



Ingestion de corps étrangers à propos d'une observation dans le service de chirurgie viscérale de l'hôpital national Donka CHU de Conakry (Guinée)

Ingestion of foreign bodies about an observation in the visceral surgery department of the Donka teaching national hospital in Conakry (Guinea)

Oularé I^{1*}, Bah IB², Loua M¹, Sylla I¹, Dioubate O¹, Conde A¹, Soumaoro LT¹, Fofana H¹, Toure A¹

¹Service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry (Guinée)

²Service de chirurgie viscérale de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry (Guinée)

^{1,2}Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Correspondances : OULARE Ibrahima. Email : ioularekf12@gmail.com. Tel: (+224) 628888131/664994672

MOTS CLÉS : Injection, Corps étrangers, chirurgie, Donka

RESUME

L'ingestion de corps étrangers, situation fréquente, peut être accidentelle ou volontaire. Survient dans 80% chez les enfants. Éliminés spontanément par voie naturelle dans 80 à 90 % des cas, où nécessitent des manœuvres d'extractions non chirurgicales dans 10 à 20 % et pour moins de 1 % le recours à la chirurgie. Urgence médicochirurgicale qui requiert une prise en charge multidisciplinaire.

Nous rapportons ici le cas d'un patient de 18 ans, reçu pour douleur abdominale à localisation épigastrique, vomissements évoluant depuis 15 heures suite à une ingestion accidentelle d'une pointe. La radiographie de l'abdomen sans préparation a permis de mettre en évidence un corps étranger (Pointe) et le traitement a été chirurgical.

L'ingestion de corps étranger est fréquente dans notre contexte, l'urgence de la prise en charge des corps étrangers du tractus digestif repose essentiellement sur la localisation œsophagienne et le caractère vulnérant du corps étrangers.

KEY WORDS : Injection, Foreign bodies, surgery, Donka

SUMMARY

The ingestion of foreign bodies, a frequent situation, can be accidental or voluntary. Occurs in 80% in children. Eliminated spontaneously naturally in 80 to 90% of cases, requiring non-surgical extraction maneuvers in 10 to 20% and for less than 1% resorting to surgery. Medical and surgical emergency requiring multidisciplinary care. We report here the case of an 18-year-old patient, received for epigastric abdominal pain and vomiting lasting 15 hours following accidental ingestion of a tip. The X-ray of the abdomen without preparation revealed a foreign body (Pointe) and the treatment was surgical. The ingestion of foreign bodies is common in our context; the urgency of treating foreign bodies in the digestive tract is essentially based on the esophageal location and the harmful nature of the foreign body.

INTRODUCTION :

L'ingestion de corps étrangers est une situation fréquente, mal répertoriée et multifactorielle. Elle peut être accidentelle ou volontaire [1]. La population des patients victimes d'ingestion de corps étrangers est composée à 80% d'enfants tandis que chez l'adulte, elle survient souvent sur un terrain particulier ; sujets âgés édentés, patients ayant des troubles psychotiques ou encore prisonniers. Les corps étrangers ingérés sont éliminés spontanément par voie naturelle dans 80 à 90 % des cas, où nécessitent des manœuvres d'extractions non chirurgicales dans 10 à 20 % et pour moins de 1 % le recours à la chirurgie [2]. Ils ont le plus souvent bénins mais peuvent présenter un danger immédiat, retardé lors de l'élimination ou encore lors de l'extraction. La mortalité liée à l'ingestion de corps étrangers, était de 57% il y a un siècle, de 5% dans les années 1960 et inférieures à 1% depuis 1995 [1]. Ces résultats s'expliquent par l'amélioration des prises en charge, et surtout des techniques d'extraction endoscopique [3]. C'est une urgence médicochirurgicale qui requiert une prise en charge multidisciplinaire impliquant cliniciens, radiologues, chirurgiens et endoscopistes. Le but de cette étude était de rapporter un cas clinique observé dans le service de chirurgie viscérale l'hôpital national Donka du CHU de Conakry (Guinée).

OBSERVATION

Patient de 18 ans, Menuisier, admis aux urgences de l'Hôpital National Donka pour douleur abdominale à localisation épigastrique, vomissements évoluant depuis 15 heures. L'histoire de la maladie retrouvait une notion d'ingestion accidentelle d'une pointe, sans antécédents pathologique particulier. L'examen clinique à l'entrée mettait en évidence TA = 110/74 mmHg, FC=98 batt/ min, FR = 22 cycles/ min et une $\Theta = 37,2^{\circ}\text{C}$. Nous avons noté une sensibilité épigastrique sans défense lors de l'examen abdominal. Le toucher rectal était normal. Le bilan biologique était sans particularités.

La radiographie de l'abdomen sans préparation a permis de mettre en évidence un corps étranger (Pointe) de situation intra-gastrique en position transversale (Figure 1).



Figure1 : Cliché de la radiographie de l'abdomen sans préparation de face, débout montrant l'ingestion du corps étranger (flèche)

Nous avons réalisé une laparotomie médiane sus ombilicale qui a permis de mettre en évidence des points ecchymotiques au niveau de l'estomac, un corps étranger au niveau jéjunale en position transversale (**Fig 2 A**). Nous avons réalisé une jéjunotomie de 0,5 cm de diamètre et extrait la pointe

(**Fig 2 B**) puis fermeture de la jéjunotomie par des points simples au vicryl 2/0. Les suites opératoires étaient simples. Le transit ayant repris à J4 post opératoire, le patient est sorti de l'hôpital à J7.

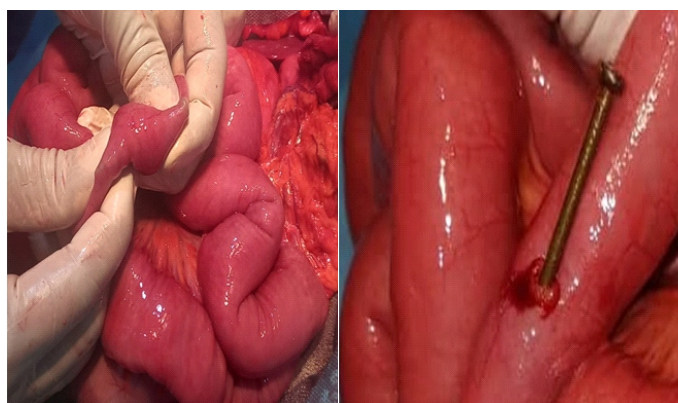


Figure 2 : Vue opératoire ; **A :** Perception du corps étrangers ; **B :** Extraction

COMMENTAIRES

L'ingestion de corps étrangers survient aux deux âges extrêmes de la vie. L'enfant de moins de six ans et les patients âgés ayant une dentition défectueuse (15 à 20 %) sont particulièrement concernés [4]. La notion d'ingestion de corps étrangers est le plus souvent connue et rapportée par le malade ou sa famille. Elle est alors diagnostiquée à l'interrogatoire. Mais dans certains cas, l'ingestion passe inaperçue, se révélant alors par des complications qui peuvent être fatales du fait de perforation digestive et la péritonite qu'elle entraîne [5 ; 6]. Ainsi, tout patient chez qui on suspecte une ingestion de corps étrangers devrait éveiller les soupçons et subir les examens diagnostiques qui s'imposent. L'ingestion est le plus souvent accidentelle, elle est surtout l'apanage des enfants en phase orale et des sujets édentés. Notre observation est unique par le fait que notre patient n'appartient pas à cette population indexée. En effet, il s'agit d'un jeune menuisier sans trouble psychiatrique qui a avalé une pointe dans un cadre professionnel. Nous n'avons pas rencontré de cas similaire dans la littérature.

Dans notre cas, il s'agissait d'une pointe. La comparaison avec la revue de littérature montre une prédominance (des arrêtes de poisson, les dentiers ou les esquilles, des fistules œso-vasculaires, des piles, des pièces de monnaie, des capuchons de stylos, des pions ou des jouets, corps étrangers alimentaires, des os, lames de rasoir, épingles, cure dents) [7]. Enfin le phénomène, de body bagger syndrom, chez les trafiquants de drogue ingérant des paquets de cocaïne ou autre drogue. Les bézoards sont fréquents chez les sujets édentés ou présentant des anomalies anatomiques [8]. L'ingestion de corps étranger entraîne une douleur rétrosternale, une odynophagie, une dysphagie, une hypersialorrhée, des épigastralgies, des hémorragies digestives et parfois des vomissements pour les gros objets obstructifs [9]. Dans notre étude, le malade était symptomatique à l'admission.

Dans tous les cas suspects d'ingestion de corps étrangers, il est primordial de faire un bilan radiologique complet. La radiographie du thorax, de l'abdomen sans préparation, du cou, face et profil, ainsi que la tomodensitométrie thoraco abdominale sont des investigations diagnostiques classiques [10]. Les détecteurs de métal ont été proposés comme alternative pour les corps étrangers contenant des métaux [11]. Le transit œsogastroduodénal ne sera réalisé que si le corps étranger est radio transparent.

L'échographie et la TDM thoraco abdominale sont prescrits en cas de suspicion de complication à type de perforation.

La stratégie thérapeutique dépend de la taille du corps étrangers, de ses contours, du matériel le constituant, de la situation anatomique du blocage et de l'état du malade à l'admission. La fibroscopie œsogastroduodénale est indiquée pour les corps étrangers du tractus digestif supérieur. Elle permet de localiser le corps étrangers, de l'extraire et de faire le bilan lésionnel exact avec une durée de séjour hospitalier nettement plus courte que les autres modalités thérapeutiques. En cas d'échec de l'endoscopie, une surveillance médicale s'impose pour les objets dont la configuration et les dimensions permettent leur élimination par voie naturelle. Le corps étranger est éliminé le plus souvent spontanément et sans complication. Lorsque le malade devient symptomatique ou le corps étranger arrête sa progression, la sanction est alors chirurgicale. Quand le tableau clinique est alarmant dès l'admission, une laparotomie d'urgence est indiquée. La comparaison de notre étude et celle de la littérature montre que la plupart des auteurs préfèrent l'extraction endoscopique avec des taux de réussite dépassant les 90 % [12 – 13]. La mortalité liée à l'ingestion de corps étranger s'est considérablement réduite depuis l'amélioration de nouvelles techniques de prise en charge [2].

CONCLUSION

La survenue d'ingestion de corps étranger est fréquente dans notre contexte, l'urgence de la prise en charge des corps étrangers du tractus digestif repose essentiellement sur la localisation œsophagienne et le caractère vulnérant du corps étrangers. La prévention repose sur la surveillance rigoureuse des enfants, des malades psychiatriques, des sujets porteurs de prothèses dentaires ainsi que des prisonniers.

Divulcation des conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'il n'y a eu aucun conflit d'intérêt dans la rédaction scientifique de ce travail.

Déclaration de consentement éclairé

Tous les auteurs qui apparaissent dans cet article ont une part égale et acceptent la publication de cet article dans votre journal.

REFERENCES

1. Hammoumi W, Lamine A, Lahlali M, Abid H, Lahmidani N, El Yousfi M, et al. Ingestion Des Corps

Etrangers Chez Les Prisonniers, IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS), 2020 ; 19(2): 43-46.

2. Letard JC. Ingestion de corps étrangers. Iléus (2003) ; 20:13–5

3. Lefriekh R, Aisse L, Louzi A, Ridai M, Zerouali NO. Ingestion de corps étrangers. Revue Marocaine de Médecine et Santé 2003 ; 20(2) : 52-57

4. Monat S, Barouk J, Le Rhun M. Prise en charge des corps étrangers du tractus digestif supérieur. Hépatogastroentérologie 2001 : 179–87

5. Kim KH, Woo EY, Rosato EF, Kochman ML. Pancreatic foreign body : ingested toothpick as a cause of pancreatitis and hemorrhage. Gastrointest Endosc 2004 ; 59(1) : 147–9

6. Balaj C, Ottenin MA, Gervaise A, et al. Scanner des perforations couvertes de l'intestin grêle: les 10 commandements. Journées Francophones de Radiologie. 2011

7. Heresbach D, Dray X, Bories E. Retrait des corps étrangers du tractus digestif supérieur chez l'adulte.

Acta Endoscopica. 2017;47(5) :236–237.

8. Piérard G E, Flagothier C, Quatresooz P, PiérardFranchimont C. Granulomes à corps étrangers exogènes et endogènes. EMC - DermatologieCosmétologie. 2005;2(4):170–176.

9. Bocquet N, Guillot L, Mougenot J. F, Ruemmele F. M, Chéron G. Hématémèse chez un enfant de 11 mois : un mode de révélation rare d'un corps étranger intragastrique. Archives de Pédiatrie 2005; 12 : 424–26

10. Aanoun N. Les corps étrangers de l'œsophage : à propos de huit cas. Thèse de médecine, faculté de médecine de Rabat, 2004 : 292

11. Oliver J, Joppich M, Joppich I. Identification and topographic localization of metallic foreign bodies by metal detector. J Pediatr Surg 2004; 39(8):1245–8

12. Shivakumar AM, Naik AS, Prashanth KB, et al. Foreign bodies in upper digestive tract. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 2006 ; 58(1):63–8

13. Zhao-Shen L, Zhen-Xing S, Duo-Wu Z, et al. Endoscopic management of foreign bodies in the upper-GI tract: experience with 1088 cases in China. Gastrointest Endosc 2006 ; 64(4):485-92