



Article Original

Les Corps Étrangers en OtoRhinoLaryngologie : Analyse de 192 Cas au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry

ENT foreign bodies at the University Teaching Hospital of Conakry: a report of 192 cases

Diallo AO ⁽¹⁾, Keita A ⁽²⁾, Itiere Odzili F A ⁽³⁾, Diallo OA ⁽¹⁾, Fofana M ⁽²⁾, Conde B ⁽¹⁾, Diallo MT ⁽²⁾, Diallo MMR ⁽²⁾

RÉSUMÉ

(1) service ORL & CCF.
Hôpital National Ignace Deen.
(2) service ORL et CCF.
Hôpital National Donka.

Correspondance :

Dr. Diallo Alpha Oumar
Service d'ORL & de
Chirurgie Cervico-faciale
Hôpital National Ignace
DEEN
BP: 2267 Conakry
République de GUINEE
Tel: (+224) 628 52 94 46
Email:
dalphao@hotmail.com

Mots-clés : Corps étranger,
otorhinolaryngologie,
Conakry

Keywords: Foreign body,
otolaryngology, Conakry.

Introduction. La survenue d'un corps étranger (CE) est un motif fréquent de consultation en ORL. Le but de notre étude était d'analyser les données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des sujets porteurs de corps étrangers à l'Hôpital National Ignace Deen (CHU de Conakry). **Matériels et méthodes.** Il s'agit d'une étude prospective de type descriptif, étalée de Janvier –à décembre 2015 (un an), portant sur tous les cas de corps étrangers des conduits auditifs externes et des voies aérodigestives supérieures colligés au service d'ORL de l'Hôpital National Ignace Deen. Nos variables d'intérêt étaient les données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. **Résultats.** Durant la période d'étude, 192 cas de CE ont été colligés parmi les 2177 consultations, soit une fréquence de 8,82%. L'âge des patients variait de 2 à 60 ans avec une prédominance des enfants de moins de 10 ans (42,71%). Le sex-ratio homme/femme était de deux. Le délai moyen d'admission était de 48h avec des extrêmes de 0 à 30 jours. Les circonstances de survenue des CE étaient représentées par les jeux dans 54,17 % des cas. Le conduit auditif externe était la localisation la plus fréquente (64,58%). La nature des CE était inorganique dans 76,56 % des cas et organique dans 23,44 % des cas. Tous les CE ont été extraits par la voie d'introduction, le plus souvent au fauteuil de consultation (90,10 % des cas). L'évolution a été favorable chez tous les patients. **Conclusion.** Les corps étrangers ORL constituent un motif fréquent de consultation et affectent surtout les enfants de sexe masculin. Ils sont habituellement inorganiques et affectent surtout le conduit auditif externe. L'évolution est en règle favorable après extraction.

ABSTRACT

Introduction. The occurrence of foreign bodies (FB) is a common reason for consultation in ENT. The purpose of the study was to describe the pattern of ENT foreign bodies in our practice. **Materials and methods.** This was a cross sectional prospective descriptive study of one year duration (January - December 2015), covering all cases of foreign bodies of the external auditory canals and upper aero digestive tract collected at the ENT department, Ignace Deen National Hospital. Our variables of interest were the epidemiological, clinical and therapeutic data. **Results.** During the study period, 2177 consultations were done and among them, FB occurred 192 times (8.82%). The age of the patients ranged from 2 to 60 years with a predominance of children less than 10 years (42.71%). The sex ratio male / female was two. The average time delay before admission was 48 h with extremes of 0 to 30 days. The main circumstance of the FB introduction was games (54.17%). The external auditory canal was the most frequent location (64.58%). The nature of EC was most often inorganic (76.56%) than organic (23.44%). All the FB were extracted via the introduction route, and most of them in the consultation chair, (90.10%). The evolution was favourable for all the patients. **Conclusion.** ENT foreign bodies are a frequent reason for ENT consultation especially in children and they affect mainly boys. Most of them are inorganic and found in the external auditory canal. Prognosis after extraction is good.

INTRODUCTION

La survenue d'un corps étrangers (CE) est un motif fréquent de consultation en urgence Oto-rhino-laryngologique (ORL). Dans les séries Africaines [1,2], cette fréquence varie entre 7,9 et 17,74%, avec une

moyenne de 11% de l'ensemble des urgence ORL. Ces corps étrangers inhalés, ingérés ou introduits dans la sphère ORL ont des localisations diverses, pouvant être

laryngo-trachéo-bronchiques, pharyngo-œsophagiennes, dans le conduit auditif externe ou les fosses nasales.

La symptomatologie de ces CE de la sphère ORL diffère en fonction de leur nature et surtout de leur localisation. L'inhalation d'un corps étranger s'accompagne du classique syndrome de pénétration, qui correspond à la mise en jeu des réflexes de défense respiratoire, que sont le spasme laryngé et la toux d'expulsion. Il se manifeste par un accès de suffocation brutale avec tirage, cornage, toux expulsive et parfois cyanose et angoisse [3]. C'est un accident domestique grave, potentiellement mortel, intéressant dans environ 90% des cas, l'enfant de moins de trois ans [4]. Il en est de même pour le CE ingéré qui intervient dans 80% des cas, avant l'âge de 2 ans [4] ou l'introduction de corps étrangers dans l'oreille ou les fosses nasales qui survient souvent à domicile, de façon accidentelle au cours d'un jeu [5].

Leur prise en charge se fait, dans les conditions normales, par l'extraction du corps étranger à partir de sa voie d'introduction le plus souvent au fauteuil de consultation. Même si certains corps étrangers nécessitent une extraction au bloc opératoire sous anesthésie générale. Ce qui n'est pas toujours aisée, dans nos pays en développement, du fait du retard à la consultation et de l'insuffisance du plateau technique [6,7].

Le but de travail était de décrire les données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des corps étrangers de la sphère ORL à l'Hôpital National Ignace Deen (CHU de Conakry).

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective, de type descriptif, d'une durée de 1 an (du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015), portant sur tous les cas de corps étrangers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et du conduit auditif externe, colligés au service d'ORL-CCF de l'Hôpital National Ignace Deen durant notre période d'étude. Nos paramètres d'étude ont été l'âge, le sexe, la profession, le délai d'admission, les circonstances de survenue, la symptomatologie, la nature et la localisation du corps étranger, le mode d'extraction et l'évolution. Nous avons exclu de cette étude, les cas de corps étrangers non pris en charge dans le service et les explorations blanches.

L'étude a été approuvée par le comité d'Éthique de la Faculté de Médecine de Conakry après le consentement éclairé de tous les patients et/ou leurs accompagnants.

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête individuelle, saisies et analysées par les logiciels Epi info dans sa version 3.5.3, Microsoft Word 2010 et Excel 2010. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude, 192 cas de corps étrangers ont été enregistrés sur un total de 2177 consultations soit une fréquence de 8,82%. Le sexe masculin était le plus touché soit 66,67% (n=128) et un sex-ratio égal à 2. L'âge des patients variait de 2 à 60 ans et nous avons noté une prédominance des enfants de moins de 10 ans

soit 42,71% (n=82) des cas. Il s'agissait d'élèves dans 100 (52,08%) cas. Le délai moyen d'admission était de 48h avec des extrêmes de 0 à 30 jours (Tableau I).

Tableau I -Caractéristiques sociodémographiques des patients (n=192).

	Effectif	Pourcentage
Tranche d'âge		
≤ 10 ans	82	42,71
11 - 20	45	23,44
21 - 30	27	14,06
31 - 40	12	6,25
41 - 50	18	9,38
51 - 60	8	4,16
Age moyen : 11,33 ans. Extrêmes : [2 et 60]		
Professions		
Elèves /	100	52,08
Fonctionnaires	24	12,50
Étudiants	22	11,46
Ouvriers	16	8,33
Sans profession	14	7,30
Marchands	12	6,25
Ménagères	4	2,08
Délai d'admission		
< 24 Heures	132	68,75
24 - 48 Heures	50	26,04
Au-delà de 48 Heures	10	5,21

Les circonstances de survenue des CE étaient dominées par les jeux soit 54,17 % (n=104) des cas (figure 1).

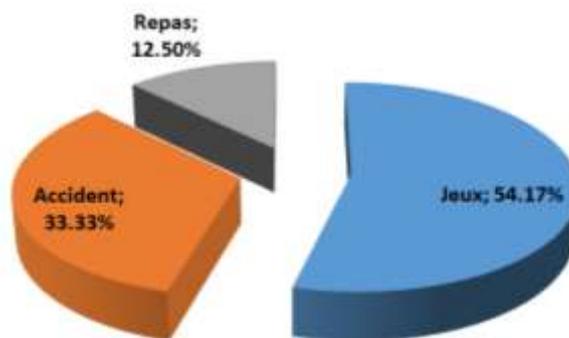


Figure 1 : Répartition des corps étrangers en fonction des circonstances de survenue

Le conduit auditif externe était la localisation la plus fréquente avec 124 cas soit 64,58% des cas. La symptomatologie était marquée par l'otalgie 50 % (n=62) dans les CE du CAE, la rhinorrhée purulente unilatérale et l'obstruction nasale, 8,33 % (n=15) dans les CE nasaux, la dysphagie-odynophagie, 92,68 % (n=38) dans les CE pharyngo-œsophagiens et la dyspnée, 100 % (n=9) dans les CE laryngés. La nature des CE était très variée : inorganiques (Coton, Jouet, Piles boutons,...) dans 76,56 % (n=147) des cas et organiques (Arête de poisson, Insectes,...) dans 23,44 % (n=45) des cas (Tableau II).

Tableau II : Caractéristiques cliniques des patients admis pour CE ORL

SIÈGE	Symptômes	Effectif	Pourcentage
CAE(64,58=124)	Otalgie	62	50
	Otorrhée purulente	24	19,35
	Hypoacousie	21	16,93
	Aucun symptôme	36	29,03
FN (9,37=18)	Rhinorrhée purulente unilatérale	15	83,33
	Obstruction nasale	15	83,33
	Cacosmie	10	55,56
	Aucun symptôme	3	16,67
Pharyngo-œsophagien (21,36=41)	Dysphagie-Odynophagie	38	92,68
	Hyper sialorrhée	28	68,29
	Sensation de CE	16	39,02
	Aucun symptôme	1	2,44
VRI (4,69= 9)	Dyspnée	9	100
	Dysphonie	5	55,56
	Syndrome de pénétration	6	66,67
NATURE			
Végétal	Haricot	1	0,52
	Arachide (cacaahuète)	1	0,52
Animal	Morceau de viande	1	0,52
	Os de poulet	2	1,04
	Insecte	8	4,16
	Arête de poisson	32	16,67
Inorganique	Coton tige	92	47,91
	Cailloux	19	9,90
	Chi ffon	13	6,77
	Morceau de craie	9	4,69
	papier	5	2,60
	Dentier	3	1,56
	Perle	3	1,56
Pièce de monnaie	2	1,04	
	Pile bouton	1	0,52

La radiographie standard avait été réalisée, de façon systématique, pour les localisations œsophagienne et laryngo-trachéo-bronchique. Ce qui avait permis d'objectiver des corps étrangers radiosensibles (métalliques et osseux) ou de signes indirects de présence de CE (figure 2).

Tous ces CE avaient été extraits par voie d'introduction, le plus souvent au fauteuil de consultation soit 90,10 % (n = 173) des cas. Toutefois, la prise en charge de 2 CE de l'oreille et de tous les CE œsophagiens ou laryngés soit 9,9 % de l'ensemble des CE, a été réalisée au bloc opératoire, sous anesthésie générale (Tableau III). L'évolution a été favorable chez tous nos patients.

Tableau III : Modalités d'extraction des CE ORL selon la localisation

Localisation	Modalité d'extraction	Effectif	Pourcentage
CAE(64,58=124)	Micro-instruments au fauteuil	100	52,08
	Aspiration au fauteuil	22	11,46
	Extraction sous anesthésie générale	2	1,04
	Crochet ou sonde cannelée au fauteuil	14	7,29
FN (9,37=18)	Micro pince au fauteuil	4	2,08
Pharyngo-oesopha phagien (21,36=41)	Extraction à la pince au fauteuil	33	17,19
	Endoscopie rigide sous anesthésie générale	8	4,17
Larynx (4,69= 9)	Endoscopie rigide sous anesthésie générale	9	4,69

DISCUSSION

Les corps étrangers constituent une urgence relativement fréquente en pratique ORL. Ils ont représenté, dans notre série, une fréquence de 8,82%. Ce résultat est inférieur à la moyenne, soit 11% de l'ensemble des urgences ORL, mais supérieur à celui trouvé par Hssaine K et Coll. [1] soit 7,9 %. La pénétration de ces CE dans la sphère ORL survient à tout âge, mais l'enfance constitue la période de prédilection. Dans notre série, 42,71 % des corps étrangers ont été retrouvés chez les enfants de moins de 10 ans avec une nette prédominance masculine. Ce qui corrobore les données de la littérature [1, 8,9]. En effet, il est bien connu que l'enfance est une période d'exploration de soi et de son environnement. Et que le petit garçon est plus turbulent et téméraire que la petite fille [9]. Les élèves qui ont représenté plus de la moitié des cas soit 52,08% des cas, se mettaient souvent à faire toute sorte de jeux sur le chemin de l'école ou à la maison à l'absence des parents ou tuteurs. Ce qui pourrait expliquer le retard à la consultation constaté dans notre série. Le même constat avait été fait, en Algérie en 2010, par Kharoubi S [10] en rapportant un délai de consultation 24 heures. Par contre Regonne PEJ et Coll. [7] au Sénégal, avaient trouvé un délai médian de consultation plus long, de 9 jours avec des extrêmes d'une heure et 1 an.

Les circonstances de survenue de ces CE sont très diverses. Dans la majorité des cas, ils ont été introduits lors des jeux soit 54,17 % des cas. Ce résultat est inférieur à celui rapporté par Lawson STLA et Coll. [9] soit 81,25 % des corps étrangers introduits lors des jeux.

La symptomatologie clinique est non spécifique et variable en fonction du siège et de la nature du CE. Les CE du conduit auditif externe ont été révélés par une otalgie dans 50% (n=96) des cas et 29,03 % des cas de notre série ont fait l'objet d'une découverte fortuite. Pour les CE nasaux, la rhinorrhée purulente unilatérale et l'obstruction nasale ont constitué l'essentiel de la symptomatologie. Dans les CE pharyngo-œsophagiens, c'est la dysphagie voire l'odynophagie et l'hyper sialorrhée qui signent la manifestation clinique. Dans les CE laryngo-trachéo-bronchique, le syndrome de pénétration constitue un élément fondamental de la symptomatologie et pose d'emblée le diagnostic dans les cas où cette notion a été rapportée par le patient lui-même ou son entourage. Egalement, la dyspnée, la dysphonie, voire l'asphyxie attirent l'attention de l'entourage ou du personnel soignant sur cette localisation. Dans ce cas, la radiographie standard et/ou la visualisation directe lors de l'examen clinique et endoscopique à l'optique rigide ou au nasofibroscope sont généralement suffisants pour identifier et localiser le CE.

Dans la littérature [9,11], la localisation auriculaire prédomine, variant entre 44% et 71,88%. Ce qui a été le cas dans notre étude où les CE du conduit auditif externe ont représenté 64,58% des cas. A la curiosité de l'enfant et l'exploration de son environnement, s'ajoute le nettoyage d'oreille fréquent dans notre milieu, pour expliquer la survenue de ces CE auriculaires. La localisation laryngée a été faible dans notre série soit 4,69 % des cas. En pratique ORL, c'est la plus redoutée

des localisations de CE car, elle est source de morbidité et de mortalité importantes, en particulier chez l'enfant de moins de 3 ans [1]. Ce diagnostic doit être évoqué devant toute détresse respiratoire aiguë de l'enfant et nécessite une prise en charge en extrême urgence.

La nature du CE varie en fonction de l'âge, la localisation, et les particularités sociodémographiques [12,13]. Les CE inorganiques prédominent dans la littérature [1,7]. Ce qui a été le cas dans notre série où les CE inorganiques (Coton-tige, Jouet, Piles-boutons...) ont été les plus rencontrés soit 76,56 % des cas. Les piles boutons constituent un cas à part, particulièrement dangereux [14]. Ce CE avait été retrouvé chez un de nos patients soit 0,52 % des cas. Son extraction avait été réalisée en urgence, avant l'apparition des complications. Le traitement a consisté à l'extraction, la plus atraumatique possible, du CE. Plusieurs techniques sont décrites, et le choix dépend de la localisation, du type du CE, l'âge du patient et l'expérience du médecin [10,15]. L'extraction se fait souvent sans ou sous anesthésie locale par les voies d'introduction, sous guidage visuel au miroir de Clar, à l'aide du microscope ou de l'endoscopie rigide ou souple. L'usage de pinces spécifiques pour l'extraction est la technique la plus utilisée. Le recours à l'anesthésie générale pour l'extraction des CE dans la littérature varie entre 8,6% et 30% des cas [1]. Il a été de 9,90 % des cas dans notre série et a concerné les CE œsophagiens, laryngé et certains CE de l'oreille chez des patients non coopérant, très jeune.

Les complications des CE de la sphère ORL peuvent être graves comme l'obstruction des voies respiratoires supérieures entraînant l'asphyxie, les perforations viscérales et les infections graves (médiastinite, pneumopathie) [6]. Nous n'avons pas enregistré de cas, mais dans la littérature, son taux peut atteindre 22% [1].

CONCLUSION

Les corps étrangers de la sphère ORL restent un motif fréquent de consultation en urgence ORL. Ils surviennent surtout chez l'enfant après l'âge de préhension. Le diagnostic est souvent facile et la localisation auriculaire a prédominé dans notre étude. Les corps étrangers inorganiques ont été les plus rencontrés dans notre contexte. Si la prise en charge de la majorité de ces CE se fait au fauteuil, d'autres localisations plus graves nécessitent une extraction sous anesthésie générale avec des risques élevés de morbi-mortalité. L'amélioration du pronostic passe par la sensibilisation des parents, des patients et des personnels de santé.

RÉFÉRENCES :

1. Hssaine K, Belhoucha B, Rochdi Y, Nouril H, Aderdour L, Raji A. Les corps étrangers en ORL : expérience de dix ans. *Pan Afr Med J.* 2015;21(91) :1-6.
2. Ouoba K ; Dao OM, Elola A, Ouegraogo I, Guebré Y, Ouedraogo B, Bationo E. Les urgences ORL au Centre Hospitalier Universitaire de Ouagadougou : à propos de 124 cas. *Médecine d'Afrique Noire* 2006;53(4):241-46.
- 3- Zalagh M, Errami N, Akhiri M, Jahidi A. Conduite à tenir devant un corps étranger pharyngo-œsophagien. *Espérance Médicale* 2010;17(174):1-5.
4. Pegbessou E, Diom ES, Gueye O, Sarr MC, Ndiaye M, Ndiaye IC, Diop EM. Corps étranger œsogastrique inhabituel chez un nourrisson. *Méd Afr Noire.* 2012;59(7) :386-88.
5. 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.
6. Diouf-Ba MS, Ndiaye M, Deguenonvo R, Thiam A, Traoré MM, Touré S, Tall A, Diallo BK, Ndiaye IC, Diop R, Diop EM. La mortalité chez les enfants porteurs de corps étrangers des voies respiratoires inférieures. Expérience du service d'ORL de l'hôpital Aristide Le Dentec. *Méd Afr Noire.* 2014 ;61(7) :368-72.
7. Regonne PEJ, Ndiaye M, Sy A, Diandy Y, Diop AD, Diallo BK. Les corps étrangers nasaux chez les enfants dans un hôpital pédiatrique au Sénégal: une évaluation de 3 ans. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Diseases.* 2017 ;134 :345-49.
8. Yojana S, Mehta K, Girish M. Epidemiological profile of otorhinolaryngological emergencies at a medical college, in rural area of gujarat. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;64(3):218-24.
9. Lawson STLA, Asoumah KD, Ayena KD. Les corps étrangers en Oto-rhino_laryngologie au CHU de Kara. *Med Afr Noire.* 2010;57:461-65.
10. Kharoubi S. Corps étrangers des fosses nasales : étude de 700 cas et revue de la littérature. *J Pédiatr Puéricult.* 2010;23(6):314-21.
11. Ribeiro da Silva BS, Souza LO, Camera MG, Tamiso AGB, Castanheira VR. Foreign bodies in otorhinolaryngology: a study of 128 cases. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2009; 13(4):394-9.
12. Ankur M, Dibakar H, Sirshak D, Mainak D, Jayanta S, Ramanuj S. Ear, nose and throat foreign bodies in children: a search for socio-demographic correlates. *Inter J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2011;75:510-2.
13. Diallo AO, Sissokho Ka S, Rénaux A, Diatta B, Faye M, B. Les corps étrangers laryngés chez l'enfant à propos de 35 cas en milieu tropical. *Guinée Med.* 2010;67:5-13.
14. Thabet MH, Basha WM, Askar S. Button battery foreign bodies in children: hazards, management, and recommendations. *Biomed Res Int.* 2013; 2013: 846091.
15. Rodríguez H, Passali GC, Gregori D, Chinski A, Tiscornia C, Botto H et al. Management of foreign bodies in the airway and oesophagus. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2012;76(1):84-91.

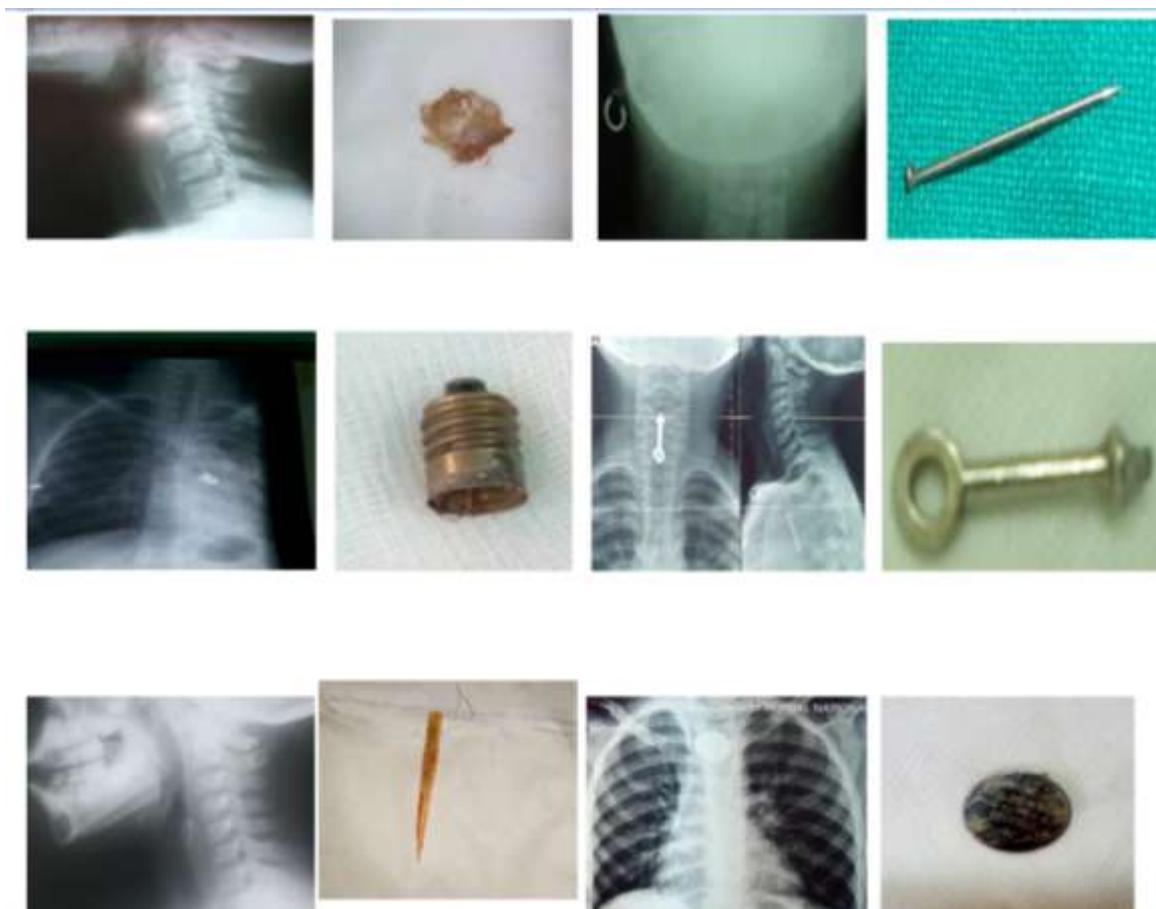


Figure 2: exemples de corps étrangers de la sphère ORL avant et après extraction