

Chirurgie Thoracique / Thoracic Surgery

RÉTENTION PROLONGÉE D'UN CORPS ÉTRANGER BRONCHIQUE CHEZ L' ENFANT. A PROPOS D UN CAS À LIBREVILLE.

S. MBAMENDAME, F. ONDO N'DONG, M. NDONG ASSAPI, M. M. KABA, R. TCHOUA.
Service de Chirurgie Thoracique et Vasculaire (Pr. ONDO N'DONG).
Fondation Jeanne Ebori, Libreville. Gabon.
Correspondance: Dr Sylvestre MBAMENDAME
BP 212 Libreville. Gabon.
E.mail : symbamendame@hotmail.com

Résumé

Le but du travail était de ressortir les difficultés de prise en charge rencontrées chez un enfant de sexe masculin, âgé de 9 ans, porteur d'un corps étranger bronchique de type métallique, depuis 4 ans. Son extraction a nécessité une exérèse bilobaire droite devant l'étendue des lésions parenchymateuses pulmonaires. La thoracotomie s'était compliquée d'un pyothorax nécessitant une reprise chirurgicale. L'évolution a été par la suite favorable.

Mots clés: Corps étranger-Bronche-Thoracotomie-Pyothorax.

Summary

The aim of the study was to show the therapeutical difficulties found in a 9-year-old boy presenting a bronchial foreign body since 4 years. It's extraction needed a right bilobar resection in front of extension of pulmonary parenchymatous lesions. Thoracotomy was complicated by empyema, leading to a redo surgery. Evolution was favourable afterwards.

Key words : Foreign body-Bronchus-Thoracotomy-Empyema thoracis.

Introduction

L'arbre trachéobronchique a pour fonction principale de favoriser le passage de l'air de l'oropharynx vers le poumon. Sa disposition anatomique par rapport aux organes de voisinage telle esophage prédispose à des fausses routes observées particulièrement chez les enfants qui sont souvent victimes d'inhalations intrabronchiques de corps étrangers.

La présence d'un corps étranger au niveau des bronches est de diagnostic le plus souvent tardif dans nos milieux alors que cette pathologie engage la vie du patient en raison de son retentissement respiratoire.

Nous rapportons ici un cas de rétention prolongée d'un corps étranger bronchique observé chez un jeune enfant de sexe masculin, dans le Service de Chirurgie Thoracique et Vasculaire de la Fondation Jeanne Ebori à Libreville.

Le but de ce travail a été de ressortir les difficultés de la prise en charge et le pronostic de cette pathologie.

Observation

M.R. âgé de 9 ans, avait été admis dans Service de Chirurgie Thoracique et Vasculaire de la Fondation Jeanne Ebori , le 11/07/1995, pour corps étranger bronchique.

Le jeune patient en provenance de l'intérieur du pays, avait transité par le Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier de Libreville où le diagnostic avait été posé.

A l'admission, il présentait une toux grasse et chronique. L'interrogatoire retrouvait une notion d'inhalation ancienne de 4 ans d'un corps étranger. La radiographie du thorax avait mis en évidence une opacité correspondant à une vis métallique au niveau du tronc des basales de la bronche lobaire inférieure (Fig.1 et 2).

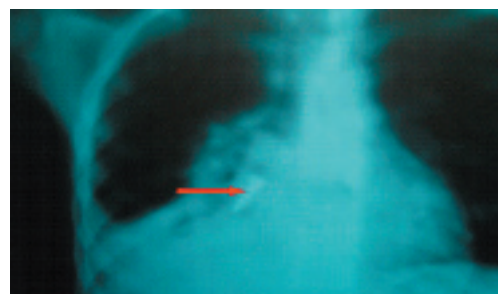


Fig 1 : Radiographie thoracique de face. Identification d'une vis métallique

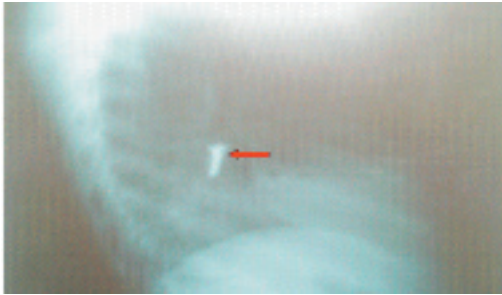


Fig 2 : Même image (flèche) vue sur une radiographie thoracique de profil

Des opacités au niveau du parenchyme pulmonaire correspondant associées à des images de surcharge hilare étaient également visibles.

La bronchoscopie avait confirmé le diagnostic de corps étranger bronchique droit, mais n'avait pas pu permettre son extraction en dépit de plusieurs tentatives. Le corps étranger était englué dans des sécrétions mucopurulentes, et encastré dans une muqueuse bronchique inflammatoire. Avant son transfert en chirurgie, une antibiothérapie avait été prescrite, Elle associait l'acide clavulanique à une aminoside.

L'indication d'une thoracotomie pour extraction du corps étranger avait été posée, Le bilan préopératoire avait retrouvé un syndrome biologique inflammatoire avec une hyperleucocytose, une vitesse de sédimentation accélérée et une anémie modérée (9,6 g/dl).

Une préparation à l'intervention chirurgicale avait été nécessaire. Elle associait une kinésithérapie respiratoire et des fluidifiants bronchiques à l'antibiothérapie en cours. Le 02/08/1995, une thoracotomie droite fut réalisée. L'exploration peropératoire retrouvait une altération importante du parenchyme pulmonaire au niveau des lobes moyen et inférieur. Ces lobes étaient exclus du circuit ventilatoire, hépatisés et remaniés par l'atélectasie chronique, la stase bronchique et les infections à répétition. Une bilobectomie moyenne et inférieure était réalisée. L'examen de la pièce d'exérèse retrouvait une vis longue de 1 cm environ, d'aspect rouillé, engainée dans des mucosérosités. Le test d'étanchéité après suture bronchique était satisfaisant. La fermeture du thorax était faite sur un drain double de Toty.

En postopératoire immédiat, le patient avait été admis en Soins intensifs. Le protocole de réanimation associait une antibiothérapie, un apport hydro-électrolytique et une oxygénothérapie. La température, les drains (quantité, coloration) et la douleur étaient les éléments de surveillance clinique. Sur le plan paraclinique, la radiographie du thorax et la numération formule sanguine étaient réalisées quotidiennement.

Au 6^e jour post-opératoire, le patient présentait un tableau infectieux respiratoire, avec une hyperthermie à 38,5°C et

un aspect suppuré du liquide de drainage. La radiographie du thorax de face mettait en évidence un pyothorax. Une thoracotomie itérative fut décidée puis réalisée le même jour, pour nettoyer la cavité pleurale.

Au 2^e jour, le syndrome infectieux avec hyperthermie à 38,5°C persistait. L'antibiothérapie fut modifiée, associant Omidazole et Céfuroxime. Une kinésithérapie respiratoire active permettait de lever l'encombrement bronchique. A J15 post-reprise, l'état du patient était notablement amélioré. A J20, le contrôle radiographique était satisfaisant, en dehors de la présence d'une pachypleurite séquellaire (Fig.3), et la sortie fut autorisée.



Fig 3 : Radiographie thoracique de face. Pachypleurite séquellaire (flèche)

Discussion

L'inhalation bronchique d'un corps étranger engage le pronostic vital du patient. Il s'agit d'une pathologie grave. L'inhalation d'un corps étranger est un accident qui peut affecter aussi bien l'enfant que l'adulte au regard de la littérature médicale. Certains auteurs donnent la prédominance de cet accident au sexe masculin¹. A ce sujet, nous ne pouvons qu'observer que le seul cas rapporté ici est de sexe masculin.

Notre patient était âgé de 4 ans. C'est quasi l'âge moyen rapporté dans la littérature². A cet âge, l'attention des parents est souvent dépassée par la tendance des enfants à mettre à la bouche tout ce qui est à la portée de leurs mains. La consistance du corps étranger inhalé est variable. Dans notre cas, il était de consistance dure comme dans la plupart des cas observés par Viot et al² dans leurs publications. La présence d'une vis métallique, comme dans notre observation, est tout de même exceptionnelle.

Les symptômes évocateurs sont d'origine respiratoire. Leur nature est fonction du délai entre le moment de l'inhalation où les symptômes sont ceux du syndrome de pénétration (quintes de toux sèche, accès de suffocation) et celui du diagnostic où les symptômes sont chroniques (toux grasse,

surinfections pulmonaires à répétition). Le diagnostic chez notre patient ne s'est pas fait au stade précoce comme dans l'observation décrite par Mohamed et al³ à Bamako. Boussetta et al⁴ soulignent eux aussi ce retard habituel du diagnostic au stade précoce. Ils l'expliquent par la négligence du tableau clinique de Syndrome d'inhalation, qui est souvent passager. En effet Les symptômes sont peu intenses et peu marqués au début. En plus, l'âge jeune du patient, l'absence de notion d'inhalation à l'interrogatoire, l'insuffisance de cet interrogatoire et le manque de possibilité de réaliser une radiographie du thorax, allongent le délai diagnostique. Dans notre cas, il faut ajouter à ces facteurs, celui du lieu de résidence primaire du patient. Ce dernier habitait en zone rurale, loin d'une structure sanitaire permettant une exploration radiographique qui aurait permis de faire rapidement le diagnostic. La conjugaison de ces facteurs justifie le passage à la chronicité, la fixation endobronchique du corps étranger, et l'installation des lésions broncho-pulmonaires.

La radiographie du thorax est essentielle au diagnostic. La possibilité de visualiser un corps étranger bronchique sur la radiographie varie cependant en fonction de sa localisation, sa nature, sa consistance, son aspect et sa taille. Dans notre cas, l'aspect métallique de la vis ainsi que sa taille ont facilité sa mise en évidence. Par ailleurs, l'image radiographique peut présenter différents aspects à type d'opacité, de syndrome obstructif et d'atélectasie⁴. Tous ces aspects sont présents chez notre patient. Ils traduisent l'atteinte du parenchyme pulmonaire et correspondent aux troubles de la ventilation, et à leurs conséquences évolutives. L'importance et l'étendue des lésions parenchymateuses sont fonction de la forme de l'objet inhalé, de sa taille, de sa topographie et de son niveau de fixation intrabronchique. En effet, plus cette forme est ronde et de petite taille, loin il ira dans sa migration intrabronchique et plus localisés seront les dégâts parenchymateux. Les corps étrangers plus volumineux et de forme moins arrondie ont tendance à se fixer plus haut dans l'arbre trachéo-bronchique. Ils entraînent de ce fait des dégâts parenchymateux plus étendus, comme c'est le cas chez notre patient.

La bronchoscopie peut aider au diagnostic, et surtout lors que la radiographie thoracique est muette devant une suspicion clinique d'inhalation bronchique⁵. Cependant, une bronchoscopie négative n'élimine pas le diagnostic⁶. Elle peut constituer également un moyen thérapeutique permettant l'extraction du corps étranger bronchique. Elle nécessite pour cela une technique assez rigoureuse exigeant une collaboration entre l'Endoscopiste et l'Anesthésiste, puisqu'elle se fait sous anesthésie générale.

Par ailleurs, elle exige un plateau technique adapté. Ce moyen thérapeutique n'a pas été indiqué chez notre patient, en raison du long délai d'évolution du tableau clinique confirmé par les images radiographiques d'atteintes parenchymateuses étendues. La littérature rapporte un taux d'échec élevé de cette technique⁷.

Notre patient a bénéficié de la chirurgie. Cette chirurgie, de façon générale peut être radicale ou conservatrice.

Lorsqu'elle est radicale, elle expose de façon très significative à moins de complications à type d'atélectasie par rapport au traitement conservateur⁸. Une thoracotomie pour exérèse telle que réalisée chez notre patient, est ce que recommandent Sisenda et al⁹. Les suites opératoires sont généralement simples, même si un pyothorax a compliqué l'évolution dans notre cas.

Nous pensons comme d'autres auteurs¹⁰ qu'une fibroscopie bronchique à visée diagnostique est indispensable en cas de suspicion de corps étranger bronchique même si le bilan clinique et radiologique est normal. C'est le moyen d'éviter la rétention prolongée, et l'installation des lésions parenchymateuses pulmonaires.

Conclusion

Le corps étranger intrabronchique est une pathologie respiratoire grave chez l'enfant. Sa mortalité n'est pas négligeable en raison du diagnostic souvent tardif par négligence de la symptomatologie inaugurale et de la chronicité du tableau clinique. Cette chronicité entraîne des lésions parenchymateuses souvent irréversibles, nécessitant une chirurgie d'exérèse, comme dans cette observation. Le diagnostic peut être difficile et expliquer les longs délais de rétention chronique. Dans le cas de ce patient, il est de rétention chronique. Dans le cas de ce patient, il est facilité par la nature métallique du corps étranger. Son évolution relève de l'absence et de la difficulté à accéder à une structure de prise en charge spécialisée.

Références

- 1- Caidi M., Kabiri K., Lazrek I., El Maslout A., et al. Chirurgie des corps étrangers intrabronchiques. *Ann.chir.* 2002; 127(6): 456-460.
- 2- Viot A., Babin E., Bequignon A. et al. Corps étrangers intrabronchiques de l'enfant. *Ann. oto-rhino-laryngol. Chir.cervico-fac.* 2002; 119(3): 174-180.
- 3- Mohamed A.A.G., Timbo S.-K., Togola-Konipo F., et al. Bronchotomie gauche pour corps étranger. *Cah-oto-rhino-laryngol. Chir.cervico-fac.audiophonol.* 2002; 37 (5-6) : 272-275.
- 4- Boussetta K., Amamou I., Hamrouni B. et coll. Les corps étrangers trachéo-bronchiques chez l'enfant : aspects diagnostiques. *Rev. Maghreb.pédiatr* 2000 ;10 (4) : 185-191.
- 5- Tazi M., Benjelloun B-D., Hassani A. et al. Corps étrangers intrabronchiques à propos de 47 cas. *Maroc méd.* 2002;24(7):25-30
- 6- Vagi Hl. Foreign bodies in the tracheobronchial tree Sudanese patients. *JR coll Surg Edinb* 1997;42(4):235-7.
- 7- Basri Johan J.A.J., Lee Kean T.J., Mahadevan J. and al. Dental prothesis ingested and impacted in the oesophagus and orolaryngophagus. *J. otolaryngol.*1998 ; 27(4) : 190-194.
- 8- Adegbeye VO., Osinowo O., Adebo OA. Bronchiectasies consequent upon prolonged foreign body retention. *Cent Afr J Med.* 2003; 49(5-6):53-8.
- 9- Sisenda TM., Khwa-Otsynla BO., Wambani JO. Management of tracheo-bronchial foreign bodies in children. *East Afr. Med. J.* 2002; 79(11): 580-3.
10. Wroblewski I., Pin I. Que deviennent les enfants ayant présenté un corps étranger bronchique ? *Ann.fr.anesth.réanim.* 2003 ; 22(7):668-670.