

# Complication d'un corps étranger corrosif de l'œsophage

## Complication of a corrosive esophagus foreign body

U.B. Vodouhe<sup>1</sup>, F. Avakoudjo<sup>1</sup>, M.C. Flatin<sup>3</sup>, A. Dade<sup>1</sup>, S. Medji<sup>2</sup>, W. Adjibabi<sup>2</sup>, B. Yehouessi-Vignikin<sup>2</sup>

1. service ORL-CCF / chuz suru-lere

2. service ORL-CCF / cnhu-hkm

3. service ORL-CCF / chud borgou-alibori

### RESUME

**Introduction** : l'érosion pariétale des corps étrangers (CE) de l'œsophage est rare. La nature corrosive d'un CE, son séjour dans l'œsophage et la perforation de la paroi des voies respiratoires, sont les particularités du cas clinique rapporté.

**Observation** : il s'agissait d'un nourrisson de 16 mois, de sexe féminin qui avait ingéré un corps étranger à type de pile bouton. L'extraction aisée, a été effectuée par voie endoscopique 10 jours après l'accident. L'évolution a été défavorable marquée par un œdème aigu des poumons, une septicémie puis le décès.

**Conclusion** : La migration des corps étrangers de l'œsophage est imprévisible et peut être dramatique pour le patient. En cas de doute, les explorations fonctionnelles et les examens paracliniques pourraient être d'un grand apport.

**Mots clés** : corps étranger- œsophage- pile bouton

### SUMMARY

**Introduction**: the parietal erosion of esophageal foreign body is rare. The corrosive nature of the foreign body, the duration in the esophagus and the perforation of the lining of the airways, are the particularities of the clinical case reported.

**Observation**: it concerned a 16 months female infant who ingested a foreign body type flat battery. The extraction was easy, performed endoscopically 10 days after the accident. The evolution was unfavorable marked by an acute pulmonary edema, sepsis and death.

**Conclusion**: The migration of a foreign body of the esophagus is unpredictable and can be devastating for the patient. When there is a doubt, the functional explorations and x-ray can be necessary.

**Keywords**: foreign body- esophagus- flat battery

### INTRODUCTION

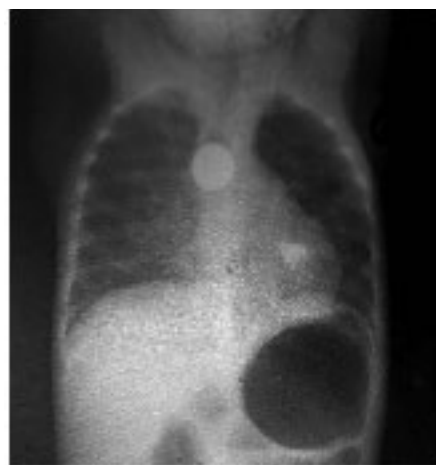
Les corps étrangers (CE) de l'œsophage sont fréquents. Ils sont l'apanage des enfants [1,2]. La taille, la forme, le caractère vulnérant et la durée du séjour du CE peuvent influencer la survenue des complications [3]. La migration transversale du CE est une complication rare et redoutable [4]. Un CE œsophagien compliqué, pris en charge au centre hospitalier et universitaire de zone de Suru-Lere de Cotonou (CHUZ SL), est rapporté dans le cas clinique suivant.

### CAS CLINIQUE

Il s'agit d'un nourrisson de 16 mois de sexe féminin, admise le 24 Septembre 2015 au CHUZ SL pour la prise en charge d'un CE de l'œsophage.

L'enfant en pleurs se serait rendue spontanément vers sa mère avec en main, un jouet dont la pile avait disparu. Devant l'accalmie au bout de quelques minutes, la suspicion d'ingestion de corps étranger a été ignorée par l'entourage. Il serait apparu deux jours plus tard une symptomatologie faite de toux grasse, vomissements post-prandiaux, fièvre non chiffrée et dyspnée d'installation progressive. Après une consultation de médecine générale dans un centre de santé de la place, l'enfant avait été mise sous paracétamol, cotrimoxazole et amoxicilline. La persistance et l'aggravation de la symptomatologie ont motivé une consultation chez un pédiatre. Une radiographie cervico-thoracique demandée par ce dernier avait permis de mettre en évidence

un corps étranger radio opaque de l'œsophage, arrondi, situé à hauteur du déroulement de la crosse de l'aorte. La figure 1 montre l'image radiographique observée. L'enfant fut alors adressée en ORL pour une prise en charge adéquate.



**Figure 1**: Radiographie thoracique de face mettant en évidence le corps étranger

A l'entrée, les examens cliniques et paracliniques effectués ont permis d'objectiver :

- Un syndrome infectieux fait du mauvais état général avec



asthénie, température à 38°C, fréquence respiratoire à 60 cycles/ mn, polypnée superficielle, hyperleucocytose (21400 leucocytes/mm<sup>3</sup>) à prédominance neutrophile (92%).

- Une insuffisance respiratoire faite de dyspnée aux 2 temps avec tirage sus-sternal, sus-claviculaire et intercostal, une toux avec geignement, des râles bronchiques et crépitants dans les deux champs pulmonaires, une saturation en oxygène à 90% en air ambiant.

- Un syndrome anémique fait de pâleur des muqueuses, asthénie, polypnée superficielle avec des battements des ailes du nez et un taux d'hémoglobine à 09,4 g/dl.

Le traitement a consisté en une extraction aisée du corps étranger par voie endoscopique et sous anesthésie générale après une intubation oro-trachéale. Il s'agissait d'une pile bouton d'environ 1,5 centimètre de diamètre.

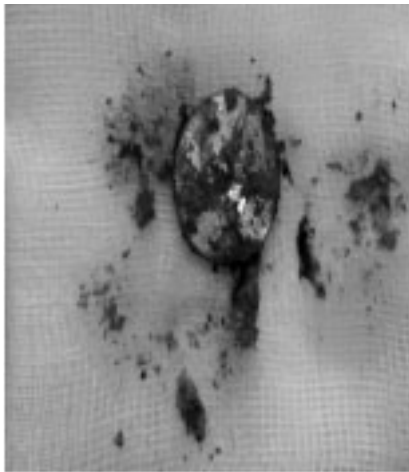


Figure 2: Corps étranger extrait de l'oesophage



Figure 3: Corps étranger après nettoyage

Les figures 2 et 3 montrent l'objet extrait. Le corps étranger était dans un mélange de débris alimentaires, de sang et de productions noirâtres émanant de la pile bouton. L'évolution per opératoire a été marquée par la survenue d'un œdème aigu des poumons avec une désaturation en oxygène de l'enfant, une émission de sécrétions moussantes rosées par la sonde d'intubation trachéale et la présence de râles crépitants en marée montante dans les deux champs pulmonaires. L'aspiration des sécrétions, l'injection de furo-sémide et l'adoption de la position latérale de sécurité ont

permis une bonne résolution de la symptomatologie avec disparition des râles et reprise d'une respiration efficace. L'enfant s'est ensuite réveillée avec une saturation en oxygène à 100% en air ambiant. Une sonde naso-gastrique a été toutefois mise en place avant le transfert en salle de réveil. Le traitement post-opératoire a été fait d'antalgique (paracétamol) et d'antibiotiques (ceftriaxone et métronidazole). Le deuxième jour post-opératoire avait été marqué par une hématurie et l'installation d'une dyspnée à type de polypnée superficielle.

L'administration de ranitidine et d'acide tranexamique ont permis d'arrêter le saignement et les vomissements.

La dyspnée avait aussi disparu au bout de quelques heures. L'enfant était sortie le même jour contre avis médical. Elle était revenue au huitième jour post-opératoire avec un mauvais état général, une fièvre à 39°C, et une toux aboyante. L'évolution a été défavorable malgré l'institution d'une double antibiothérapie par voie parentérale. Le décès était enregistré cinq jours plus tard dans un contexte de coagulation intra-vasculaire disséminée par sepsis pulmonaire.

## DISCUSSION

Les corps étrangers de l'oesophage sont l'apanage des enfants [5]. Au Mali, 80% des CE de l'oesophage avaient concerné des enfants [5]. Ouoba et coll [6] au Burkina Faso, avait aussi noté une nette prédominance des CE chez les enfants qui représentaient 76,2% des cas recensés.

Plusieurs auteurs ont noté une population masculine plus importante pour les corps étrangers de l'oesophage [5,6]. La migration endo-luminale du corps étranger dans le tube digestif est fréquent [6,7]. Toutefois, cette migration peut devenir insolite lorsqu'elle se fait vers le rhinopharynx. Gyebre et coll au Burkina Faso [8], ont décrit un cas de boucle d'oreille ingéré accidentellement et qui a migré secondairement vers le cavum. La migration du corps étranger peut être aussi transversale. Elle est alors exceptionnelle. Déguénonvo et coll [7] au Sénégal de même que Timbo et coll [4], ont chacun décrit un cas de migration pariétale de corps étrangers. La migration des CE de l'oesophage peut être dramatique [7,9] selon leur nature et leur localisation ultérieure. Les rapports étroits de l'oesophage avec les organes vitaux tels que l'aorte et les poumons, pourraient justifier la gravité des lésions transversales. La fistule oeso bronchique engendrée par la pile bouton pourrait être liée à la nature corrosive du corps étranger et à la durée du séjour dans l'oesophage. Des cas de fistules oeso aortiques créées par des corps étrangers tranchants ont été aussi décrits par plusieurs auteurs. Il s'agissait d'os de mouton [3] et d'arrête de poisson [9, 10, 11].

Les complications de la migration transversale des CE sont le plus souvent infectieuses [7]. Dans notre cas clinique, le tableau de septicémie a aggravé l'état du nourrisson. A cet effet les corps étrangers de l'oesophage doivent être considérés comme des urgences. Une surveillance en milieu hospitalier s'impose après l'extraction. L'antibiothérapie systématique permettrait de prévenir les risques de complication.



## CONCLUSION

Les corps étrangers de l'œsophage peuvent être méconnus. Leur migration est imprévisible et peut être dramatique pour le patient. En cas de doute, les explorations fonctionnelles et les examens paracliniques pourraient être d'un grand apport. Les corps étrangers corrosifs sont dangereux car ulcèrent vite les parois de l'œsophage. Leur prise en charge doit être urgente dans les conditions de sécurité d'un bloc opératoire.

## REFERENCES

- 1- Michaud L, Bellaïche M, Olives JP. Ingestion de corps étrangers chez l'enfant. Recommandations du groupe francophone d'hépatologie, gastroentérologie et nutrition pédiatriques, Arch Pediatr 2009 ; 16 :54-61
- 2- Pegbessou E, Diom ES, Gueye O, Sarr MC et al. Corps étranger oeso-gastrique inhabituel chez un nourrisson, Med Afr Noire 2012,59: 386-8
- 3- Mezzetto L, Treppiedi E, Scorsone L, Giacomuzzi S, Perandini S, Macri M, Veraldi GF et coll. Thoracic Aortic Pseudoaneurysm after Esophageal Perforation and Mediastinitis Caused by Accidental Ingestion of A Mutton Bone: A Case Report on Staged Endoscopic and Endovascular Treatments, Ann vasc surg, 2015; 15: 753-60.
- 4- Timbo Sk, Keita MA, Yena S, Konipo-Togola f, Traore L, Ag Mohamed A. Migration transversale de corps étranger: un cas de hameçon ingéré, Med Afr Noire 2009; 56 : 73-6
- 5- Ag Mohamed A. Cervicotomie pour extraction d'un corps étranger de l'œsophage. A propos d'un cas Med Afr Noire 1993; 40: 287
- 6- Deguenonvo REA, Ndiaye M, Loum B, Tall A, Diallo Bk, Ndiaye iC, diouf R, diop EM. Les corps étrangers de l'œsophage. A propos de 212 cas. Med Afr Noire 2009, 5607: 410-6
- 7- Wang L, Gong W, Feng Y, Wang X, Tang Y and all. Analysis of severe complications induced by oesophageal foreign bodies, Chinese Journal of otorhinolaryngology head and neck surgery 2015, 50: 507-10
- 8- Gyebre YMC, Ouattara M, Elola, Sereme M and al. Un corps étranger insolite de l'œsophage, J. Tun ORL 2012 ; 28 :80-2.
- 9- Chen AP, Yu H, Li HM, Xiao XS, Liu SY. Aortoœsophageal fistula and aortic pseudoaneurysm induced by swallowed fish bone: a report of two cases, Cardiovasc intervent radiol 2011,34:17-9.
- 10- Kunishige H, Myojin K, Ishibashi Y, Ishii K, Kawasaki M, Oka J. Perforation of the esophagus by a fish bone leading to an infected pseudoaneurysm of the thoracic aorta. Gen thorac cardiovasc surg 2008, 56 :427-9.
- 11- Sia KJ, Ashok GD, Ahmad FM, Kong CK. Aorto-oesophageal fistula and aortic pseudoaneurysm caused by a swallowed fish bone, Hong Kong Med J 2013; 19:542-4.