

Les corps étrangers au service d'ORL de l'hôpital régional de Mamou : à propos de 701 cas.

Foreign Bodies in the ENT Department of Mamou Regional Hospital: A Report on 701 Cases

Diallo MMR¹, Diallo OA², Diallo I³, Cissé A⁴

¹Service ORL Hôpital Régional Mamou, Mamou, Guinée ;

²Service ORL Hôpital National Ignace Deen, Conakry, Guinée ;

³Service ORL Hôpital National Donka, Conakry, Guinée ;

⁴Service ORL Hôpital Régional de Labé, Labé, Guinée

Correspondances : Dr Mamadou Mouctar Ramata **DIALLO**. Chirurgien ORL et Cervico-Facial ; Assistant Chef de Clinique FSTS-Université Gamal Abdel Nasser de Conakry.

Tel : + 224 628 504 998. **BP** : Email : mouctarwouro@gmail.com

MOTS CLÉS: corps étranger, VADS, ORL.

RESUME

Introduction :

Les corps étrangers sont des urgences fréquentes en ORL. Ils peuvent engager parfois le pronostic vital par leur siège ou leur nature.

Méthodologie :

Il s'agit d'une étude rétrospective allant du 01 février 2015 au 30 septembre 2022, incluant tous les CE des VADS et auriculaires colligés dans le service d'ORL de l'hôpital régional de Mamou durant cette période. Les patients dont l'exploration était blanche et les corps étrangers trachéo-bronchiques ont été exclu.

Résultats :

Nous avons colligé 701 cas de CE de la sphère ORL durant cette période soit 7,51 % de l'ensemble des urgences ORL dans notre service. 68,6% concernaient les enfants. Le sex-ratio était 1,11. L'âge moyen était de 15,18 ans avec des extrêmes de 7 jours et 90 ans. La localisation : auriculaire (60,34%) ; nasale (20,97%) ; pharynx (8,70%) ; amygdales palatines (5,85%) ; œsophage (5,71%). Les CE rencontrés étaient respectivement le coton (16,83%), l'arête de poisson (16,69%), la perle (9,56%). L'extraction du CE a été faite par la pince ou le crochet dans 63,91% des cas suivi du lavage avec 26,96%. L'évolution a été favorable dans 98,29% des cas.

Conclusion :

Les corps étrangers de la sphère ORL restent un motif fréquent de consultation surtout chez l'enfant après l'âge de la préhension. Leur diagnostic est souvent facile mais peuvent parfois être fatale par leur siège ou leur nature.

KEY WORDS: Foreign body, VADS, ENT.

SUMMARY

Introduction:

Foreign bodies are a frequent ENT emergency. Their location or nature can sometimes be life-threatening.

Methodology: This was a retrospective study from February 01, 2015 to September 30, 2022, including all VADS and auricular CEs collected in the ENT department of the Mamou regional hospital during this period. Patients with blank exploration and tracheobronchial foreign bodies were excluded.

Results: We recorded 701 cases of ENT EC during this period, representing 7.51% of all ENT emergencies in our department. Children accounted for 68.6%. The sex ratio was 1.11. The average age was 15.18 years, with extremes of 7 days and 90 years. Location: auricular (60.34%); nasal (20.97%); pharynx (8.70%); palatine tonsils (5.85%); oesophagus (5.71%). The CEs encountered were cotton (16.83%), fishbone (16.69%) and pearl (9.56%) respectively. Extraction of the CE was performed by forceps or hook in 63.91% of cases, followed by lavage in 26.96%. Progress was favourable in 98.29% of cases.

Conclusion: Foreign bodies of the ENT sphere remain a frequent reason for consultation, especially in children after the age of prehension. They are often easy to diagnose, but can sometimes be fatal due to their location or nature.

INTRODUCTION

Les corps étrangers sont des urgences fréquentes en ORL. Ils peuvent engager parfois le pronostic vital par leur siège ou leur nature **1**. Ils peuvent engager parfois le pronostic vital par leur siège ou leur nature. Les publications concernant ce sujet sont peu fréquentes et portent surtout sur des périodes limitées. L'objectif de l'étude est d'exposer notre expérience concernant la prise en charge des corps étrangers au niveau de la sphère ORL pendant sept ans huit mois, avec les données de la littérature sur ce sujet.

METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude rétrospective entre février 2015 et septembre 2022 incluant tous les cas de corps étranger des voies aéro-digestives supérieures et du conduit auditif externe colligés au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital régional de Mamou. Les données étudiées comportaient : l'âge, le sexe, le motif et le délai de consultation, la localisation, la nature des corps étrangers, le diagnostic, l'extraction et l'évolution. Les corps étrangers trachéo- bronchiques et les patients dont l'exploration était blanche ont été exclus.

RÉSULTATS

Épidémiologie : nous avons recensé 701 cas de corps étrangers de la sphère ORL durant cette période. Ce motif de consultation représentait 7,51 % de l'ensemble des urgences ORL dans notre service. Quatre cent quatre vingt cas concernaient les enfants (soit 68,47%). Le sex-ratio était de 1,11. L'âge des patients était compris entre 7 jours et 90 ans. L'âge moyen était de 15,18 ans, avec un pic de fréquence chez les enfants âgés de moins de 5 ans.

La localisation: les CE ont été retrouvés dans l'oreille chez 423 patients (60,34%), dans les fosses nasales chez 147 patients (20,97%), dans le pharynx chez 114 patients (16,26%), dans l'œsophage chez 10 patients (1,42%), et le larynx chez 7 patients (1 %). Cet ordre était applicable au groupe pédiatrique (moins de 15 ans), les CE dans le conduit auditif externe prédominaient chez l'enfant. La durée de séjour du CE: la durée moyenne de séjour du CE dans la sphère ORL était de 7,25 jours (30 minutes - 5 ans). Cent trente quatre patients soit 19,11% consultaient après 24 heures de l'incident. Cent quatre-vingt-un CE soit 25,82% des corps étrangers ont été déjà manipulés surtout les CE nasaux et auriculaires. La nature des CE: les corps étrangers inertes représentaient la majorité des CE de la sphère ORL (68,90%) (**Tableau 1**).

Le Tableau 2 représente le siège du CE au niveau de la sphère ORL.

Tableau 1 : répartition des patients selon la nature du corps étranger.

Nature corps étranger	Fréquence	%
Coton	118	16,83
Arête de poisson	117	16,69
Perle	67	9,56
Grain	62	8,84
Insecte	41	5,85
Plastique	36	5,14
Eponge	31	4,42
Papier	22	3,14
Bois	18	2,27
Craie	12	1,71
Autres ou non reconnus (sangue, ail, savon, gomme, crayon)	177	25,24

Le diagnostic : la symptomatologie clinique était très variable. Le Tableau 1 résume la répartition des patients selon la nature du corps étranger. Les radiographies standards étaient réalisées de façon systématique pour les localisations pharyngées et œsophagienne ; pour localiser les corps étrangers métalliques et osseux (**Figure 1**).



Figure 1 : Radiographie cervicale de profil montrant un corps étranger à type d'arête de poisson au niveau de la paroi postérieure de l'hypopharynx comme indiqué par la flèche.

Prise en charge thérapeutique : l'extraction des CE a été faite le plus souvent par les voies naturelles, réalisée avec ou sans anesthésie locale au fauteuil. Le recours à l'anesthésie générale au bloc opératoire était nécessaire dans 54 cas soit 7,70% des cas. La chirurgie par voies externe était réalisée chez 1 patient pour un CE œsophagien migrant à type d'arête de poisson compliqué d'un abcès cervical. (**Tableau 3**).

Tableau 2 : répartition des patients selon le siège du corps étranger

Siège	Effectif	%
Oreille	423	60,34
Fosses nasales	147	20,97
Pharynx	114	16,26
Œsophage	10	1,42
Larynx	7	1

Tableau 3 : répartition des patients selon les modalités d'extraction du corps étranger.

Modalités d'extraction	Fréquence	%
Extraction à la pince/crochet	448	63,91
Lavage	152	1,68
Référé	37	5,28
Migration	9	1,28
Endoscopie	43	6,13
Aspiration	8	1,14
Micro-instrument sous AG	3	0,43
Chirurgie par voie externe	1	0,14

Un traitement antibiotique local ou général a été prescrit à visée curative dans les complications infectieuses; et à visée prophylactique devant les lésions muqueuses. Une restriction provisoire de l'alimentation orale a été préconisée devant les lésions muqueuses œsophagiennes. Le traitement martial a été prescrit chez les 3 cas d'anémie. L'éducation des parents et des patients pour prévenir un deuxième incident était systématique.

Évolution : l'évolution était souvent favorable après extraction du CE. Les complications représentaient 1,57% ; survenant dans 72,72% des cas chez des patients dont l'extraction a été déjà tentée avant la consultation. Les complications les plus fréquentes étaient les lésions du CAE suivie par les complications infectieuses. La mortalité était de 0,28% suite à 1 cas d'hémorragie secondaire à une pile bouton de localisation œsophagienne ancienne, et un cas d'asphyxie secondaire à un CE laryngé enclavé à type de plastic moulant le larynx.

DISCUSSION

Les corps étrangers dans les oreilles, le nez ou la gorge sont fréquemment observés dans les services d'urgence en oto-rhino-laryngologie **1**. Leur forme, leur taille et leur composition varient considérablement. Les symptômes peuvent aller de symptômes asymptomatiques à des symptômes aigus menaçant le pronostic vital **2**.

Ils peuvent survenir à tout âge à partir de l'âge de préhension et surtout chez l'enfant de moins de 6 ans, avec une nette prédominance masculine **[3, 4]**. Le CE est généralement accidentel survenant lors du jeu ou des repas. Il survient habituellement chez des personnes ayant un développement normal. Il peut être favorisé par un terrain particulier: retard mental, trisomie ou toute autre infirmité psychomotrice. Dans la majorité des publications **[4-5]**, la localisation auriculaire prédomine entre 44% et 68%.

Nous avons colligé 701 cas de CE de la sphère ORL durant notre période d'étude soit 7,51 % de l'ensemble des urgences ORL dans notre service.

Dans notre étude, le groupe d'âge le plus fréquemment touché était les enfants (n= 481, 68,6%).

Les enfants sont principalement touchés en raison de leur tendance à mettre les choses dans leur bouche, leur incapacité à bien mastiquer, leur contrôle insuffisant de la déglutition, ainsi que leur tendance à pleurer, crier et jouer en mangeant.

Notre résultat corrobore celui de Ali. S qui avait trouvé que le groupe d'âge le plus fréquemment touché était les enfants d'âge préscolaire **[6]**.

Dans notre étude, nous avons constaté que les CE auriculaire représentent l'incidence la plus élevée (n= 423, 60,34%). Ce résultat était différent à l'étude menée par Ali S. et al **[6]** qui avait trouvé une prédominance des CE œsophagien (53 %) **6**. Le sex-ratio était 1,11. L'âge moyen était de 15,18 ans avec des extrêmes de 7 jours et 90 ans. La nature du CE varie en fonction de l'âge, la localisation, et les particularités sociodémographiques **[7]**. Les CE inertes d'origine alimentaire prédominent dans la littérature **[5]**. Les CE vivantes sont peu fréquents (n=41, 5,85% dans notre série), mais ils sont responsable de plus de complications corrélées à la durée de séjour dans la sphère ORL. Dans notre étude, les arêtes de poisson étaient le type le plus courant découvert dans l'oropharynx et

l'hypopharynx, en particulier dans les amygdales et la fosse piriforme.

Les piles boutons constituent un cas à part, particulièrement dangereux. Leur extraction est une extrême urgence avant l'apparition des complications [7]. La durée de séjour d'un corps étranger est éminemment variable de quelques minutes à plusieurs mois. Le diagnostic est évident lors d'un accident survenant en présence de l'entourage ou rapporté par le patient lui-même, mais peut parfois être méconnu surtout chez le jeune enfant. La symptomatologie clinique est non spécifique et variable en fonction du siège. Les examens complémentaires sont rarement nécessaires pour le diagnostic, puisque la majorité des CE sont radio-transparents [9]. La visualisation directe lors de l'examen clinique et endoscopique à l'optique rigide ou au nasofibroscope sont généralement suffisants pour identifier et localiser les CE [9].

La localisation laryngée est la plus redoutée des CE en pratique ORL car elle est source de morbidité et de mortalité en particulier chez l'enfant de moins de 3 ans. Ce diagnostic doit être évoqué devant toute détresse respiratoire aigue de l'enfant et nécessite une prise en charge en extrême urgence. Le traitement consiste à l'extraction la plus atraumatique possible du CE. Plusieurs techniques sont décrites, et le choix dépend de la localisation, le type du CE, l'âge du patient et l'expérience du médecin [10-11]. L'extraction se fait souvent sans ou sous anesthésie locale par les voies naturelles, sous guidage visuel sous miroir de Clar, à l'aide du microscope ou de l'endoscopie rigide ou souple. Le CE a été retiré avec ou sans anesthésie locale (AL) chez 647 (92,29 %) patients, et seuls 54 patients (7,7 %) ont nécessité une anesthésie générale (AG). L'usage de pinces spécifiques pour l'extraction est la technique la plus utilisée. L'exploration ORL œsophagienne et pharyngée blanche chez un patient symptomatique doit impérativement amener à une exploration endoscopique par des gastro-entérologues. Le traitement chirurgical par voie externe est devenu rare et ne concerne que les CE anciens et difficiles à extraire par les méthodes usuelles, ou en cas de complications (migration, perforation, ou sténose) [11]. Le recours à l'anesthésie générale pour l'extraction des CE dans la littérature varie entre 8,6% et 30% des cas. Il concerne les CE œsophagiens et laryngé, les patients non coopérant et d'âge jeune, ou après échec de plusieurs tentatives d'extraction [12].

Les complications des CE de la sphère ORL sont le plus souvent simples, mais peuvent être graves comme l'obstruction des voies respiratoires supérieures, les perforations viscérales et les infections graves (médiastinite, pneumopathie) [12]. Le taux des complications peut atteindre jusqu'à 22%. La plupart des auteurs rapportent une incidence plus élevée de complications iatrogènes en cas de manipulation précédente [4,11]. Les complications dépendent aussi d'autres facteurs : la coopération du patient, l'expérience du médecin, le type du CE, la durée de séjour, la visibilité et la profondeur du CE et la disponibilité d'un équipement adapté. La sensibilisation des personnels de la santé pour référer les patients présentant des CE aux urgences ORL dans les plus brefs délais permettra de réduire le taux des complications. Ainsi la surveillance des enfants au moment des jeux et des repas restera la meilleure solution pour réduire l'incidence des CE.

Limites de l'étude : Les cas de CE des VRI ont été référés au CHU de Conakry pour insuffisance du plateau technique.

CONCLUSION

Les corps étrangers de la sphère ORL restent un motif fréquent en pratique ORL d'urgence; surtout chez l'enfant après l'âge de préhension. Leur diagnostic est souvent facile, mais peuvent parfois être fatales par leur siège ou leur nature. Dans notre étude les CE auriculaires prédominent chez l'enfant. Le coton, l'arête de poisson, la perle sont les CE les plus fréquents dans notre contexte. La majorité des complications sont observées chez les patients dont l'extraction a été déjà tentée de façon inadaptée. La prise en charge des CE nécessite un matériel adapté et des médecins ORL entraînés. La prévention reste la meilleure solution et passe par la sensibilisation des parents, des patients et des personnels de santé.

REFERENCES

1. **Khaoula Hssaine, Btissam Belhoucha, Youssef Rochdi, Hassan Nouri, Lahcen Aderdour, Abdelaziz Raji.** Les corps étrangers en ORL: expérience de dix ans. *Pan African Medical Journal.* 2015; 21:91.
2. **Mishra P, Bhakta P, Kumar S, Al Abri R, Burad J.** Aspiration trachéale soudaine quasi mortelle d'un corps étranger nasal non diagnostiqué chez un petit enfant. *2011 Emerg Med Australas* 23 : 776 – 778.
3. **Yojana S, Mehta K, Girish M.** Epidemiological profile of otorhinolaryngological emergencies at a medical college, in rural area of gujarat. *Indian J*



Otolaryngol Head Neck Surg. 2012; 64(3):218-24.

4. Ribeiro da Silva BS, Souza LO, Camera MG, Tamiso AGB, Castanheira VR. Foreign bodies in otorhinolaryngology: a study of 128 cases. Int Arch Otorhinolaryngol. 2009; 13(4):394-9.

5. Endican S, Garap JP, Dubey SP. Ear, nose and throat foreign bodies in Melanesian children: an analysis of 1037 cases. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006; 70(9):1539-45.

6. Ali S Al-Qahtani , Abdelaziz Qobty , Abdullah Al-Shahrani et Ali K. Alshehri. Corps étrangers en otorhino-laryngologie. Journal médical saoudien juillet 2020, 41 (7) 715-719.

7. Kitcher E, Jangu A, Baidoo K. Emergency ear, nose and throat admissions at the korle-bu teaching hospital. Ghana Med J. 2007; 41(1):9-11.

8. Thabet MH, Basha WM, Askar S. Button battery foreign bodies in children: hazards, management, and recommendations. Biomed Res Int. 2013; 2013: 846091. PubMed | Google Scholar.

9. Al-Juboori AN. Aural foreign bodies: descriptive study of 224 patients in Al-fallujah general hospital, iraq. Int J Otolaryngol. 2013; 2013:401289.

10. Rodríguez H, Passali GC, Gregori D, Chinski A, Tiscornia C, Botto H et al. Management of foreign bodies in the airway and oesophagus. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2012; 76(1):84-91.

11. Mangussi-Gomes J, Andrade JS, Matos RC, Kosugi EM, Penido ND. ENT foreign bodies: profile of the cases seen at a tertiary hospital emergency care unit. Braz J Otorhinolaryngol. 2013; 79(6):699-703.

12. Figueiredo RR, Azevedo AA, Kós AO, Tomita S. Complications of ent foreign bodies: a retrospective study. Braz J Otorhinolaryngol. 2008; 74(1):7-15.