

Inhalation d'un corps étranger bronchique à propos d'un cas

Rama **TOUAHRI**, Abdelbassat **KETFI**

Service de Pneumologie, de Phtisiologie et d'Allergologie (SPPA). Hôpital de Rouiba, Université d'Alger 1, Faculté de Médecine d'Alger, Alger, Algérie.

Résumé :

Nous présentons le cas d'une femme de 25 qui consulte pour toux productive persistante, un stridor, une fièvre et une dyspnée. Les symptômes respiratoires ont commencé brutalement après inhalation d'un corps étranger 15 jours auparavant. La radiographie de thorax était sans anomalies. La bronchoscopie permettra de visualiser un corps étranger dans la bronche intermédiaire droite qui correspond à un morceau de sachet en plastique. La symptomatologie a disparu rapidement après une antibiothérapie et une cure de corticothérapie. Ce cas illustre l'importance de prendre en compte l'inhalation de corps étrangers. Le diagnostic et le traitement reposent sur la bronchoscopie.

Mots clés : corps étranger, sachet plastique, bronchoscopie.

Summary :

We present the case of a 25-year-old woman who consults with persistent productive cough, stridor, fever, and dyspnea. Respiratory symptoms started suddenly after inhaling a foreign body 15 days earlier. The chest x-ray was without abnormalities. The bronchoscopy will visualize a foreign body in the right middle bronchus that corresponds to a piece of plastic bag. The symptoms disappeared after antibiotic and a corticosteroid therapy. This case illustrates the importance of the interventional treatment of the inhalation of foreign bodies. Diagnosis and treatment are based on bronchoscopy.

Keywords : foreign body, piece of plastic bag, bronchoscopy.

Introduction :

L'inhalation de corps étrangers dans les voies respiratoires inférieures est un des accidents classiques.

Un traitement précoce par extraction endoscopique permet le plus souvent une récupération totale sans séquelles.

Cela nécessite cependant une

anamnèse soigneuse pour suggérer un incident d'inhalation. Une endoscopie exploratrice doit être réalisée devant toute évolution respiratoire atypique ⁽¹⁾.

Cas clinique :

Il s'agit d'une femme âgée de

25 ans admise au service de pneumologie de l'EPH de Rouiba.

Les symptômes respiratoires de la patiente ont débuté brutalement depuis 15 jours après inhalation d'un corps étranger qui correspond à un morceau de plastique. Par la suite, elle a présenté une fièvre, apparition d'un

stridor, une toux persistante, des crachats jaunâtres avec dyspnée.

L'examen clinique à l'admission montre une patiente en bon état général avec un poids de 65 kg et une taille de 165 cm. Il n'y a pas de détresse respiratoire au repos et les paramètres vitaux sont les suivants : FR 20/min, FC 91/min, T° 37,6 °C, SaO₂ 97%. L'examen pleuro pulmonaire est sans particularité.

La radiographie de thorax à l'admission était sans particularité. Une bronchoscopie souple a été programmée et réalisée sous anesthésie générale a révélé la présence d'un corps étranger bronchique dans la bronche intermédiaire, à l'entrée du lobe inférieur droite (Figure 1) qui correspond à un morceau d'un sachet en plastique mesurant 2 cm x 1,5 cm, trop éloigné pour être accessible avec la bronchoscope rigide, il a été extrait avec le fibroscope souple à l'aide d'une pince à biopsie. Etant donné la présence d'un granulome inflammatoire (figure 2), la patiente a été mise sous antibiothérapie type amoxicilline 1 g 3 fois par jours et une cure de corticothérapie de 05 jours.

Après deux semaines, la patiente était pratiquement asymptomatique. Une 2^{ème} bronchoscopie de contrôle a été réalisée, le granulome inflammatoire a disparu et l'aspect endoscopique était sans particularité (figure 3).

Discussion :

L'inhalation accidentelle de corps étranger intra bronchique



Figure 1 : Corps étranger à l'entrée de la bronche lobaire inférieure droite

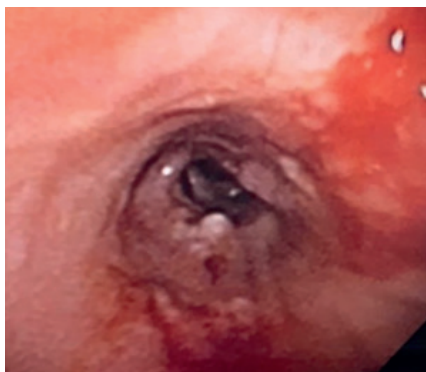


Figure 2 : mise en évidence du granulome inflammatoire.

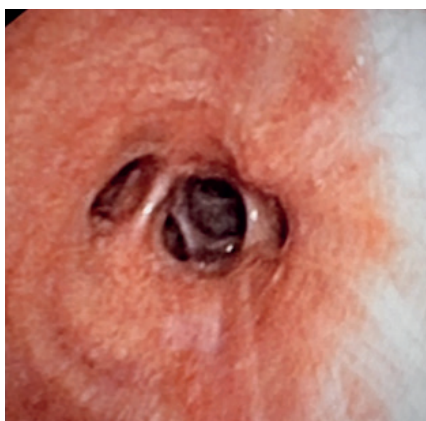


Figure 3 : tronc intermédiaire à droite, aspect endoscopique sans particularité.



Figure 4 : Corps étranger (morceau en plastique)

est particulièrement fréquente dans la première enfance, par rapport à l'âge adulte. Il s'agit d'une urgence diagnostique et thérapeutique. Elle constitue la localisation la plus redoutée en particulier chez l'enfant de moins de trois ans du fait de sa morbidité et sa mortalité qui varie de 0 à 0,7% selon les études ^(2, 3).

Les facteurs qui influencent le risque d'inhalation de CE diffèrent selon l'âge. Chez l'enfant, la fréquence augmente dès l'acquisition de la préhension avec un pic autour de deux ans à l'occasion d'un jeu ou d'une prise alimentaire. Après l'âge de trois ans, lorsque la mastication devient plus efficace, leur fréquence diminue ^(2, 4).

Chez l'adulte, des études rétrospectives ont suggéré que les principales causes sont la diminution de la vigilance due à un état d'ivresse, une prise de sédatifs, une anesthésie générale, un traumatisme ou un handicap physique, un terrain de psychopathie, les émotions brutales au cours des repas et certaines professions (couturiers, cordonniers, menuisiers...).

Chez le sujet âgé, on note une prédisposition particulière aux fausses routes pendant le sommeil surtout à cause de la diminution du réflexe tussigène et de la déglutition en rapport soit avec la sénescence soit avec des maladies neuromusculaires (Sclérose latérale amyotrophique, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson) soit avec certaines prescriptions médicamenteuses (anticholinergiques, antipsychotiques ou anxiolytiques) ^(5, 4, 6).

L'inhalation de corps étrangers bronchiques est une des indications majeures de bronchoscopie thérapeutique.

L'anamnèse est souvent positive pour un incident d'inhalation, ce qui impose une exploration, habituellement dans les 24 heures selon la sévérité des symptômes respiratoires.

La radiographie de thorax est normale dans près du tiers des cas. Une radiographie en expiration peut cependant mettre en évidence un *air-trapping* persistant et augmenter la sensibilité radiologique. Toutefois, en cas d'anamnèse suggestive, l'exploration endoscopique reste nécessaire même en cas de bilan radiologique normal^(1, 7).

Dans le cas clinique présenté, l'interrogatoire a révélé la notion d'inhalation d'un corps étranger et les symptômes évocateurs initiaux (apparition brutale d'un stridor suivi de toux persistante et de dyspnée) ont permis de faire le diagnostic sans attendre les examens complémentaires.

L'extraction des corps étrangers se fait habituellement par bronchoscopie rigide avec une optique montée sur une pince à corps étranger. Il s'agit d'un matériel coûteux mais qui a une longue durée de vie. Dans des cas sélectionnés (comme celui présenté), l'extraction peut se faire par bronchoscopie souple via le canal d'irrigation/instrumentation du fibroscope.

Le granulome inflammatoire est une des complications fréquemment observée après inhalation

du corps étranger. Sa survenue augmente le risque d'échec de l'extraction par fibroscopie souple⁽¹⁰⁾.

Une étude⁽¹⁰⁾ a été faite en Tunisie (2014-2020) ayant inclus 74 enfants hospitalisés au service de pneumologie pour inhalation du corps étranger. Les malades ont été divisés en deux groupes : groupe 1 : présence d'un granulome à la fibroscopie bronchique (n = 32), groupe 2 : corps étranger sans granulome (n = 42).

Un granulome inflammatoire a été trouvé dans 43,2%. L'extraction du corps étranger par fibroscopie souple était possible dans 90% des cas dans le groupe compliqué de granulome versus 100% dans le groupe sans granulome.

Une disparition du granulome inflammatoire après corticothérapie inhalée a été observée dans la majorité des cas. La nature oléagineuse du corps étranger ainsi que le retard diagnostique étaient les facteurs associés à la formation du granulome inflammatoire endobronchique⁽¹⁰⁾.

Si le corps étranger n'est pas retiré, l'évolution va inéluctablement vers une destruction progressive de la structure broncho-pulmonaire en aval et la nécessité à long terme de lobectomie.

Conclusion :

L'inhalation de CE intra bronchique est un accident rare chez l'adulte bien que sa prévalence augmente avec l'âge du fait de certains facteurs prédisposant.

La présence d'un syndrome de pénétration, même en l'absence d'un examen radio clinique fortement évocateur, impose une exploration endoscopique à visée diagnostique et thérapeutique.

Le granulome inflammatoire est une des complications fréquemment observée après inhalation du corps étranger. Sa survenue augmente le risque d'échec de l'extraction par fibroscopie souple.

La chirurgie d'extraction est une alternative finale en cas d'échec de celle-ci ou de lésions parenchymateuses irréversibles.

Le cas clinique présenté illustre bien l'importance de la bronchoscopie, en particulier pour l'extraction de corps étrangers dans les voies respiratoires.

Références bibliographiques :

- 1- Aydođan LB, Tuncer U, Soyly L, Kirođlu M, Ozsahinoglu C : Rigid bronchoscopy for the suspicion of foreign body in the airway. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006 ; 70 : 823-8
- 2- Mnejja M, Chakroun Am, Bougacha L, Smaoui L, Ben Salah M, Chakroun A, Hammami B, Charfeddine I, Ghorbel A. Bronchoscopie pour inhalation de corps étrangers chez l'enfant : à propos de 223 cas. *Arch Pédiatr*. 2012 ; 19(6): 670-674. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 3- Hebbazi A, Afif H, El Khattabi W, Aichane A, Bouayad Z. L'épingle à foulard: un corps étranger intrabronchique. *Rev Mal Respir*. 2010 ; 27(7):724-728. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 4- Caidi M, Kabiri H, Lazrek I, El Maslout A, Ben Osman A. Chirurgie des corps étrangers intrabronchiques. *Ann Chir*.

2002;127(6):456–60. [PubMed] [Google Scholar].

5- Herrak L, Ouadnoui Y, Msougar Y, Maidi M, Fennane H, Oouchen H, et al. Une extraction dentaire chèrement payée. *Rev Pneumol Clin*. 2011;67(5):330–33. [PubMed] [Google Scholar]

6- Timbo SK, Keita MA, Doumbia-Singare K, Togola-Konipo F, Traore L, Guindo B, et al. Handicap et corps étrangers ORL: A propos de quatre observations originales. *Mali Med*.

2010;25(2):50–5. [PubMed] [Google Scholar].

7- Göktas O, Snidero S, Jahnke V, Passali D, Gregori D : Foreign body aspiration in children : field report of a German hospital. *Pediatr Int* 2010 ; 52 : 100-3

8- S. Van Steirteghem, C. Umuhoza et G. Casimir, Inhalation d'un corps étranger bronchique au Centre Hospitalier Universitaire de Kigali, Rwanda, *Rev Med Brux* 2013 ; 34 : 431-5.

9- Karande S, Vaideeswar P, Muranjan M. Muddy clinical waters: a missed be-

tel nut in the bronchus. *BMJ Case Rep*. 2015 Nov 23; doi: 10.1136/bcr-2015-212919.

10- N. Boubaker N. Boubaker M. Ferchichi S. Belkhir I. Khalfallah B. Hamdi A. Hamzaoui, Facteurs de risque de formation du granulome inflammatoire après inhalation de corps étrangers, *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, Volume 13, Issue 1, January 2021, Pages 147-148.