottique (cycle respiratoire - effort à glotte fermée) : c'est la fonction aérienne. Par son revêtement muqueux cilié, il permet l'évacuation des sécrétions vers le larynx, spontanément ou au cours du réflexe de toux : c'est la fonction de drainage.

Par la présence d'amas lymphoïdes pariétaux, il participe à la défense spécifique des voies respiratoires : c'est la fonction immunitaire.

✓ **Physiologie de la déglutition :**

Le rappel du déroulement normal du phénomène de déglutition est nécessaire pour la compréhension de la survenue de CE des VAD (larynx, trachée, bronches et de l'œsophage).

La déglutition se définit par le passage du contenu de la bouche dans l'œsophage.

Elle s'effectue dans le pharynx et nécessite la mise en jeu de muscles des régions, faciale, cervicale, orale, du pharynx, larynx et de l'œsophage [1,16,17].

La musculature pharyngée fait progresser les liquides ou le bol alimentaire et ferme temporairement les voies aériennes de telle sorte que seule la voie digestive reste ouverte.

Ce phénomène a été subdivisé en 4 temps successifs : préparatoire, oral, pharyngé et œsophagien [1,15,16,17,19]

TEMPS PREPARATOIRE

Durant cette phase le bol alimentaire subit dans la cavité buccale des modifications physiques et chimiques. Ainsi, par la mastication et sous l'effet des enzymes salivaires, les aliments acquièrent les qualités physiques nécessaires à leur transit vers les voies aérodigestives.

Le bol étant découpé, moulé et positionné sur la face dorsale de la langue [1].

TEMPS BUCCAL

Au cours de ce temps, la bouche étant close, les lèvres et les dents rapprochées les mouvements séquentiels de la langue contre le palais mou et dur génèrent une onde de pression péristaltique qui propulse le bol alimentaire de la cavité buccale vers l'isthme du gosier [1 ,19].

Dans le même temps, le voile du palais s'élève et se porte au devant de la paroi postérieure du pharynx obstruant ainsi les fosses nasales.

TEMPS PHARYNGE

Le bol alimentaire, ayant franchi l'isthme du gosier, aborde l'isthme pharyngo-nasal qui fait communiquer l'oro et le rhinopharynx. Le bol est projeté en arrière et en bas, par la langue dont la face postérieure se déprime pour le laisser passer. La voie digestive s'ouvre et la voie aérienne se ferme.

Le nasopharynx est obstrué par l'élévation du voile du palais contre la paroi postérieure du pharynx, par l'action des muscles pharyngo-staphylins.

L'occlusion du larynx est obtenue par le rabattement de l'épiglotte sur la glotte par l'ascension du larynx et de l'os hyoïde grâce aux muscles du plancher buccal ce qui entraîne le télescopage du larynx sous la masse contractée et dure des muscles de la langue. Ainsi, l'orifice laryngé se trouve partiellement recouvert, son étanchéité est complétée par la tension des bandes ventriculaires sous l'action des muscles thyro-arythénoïdiens [1 ,17,18]

Par la succession harmonieuse de ces événements, le bol alimentaire progresse dans le pharynx et les voies respiratoires supérieures se trouvent ainsi protégées de toute éventualité de fausse route.

TEMPS OESOPHAGIEN

Au cours de cette phase, le sphincter supérieur de l'œsophage se relâche et laisse passer le bol alimentaire, tandis que l'onde péristaltique se poursuit dans la musculature œsophagienne ; durant ce dernier temps, l'ensemble des éléments participant aux premières phases, reprennent leur situation initiale.

3. ETIOPATHOGENIE

Il existe un certain nombre de facteurs, facilitant la survenue d'un corps étranger laryngotrachéobronchiques et œsophagien, et expliquent les aspects cliniques et évolutifs de certaines localisations.

3.1 AGE

L'âge est un élément très important qui intervient dans la survenue des CE des laryngotrachéobronchiques et œsophagien. Ceci est particulièrement vrai chez l'enfant et c'est attribué à leur curiosité et désir de découverte durant le stade oral du développement infantile décrit par FREUD qui s'exprime par une tendance à placer des objets dans leurs bouches [1 ,16].

De même qu'à partir de l'âge de 6 mois, le nourrisson possède des dents tranchantes, capables de sectionner des matériaux friables mais l'éruption des dents mastiquantes (prémolaires et molaires) ne survient que beaucoup plus tard (entre 2 et 3 ans). Ce qui empêche une mastication adéquate de certains aliments et favorisant, ainsi, leur glissement direct vers le carrefour pharyngo-laryngé, notamment les arachides [1,16,18].

L'altération du phénomène de déglutition et des mécanismes de protection des voies aériennes, survient avec l'avancement de l'âge et pose des problèmes cliniques d'aspiration accidentelle de CE. Cela est dû à de nombreuses pathologies essentiellement des troubles neurologiques, musculaires et neurovasculaires qui affectent le sujet âgé.

3.2 FACTEURS ANATOMIQUES

La particularité anatomique de l'œsophage conditionne le siège de CE œsophagiens. Il présente à décrire trois rétrécissements physiologiques : le premier supérieur au niveau de la bouche de l'œsophage, le second au tiers moyen lié à l'empreinte aortique, le dernier correspond au cardia, ce qui explique que 78% des CE de l'œsophage restent bloqués au niveau de la bouche de l'œsophage [1,15,17].

Pour les cas laryngo-trachéaux, la localisation du CE est fonction des caractères propres du CE.

3.3 FAUSSE ROUTE ET SYNDROME DE PENETRATION

La fausse route est un accident résultant d'une mise en défaut du réflexe protecteur des voies aériennes par la contraction des bandes ventriculaires.

Elle est favorisée par l'inspiration brusque et profonde lors d'occasions tels que : « quinte de toux », « éclat de rire », « à l'occasion de jeux tel que la sarbacane ou d'activités physiques comme le saut » [1,6,13,17].

La fausse route engendre lors du contact du CE avec la muqueuse laryngée, un réflexe évacuateur fait d'une contraction laryngée avec une toux quinteuse saccadique lors du contact avec la trachée et la sous glotte laissant une reprise inspiratoire bruyante. C'est Le syndrome de pénétration qui peut aboutir ou non à l'expulsion spontanée du CE [1,11,12].

3.4 CARACTERES DES CORPS ETRANGERS

Constituent un élément essentiel dans la localisation aérienne du CE, les principaux caractères intervenant sont :

-□ Le volume :

Un CE volumineux peut être arrêté à l'étage sus glottique tandis qu'un CE de petit volume descendrait dans les bronches [1,2]

□ La forme :

Les CE arrondis sont à volume égal plus dangereux que ceux qui ont une forme différente, car plus obstructifs vu que leur paroi moule les cavités laryngo bronchiques

□ La consistance :

Un CE mou ou malléable s'adapte aux parois et peut être obstructif à moindre volume

□ La surface :

Un CE laryngotrachéobronchique et œsophagien, piquant et contendant contrairement à un CE lisse, peut être responsable de lésions de gravité variable allant de la simple érosion de la muqueuse à la perforation [1,2,20]

□ La nature :

Le risque lésionnel des CE laryngotrachéobronches et œsophagien est fonction du type de CE.

Les CE alimentaires (os, arêtes de poisson) ou dentaires comportent un risque infectieux avec formation d'abcès sous muqueux [1,3,16].

Les piles boutons peuvent provoquer des brûlures voire une nécrose si elles restent enclavées au niveau œsophagien. Les piles peuvent induire quatre types de lésion : [1,21]

- brûlures électriques par courant de faible voltage (le microenvironnement de la cathode d'une pile active devient basique et le pH à l'anode, acide), hydrolyse des compartiments liquidiens tissulaires ;
- brûlures caustiques liés à la libération de substances (soude, potasse, chlorure d'ammonium) ;
- lésion de nécrose par compression au niveau œsophagien ;
- effets toxiques exceptionnels liés à l'absorption de substances contenues dans les piles.

Les pièces de monnaie ainsi que les médailles même de gros diamètre sont en règle peu agressives, ce qui explique leur diagnostic tardif [20,21].

Remarque importante à signaler : la nature des CE varie selon les habitudes alimentaires de la population, ainsi dans une étude asiatique 40% des CE de l'œsophage étaient des arêtes de poisson, dans une étude européenne la fréquence a été de 4%.

3.5 VARIATIONS LIEES A UNE PATHOLOGIE PRE- EXISTANTE

En cas d'enclavement d'un CE sous la bouche de l'œsophage, il faut rechercher une pathologie préexistante telle une sténose quelle qu'en soit l'origine congénitale ou acquise : peptique, caustique ou néoplasique [1,20,21]

Chez l'enfant, une pathologie œsophagienne est retrouvée dans 14% des cas de CE œsophagiens, l'étiologie la plus fréquente est l'atrésie de l'œsophage opérée en période néonatale.

LEMBERG, dans son étude chez les enfants de plus de 5 ans, a retrouvé une pathologie préexistante dans 79% des cas qu'il s'agisse d'une anomalie congénitale ou d'une sténose acquise.

Chez l'adulte, le travail de LONGSTRETH a mis en évidence une étiologie des CE œsophagiens dans 88% des cas. [1,20]

3.6 VARIATIONS LIEES AU TERRAIN

De grandes variations sont également observées selon le terrain :

- Chez les patients édentés la mastication est insuffisante. Ce qui explique l'impaction œsophagienne d'aliments insuffisamment mastiqués lors de la déglutition.

□ Fréquence élevée des CE œsophagiens métalliques lors d'ingestion volontaire chez l'adulte notamment en milieu carcéral [1,19,20].

□ Fréquence importante des CE laryngotrachéobronchique et œsophagien accidentels sur un terrain prédisposé, abus de sédatifs, maladies psychiatriques ou dans des situations propices telles que les soins dentaires [1].

NOTRE TRAVAIL

1. Matériel et Méthode

1.1 Lieu et type d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service ORL-CCF du centre hospitalier Universitaire Gabriel TOURE de Bamako.

Nous avons mené une étude prospective de type descriptif de 7 mois allant du 1^{er} Janvier au 31 Juillet 2018.

1.2 Population d'étude

L'étude a porté sur les patients présentant des corps étrangers laryngotrachéobronchiques et œsophagiens ayant fait l'objet d'intervention endoscopique après une admission dans les services ORL, pédiatrique et S.A.U.

Ainsi 70 patients ont été retenus après intervention et un temps d'hospitalisation. Ont été exclu de notre étude les patients dont l'exploration était blanche.

Nous avons utilisé le logiciel SPSS© version 21 pour analyse des données et la saisie a été effectuée sur Word 2010.

1.3 Méthode de recueil de données

L'analyse a été faite sur une fiche d'exploitation préétablie sur laquelle nous avons pour chaque variable les items suivants ont renseignés.

Les données socio - épidémiologiques

- Nom et Prénom,
- L'âge,
- Le Sexe,
- La Résidence

Les données cliniques

Les CE laryngotrachéobronchiques :

- Détresse respiratoire (dyspnée inspiratoire, expiratoire et aux deux temps),
- Toux,
- Syndrome de pénétration,
- Dysphonie,

LES CE Œsophagiennes :

- Hypersialorrhée,
- Douleur cervicale,
- Dysphagie,
- Vomissement,
- Hoquet,

La localisation des corps étrangers laryngotrachéobronchiques et / ou œsophagiens

- Laryngé
- Trachéale
- Carène
- Bronche souche gauche
- Bronche souche droite
- Bouche de l'œsophage

Les Méthodes de diagnostiques et /ou thérapeutiques

- Radiographique,
- Endoscopique

La nature des corps étrangers

- Végétaux (grain d'arachides, poids sucré, feuille d'arbre,)
- Métaux (piles boutons, morceau métal)
- Plastiques (jouets, perle, prothèses dentaires)
- Alimentaires (viande, arête de poisson, morceau d'os)
- Pièces de monnaies

Les modalités thérapeutiques

Endoscopies :

- Bronchoscopie à tube rigide
- Œsophagoscopies a tube rigide

Le délai de prise en charge

- Heures
- Jours
- Semaines
- Mois

Evolution

- Complications

Méthode de recherche

Nous avons effectué une recherche sur les articles traitant les corps étrangers en ORL.

RESULTATS

Résultats :

1. Prévalence :

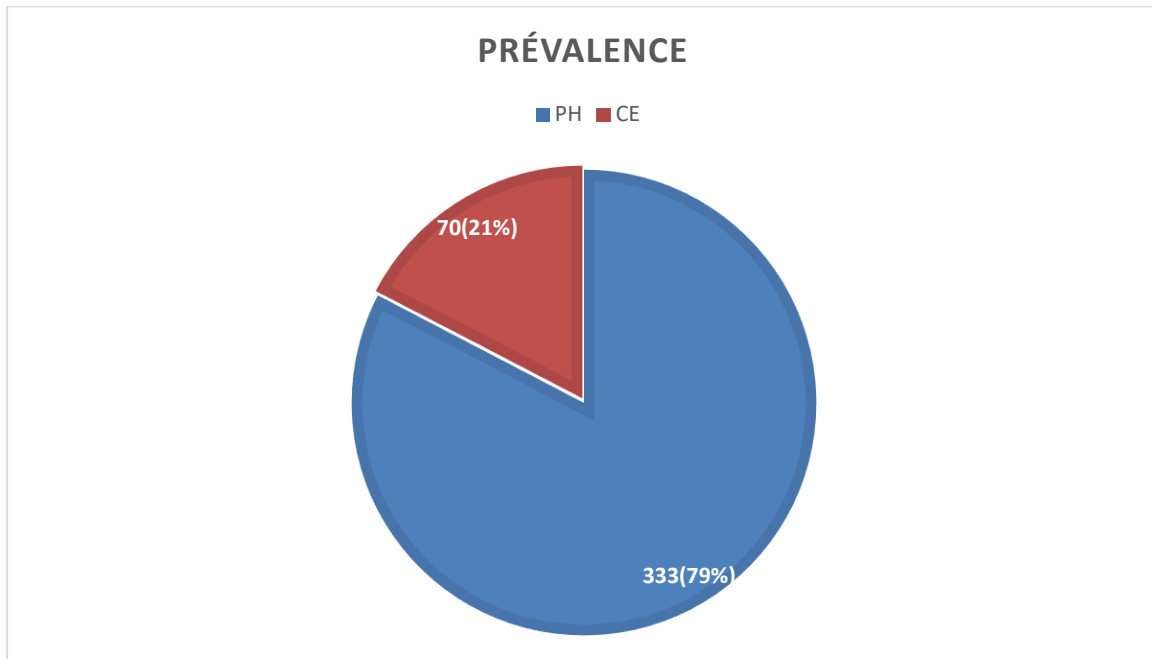


Figure1 : Prévalence des CE laryngotrachéobronchiques et œsophagiens.

Durant notre étude, 333 patients ont été hospitalisés et 70 patients ont présenté des corps étrangers laryngotrachéobronchiques et œsophagiens. Soit une prévalence de 21%.

Tableau 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge et le siège

Age \ Siège	Laryngotrachéobronchique	Œsophage
[0 - 10[	17 (89%)	41(80%)
[10 - 20[	2 (11%)	5(10%)
[20 - 30[	-	3(6%)
[30 - 40[	-	1 (2%)
[40 et plus	-	1 (2%)
Total	19	51

La tranche d'âge de[0 - 10[ont représenté 89% des corps étranger CELTB et 80% pour CEE.

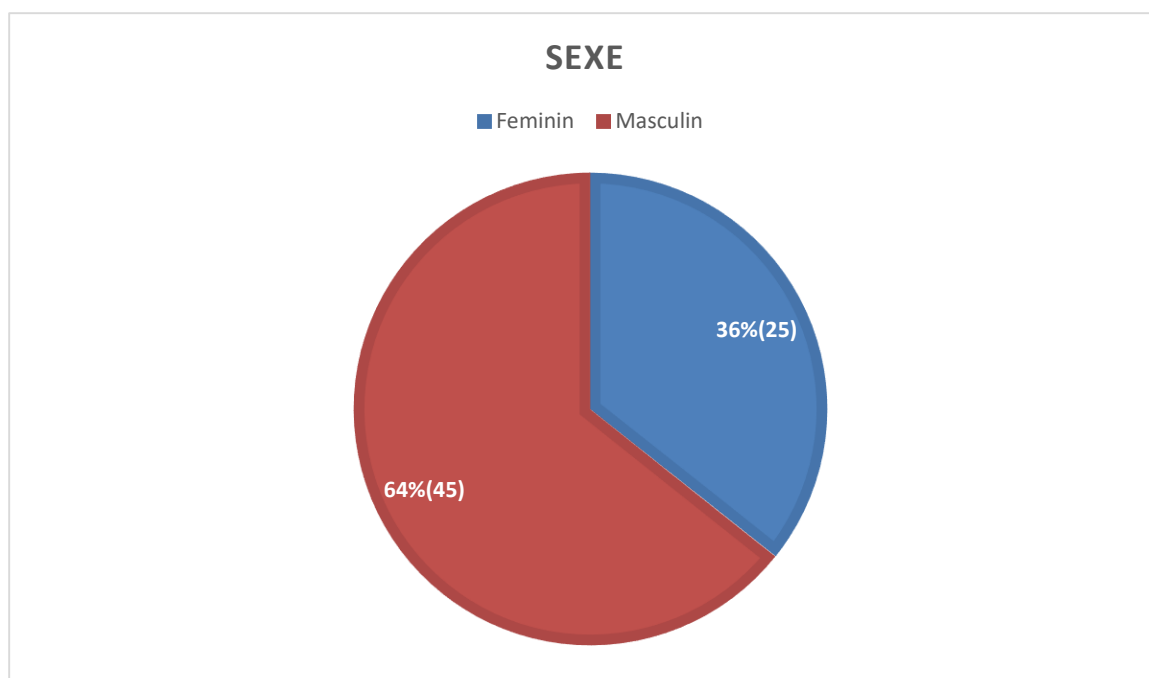


Figure 2 : Nous avons retrouvé une prédominance de sexe masculin avec 64% des cas

Tableau4 : Répartition des patients selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Bamako	53	75,7
Régions	16	22,9
Autres	1	1,4
Total	70	100

Autres : Sigiri (R. Guinée)

La plupart de nos patient provenait de Bamako , soit 75,7% .

Tableau 3 : Répartition des patients en fonction du siège et du sexe

	Sexe	M	F	Total	Pourcentage
Localisation					
Laryngotrachéobronchique		12	7	19	27,1
Œsophage		33	18	51	72,9
Total		45	25	70	100

Parmi l'ensemble des 70 CE inhalés et ingérés, 45 patients étaient du sexe masculin, soit 64% et 36% de sexe féminin.

Avec un ratio H/F de : 1,8.

Parmi les 19 patients présentant de CELTB :12 patients étaient de sexe masculin et 7 de sexe féminin soit un ratio H/F de 1,7.

Parmi les 51 patients présentant de CE œsophagiens,33 patients étaient de sexe masculin et 18 patients pour le sexe féminin soit un ratio H /F de :1,8.

Tableau : Répartition des manifestations cliniques en fonction du siège.

Signes cliniques	laryngotrachéobronchique	Œsophage
Détresse respiratoire	17(89,4%)	-
Toux	12(63,1%)	-
Syndrome de pénétration	8(42,1%)	-
Dysphonie	2(10,5%)	-
Cyanose	1(5%)	-
Hypersialorrhée	-	46(90%)
Douleur cervicale	-	37(72,5%)
Odynophagie	-	32(62,7%)
Dysphagie	-	25(49,1%)
Vomissement	-	28(49,1%)
Aphagie	-	2(3,9%)
Hoquet	-	-

La détresse respiratoire a été la manifestation clinique retrouvée dans 89,4% au niveau du siège LTB. L'Hypersialorrhée a été retrouvée dans 90% au niveau de l'œsophage.

Tableau 5 : Répartition selon le mode de recrutement

Mode de recrutement	Effectif	Pourcentage
Consultation ORL	32	46
Urgence pédiatrique	36	51
SAU	2	3
Total	70	100

Nous avons reçu 51% des patients venant de l'urgence pédiatrique.

Tableau 16 : Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques

Antécédents	Effectif	Pourcentage
Pas d'antécédent psychiatrique	68	97
Antécédent psychiatrique	2	3
Total	70	100

Nous avons recensé 3% d'antécédent psychiatrique durant notre étude.

Tableau 6 : Répartitions tranche d'âge les patients ayant inhalés d'un CE

Age	Effectifs	Pourcentage
[0 - 3]	9	47,4
4 - 6]	6	31,6
[7 - 9]	3	16
[10 - 15]	1	5
Total	19	100

La tranche d'âge de 0-3 ans a été affectée dans les inhalations des CELTB avec 47,4%.

Tableau 8 : Répartition des patients selon la nature des CELTB

Nature	Effectif	Pourcentage(%)
Grain d'arachide	9	47,4
Pois sucré	1	5,3
Feuille d'arbre	1	5,3
Métalliques	3	15,7
Plastiques	5	26,3
Total	19	100

Le grain d'arachide a été la nature du CE retrouvé dans 47,4% ; suivis de corps étrangers plastiques 26,3%.

Tableau 9 : Répartition des patients selon le siège de l'arbre laryngotrachéobronchique

Siège	Effectif	Pourcentage(%)
Laryngé	1	5,3
Trachéal	2	10,5
Carène	2	10,5
Bronche souche droite	12	63,2
Bronche souche gauche	2	10,5
Total	19	100

Nous avons retrouvé 63,2% de CE dans la bronche principale souche droite.

Tableau 10 : Répartition selon le délai de la prise en charge des CE inhalés

Délais	Effectif	Pourcentage
1H - 24H	12	63,1
48H- 72H	5	26,4
96H-120H	2	10,5
Total	19	100

L'endoscopie au tube rigide a été réalisée chez 63,1% dans 24 heures.

Tableau 11 : Répartition de la tranche d'âge des patients ayant ingéré un CE de l'œsophage

Age	Effectifs	Pourcentage
[0 - 10[	28	55
[11 - 20[	13	25
[21 - 30[	4	8
[40 et plus[	6	12
Total	51	100

Les patients ayant ingérés le CE œsophagien ont représenté 55% dans la tranche d'âge de 0-10.

Tableau 13 : Répartition des patients selon la nature des CE œsophagiens

Nature	Effectif	Pourcentage(%)
Pièce de monnaie	38	74,5
Pile bouton	3	5,9
Morceau de viande	3	5,9
Métalliques	2	3,9
Prothèses dentaires	2	3,9
Arête de poisson	2	3,9
Morceau d'os	1	2
Total	51	100

Les pièces de monnaies ont été retrouvées dans 74,5%.

Tableau 14 : Délai de prise en charge des patients ayant un CE œsophagien

Délais	Effectif	Pourcentage
Moins de 24 H	43	84,32
1J à 7 jours	2	3,92
8J à14 jours	3	5,92
15J à 30 Jours	2	3,92
31 et plus	1	1,92
Total	51	100

L'œsophagoscopie a été réalisée dans 84,32% dans les 24 heures.

Tableau 15 : Répartition des patients en fonction des complications des CEE.

Complications	Effectif	Pourcentage
Cellulite cervicale	1	1,9
Fistule œsotrachéale	2	3,9
Lésion de la muqueuse œsophagienne	3	5,8

Nous avons enregistré 6 cas de complications, soit 11,6 %.

Prise en charge des corps étrangers :

Presque la totalité des patients ont bénéficié une endoscopie sous anesthésie générale, soit 98,1%.

DISCUSSION

DISCUSSIONS :

➤ PROFILS SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES

1. Selon la prévalence :

Durant notre étude, 333 patients ont été hospitalisés et 70 patients présentaient des corps étrangers laryngotrachéobronchiques et œsophagiens. Ce qui correspond à une prévalence de : 21%.

Ce résultat est proche de celui de Farssani au **Maroc** qui a rapporté une Fr :11% [1]. Ces constants prouvent à suffisance que les CE constituent un véritable problème de santé publique, dans notre contexte.

Selon l'âge.

Les enfants ont représenté 90% de nos patients. L'âge moyen des enfants ont été de 7,5 ans avec des extrêmes allant de 0 à 15 ans. L'âge moyens des adultes a été de 47ans, avec des extrêmes allant de 16 à 78 ans. Ce constat est fait par la littérature [12,24].

Ce pourcentage illustre l'apanage des corps étrangers chez les enfants. L'exploration de l'environnement par l'enfant avec sa bouche qu'il utilise comme troisième main vers 6 mois, ce facteur associé à l'absence des dents avec comme corollaire l'incapacité de mastiquer, l'accessibilité des jouets font la fréquence des corps étrangers a cet âge.

L'âge de 6ans constitue l'âge de relâchement des surveillances. Par contre chez l'adulte il s'agit d'un accident qui survient lors d'un repas, d'un éclat de rire, d'un jeu ou chez les patients avec des pathologies psychiatriques non suivis comme deux de nos patients.

Selon le sexe

Nous avons retrouvé prédominance masculine dans notre étude. Le constat se fait au Bénin par **VIGNON** et al qui ont rapporté un ratio de 1,7. [14] et **DIOP** et al au Sénégal un ratio de 2,42.

Ceci s'explique par le fait que les petits garçons ont l'instinct de découverte plus développé et que les filles du même âge. Dans une étude de **Doumbia.K** la prédominance féminine a été constatée.

Selon la résidence

La majorité de nos patients résidait à Bamako soit 75,7% suivi des régions soit 22,9%. Cela s'explique par le fait que CHU Gabriel TOURE constitue le seul centre capable de prendre en charge les CELTB et œsophagiens de nos jours du fait du plateau technique capable d'extraire ces corps et sa position stratégique en centre-ville ce qui rend l'accès facile à la population.

➤ ASPECTS CLINIQUES

Selon les manifestations cliniques des CE laryngotrachéobronchique inhalés

Dans notre étude la détresse respiratoire a été le signe constaté avec 89,4% suivi de la toux et le syndrome de pénétration respectivement 63,1 et 42,1%. Par contre, nous avons retrouvé dans la littérature 87% de syndrome de pénétration suivi de toux avec 67%. La gêne respiratoire ne représentait que 47%. [1].

Le syndrome de pénétration est un syndrome de primauté dans le diagnostic et la prise en charge thérapeutique des patients. Dans notre étude ce syndrome a été rapporté par une tierce personne dans 42,1% chez les patients ayant un CLTB.

Ce syndrome de pénétration peut passer inaperçu le spectre clinique se présente une dyspnée, une toux. Nous avons recensé ces signes dans 89,4 et 63,1% de cas .

Selon les manifestations cliniques des CE œsophagiens ingérés

L'hypersialorrhée a été le signe primum des corps étrangers de l'œsophage dans 90,1%, suivi de douleur cervicale 72,5%. Ce résultat est proche de celui d'une étude réalisée au **Bénin**, qui a rapporté 87,5% d'hypersialorrhée [14]. Par contre dans la littérature, l'odynophagie et la dysphagie pour corps étranger à type de prothèse dentaire ont été rapportées [22].

Selon la nature des CE laryngotrachéobronchiques inhalés

Le grain d'arachide a été le type de CE le plus fréquemment retrouvé avec 47,4% ; suivi de corps étrangers plastiques 26,3%.

Ce résultat est similaire avec des études réalisées par certains auteurs dans la littérature, pour les végétaux avec 73% et 6% pour les plastiques. [1,8,11].

Cela s'explique par le fait que l'arachide soit un aliment de base des pays africains d'une part et d'autre part à l'immaturité dentaire chez les enfants.

La gravité des corps est fonction de sa nature pointue, tranchants. Nous avons recensé 3cas des corps étrangers pointue.

Selon le siège des CE laryngotrachéobronchiques

Dans notre étude, nous avons retrouvé 63,2% de CE dans la bronche principale souche droite après une bronchoscopie à tube rigide, dans un but diagnostique et thérapeutique. Ce résultat est proche de celui trouvé par **Fadoua el farssani** au Maroc, avec 45,16% pour la bronche principale souche droite. [1].

La fréquence des corps étrangers dans la bronche souche droite s'explique par sa verticalité par rapport à la bronche souche gauche.

Selon la nature des corps étrangers de l'œsophage

Les pièces de monnaie ont été retrouvées dans 74,5%, suivis de morceau de viande et de pile bouton avec 5,9%. Dans la littérature nos résultats corroborent avec plusieurs études comme **VIGNON. R.K** et al 76,7% [14], **Fadoua el Fassarni** a rapporté 576 cas de pièces de monnaie sur 716 patients dans une étude rétrospective de 10 ans. Dans notre étude nous avons recensé trois cas de gravité de par leur nature il s'agit de pile bouton dont l'extraction doit être réalisée dans les heures suivant l'ingestion. L'érosion de la muqueuse continue, engendrée par ce corps serait responsable de complication locale et locorégionale.

Selon le délai de la prise en charge des CE

Le délai moyen de prise a été de 18 heures. Nous avons constaté que ce délai a été fonction de l'éloignement géographique, de l'errance diagnostique, des signes cliniques. Ce délai pouvait être fatal pour nos patients compte tenu de l'urgence vitale chez un patient se trouvant dans un tableau de détresse respiratoire.

L'étude de **DIOP.EM.** a rapporté un délai moyen de 22heures. Ce délai a une impactation sur la réduction par la morbidité du patient.

Le délai de prise en charge est fonction de la nature du corps, du type de corps et la localisation du corps.

Selon des complications des CE laryngotrachéobronchiques

Au cours de notre étude nous n'avons pas constaté de cas de complications pour l'inhalation d'un corps étrangers à travers l'arbre laryngotrachéobronchique. Cela serait dû à la prise en charge endoscopique rapide entre les 12et 24 heures pour la plupart des patients, soit 63,1%.

Par contre nous avons relevé quelques cas de complications dans la littérature comme la bronchopneumopathie avec 7,70% [8].

Les complications découlent selon quatre modes [8]. :

- Une prise en charge tardive
- La découverte fortuite
- La méconnaissance par les agents
- La nature alimentaire

Selon les complications œsophagiennes :

Les complications sont dues au type de corps et à la manœuvre d'extraction. Nous avons recensé les érosions de la muqueuse œsophagienne, une cellulite cervicale et une fistule oesotrachéale. Trois complications ont été relevées dans une série [22]. Une prise en charge tardive, l'automédication, le massage cervical abusif ont été recensées chez ces patients.

Prise en charge :

L'ensemble de nos patients ont été traités par endoscopie sous anesthésie générale, soit par bronchoscopie, soit par Œsophagoscopies.

Comme disait chevalier Jackson, tout corps étranger doit être extrait par la même voie à condition qu'il n'ait migré [3].

Cependant nous avons réalisé une cervicotomie pour une arête de poisson migré soit 1,9%. Nous avons rapporté dans la littérature 2% de cervicotomie pour corps étranger migré. [14].

CONCLUSION

CONCLUSION :

L'inhalation et l'ingestion des corps étrangers restent un problème d'actualité surtout chez l'enfant et constitue une urgence. Ils suscitent beaucoup d'intérêts, de par sa prévalence et sa gravité qui est fonction de sa nature, du siège, durée d'évolution des symptômes.

Les manifestations cliniques dépendent de la localisation. Il faut rechercher une notion de syndrome de pénétration orientant vers un corps étranger de l'axe laryngotrachéobronchique. L'Hypersialorrhée et la douleur cervicale sont à rechercher devant un corps étranger de l'œsophage. Le pronostic de ces pathologies dépend de la nature et de la localisation du corps étranger, du délai d'extraction.

L'endoscopie reste un outil de choix dans le cadre de la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

La prévention reste le moyen efficace ceci repose sur l'information ; l'éducation et la communication du patient, des parents et surtout du personnel médical.

Recommandations

A la lumière de tout ce qui précède, nous recommandons :

1. Aux autorités.

S'impliquer activement de la formation continue des médecins ORLCCF et contribuer à l'amélioration du plateau technique tant à Bamako qu'à l'intérieur du pays.

Doter tous les Cscm, Cs Réf, des Hôpitaux régionaux d'au moins d'un médecin ORL pour faciliter non seulement le diagnostic, mais aussi de la prise en charge rapide et adéquate sur place.

2. Aux personnels médicaux.

D'orienter ou demander l'avis d'un médecin ORL devant tout cas de suspicion de corps étrangers laryngotrachéobronchiques et œsophagiens avec des signes comme : détresse respiratoire, toux, Hypersialorrhée, et de syndrome de pénétration révélé par des parents chez l'enfant.

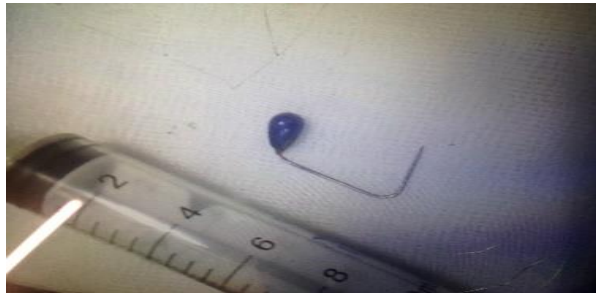
3. A la population :

- D'éviter de donner de l'arachide et des pièces de monnaie aux moins 3ans.
- D'éviter l'automédication mais en recourant toujours à la consultation médicale.
- Consulter à temps l'agent de santé ou le service ORL le plus proche.

ICONOGRAPHIE



1. CEE Os de poulet



2. CEB épingle de foulard



3.CEE (pile bouton)



4. CEE(prothèse dentaire)



5.CEB(couvecle de bougie a moto)



6.CEB(gonfleur de ballon)



7.CE oesophagien(morceau dos de viande)



8. CE du larynx (arête de poisson)



9. CE extrait de l'oesophage cervicale (piece de monnaie)



10. CE oesophagien morceau de viande



11. CE de la carene (morceau de tronc d'arbre)



12. CEB (gomme de crayon)



13. CEE(prothèse dentaire)



14. CE œsophagien (perle en étoile)



15. CE œsophagien (bouton de veste)

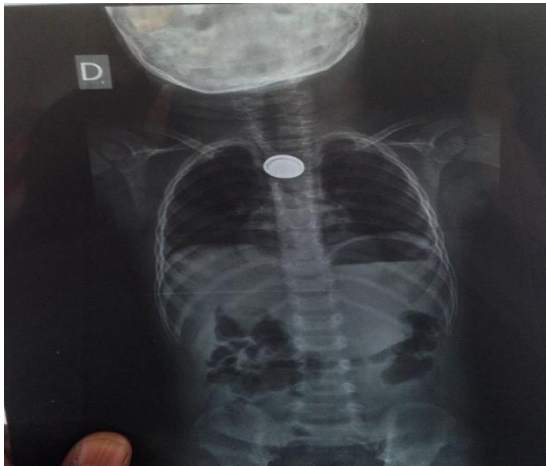


16. CE bronchique (morceau de perle)

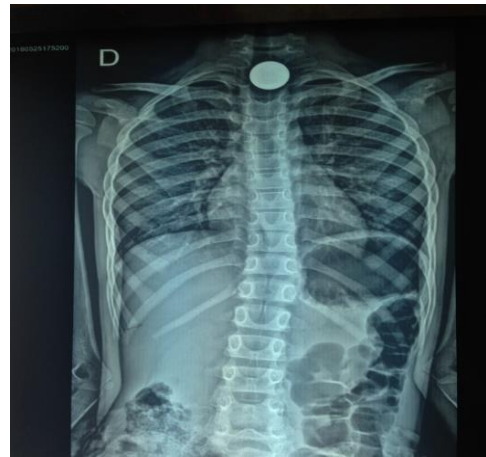


17. CE bronchique (grain d'arachide)

Source : collections du service ORLCCF du centre hospitalier et universitaire Gabriel TOURE de Bamako, République du Mali.



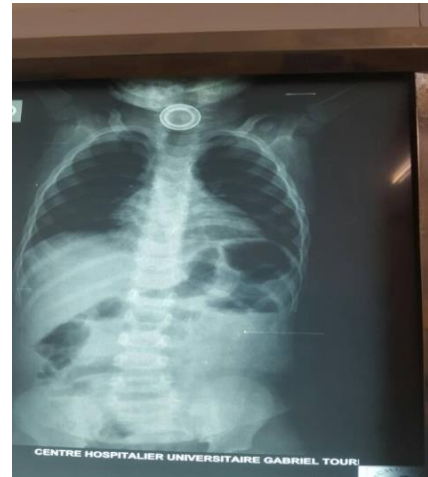
1. CE œsophagien (pile bouton)



2. CE Œsophagien (pièce de monnaie)



3. CE trachéal (épinglé)



4. CE Œsophagien (bouton de veste)



5. CE bronche souche gauche (couvercle de bougie à moto)

Source : collections du service ORLCCF, CHU Gabriel TOURE BKO, R. Mali

REFERENCES :

- 1.Fadoua el farssani.** Prise en charge des corps étrangers des voies aérodigestives en ORL (Thèse) Marrakech : faculté de médecine et pharmacie de Marrakech ; 2016.3p
- 2.. Reyt E.** Particularités anatomiques et physiologique des voies aériennes supérieures de l'enfant, service D'ORL CHU Grenoble, France.
Edition scientifiques et médicales Elsevier SAS 2003.
- 3.Sissoko B ; Conessa C ; Petrognani R.** Endoscopie rigide et corps étrangers laryngotrachéobronchiques chez l'enfant : Réflexions à propos de de 200 endoscopies en milieu tropical. Med. Trop. Mars 1999 ; 59 : 61-7.
- 4.Chevalier Jackson.**Bronchoesophalogy Saunders,edt . Philadelphia and london 1951.Pub Med /Google scholar
- 5.Prades j M ;Chardon S.** Anatomie et physiologie de la trachée.Encycl. Med.Chir ;Otorhinolaryngologie 20-754-A-10,1999 ,Elsevier, Paris
- 6. Bonfils P ; Chevalier J M.**Anatomie ORL ,Tome 3 , Medecine-sciences, flammaarion,1998
- 7.Chevalier D ;Dubrulle F ; Vilette B**Anatomie description, endoscopique et radiologique du larynx Encyclopédie Medico-chirurgicale 20-630-A-10, 2001 ,Elsevier ; Paris
- 8.Diop EM ;Tall A ; Diour R ; Ndiaye I C.**Corps etrangers laryngés : prise en charge chez l'enfant au sénégâl Arch Pédiatriques 2000 ; 7 : 10-5
- 9. Traissac l ; Atalli j p.** Notre expérience sur les corps étrangers laryngotrachéobronchiquesEncycl. Med. Chir (Elsevier, Paris) otorhynolaryngologie,20 -730 -A 10-7,1987 :10p
- 10. Piquet J J ; Desaulty A.**Incidence et gravité des corps étrangers bronchiques : résultats et perspectivesJ. Fr. ORL 1981 ;30 : 503-506
- 11.Diouf E ;Diop ndoye M ;kane O ; beye MD ;Ndiaye M ; bignoumba MC et al.** Anesthésie au cours de l'extraction endoscopique des corps étrangers des voies aériennes inferieures chez l'enfant. Dakar Médical 2002 ; 47(5) :172-175

- 12. Kachouchia N, N’Gattia KV, Kouassi M, Yoda M, Buraima F, Tanon Anoh M-J, ET AL.** Corps étrangers des voies aéro-digestives chez l’enfant. Rev. Col. Odonto-stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac. : 13, 3, 35-39, 2006.
- 13. Marquette CH ; Martinot A.** Corps étrangers des voies aériennes inférieures, identifier les situations d’urgence et planifier leur prise en charge, CHU et faculté de médecine de Lille N°193
- 14. R. K. Vignon · N. Kodjoh · J. Sehonou · J. L. Olory-Togbe**
La prise en charge endoscopique des corps étrangers de l’œsophage au Bénin
- 15. Merrot O., Gleizal A., Poupart M.** Explorations de l’œsophage de l’adulte. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-805-A-10, 2006.
- 16. Prades J.-M., Asanau A.** Anatomie et physiologie de l’œsophage. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-800-A-10, 2011
- 17. Barros A, Dehesdin D.** Corps étrangers de l’œsophage. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-835-A-10, Gastro-entérologie, 9-203-D-10, 2000, 5 p.
- 18. Moreau S, Goulet de Rugy M, Babin E, Valdazo A et Delmas P.** Anatomie et physiologie de l’œsophage. Encycl. Méd Chir (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-800-A-10, 1999, 6 p
- 19. Merrot O., Gleizal A., Poupart M.**
Explorations de l’œsophage de l’adulte. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-805-A-10, 2006
- 20. LESCANNE E; SOIN C; PLOYET M J; LESAGE V; MERCIER C.** Corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques Encycl. Med. Chir. (Paris France) Traité d’oto-rhino-laryngologie : 20-730-A-10 (1997)
- 21. EEM, NAO, M Ndiaye B Ioum, A Thiam, Tall, BK Diallo, IC Ndiaye, R diop, EM Diop.** Corps étrangers œsophagiens dangereux : exemples de piles buttons. CHU hôpital Aristide Le Dantec Dakar 2003 ;19 :198.

22. Doumbia-Singaré K*, Timbo S.K*, Keita M*, Togola-Konipo. F*, Guindo-B*, Soumaoro-S*, AG Mohamed A*. Corps étrangers de l'œsophage chez l'adulte : à propos de 26 cas 2009 ;15 :277.

23. N.R. Diagne-Guèye , N. Ndiaye-Diawara A.A. Ndongo P.M. Faye, I.Basse M. Guèye C.S. , Diouf A. Ly-Bâ, S.Ndong, M. Dram Difficultés diagnostiques et complications des corps étrangers des voies respiratoires inférieures chez l'enfant : à propos d'un cas. 2013 ;10 :298.

24.Adèle-Rose Ngo Nyeki, Jérôme Miloundja, Asmaou Bouba Dalil, Jean Marcel Mandji Lawson, Sylvie Nzenze, Emery Sougou, Annie Nziengui, Léon N'zouba Les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques: expérience de l'hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO) de Libreville 2015 ;20 :298.

Annexes

FICHE DE RECUEIL DE DONNES

I-IDENTITE DU PATIENT :

N°

Nom : Prénom : Age : Sexe : M F

Adresse : Profession : Nationalité :

II- MOTIF DE CONSULTATION :

Détresse respiratoire Dysphonie Aphonie Toux syndrome de pénétration

Dysphagie Aphagie Hypersialorrhée Altération de l'état général

III- CIRCONSTANCE DE SURVENUE :

Au cours d'un jeu : Lors d'un repas :

IV- ANTECEDENTS

Personnels :
 → Médicaux : asthme : Prise de soude caustique : Eau javel :
 Malformation : atresie : œsophagien : trachéolaryngomalacie :

→ Chirurgicaux : bronchoscopie : Œsophagoscopie :
 Oesotrachobronchoscopie : Cervicotomie :

Familiaux : Médicaux : asthme : malformation :

→ Familiaux : irradiation cervicale :

V- MODE DE RECRUTEMENT

Urgence pédiatrique : SAU :

Consultation ORL :

VI NATURE OBJECTIVE OU SELON LES PARENTS :

Halimentaire : Jouet : Pièce de monnaie : Autre :

VII- ETAT CLINIQUE DES PATIENTS

ETAT METAL : Stable : Non stable :

Laryngotrachéobronchique :

1-Dyspnée inspiratoire :

2- Dyspnée a deux temps :

3-Dyspnée expiratoire :

Tirages sus et sous clavière : Tirage intercostaux :

Dysphonie : Entonnoir xyphoïdien syndrome de pénétration

Groupe : Stade de la dyspnée : Stade I: Stades2 : Stade3 Stade4

Œsophagien : Hypersialorrhée : Vomissement : Hoquet

Dysphagie Aphagie Douleur cervicale

Autres : Altération de l'état Général : Amaigrissement : Perte de poids

IX-EXAMEN COMPLEMENTAIRES

A- Imagerie : Rx Cervicothoracique TDM Cervicothoracique T.O.G.D :

Fibroscopie :

B- Biologie : Glycemie : NFS : CRP : Fer Sérique/féripriive :

X- LOCALISATION DES CORPS ETRANGERS :

Bronchique : Bronche souche droite : Bronche souche Gauche : Trachéale

Carène Œsophage cervicale

XI- CONDUIT A TENIR/ PRISE EN CHARGE

1- Corps étranger laryngo trachéobronchique:

Médicaux : Corticothérapie : Antalgique : ATB :

Chirurgicaux : Laryngotrachéobronchoscopie.

2- Corps étranger des voies digestif

Médicaux : Protocole de spasfon

Chirurgicaux Œsophagoscopies

3- Mixte : Oesolaryngotracheobonchoscopie

XII DELAI DE LA PRISE EN CHARGE

Heures

Jour :

Semaine : Mois

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DEMBELE

Prénom : Yaya

Tel : 72615824

Titre de mémoire : Prévalence des corps étrangers laryngotrachéobronchiques et œsophagiens

Année universitaire : 2014-2018

Ville de soutenance de mémoire : Bamako

Pays : MALI

Lieu de dépôt : FMOS

Secteur d'intérêt : ORLCCF

Résumé

Evaluer la prévalence des corps étrangers laryngotrachéobronchiques et œsophagiens.

Notre travail : Nous avons mené une étude de type prospective de 7 mois allant du 1^{er} Janvier au 31 Juillet 2018.

Résultats : soixante-dix (70) patients ont été colligés pour des corps étrangers sur 333 hospitalisations durant cette période, la prévalence hospitalière était de 21%.

90 % de nos patients était des enfants avec un âge moyen de 7,5 ans pour des extrêmes allant de 0 à 15 ans.

L'Age moyens des adultes était de 47 ans avec des extrêmes allant de 16 à 78 ans.

Le Sex ratio H /F était de 1,8 pour homme.

La tranche d'âge de 0 à 3 ans était la plus affecté pour les corps étrangers inhalés, soit 47,4% et 55% pour les corps étrangers ingérés de la tranche d'âge 1à10 ans.

La majorité de nos patients résidait à Bamako soit 75,7%.

La détresse respiratoire était le signe clinique la plus constaté avec 84,4% dans l'inhalation et 90 de l'Hypersialorrhée pour les corps étrangers ingérés.

Le grain d'arachide a été la plus retrouvé des natures de corps étrangers inhalé, soit 47,4% et le siège était 63,2% la broche sous droite.

La pièce de monnaie a été la nature du corps étrangers la plus retrouvé avec 74,5%.

Mots clé : Corps étrangers – larynx – Trachée – Bronches – Bouche de l'œsophage

Material Safety Data Sheet

Name: DEMBELE

First Name: Yaya

Thesis title: Prevalence of laryngotracheobronchial and esophageal foreign bodies

Academic year: 2014-2018

City of defense of memory: Bamako

Country: MALI

Place of filing: FMOS

Sector of interest: ORLCCF

Summary

To evaluate the prevalence of laryngotracheobronchial and oesophageal foreign bodies.

Our work: We conducted a prospective study of 7 months from January 1 to July 31, 2018.

Results: seventy (70) patients were collected for foreign bodies from 333 hospitalizations during this period, the hospital prevalence was 21%.

90% of our patients were children with an average age of 7.5 years for extremes ranging from 0 to 15 years.

The average age of adults was 47 years old with extremes ranging from 16 to 78 years old.

The sex ratio M / F was 1.8 for men.

The age group of 0 to 3 years was the most affected for inhaled foreign bodies, 47.4% and 55% for ingested foreign bodies in the 0 to 10 age group.

The majority of our patients resided in Bamako or 75.7%.

Respiratory distress was the most recognized clinical sign with 84.4% in inhalation and 90% of Hypersialorrhea for ingested foreign bodies.

The peanut grain was the most found of natures of inhaled foreign bodies, that is 47.4% and the seat was 63.2% the pin under right.

The coin was the most recovered foreign body type with 74.5%.

Key words: Foreign bodies - larynx - Trachea - Bronchi - Mouth of the esophagus