

Corps étranger du cavum chez un nourrisson de 2 mois

Foreign body of the cavum in a 2-month-old infant

Angan G¹, Kouadio E¹, Gro Bi AM¹, Mansou A¹, Itchy M¹, Djoman I¹, Djivohessoun A¹, Dainguy ME¹, Kouakou C¹, TEA B.Z², Folquet A¹.

1. Service de pédiatrie, CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire
2. Service d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), CHU de Cocody, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : GRO Bi André Marius, cel : 07 78 78 92 89 Email : grobimarius2018@gmail.com

Résumé

Introduction : La présence de corps étranger dans le cavum est une situation rare qui peut être méconnue surtout chez le nourrisson d'autant plus que cette localisation est difficilement accessible à la clinique. L'extraction est simple par voie oropharyngée. Néanmoins, le corps étranger demeure potentiellement grave en raison d'une bascule toujours possible vers les voies respiratoires.

Observation : Nous rapportons le cas d'un nourrisson de 2 mois, admis aux urgences pédiatriques du CHU de Cocody pour difficulté respiratoire. Il a été évacué d'un centre de santé de niveau 2. Le nourrisson est issu d'une grossesse moyennement suivie dont la mère est âgée de 15 ans, primipare. La vidéo endoscopie a été déterminante dans le diagnostic d'un corps étranger du cavum inhabituel chez un nourrisson de 2 mois. L'extraction a été faite en urgence à la pince sous anesthésie générale.

Conclusion : L'endoscopie exploratrice et thérapeutique sous anesthésie générale doit s'imposer devant toute suspicion de corps étranger radio transparent. Il ne sera jamais assez d'insister sur la sensibilisation des parents, à une surveillance accrue des jeunes enfants.

Mots clés : corps étranger, cavum, nourrisson.

Summary

Introduction: The presence of a foreign body in the cavum is a rare situation that can be overlooked, especially in infants, especially since this location is difficult to access in the clinic. The extraction is simple by oropharyngeal route. Nevertheless, the foreign body remains potentially serious due to a possible switch to the respiratory tract.

Observation: We report the case of a 2-month-old infant admitted to the pediatric emergency room of the Cocody University Hospital for respiratory difficulty. He was evacuated from a level 2 health center. The infant is the result of a moderately followed pregnancy whose mother is 15 years old, primiparous. Video endoscopy was decisive in the diagnosis of an unusual cavum foreign body in a 2-month-old infant. The extraction was done urgently with forceps under general anesthesia.

Conclusion: Exploratory and therapeutic endoscopy under general anesthesia must be imposed in the event of any suspicion of a radiolucent foreign body. It will never be enough to insist on the awareness of parents, to increased supervision of young children.

Keywords: foreign body, cavum, infant.

Introduction

Les corps étrangers des voies aéro-digestives sont fréquents en ORL. Il s'agit d'un accident de la vie courante fréquent chez l'enfant. Ils concernent surtout l'enfant vivant le plus souvent en milieu urbain dans des familles avec une fratrie et des parents souvent mal informés sur cette pathologie accidentelle [1]. L'incidence est maximale entre 1 et 2 ans, lorsque l'enfant commence à porter les objets à la bouche, rare avant 6 mois. Le nasopharynx ou cavum est une localisation rare de corps étranger pouvant passer inaperçu. Les conséquences sont parfois graves du fait d'un risque d'asphyxie par obstruction des voies aériennes inférieure en cas de descente du corps étranger. La nature de ces corps étrangers est très variable et les formes radio opaques sont assez fréquentes telles que les aiguilles et accessoires de jouets [2]. Le diagnostic d'un corps étranger du nasopharynx nécessite une démarche méthodique par pallier ; rechercher une localisation respiratoire puis digestive ; en s'aidant des caractéristiques du corps étranger (radio-opaque, forme, volume) et de l'anamnèse. L'endoscopie (naso-cavaire) de principe est un apport très appréciable au diagnostic [2-4]. La découverte d'un cas de corps étranger du cavum chez un petit nourrisson d'âge inférieur à 6 mois, situation inhabituelle et exceptionnelle, a motivé cette étude. Le but de cette étude est de sensibiliser l'entourage et mettre en évidence les modalités de prise en charge en urgence de cette affection mortelle.

Observation clinique

Il s'agissait du nourrisson KD âgé de 2 mois de sexe féminin, admis aux urgences pédiatriques du CHU de Cocody pour difficulté respiratoire. KD a été évacuée d'un centre de santé de niveau 2. L'anamnèse a démontré que le nourrisson est né d'une mère adolescente de 15 ans, primipare à l'issue d'une grossesse moyennement suivie. L'accouchement s'est fait par voie basse d'un nouveau-né de sexe féminin eutrophique avec un bon état neurologique. KD a eu un bon développement psychomoteur et statur pondéral. Elle était alimentée à l'allaitement maternel puis complété par de l'eau. Le statut vaccinal était à jour pour l'âge. Ses antécédents médicaux et chirurgicaux étaient sans particularités. Il s'agissait de l'enfant unique de ses parents. Le niveau socio-économique des parents était modeste. KD vivait avec ses deux parents ainsi que sa nièce de 3 ans qui la gardait en cas d'indisponibilité de sa

mère. L'incident serait survenu 4 heures avant son admission alors que le nourrisson était couché dans la salle de séjour et laissé, en compagnie de sa nièce de 3 ans. Il s'en est suivi un syndrome de pénétration avec toux et crise de suffocation qui ont alerté la mère. Celle-ci donna à boire de l'eau à l'enfant à la tasse avec survenue de plusieurs épisodes de vomissements sans résolution de la difficulté respiratoire. Le nourrisson est conduit en urgence dans un centre de santé privé de la commune d'Anyama d'où il fut évacué sans aucun soin au CHR d'Abobo où une tentative d'extraction du corps étranger visible, de couleur jaunâtre selon les parents fut réalisée à la pince sans succès. Devant cet échec thérapeutique, le nourrisson a été transféré aux urgences pédiatriques du CHU de Cocody. L'anamnèse a également retrouvé un écoulement nasal associé à une toux sèche évoluant depuis 5 jours avant l'admission, sans notion de fièvre. Il n'y avait pas d'atopie familiale retrouvée. A l'examen physique, le nourrisson pesait 5,5 kg pour une taille de 57 cm avec un Z score > à 0. Elle était consciente mais agitée avec une hypersudation. La coloration cutanéomuqueuse était satisfaisante. L'examen a objectivé une détresse respiratoire avec une polypnée superficielle à 75 cycles/mn hypoxémiant avec saturation à l'air ambiant de 79% associée à des signes de luttés respiratoires à type de battement des ailes du nez, tirage inter et sus costal. On a retrouvé également des râles sibilants et sous crépitants à l'auscultation des deux champs pulmonaires, une toux quinteuse avec une respiration bruyante. A l'examen ORL, la gorge et les tympans étaient sans particularité, on notait une rhinorrhée séreuse. L'examen de la cavité buccale était sans particularité. Le diagnostic d'un corps étranger des voies respiratoires associé une bronchiolite a été évoqué. La radiographie du thorax de face n'avait pas retrouvé le corps étranger ni d'atteinte parenchymateuse. Elle mettait en évidence une distension thoracique visible sur l'**image 1**.

Elle a été traitée par oxygénothérapie, après une désobstruction rhino-pharyngée (DRP). Elle a également bénéficié de séances de nébulisation. La vidéo-endoscopie rhino-pharyngée demandée a mis en évidence un corps étranger semblable à un dentier comblant tout le cavum empêchant le passage de l'optique, visible sur l'**image 2**

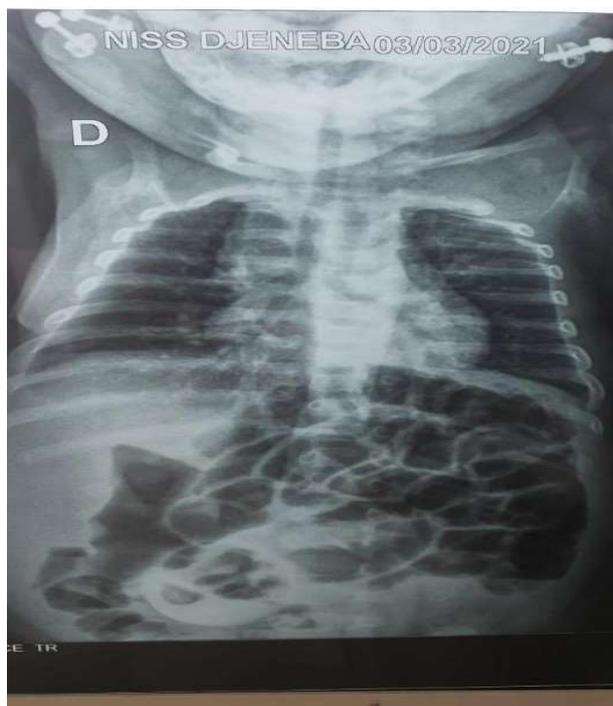


Image 1 : radiographie du thorax de face (corps étranger radio transparent)



Image 2 : Vue endoscopique rhinopharyngée (corps étranger en forme de dentier)

Le corps étranger a été visualisé dans l'hypo-pharynx sous anesthésie générale avec mise en place du makintosh. L'extraction a été faite à la pince fine. Il s'agissait d'un jouet en plastique (bonhomme avec des chaussures de neige) d'environ 3,5cm de long et 1,5 cm de large (**image 3**).



Image 3. Corps étranger – jouet en plastique (bonhomme) après son extraction.

Les suites opératoires étaient simples avec une régression complète de la détresse respiratoire. La sortie a été faite le lendemain de l'hospitalisation

sous amoxicilline-acide clavulanique per os, une corticothérapie et des conseils d'éducation sanitaire pour les parents.

Discussion

Les corps étrangers des voies aéro-digestives sont fréquents en pratique médicale courante. Le siège nasopharyngé est particulièrement rare surtout chez les plus jeunes nourrissons. Les publications de la littérature montrent plutôt une population pédiatrique sans différence de sexe. La survenue chez l'adulte se voit dans des circonstances particulières (traumatiques, professionnelles) [5]. Le nasopharynx est une structure anatomique profonde, isolée du carrefour aéro-digestif par la contraction du sphincter vélo pharyngé lors de la déglutition. Il y a peu de reliefs en dehors des pavillons tubaires (parois latérales) et une éventuelle hypertrophie du tissu adénoïdien (pouvant favoriser l'incarcération d'un corps étranger). Cette disposition anatomo-fonctionnelle explique la rareté des corps étrangers à ce niveau [6,7]. Un corps étranger s'achemine vers le nasopharynx par deux voies qui sont : La voie antérieure ou nasale avec passage des cavités nasales et La voie postérieure rétro vélaire. Cette voie est la plus habituelle. Le passage rétrograde du corps étranger vers le nasopharynx se fait à la suite d'un effort de toux expulsive plus rarement au cours d'un vomissement. Un autre mécanisme assez habituel est celui réalisé par le balayage à l'aveugle de la cavité buccale au doigt au cours d'un accès de suffocation. Le corps étranger est repoussé accidentellement vers le nasopharynx [8]. Nous pensons que le corps étranger avait été introduit dans la cavité buccale de façon accidentelle par cet enfant de 3ans jouant avec le nourrisson et par migration, ce corps étranger s'est retrouvé dans le nasopharynx. Cette migration a pu se faire par l'administration d'eau avec les vomissements associés à la tentative d'extraction du corps étranger. L'anatomie du nourrisson présente certaines particularités au niveau du carrefour aéro-digestif : le larynx est haut situé, le voile du palais long autorisant un contact avec l'épiglotte lors de la déglutition. Ceci constitue une barrière de protection des voies aériennes. Les corps étrangers inertes de type plastique sont les plus fréquents chez l'enfant ; bouchon de stylo, jouets, fragment de brosse à dent [8]. Les corps étrangers du nasopharynx peuvent demeurer longtemps méconnus. Certaines observations ont rapporté une durée de séjour de 20 et 27 ans [9,10]. Les circonstances de diagnostic sont variables. Le cas le plus habituel étant la suspicion d'un corps étranger des voies aéro-

digestives. L'enfant présente un accès de toux et de suffocation brutal avec parfois la notion d'une tentative d'extraction du corps étranger dans le but de rétablir la respiration de l'enfant. Cette notion de tentative d'extraction est capitale et doit être recherchée à l'interrogatoire car pouvant aider au diagnostic topographique. L'imagerie est décisive dans les corps étrangers radio opaques [11]. Le siège nasopharyngé n'est pas toujours évoqué et l'exploration en urgence comporte surtout un télé-thorax et une radiographie de l'abdomen sans préparation (corps étranger digestif) [12]. Si le corps étranger est non radio transparent et non obstructif, les différents clichés pris seront normaux. La constatation d'un corps étranger au niveau du nasopharynx impose son extraction. En effet ce siège particulier expose à un danger gravissime pouvant être mortel, la bascule du corps étranger vers les voies respiratoires. L'extraction se fait habituellement sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale. La tête est placée en position de Rose et un ouvre bouche aide à l'exposition de l'oropharynx. La rétraction du voile du palais en haut et en avant expose le nasopharynx et montre le corps étranger extrait le plus souvent à la pince [13]. Un packing oropharyngé est parfois recommandé pour éviter la bascule du corps étranger vers les voies digestives. Une antibiothérapie est parfois nécessaire en fonction du type de corps étranger et de sa durée de séjour. L'extraction de ces corps étrangers doit se faire par voie endoscopique d'où l'intérêt de disposer de matériel endoscopique pédiatrique dans les services d'ORL-CCF, voire de pédiatrie [13].

Conclusion

Les corps étrangers du nasopharynx sont rares méritant une évocation au même titre qu'une localisation respiratoire ou digestive en particulier devant certaines circonstances particulières. En rapportant ce cas clinique, nous avons voulu attirer l'attention des praticiens sur cette possibilité de corps étranger aussi étrange au niveau du cavum chez un nourrisson de 2 mois avec le risque de complication pouvant être gravissime. L'endoscopie exploratrice et thérapeutique sous anesthésie générale doit s'imposer devant toute suspicion de corps étranger radio transparent. Il ne sera jamais assez d'insister sur la sensibilisation des parents, à une surveillance parentale accrue des jeunes enfants.

Références

1. **Benmansour N.** Corps-étrangers-en-ORL. Mémoire fin de stage ALGERIE 2017. 193P
2. **Pegbessou IE; Amana B; Bissa HE; et coll.** Les corps étrangers des fosses nasales : expérience d'un service d'ORL dans un pays d'Afrique noire. J Pédiat Puériculture 2016, 29 : 134-138
3. **Foma W, Amana B, Pegbessou IE et coll.** Corps étranger du cavum à propos de 2 cas chez le nourrisson ; Journal de pédiatrie et de puériculture; 2016 Vol 30 - N° 1; P. 17-19
4. **Smail Kharoubi :** Corps étranger du nasopharynx : à propos d'un cas Université Badji Mokhtar Annaba 23000 Algérie ; Research fr 2015;2:1438
5. **Vunda A, Vandertuin L.** Nasopharyngeal Foreign Body following a Blind Finger Sweep. J Pediatr. 2012; 160 (2): 353.
6. **Ogut F, Bereketoglu M, Bilgen C, Totan S.** A metal ring that had been lodged in a child's nasopharynx for 4 years. Ear Nose Throat J. 2001; 80: 520-22
7. **Kumar S, Singh DB, Singh AB.** An unusual nasopharyngeal foreign body with unusual presentation as nasal regurgitation and change in voice. Case Rep. 2013; 4 (1)
8. **Gupta S, Pradhan SK.** Unexpected nasopharyngeal foreign body. Apollo medicine 2013 ;10 : 310-12.
9. **Eghtedari F.** Long lasting nasopharyngeal foreign body. Otolaryngol Head Neck Surg. 2003;129: 293-4.
10. **Tay A.** Long-standing intranasal foreign body: an incidental finding on dental radiograph: a case report and literature review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.2000; 90: 546-9.
11. **Garcia martins RH, Mano JB, Da Silva EF.** Foreign body in nasopharynx: aaccidental radiological finding. Rev Bras Otorrinolaringol. 2006; 72 (3): 431.
12. **Baldwin C, Majumder S.** A technique to localize the radio-opaque foreign body. Plast Reconstr Surg. 2005; 115: 1804.
13. **Adèle-R.N, Jérôme Miloundja, Asmaou B.D, Jean Marcel M.L et coll.** Les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques: expérience de l'hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO) de Libreville ; The Pan African Medical Journal ; 2015. 20: 298