

Hématémèse : mode de découverte d'une ingestion de corps étranger

Ibrahima Bocar Wellé^{1,&}, Papa Alassane Mbaye¹, Lissoune Cissé¹, Ndeye Fatou Seck¹, Florent Tshibwid A Zeng¹, Faty Balla Lo¹, Fatou Sy¹, Ndeye Aby Ndoye¹, Aloïse Sagna¹, Oumar Ndour², Gabriel Ngom¹

¹Service de Chirurgie Pédiatrique, Centre Hospitalier National pour Enfants Albert Royer, Univeristé Cheikh Anta Diop, Dakar, Senegal

² Service de Chirurgie Pédiatrique, Centre Hospitalier Universitaire Aristide le Dantec Univeristé Cheikh Anta Diop, Dakar, Senegal

[&]Auteur Correspondant : Ibrahima Bocar Wellé

Résumé

L'ingestion de corps étranger est un accident fréquent chez l'enfant. Seuls 10 à 20 % d'entre eux se compliquent. L'hématémèse est rarement un mode de révélation d'une ingestion de corps étrangers.

Nous rappelons l'observation d'un nourrisson de 2 ans sans antécédents particuliers, hospitalisée à la pédiatrie médicale pour une pneumopathie pendant 3 semaines. Les radiographies thoraco-abdominales initiales étaient normales en dehors d'images réticulo-nodulaires sur les deux parenchymes pulmonaires. En cours d'hospitalisation, le nourrisson a présenté des épisodes d'hématémèse avec une sensibilité abdominale diffuse. Devant ce tableau, une radiographie thoraco-abdominale était demandée permettant d'objectiver un corps étranger à type d'aiguille au niveau digestif et une fibroscopie réalisée avait permis de localiser le corps étranger enfoncé dans le bulbe duodénal. Devant l'impossibilité de l'extraire par voie endoscopique, l'indication d'une exploration chirurgicale a été réalisée et avait permis d'objectiver une partie de l'aiguille (environ 3,5 cm) implantée dans le parenchyme du foie gauche et la partie restante de l'aiguille (0,5 cm) transfixiant le bulbe duodénal dont l'extraction par traction douce avait entraîné une brèche de 4 mm de long sur la paroi duodénale et avait permis de voir le bout de l'aiguille en caoutchouc sous forme de losange. Un avivement des berges et une réparation de la paroi duodénale au vicryl 4/0 par des points séparés étaient réalisés et la patiente était refermée. Les suites opératoires étaient simples et l'alimentation a été autorisée à J2 post opératoire. La sortie a été autorisée à J7 post opératoire. La patiente a été revue plusieurs fois à la consultation, l'examen était sans particularité avec un recul de 7 mois.

Mots clés: Corps étranger, aiguille, perforation, duodénum, hématémèse, enfant.

Date of Submission: 13-02-2022

Date of Acceptance: 28-02-2022

I. Introduction

L'ingestion de corps étranger est un accident fréquent chez l'enfant [1]. Seuls 10 à 20 % se compliquent. L'hématémèse est rarement un mode de révélation d'une ingestion de corps étrangers. Nous rapportons un cas d'ingestion de corps étranger révélé par une hématémèse chez un nourrisson de 2 ans en discutant les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs.

II. Observation

Nourrisson de 2 ans, de sexe féminin, sans antécédent particulier, hospitalisé à la pédiatrie médicale pour une pneumopathie sous traitement pendant 3 semaines. Le bilan biologique était normale en dehors d'une hyper leucocytaire à prédominance neutrophile avec un taux de globule blanc à 17000/mm³ et une CRP positive à 103 mg/L. Les radiographies thoraco-abdominales initiales avaient montré sur le plan pulmonaire des images réticulo-nodulaires bilatérales et elles étaient normales sur le plan digestif. En cours d'hospitalisation, le nourrisson a présenté des épisodes d'hématémèse avec une sensibilité abdominale diffuse. Devant ce tableau, une radiographie thoraco-abdominale était demandée permettant d'objectiver un corps étranger à type d'aiguille au niveau digestif (**Figure 1**) et une fibroscopie réalisée avait permis de localiser le corps étranger enfoncé dans le bulbe duodénal.



Figure 1: Radio thoraco-abdominale, incidence de face mettant en évidence le corps étranger (fleche rouge)

Devant l'impossibilité d'extraire le corps étranger par voie endoscopique, l'indication d'une exploration chirurgicale a été posée et réalisée par un abord de 6 cm au pli abdominal supérieur droit. La cavité abdominale était propre, une partie de l'aiguille (environ 3,5 cm) était implantée dans le parenchyme du foie gauche avec une inflammation tout autour et la partie restante de l'aiguille (0,5 cm) transfixiait le bulbe duodénal (**Figure 2**).

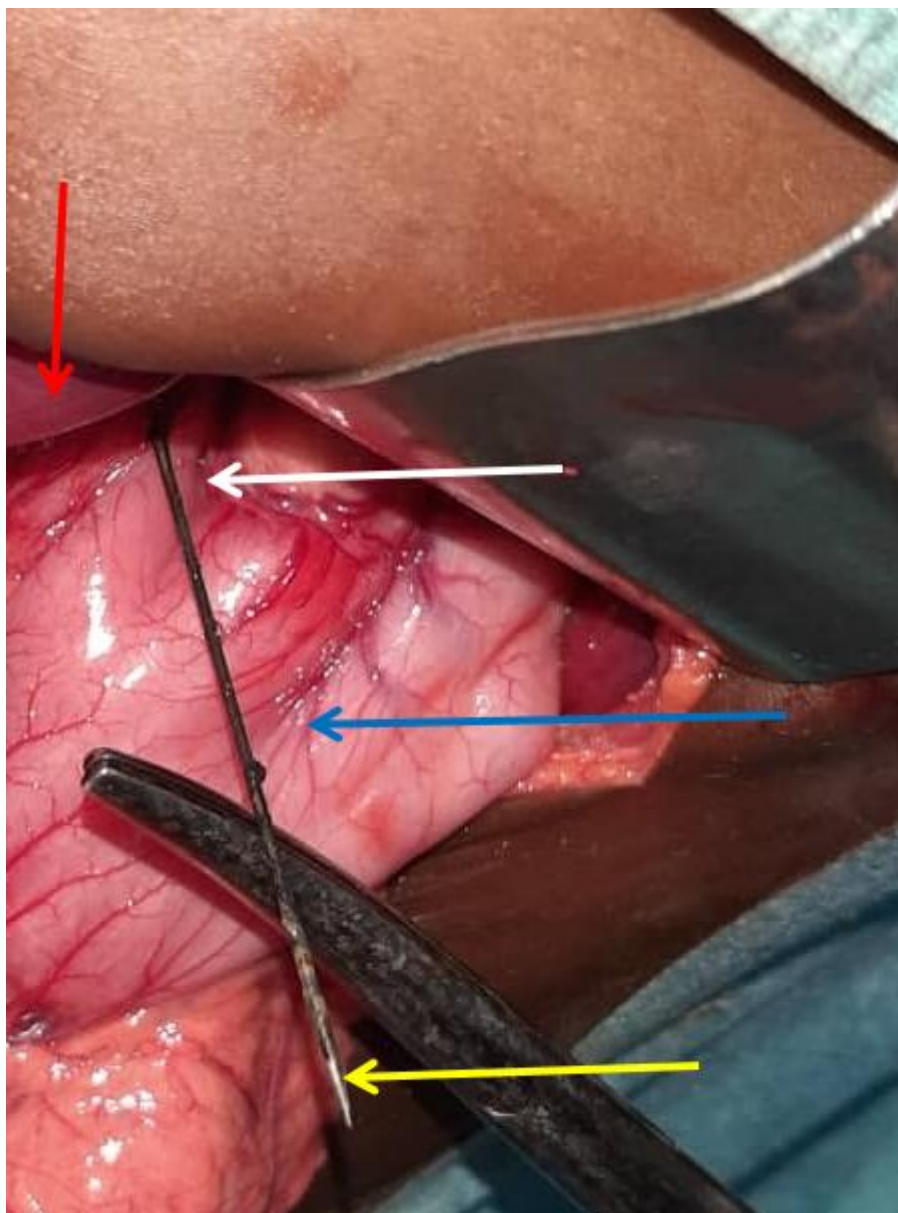


Figure 2: Image peropératoire montrant le lobe hépatique gauche (fleche rouge), le bulbe duodenal (fleche blanche) transfixié par l'aiguille (fleche jaune). Notez que l'estomac est intact (fleche bleue).

L'extraction de cette dernière par traction douce avait entraîné une brèche de 4 mm de long sur la paroi duodénale et avait permis de voir le bout de l'aiguille en caoutchouc sous forme de losange (**Figure 3**). Un avivement des berges et une réparation de la paroi duodénale au vicryl 4/0 par des points séparés étaient réalisés. Les suites opératoires étaient simples et l'alimentation a été autorisée à J2 post opératoire. La sortie a été autorisée à J7 post opératoire. La patiente a été revue plusieurs fois à la consultation, l'examen était sans particularité avec un recul de 7 mois.



Figure 3: Aiguille, après l'extraction.

III. Discussion

L'ingestion de corps étrangers est un accident fréquent chez l'enfant [1] et survient majoritairement avant l'âge de 5 ans [2, 3]. Les corps étrangers les plus fréquemment retrouvés sont les pièces de monnaie, les jouets, les objets pointus et tranchant, les piles et plus rarement les corps étrangers alimentaires (os, arête de poisson). Quarante-vingt à 90% des corps étrangers suivent le transit intestinal sans manifestation clinique ni complication [4].

Les symptômes secondaires à l'ingestion d'un corps étranger, les plus souvent retrouvés dans la littérature sont la douleur cervicale ou retro-sternale, une odynophagie, une dysphagie aigue, un refus alimentaire, une hyper sialorrhée, des vomissements, une toux ou une détresse respiratoire [2]. Rarement une hématurie n'a été un mode de révélation d'une ingestion de corps étranger comme dans notre cas. Brocquet et Al [4] ont rapporté un cas d'hématémèse comme mode de révélation d'un corps étranger intra gastrique. Il s'agissait d'un nourrisson de 11 mois qui avait ingéré une pièce grillagée métallique plane de moins d'un cm de diamètre, retrouvée accolée à la face postérieure de l'antrum pylorique par l'endoscopie.

La plupart des corps étrangers sont radio-transparents [5] et la radio thoraco abdominale n'est pas un examen demandé en première intention devant une hématurie. Dans notre cas, elle a été réalisée en urgence ce qui a permis d'objectiver un corps étranger pointu dans le tube digestif.

Une fois dans l'estomac, 95 % des corps étrangers sont spontanément éliminés. Le corps étranger peut s'incarcérer à plusieurs endroits tout au long du tube digestif, au niveau des zones de rétrécissement physiologique de l'œsophage, dans l'estomac, au niveau des sphincters (pylore et valve iléo-cæcale) et au niveau des angles aigus (duodénum) ou au niveau de l'appendice [1, 4]. Chez notre patiente il était localisé au niveau du bulbe duodénal. Les CE intra-gastriques non traumatisants de petite taille, non caustiques ou non toxiques (pièce de monnaie, bille...) ne sont enlevés qu'en cas de persistance dans l'estomac 3 à 4 semaines ou en cas de complications. Par contre les CE intra-gastriques de grande taille (diamètre supérieur à 20 mm, longueur supérieure à 3 cm avant un an et 5 cm après 1 an), toxiques, caustiques et/ou potentiellement

traumatisants (pointus ou tranchants) sont extraits en urgence. En effet, en cas d'ingestion d'un objet tranchant ou pointu, le risque de complication augmente de moins de 1 % à plus de 30 % [2].

Dix à 20 % des corps étranger peuvent nécessiter une extraction par voie endoscopique ou plus rarement (moins d'1 %) un traitement chirurgical en raison d'une complication majeure (obstruction, perforation, abcès) [4]. C'est ce qui était le cas chez notre patiente qui a bénéficié d'un traitement chirurgical, devant l'impossibilité d'une extraction endoscopique du fait de la localisation du corps étranger transfixiant la paroi duodénale d'une part et l'insuffisance de matériels pédiatriques adéquats et de l'insuffisance de gastro pédiatres expérimentés dans ce domaine d'autre part.

IV. Conclusion

L'ingestion de corps étranger est fréquente chez l'enfant surtout de moins de 5 ans. L'hématémèse peut être un mode de révélation d'une ingestion d'un corps étranger transfixiant la paroi digestive et la chirurgie garde toutes ces indications dans ce cas.

Références

- [1]. L. Michaud, M. Bellaïche, JP Olives. Ingestion de corps étrangers chez l'enfant. Recommandations du Groupe francophone d'hépatologie, gastroentérologie et nutrition pédiatriques. Arch de Pédiatr 2009 ; 16 : 54-61.
- [2]. J.-P. Olives, M. Bellaïche, L. Michaud. Corps étrangers digestifs chez l'enfant. Arch de Pédiatr 2009;16:962-964.
- [3]. Phyllis F. A, Craig A, Diane W, RN, Roger T, Lynn W H, and Sharon T. Rates of Pediatric Injuries by 3-Month Intervals for Children 0 to 3 Years of Age. Pediatrics 2003;111:e683.
- [4]. N. Bocquet, L. Guillot, J.F. Mougnot, F.M. Ruemmele, G. Chéron. Hématémèse chez un enfant de 11 mois : Un mode de révélation rare d'un corps étranger intra gastrique. Archives de pédiatrie 12 (2005) 424-426.
- [5]. Arana A, Hauser B, Hachimi-Idrissi S, Vandénplas Y. Management of ingested foreign bodies in childhood and review of the literature. Eur J Pediatr 2001;160:468-72.

Ibrahima Bocar Wellé, et. al. "Hématémèse : mode de découverte d'une ingestion de corps étranger." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 21(02), 2022, pp. 01-05.