
CORPS ETRANGERS CHRONIQUES DANS L'ŒSOPHAGE CHEZ L'ENFANT**CHRONIC FOREIGN BODIES IN THE OESOPHAGUS IN CHILDREN****Guindo O.Y^{1*}, Ouédraogo S.F¹, Sawadogo B. B¹, Konvolbo J¹, Tapsoba W. T¹, Banazaro F¹, Ouédraogo I¹, Sidibé Y², Traoré A³, Dohinnon C⁴.**

1. Service de chirurgie pédiatrique du CHUP-Charles De Gaulle, Ouagadougou, Burkina Faso
2. Service de dermatologie de l'hôpital dermatologique de Bamako, Mali
3. Service de chirurgie pédiatrique du CHU-Gabriel Touré, Bamako, Mali
4. Institut national de formation en science de la santé, Bamako, Mali

Correspondant oumaryguindo@gmail.com.**Résumé**

Les ingestions de corps étrangers sont des accidents fréquents en pédiatrie. La plupart sont sans grande conséquence sauf ceux qui sont enclavés dans l'œsophage. Nous rapportons 2 cas de pile bouton intra-œsophagienne chez 2 enfants âgés de : 4ans de sexe masculin et 2 ans de sexe féminin. Le motif de consultation dans les deux cas était la dysphagie aux solides. La fibroscopie broncho-oesophagienne a été effectuée dans les 2 cas avec échec d'extraction conduisant à une extraction chirurgicale par voie de thoracotomie chez le garçon et de cervicotomie chez la fille. Une sténose œsophagienne est survenue à 2 mois dans les suites opératoires chez le garçon. L'évolution a été favorable après dilatation aux bougies de Rehbein modifiées. Chez la fille en postopératoire un œdème laryngé est survenu et a nécessité des séances de nébulisations. L'évolution a été favorable chez les 2 enfants avec un recul de 5 ans et de 2 mois.

Conclusion : Les piles boutons sont des corps étrangers particuliers qu'il faut extraire en urgence. L'oesophagoscopie reste le moyen le plus fréquemment employé mais la chirurgie reste le dernier

recours avec des possibilités de complication.

Mots clés : Œsophage, pile bouton, oesophagoscopie, cervicotomie, thoracotomie.

Abstract

Ingestion of foreign bodies is a common accident in paediatrics. Most of them are of little consequence except for those that are enclosed in the esophagus. We report 2 cases of intraesophageal button stacks in 2 children aged 4 years' male and 2 years female. The reason for consultation in both cases was solid dysphagia. Bronchoesophageal fibroscopy was performed in both cases with failed extraction leading to surgical extraction by thoracotomy in boys and cervicotomy in girls. Esophageal stenosis occurred at 2 months of age in the postoperative period in boys. The development was favourable after expansion at the modified Rehbein candles. In the postoperative girl, laryngeal edema occurred and required nebulization sessions. The evolution was favorable in the 2 children with a follow-up of 5 years and 2 months.

Conclusion: Button batteries are special foreign bodies that need to be removed

urgently. Esophagoscopy remains the most frequently used method, but surgery remains the last resort with the possibility of complications.

Keywords: Esophagus, button pile, esophagoscopy, cervicotomy, thoracotomy.

Introduction

Les ingestions des corps étrangers sont des accidents fréquents en pédiatrie [1]. Les piles boutons, les pièces de monnaie, les aiguilles sont les objets les plus fréquemment ingérés [1]. Rarement, l'ingestion peut aller jusqu'à mettre le pronostic vital en jeu [2 ; 3] ou poser des problèmes d'extraction. C'est le cas des corps étrangers intraoesophagiens enclavés [1]. Nous rapportons 2 cas de sténoses complètes de l'œsophage suite à l'ingestion d'une pile bouton et faisons une revue de la littérature dans la prise en charge de ces patients.

Observation 1 :

Garçon de 4ans, sans antécédent particulier, admis pour une dysphagie aux solides.

Le début de la symptomatologie remontait à 1 semaine auparavant par une toux sèche selon les parents sans autres signes associés. Il n'y avait pas de notion d'ingestion d'un produit caustique. A l'admission on notait un enfant en bon état général, des conjonctives normo colorées, le poids était de 14kg, T=37,8 °C. L'anamnèse notait une dysphagie aux solides, haute et permanente. Le reste de l'examen était sans particularité. L'hypothèse d'une sténose de l'œsophage suite à l'ingestion d'un produit caustique ou d'un corps étranger a été posée. Une radiographie du thorax dans le cadre du bilan étiologique avait objectivé un objet radio-opaque circulaire à hauteur de T3 et T4 (fig. 1 et 2)

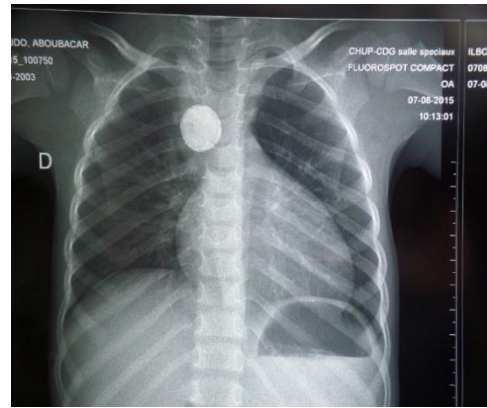


Figure 1: Radiographie du thorax de I.A. de face



Figure 2 : Radiographie du thorax de I.A

de profil

L'enfant était admis dans le service et un avis ORL avait été demandé pour une tentative d'extraction du corps étranger.

L'oesophagoscopie montrait une première zone de striction difficilement franchissable. L'introduction de la sonde d'aspiration butait sur une structure dure. La tentative répétée d'extraction avec une pince était un échec. Après près d'une heure sans succès, l'enfant fut re-adressé au service de chirurgie pédiatrique. Devant la persistance de la dysphagie devenant totale et un fléchissement de l'état général, une gastrostomie d'alimentation selon la technique de Fontan fut réalisée afin de permettre une reprise pondérale.

Une TDM thoraco-abdominale réalisée a objectivé une pile de montre à hauteur de T3-T4 entourée d'une réaction

inflammatoire importante responsable d'une sténose sur environ 21mm (figure 3 et 4).



Figure 3 : scanner avec reconstruction, localisation au niveau de T3-T4



Figure 4 : scanner thoracique : localisation de la pile avec réduction de la lumière oesophagienne.

Après préparation anesthésique du malade et intubation oro-trachéale, le patient installé en décubitus latéral gauche, nous avons réalisé une thoracotomie extra pleurale droite. Le poumon puis la veine Azygos étaient réclinés. Après un repérage de l'œsophage, la palpation retrouvait une zone d'allure fibrosée et dure correspondant à la zone où se situait la pile. Nous avons effectué à une œsophagotomie longitudinale sur environ

3cm ayant permis d'extraire la pile dans une zone sténosée très fibrotique à l'aide de la pince de Bengoléa. Par précaution nous avons procédé à la mise en place d'un fil sans fin que nous avons extériorisé au niveau de l'orifice de gastrostomie.

Les suites opératoires étaient simples. L'enfant est sorti de l'hôpital à J7, l'alimentation orale a été autorisée à 1 mois post-opératoire. Devant la persistance de la dysphagie, un T.O.G.D a été réalisé et a mis en évidence une sténose de l'œsophage moyen (fig 5)



Figure 5 : T.O.G.D de l'enfant I.A. après extraction.

Nous avons ainsi débuté des séances de dilatations à l'aide de bougies de Rehbein modifiée en raison d'une séance par semaine pendant 4 semaines.



Figure 6 : T.O.G.D de control 1

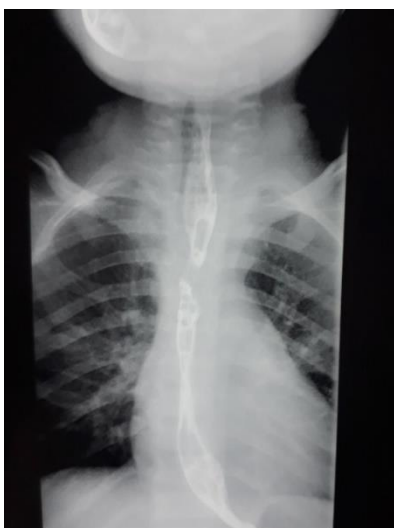


Figure 7 : T.O.G.D de control 2

L'enfant était mis sous surveillance sans dilatation jusqu'à 1an où la gastrostomie d'alimentation était définitivement fermée après la réalisation d'un TOGD de contrôle (figure 6 et 7). L'enfant est revu plusieurs fois en consultation tous les 3mois pendant 2ans, pas de morbidité notée à ce jour.

Observation 2 :

Une Fille de 2 ans, sans antécédent particulier admis au service le 26 Juin 2023 pour une injection de corps étranger.

Les circonstances de l'incident remonteraient à 2 mois environ marquées par une ingestion d'une pile de montre.

Devant cette notion d'ingestion les parents ont consulté dans un Centre hospitalier régional où elle a été mise sous surveillance médicale pendant 3jours.

Après 2mois d'évolution l'enfant a présenté une dysphagie aux solides et une radiographie cervico-thoracique (Fig8) fut réalisée et à mis en évidence un corps étranger. Un avis ORL a été demandé pour l'extraction endoscopique du corps étranger.

A la fibroscopie œsophagienne il existait un corps étranger métallique au niveau de l'œsophage cervical et la tentative d'extraction avec une pince était un échec. L'enfant fut alors adressé au service de chirurgie pédiatrique du centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles de gaulle.

A l'admission l'état général était mauvais, la conscience conservée et les conjonctives étaient normo-colorées. L'enfant présentait une détresse respiratoire avec un score de silverman coté 7 et une tuméfaction latéro-cervicale non douloureuse d'aspect compressif ce qui avait motivé son admission en réanimation.

L'enfant fut aussitôt intubé et transféré au bloc. Une cervicotomie latérale gauche, fut réalisée. Nous avons noté une importante fibrose réactionnelle rendant très difficile le repérage de l'œsophage. La palpation du trajet de l'œsophage a permis de localiser le corps étranger. Une incision longitudinale de l'œsophage en regard du corps étranger a permis de mettre en évidence la pile entourée de fibrose inflammatoire que nous avons extirpée à l'aide d'une pince de Bengoléa, puis suturée de l'œsophage après pose d'une sonde nasogastrique.

Les suites opératoires immédiates ont été marquées par la persistance de la détresse respiratoire. Après un 5jours en réanimation l'évolution a été favorable.

L'alimentation avait été reprise à J2 post-opératoire par la sonde de gavage et la sonde nasogastrique retirée à J5 post-opératoire. Le malade est sorti de l'hôpital à J8 sans complication. A 3mois post-opératoire l'évolution a toujours été favorable.



Figure 8 : Image radiographique de corps étrangers au niveau de l'œsophage Cervical



Figure 9 et 10 : pile bouton extraite dans l'œsophage.

Discussion :

Les ingestions de piles sont des accidents fréquents dans la littérature européenne et magrébine [1, 4, 5, 6] mais sont peu rapportées en Afrique noire. Elles sont potentiellement grave en raison de blessures caustiques et brûlures [7]. Il s'agit fréquemment de garçon dans la tranche d'âge de 4 à 5 ans [1, 4, 8]. L'ingestion passe très souvent inaperçue [4] comme le cas de notre 1^{ère} observation.

Le niveau de sténose chez nos patients se situe au niveau du tiers supérieur de l'œsophage et à hauteur du rétrécissement aortique. Lakhdar [1] dans sa série avait bien noté que 64,7% des corps étrangers œsophagiens siégeaient au niveau du tiers supérieur de l'œsophage.

L'extraction d'une pile enclavée au niveau de l'œsophage est une urgence médico chirurgicale [2,3,9]. En effet les piles font courir plusieurs types de risques : risque de perforation, risque de brûlure au contact de la muqueuse digestive et risque d'intoxication par libération des sels métalliques et autres substances caustiques contenu dans la pile [2,3,6].

Dans environ 80% des cas l'élimination spontanée du corps étranger par la voie naturelle a lieu en moins d'une semaine ; mais 20% des corps étrangers ingérés nécessitent une extraction endoscopique et moins 1% une intervention chirurgicale [10].

Dans notre série la voie endoscopique n'a pas été possible malgré la persévérance et l'expérience de l'équipe opératoire. La pile était restée enclavé près de 10 mois chez 1^{er} malade et de 2mois chez le second malade.

Tadmori [4] avait été confronté à un cas similaire. Une pile enclavée dans l'œsophage durant près de 6 mois. L'extraction endoscopique tentée à plusieurs reprises n'a pas été possible. Finalement elle a été possible après une gastrostomie et extraction rétrograde. Harkani [6] a procédé à une extraction

chirurgicale par une incision de type Paul-André au niveau cervical gauche associé à une sternotomie. Pour Haennigg [11] le rôle de la chirurgie reste exceptionnel et concernerai moins de 1% des corps étrangers. Les dilatations sont également habituelles dans ce genre de cas et permettent une reprise quasi normale de l'alimentation. Tadmori [4] avait eu recourt à 10 séances de dilatation endoscopique en post opératoire.

Conclusion

Les ingestions de corps étrangers restent des accidents fréquents en pédiatrie. Les piles présentent un risque de complications secondaire bien que rare. Elles doivent donc être extraites en urgence. L'oesophagoscopie reste le moyen le plus fréquemment utilisée dans notre contexte et dans la littérature pour l'extraction des corps étrangers intraoesophagiens. Cependant quand celle-ci n'est pas possible il faut savoir recourir à temps à l'extraction par voie chirurgicale. La voie d'abord dépend avant tout de l'expérience de l'équipe chirurgicale et le segment de l'œsophage dans lequel se situe la pile.

Références/Bibliographiques

1. Lakdhar M.I., Hida M. L'ingestion de corps étranger chez l'enfant : à propos de 105 cas. Archives de Pédiatrie. 2011 ;18 :856-862
2. Laugel V., Beladdale J., Escande B., Simeoni U. L'ingestion accidentelle de pile-bouton. Arch Pédiatr. 1999 ; 6 : 1231-5
3. Carcel C., Pouyau R., Heissat S., Ayari-Khalfallah S. Ingestion d'une pile bouton par un enfant : présentation d'un cas grave. Toxicologie Analytique et Clinique. 2016 ; 28 Issue 3, Page 247
4. Tadmori I., Lakhdar I.M., Hida M. Bronchopneumopathies révélant une ingestion de pile négligée : observation clinique d'un nourrisson. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2015 ; 28 : 238-241
5. Michaud L., Bellaïche M., Olives J. Ingestion de corps étrangers chez l'enfant. Recommandations du Groupe francophone d'hépatologie, gastroentérologie et nutrition pédiatriques. Archives de Pédiatrie. 2009 ; 16 : 54-61
6. Harkani A., Nouri H, Aderdour L., Rochdi Y., Raji A., Bennaoui F., Kamili E., Oulad Saiad M., Younous S. Amaigrissement inexpliqué révélant un corps étranger œsophagien négligé : à propos d'une observation pédiatrique. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2012 ; 25 : 148-151
7. Kaboré A, Sanou M, Nagalo K, Tiendrebéogo C, Dao L, Gyébré Y, Ouoba K, Yé D : Complications des corps étrangers à piles-boutons chez l'enfant : à propos de deux cas. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 2009 ; Tome 32 ; n°1 : Pages 35-38
8. KACOUCHIA N, N'GATTIA K.V, KOUASSI M, YODA M, BURAIMA F, TANON A.M.J, KOUASSI B : Corps étrangers des voies aéro-digestives chez l'enfants. Rev. Col. Odonto-Stomotol. Afr. Chir. Maxilo-fac. 2006 ; Vol. 13 : 35-39
9. Lahmar J., Blanchard M., Couloigner V., Denoyelle F., Garabedian E. Ingestion de pile bouton chez l'enfant : les dangers du multimédia. Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale. 2014 ; 131 : p.83
10. MAS E, BRETON A, OLIVES J P : Prise en charge en urgence des corps étrangers ingérés. Acta Endoscopique. 2012 ; 42 ; Vol.42 n°2 : p.84-89 ;
11. Haennig A., Bournet B., Olives J.P, Buscail L. Conduite à tenir devant une ingestion de corps étrangers. Hépatogastro. 2011 ; 18 : 249-257.