



ISSN: 0975-833X

Available online at <http://www.journalcra.com>

International Journal of Current Research
Vol. 11, Issue, 06, pp.4436-4438, June, 2019

DOI: <https://doi.org/10.24941/ijcr.35352.06.2019>

INTERNATIONAL JOURNAL
OF CURRENT RESEARCH

RESEARCH ARTICLE

LES CORPS ETRANGERS ŒSOPHAGIENS: CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUE, DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, AU SERVICE D'ORL DE L'HÔPITAL NATIONAL DE NIAMEY

*Illé, S., Djafarou Abarchi, B., Timi, N., Ganda Aissa, M. and Dan Sono, A.

Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale de l'hôpital général de référence de Niamey, Niger

ARTICLE INFO

Article History:

Received 18th March, 2019
Received in revised form
26th April, 2019
Accepted 21st May, 2019
Published online 30th June, 2019

Key Words:

Esophageal foreign bodies,
Children,
Rigid endoscopy,
Coins.

*Corresponding author: Ille, S.,

Copyright©2019, Ille et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Illé, S., Djafarou Abarchi, B., Timi, N., Ganda Aissa, M. and Dan Sono, A. 2019. "Les Corps Etrangers (Œsophagiens : Caractéristiques épidémiologique, diagnostique et thérapeutique, au service d'ORL de l'Hôpital National de Niamey". *International Journal of Current Research*, 11, (06), 4436-4438.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutic aspects of esophageal foreign bodies in the ENT department and head and neck surgery of the Niamey National Hospital in Niger. **Material and Method:** From January 2013 to December 31, 2018, we analyzed the epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutic aspects of esophageal foreign bodies through a retrospective and descriptive study. **Results:** In 6 years, 247 cases of esophageal foreign bodies have been recorded. Non-food foreign bodies accounted for 84% of cases (with 71.2% of coins) and 16% of foreign food bodies (7.8% of meat). Rigid esophagoscopy under general anesthesia was performed in all patients and allowed the extraction of all foreign bodies. At oesophagoscopy, the esophageal mucosa was normal in 72.8% (n = 214) of cases, inflammatory in 24.1% (n = 71) and infected in 1.7% (n = 5). The foreign body was blocked in the esophageal mouth in 69.97% (n = 206), in the aortobronchial narrowing of the esophagus in 6.14% (n = 18), and in the lower sphincter of the esophagus in 3.41% (n = 10). The follow-up was simple in 267 patients (90.82%) and complicated in the other 27 (9.18%). 9.18% of cases of complications were found. Operative mortality was zero. **Conclusion:** Esophageal foreign bodies are common in ENT. The diagnosis is clinical but especially paraclinical based on endoscopy which is also the main treatment.

INTRODUCTION

Un corps étranger de l'œsophage est tout corps solide qui, ayant pénétré de façon volontaire ou accidentelle dans l'œsophage, s'y bloque au lieu de traverser (De Barros and Dehesdin, 2005). Son ingestion est un accident fréquemment rencontré en pratique ORL, surtout pédiatrique. Ces corps étrangers constituent une urgence diagnostique et thérapeutique en raison des complications qu'ils peuvent engendrer (perforation œsophagienne, hémorragie œsophagienne, brûlure chimique...). Toutefois, la mortalité a considérablement diminué au cours de ces dernières décennies grâce à l'apport de l'endoscopie digestive et aux progrès de l'anesthésie générale, qui ont contribué à l'amélioration de la qualité de leur prise en charge (Kay et al., 2005). L'objectif de ce travail est de passer en revue les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des corps étrangers œsophagiens dans le service d'ORL et chirurgie cervico-faciale de l'hôpital national de Niamey.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive, réalisée dans le service d'ORL et chirurgie cervico-faciale de l'hôpital

national de Niamey (Niger), sur une période de 6 ans (2013 à 2018). L'étude a concerné tous les corps étrangers œsophagiens dont le diagnostic a été confirmé à l'imagerie (radiographie cervico-thoracique) ou l'endoscopie. Les dossiers incomplets ou inexploitable, et tous les patients pris en charge pour autre corps étranger de la sphère ORL ont été exclus. Les paramètres étudiés sont d'ordre épidémiologique, clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif. Les paramètres épidémiologiques concernent l'âge et le sexe. Les paramètres cliniques et paracliniques concernent le motif et le délai moyen de consultation, les résultats des examens cliniques et des examens complémentaires (radiographie cervico-thoracique, endoscopie œsophagienne). Les aspects thérapeutiques et évolutifs étaient en rapport avec l'œsophagoscopie au tube rigide pour l'extraction des corps étrangers œsophagiens et les suites opératoires immédiates (≤ 7 jours).

RESULTATS

Données épidémiologiques: Les enfants représentaient 91.1% (n=268) et les adultes 8,9% (n=26). Les enfants de la tranche d'âge de 0 à 5 ans (69.7%) prédominaient. L'âge moyen de notre série était de 8.49 ans avec des extrêmes de 5 mois et 95 ans On notait une prédominance masculine avec 202 cas, soit

68.7%, contre 92 patients de sexe féminin, soit un sex-ratio de 2,19.

Données cliniques: Au plan clinique, le syndrome d'ingestion du corps étranger était rapporté par le patient ou son entourage dans 70.1% des cas (n=206). La symptomatologie fonctionnelle était dominée par la dysphagie retrouvée chez 230 patients (78.23%), suivie de l'odynophagie chez 68 patients (23.12%) et de la toux dans 3.74% des cas (n=11). Le délai moyen de consultation était de 7.41 jours avec des extrêmes de 1 heure et 2ans. Dans 12,6% des cas (n=37), les patients avaient consulté dans les 24 premières heures précédant l'accident d'ingestion. Un délai de consultation ORL supérieur ou égal à 1 an a été retrouvé dans 1,4% des cas (n=4).

Données radiologique et endoscopique: La radiographie cervico-thoracique (figure1) réalisée à l'admission nous a permis de mettre en évidence le corps étranger dans la lumière œsophagienne chez 284(96,6%) patients. La nature du corps étranger était non alimentaire dans la majorité des cas (84%) avec une prédominance des pièces de monnaie (n=209) suivies des piles-boutons (n=17) (tableau 1).

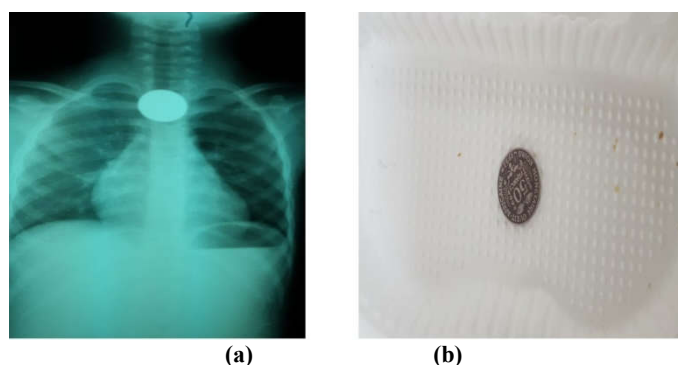


Figure 1. a) Radiographie cervico-thoracique montrant une pièce de monnaie bloquée au niveau de la bouche de l'œsophage; b) Pièce de monnaie extraite

Tableau I : Répartition des corps étrangers selon leur nature

Nature du corps étranger	Nombre (n)	Pourcentage (%)		
Corps étrangers alimentaires	-Balanites aegytiaca	2	0.7	
	-Arête de poisson	2	0.7	
	-Hyphaene thebaica	2	0.7	
	-morceau de viande	23	7.8	
	-cocos nucifera	13	4.4	
	-morceau d'os	5	1.7	
	Total	47	16	
	Corps étrangers non alimentaires	- Boucle d'oreille	5	1.7
		-Dentier	2	0.7
		- fil de fer	6	2
-partie métallique d'un briquet		1	0.3	
-perle		3	1	
-pièce de monnaie		209	71.2	
-trombone		2	0.7	
- pile-bouton		17	5.8	
-punaise		1	0.3	
-clou		1	0.3	
Total	247	84		

Données thérapeutiques: Tous les corps étrangers œsophagiens ont été extraits par œsophagoscopie au tube rigide sous anesthésie générale. La visualisation et l'extraction du corps étranger ont été possibles dès la première endoscopie chez tous nos patients. A l'œsophagoscopie, la muqueuse œsophagienne était d'aspect normal dans 72, 8% (n=214) des

cas, inflammatoire dans 24,1% (n=71) et infectée dans 1,7% (n=5). Le corps étranger était bloqué au niveau de la bouche œsophagienne dans 69, 97% (n=206), au niveau du rétrécissement aorto-bronchique de l'œsophage dans 6,14% (n=18) et au niveau du sphincter inférieur de l'œsophage dans 3,41% (n=10). Les suites opératoires étaient simples chez 267 patients (90.82%) et compliquées chez les 27 autres (9.18%). Ces complications étaient à type d'hémorragie (n=16), de blessure de la muqueuse (n=9) et d'avulsion dentaire chez 2 patients. La durée moyenne d'hospitalisation de nos patients était de 1.87 jour (extrêmes de 1 jour et 7 jours). La mortalité opératoire était nulle.

DISCUSSION

L'ingestion de corps étranger est un accident fréquent qui touche majoritairement les enfants de 0 à 5 ans (Ouoba et al., 2003). En effet, cet âge correspond à l'acquisition de la préhension, de l'autonomie motrice et de la tendance à porter tout objet en bouche. Dans notre série, 91.1% (n=268) étaient des enfants de 0 à 15 ans. Ces résultats sont superposables à ceux de la littérature (Kallel et al., 2017; Seydou et al., 2017). En effet, Tareq (Tareq et al., 2002) en Jordanie et Vignon (Vignon et al., 2014) au Bénin retrouvaient cette prédominance pédiatrique avec respectivement 77% et 84.4%. L'incident survient le plus souvent chez le sujet de sexe masculin. L'explication pourrait être un esprit plus aventurier des garçons et leur participation à des jeux plus turbulents (Ouoba et al., 2003). Au plan clinique, l'ingestion de corps étranger est en général suffisamment bruyante pour passer inaperçu. Cependant, il n'est pas toujours observé par le patient ou l'entourage. Dans notre étude, il a été rapporté dans 70.1% des cas. Des résultats semblables ont été rapportés par Nao et coll (Nao et al., 2010) dans une série sénégalaise avec 66.7% des cas. Les patients se présentent alors dans la majorité des cas avec des symptômes à type de dysphagie et d'odynophagie.

Les autres signes qui peuvent être retrouvés sont : la sensation de corps étranger ; une douleur cervicale, thoracique ou abdominale ; une hyper salivation ; des nausées, vomissements et des régurgitations. Alors que dans la littérature (Tareq et al., 2002), la majorité des patients consultent le premier jour de l'accident, il est fréquent que nos patients se présentent plusieurs semaines, ou plusieurs mois après l'ingestion du corps étranger, rendant le diagnostic difficile du fait d'une anamnèse floue et d'une symptomatologie modifiée. Ce retard de consultation également constaté par certains auteurs africains (Doumbia-Singaré et al., 2011; Ndiaye et al., 2002) pourrait s'expliquer dans notre contexte de sous médicalisation par l'absence criarde de services spécialisés ORL dans les autres régions du Niger, le service d'ORL de l'hôpital national de Niamey étant le seul disposant d'un matériel d'endoscopie rigide. La radiographie standard, cervico-thoracique permet dans la majorité des cas la mise en évidence du corps étranger radio opaque et d'en définir le siège, la forme, la taille et le nombre. Elle permet également d'analyser la gravité et de prévoir en conséquence la méthode et l'urgence de l'extraction de celui-ci. Ainsi, le signe du « halo » ou signe de l'anneau double, permet de différencier, chez l'enfant, une pièce de monnaie d'une pile bouton (Ndiaye et al., 2002). Dans notre étude, cette radiographie a été réalisée chez 96.6% de nos patients, contre 100% de cas dans la série de Doumbia (Doumbia-Singaré et al., 2011) au Mali et 80.55% des cas pour Amana (Amana et al., 2010) au Togo. Le recours à d'autres examens d'imagerie pour localiser le corps étranger (TOGD,

TDM, IRM) n'est habituellement pas nécessaire dans notre pratique. Devant toute suspicion d'ingestion de corps étranger œsophagien, seule l'exploration endoscopique permet de confirmer le diagnostic (Jayachandra *et al.*, 2013). Dans notre étude, tous les corps étrangers ont été visualisés à l'endoscopie. L'avantage de l'endoscopie est de permettre l'extraction du corps étranger sous contrôle de la vue. Selon les auteurs (Orji *et al.*, 2012; Kacouchia *et al.*, 2006) dans 60 à 80% des cas, le corps étranger reste bloqué au niveau du muscle crico-pharyngien, 10 à 20% des cas au niveau de la crosse de l'aorte et dans 5 à 20% des cas au niveau du sphincter inférieur de l'œsophage. Ces résultats concordent avec notre étude qui a retrouvé le blocage au niveau du muscle crico-pharyngien (bouche de l'œsophage) dans 69.97% des cas, de la crosse de l'aorte (1/3 moyen de l'œsophage) dans 20.48% des cas et du 1/3 inférieur de l'œsophage dans 6.14% des cas. Nous avons retrouvé une localisation au niveau du cardia dans 3.41% des cas. Cette prédominance au niveau du muscle crico-pharyngien peut se justifier par le fait que le rétrécissement crico-pharyngien est le plus étroit des rétrécissements de l'œsophage (De Barros *et al.*, 2005). Tous les corps étrangers de notre série ont été extraits par l'œsophagoscopie au tube rigide sous anesthésie générale. Elle reste la technique de choix pratiquée par la plupart des auteurs africains ORL (Ouoba *et al.*, 2003; EL Koraichi *et al.*, 2011). D'autres techniques occupent la première place dans certaines études. Ainsi, El Koraichi (Chinski *et al.*, 2010) a procédé à l'extraction chez 100% de ses patients à l'aide d'une pince de Magill, tandis que Jayachandra (Orji *et al.*, 2012) procédait à l'extraction à l'aide de la fibroscopie oeso-gastro-duodénale dans 100% des cas. La chirurgie est envisagée en cas d'échec des procédures endoscopiques (moins de 2% des cas) ou de migration du corps étranger à travers la paroi œsophagienne. Dans notre étude, 16% des corps étrangers étaient de nature alimentaire et 84% non alimentaires, dominés par les pièces de monnaie (71.2%). Ces chiffres sont voisins de ceux de Seydou (Seydou *et al.*, 2017) et de Vignon (Vignon *et al.*, 2014), qui retrouvaient une forte prédominance de corps étrangers alimentaires avec respectivement 95.6% et 89.5% des cas. Par contre, Doumbia (Doumbia-Singaré *et al.*, 2011) ne retrouvait que 65,38% de corps étrangers non alimentaires.

Les complications liées aux corps étrangers œsophagiens sont rares. Les facteurs prédictifs significatifs de leur survenue sont : le retard de prise en charge, le caractère vulnérant (pointu, tranchant), une pile bouton, l'âge avancé du patient et l'impaction du corps étranger sur un œsophage pathologique (Nao *et al.*, 2010). Elles sont à type de sténose ; de migration du corps étranger par formation de fistule œso-trachéale ou œso-bronchique, d'abcès para œsophagien, de médiastinite, d'abcès pleural, etc. (De Barros *et al.*, 2005). La perforation œsophagienne est classique de l'endoscopie au tube rigide, surtout pour l'extraction des corps étrangers vulnérants. D'autres complications, à type de d'hémorragie ou de blessure de la muqueuse œsophagienne peuvent également s'observer (Ouoba *et al.*, 2003). Dans notre étude, les suites opératoires étaient simples dans 90.82% des cas et compliquées dans 9.18% des cas.

Conclusion

Les corps étrangers œsophagiens constituent un motif fréquent de consultation aux urgences ORL de l'HNN. L'accident peut survenir à tout âge avec une forte prédominance chez les enfants. Le diagnostic de certitude repose sur les techniques

d'endoscopie œsophagienne qui permettent dans le même temps, l'extraction du corps étranger. Cependant, cette endoscopie n'est pas exempte de complication, surtout liées à la nature du corps étranger. Le meilleur moyen de lutter contre ces accidents reste la prévention.

REFERENCES

- De 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, 2005 :1-5.*
- Kay M, Wyllie R. Pediatric foreign bodies and their management. *Current Gastroenterology Reports 2005; 7(3):212-218.*
- Ouoba K, Dao M, Serma AK, Ouédraogo I, Elola A, Cissé R. Les corps étrangers de l'œsophage au CHU de Ouagadougou: une étude rétrospective de 246 cas. *Médecine d'Afrique Noire 2003 ; 50(5) :236-240.*
- Kallel S, Ben Ameer H, Ayadi S, Maalej F et al. Corps étranger pharyngo-œsophagien dans la région du Sud Tunisie. *Tunisie Chirurgicale 2017 ;2017 :1-9.*
- Seydou T, Moussa A O, et al. Prise en charge des corps étrangers enclavés dans l'œsophage à propos de 36 cas. *The Pan African Medical Journal 2017 ; 27 :63-74.*
- Tareq M, Anwar B, Munther S, Tareq K. Les corps étrangers de l'œsophage : une expérience jordanienne. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngologie 2002; 64 (63) : 225-227.*
- Vignon RK, Kodjoh N, Sehonou J, Olory-Togbe JL. La prise en charge endoscopique des corps étrangers œsophagiens au Bénin. *Journal Africain d'Hépatogastroentérologie, 2014 ;8 (3) :135-138.*
- Nao EEM, Ndiaye M, Loum B, Thiam A, Tall A, Diallo BK, Ndiaye IC, Diouf R, Diop EM. Les corps étrangers œsophagiens dangereux : l'exemple des piles boutons. *J Afr Chir digestif, 2010,10(1) :1032-1035.*
- Doumbia-Singaré K, Timbo SK, Keita M, AG Mohamed A. Corps étrangers de l'œsophage chez l'adulte: à propos de 26 cas. *Mali Médical, 2011; Tome XXVI; 3:1-4.*
- Ndiaye IC, Diallo B, Diouf R. Les corps étrangers de l'œsophage au CHU de Dakar. *Dakar Médical, 2002 ;47 (2) :134-137.*
- Amana B, Kpemissi E, Agoda-Koussema LK, Pegbessou A, Agoda P. Les corps étrangers œsophagiens : place de l'endoscopie au tube rigide au Centre Hospitalier Universitaire de Lomé. *Journal Home, 2010; 12 (1) :36-39.*
- Jayachandra S et al. Une revue systématique de l'ingestion de corps étrangers pédiatriques : présentation, complications et prise en charge. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol., 2013 ; 77 :311-317.*
- Orji FT, Akpoh JO, Okolugbo NE. Management of esophageal foreign bodies: Experience in a developing country. *World J Surg., 2012; 36:1083-1088.*
- Kacouchia N, N'gattia KV, Kouassi M. Corps étrangers des voies aérodigestives chez l'enfant. *Rev. Col. Odontostomatol. Afr Chir Maxillo-fac., 2006 ; 13 (3) :35-39.*
- EL Koraichi A. et al. Extraction des pièces de monnaie à partir du tractus œsophagien supérieur chez les enfants par la pince de Magill sous sédation en ventilation spontanée. *Réanimation, 2011 ;20 :260-263p.*
- Chinski A, Foltran F, Gregori D, Ballali S, Passali D, Bellussi L. Foreign Bodies in the Oesophagus: The Experience of the Buenos Aires Paediatric ORL Clinic. *Int J Pediatr., 2010; 2010:1-6.*