CORPS ETRANGER DU PHARYNX DE DECOUVERTE FORTUITE

DOUMBIA-SINGARE K*, TIMBO S*, Keita M*, TOGOLA-KONIPO F*, AG MOHAMED A*.
*: Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel Touré BP 267 Bamako. Mali.

RESUME :
Les corps étrangers de l'oropharynx posent rarement de difficultés tant sur le plan diagnostic que thérapeutique. Le diagnostic est le plus souvent évident chez l'adulte.
Nous rapportons un cas de corps étranger de l'oropharynx observé chez un patient, psychologiquement stable, au décours d'un traumatisme. Le patient a été admis dans un tableau de dysphagie 2 mois après le traumatisme.
Le corps étranger était méconnu par le patient. Il a été extrait par voie endo-buccale sous anesthésie générale 2 mois après le traumatisme. La nature, la découverte fortuite et la longue durée de séjour rapportées ici en constituent l'intérêt.
Mots clés : corps étranger- oropharynx

SUMMARY :
Diagnosis and therapeutic of foreign bodies of the oropharynx are not difficult in general. The diagnosis is usually obvious for the adult. We report a case of foreign body of the oropharynx observed in a patient, psychologically stable, which occurred two months after a traumatism. The patient was not aware of the existence of the foreign body. It was extracted two months after the accident by endo-oral track under general anaesthesia. The nature of the foreign body, the fortuity of its discovery and its presence for a long time reported here are of interest.
Key words: foreign body, trauma ENT, oropharynx disease

INTRODUCTION

Les corps étrangers pharyngés sont surtout rencontrés chez l'adulte. Cependant ils ne sont pas exceptionnels chez l'enfant. Cette pathologie est fréquente et sa gravité revêt des degrés très variables; en fait le corps étranger peut être un incident totalement anodin, ou, au être contraire responsable de complications graves, parfois vitales.
Leur diagnostic est le plus souvent facile, mais il peut être difficile en cas de corps étranger méconnu (5). Ils sont souvent extraits par la voie endo-buccale.
Notre patient a été reçu deux mois après le traumatisme. Le parcours thérapeutique a été émaillé de diverses sollicitations de praticiens tant modernes que traditionnels.
Cette observation a pour but d'insister sur la place de la clinique, encore plus d'actualité dans nos pays sous médicalisés. Cette clinique garde tout son intérêt si la plainte fonctionnelle demeure malgré un examen de type sommaire.
Nous rapportons ce cas en vue de discuter de l'intérêt d'un examen clinique méthodique surtout devant la persistance d'une plainte fonctionnelle.

OBSERVATION

Il s'agit de Mr B.S âgé de 30 ans, cultivateur dans un village (150 km du district de Bamako), admis dans le service ORL de l'Hôpital Gabriel Touré pour dysphagie élective pour les solides le 26-06-2006.
L'anamnèse fait remonter le début de la maladie au 25-04-2006 au décours d'un traumatisme cervical suite à une chute du haut d'un hangar ayant provoqué une plaie de la région latéro-cervicale gauche.
Le malade a consulté le même jour dans un centre de santé où la plaie a été suturée.
Devant la persistance de la dysphagie le patient a décidé de venir à l'hôpital Gabriel
Touré de Bamako dans le service ORL pour une meilleure prise en charge.
Le malade était psychologiquement stable et nous n'avons noté aucun antécédent particulier.
A l'entrée dans notre service, l'état général était satisfaisant ; l'examen ORL a trouvé une cicatrice linéaire mesurant environ 4 centimètres de la région sous-maxillaire gauche et la présence d'un corps étranger (morceaux de bois), disposé de façon verticale dans la paroi postérieure de l'oro-pharynx et sur l'amygdale gauche, recouvert de sécrétion purulente (photo1) ; le reste de l'examen ORL était normal.
Nous avons demandé une radiographie cervicale dans le but de rechercher un emphysème retro-pharyngé qui est témoins d'une blessure pharyngée.
L'extraction a été faite le même jour sous anesthésie générale (Propofol, Halothane) sans intubation, à l'aide d'un Mac Intosh et d'une pince de Magill. Il a été extrait six petits morceaux de bois recouverts de sécrétion purulente étendus entre le cavum et l'hypopharynx (photo2).
Après l'extraction, nous avons découvert une plaie arrondie mesurant deux centimètres de diamètre dans la loge amygdalienne gauche.
Les suites opératoires ont été simples. IL a été exéaté le même jour. Une antibiothérapie lui a été administrée par voie locale et générale : association Amoxicilline+acide clavulanique 1.5 g/j pendant 8jours et un bain de bouche Bétadine buccale pendant 8 jours. Le malade a été revu 6 jours après l'intervention, la plaie de la loge amygdalienne gauche cicatrisait normalement et il s'alimentait correctement.

DISCUSSION

Les corps étrangers rencontrés en ORL sont de nature diverse (morceau d'os de viande, morceau de viande, arête de poisson, morceau de bois, noyau de fruit, pièce de monnaie, prothèse dentaire) (5).
L'ingestion constitue la voie principale porte d'entrée (4,5). Dans notre observation la porte d'entrée a été oropharyngée après un traumatisme. Le corps étranger est passé dans la bouche pour s'extérioriser dans le cou.
Les corps étrangers pointus sont fréquemment retrouvés dans le pharynx. Ils sont dans la majorité des cas responsables de perforation du pharynx. OUOBA et al (6) ont rapporté chez une jeune fille de deux ans le cas d' une brindille de balai dans la bouche qui a pénétré accidentellement dans l'oropharynx après une chute, pour ressortir par le conduit auditif externe.
ANAPHA et al (1) ont rapporté le cas d'une femme de 45 ans qui a ingéré un morceau d'os de viande, qui secondairement a migré du crico-pharynx en passant par l'espace para-pharyngé et pénétré dans la veine jugulaire interne.

INCOLLINGA et al (3) ont rapporté le cas d'une fille de 12 ans avec pénétration de stylo dans le palais pendant qu'elle jouait avec dans la bouche.
Dans notre observation la nature du corps étranger a été des morceaux de bois méconnus par le patient et le premier personnel soignant. Il a pénétré dans la muqueuse oropharyngée lors de la chute avec bouche ouverte provoquant une plaie dans la région latéro-cervicale gauche après avoir traversé la loge amygdalienne gauche.
Ceci s'explique pour deux raisons : l'ignorance et la pauvreté du patient, le manque de cadres qualifiés et l'insuffisance du plateau technique.
Le tableau clinique était marqué par une dysphagie aux solides.
ANAPHA A et al (1) et INCOLLINGO et al (3) ont trouvé outre la dysphagie aux solides une douleur au niveau de la gorge.
L'absence de douleur chez notre patient pourrait s'expliquer par le fait qu'il a été vu deux mois après le traumatisme, l'épisode douloureux était passé.
L'intérêt d'un examen méthodique explorant la cavité oropharyngée souligné à travers la littérature (2, 4, 5) a manqué à l'examen initial.
Les auteurs ont aussi souligné l'intérêt de la radiographie cervicale (1, 3) afin de rechercher, outre un corps étranger radio-opaque, des signes de complication (5) à type d'emphysème rétro-pharyngé.
Dans notre cas la radiographie cervicale a été demandée dans le but de rechercher des signes de complications, elle était revenue normale.
Les corps étrangers pharyngés méconnus, mal traités, acérés ou pointus, évoluent vers des complications infectieuses, vasculaires et neurologiques (5). Dans notre cas bien qu'il soit méconnu, nous n'avons noté aucune de ces complications malgré deux mois d'évolution.
Notre cas semble être une particularité, ainsi des auteurs (1,6) ont rapporté une complication vasculaire à type de thrombose de la veine jugulaire interne et un cas de corps étranger oropharyngée méconnu (brindille de balai) compliqué de cellulite de l'hémiface droite et d'une otorrhée purulente du même côté.
Nous avons extrait le corps étranger deux mois après le traumatisme par voie endobuccale sous anesthésie générale. Ce retard de prise en charge pourrait s'expliquer par la conjonction de l'assurance reçue du patient lors de la première consultation, son ignorance relative et l'éloignement du seul service ORL équipé qui est situé à Bamako.
Ce mode d'extraction banale dans notre cas n'a pas été partagé par certains auteurs ayant intervenu dans des contextes similaire en terme de durée d'évolution. Ainsi OUOBA et al (6) ont-ils extrait un corps étranger dans le conduit auditif externe un mois après l'accident dont le site d'entrée était oropharyngé. ANAPHA et al (1) ont aussi été confrontés à une migration d'un corps étranger initialement hypopharyngé qu'ils ont retiré de la veine jugulaire interne après une cervicotomie en urgence dix jours après l'accident.
Cependant une heure après une ingestion accidentelle, INCOLLINGO et al (3) ont extrait le corps étranger en urgence par voie endobuccale.
Ces constatations nous amènent à penser à l'assertion de Chevalier Jackson : « tout corps étranger ayant pénétré dans les voies aériennes et digestives par voie naturelle doit pouvoir être extrait par la même voie à moins qu'il n'ait migré ».

CONCLUSION :
Les corps étrangers oropharyngés surviennent le plus souvent au cours de la déglutition (5). Ils sont parfois dus à des traumatismes.
Le diagnostic nécessite un examen clinique minitieux.
Méconnus ou mal traités, ces corps étrangers peuvent évoluer vers des complications qui imposent une prise en charge rigoureuse.

REFERENCES
1-Anapha A J, Renuka A. A Foreign body in the pharynx migrating throught the internal jugular vein. American journal of Otolaryngology, 2003 ; 24 (2): 89-91
2- Dubreuil C, Ceruse P.Guide pratique d'ORL. Paris: Masson; 2004: 200.
3- Incollingo F, Shevchenko Y.Airway management in a child with penetrating pharyngeal wall foreign body injury: a case report. AANA journal, 2007 ; 75 (5) : 329-331.
4- Legent L, Narc P, Beauvillain P. ORL pathologie cervico-faciale. Paris : Masson ; 2003 : 263
5-Molard O, Beauvilain de Montreuil C. Corps étrangers et perforation du pharynx
Encyclopédie médicochirurgicale (Elsevier, Paris). Oto-Rhino-Laryngologie, 20-620-A-10, 1998, 3p.
6- Ouoba D, Diop EM. . Histoire insolite d'un corps étranger de l'oropharynx. . Bulletin de la société de pathologie exotique, 1993 ; 86(5) : 372

Photo N°1 : Présence de morceaux de bois dans l'oropharynx. La projection est faite entre la 11ème et la 21ème dents

Photo n°2 : six morceaux de bois extraits après une endoscopie