



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## CAS CLINIQUE

# Difficultés diagnostiques et complications des corps étrangers des voies respiratoires inférieures chez l'enfant : à propos d'un cas



*Diagnosis challenges and complications due to foreign bodies in lower respiratory tracts for infants: A case study*

N.R. Diagne-Guèye<sup>a,\*</sup>, N. Ndiaye-Diawara<sup>a</sup>,  
A.A. Ndongo<sup>a</sup>, P.M. Faye<sup>b</sup>, I. Basse<sup>a</sup>, M. Guèye<sup>c</sup>,  
C.S. Diouf<sup>a</sup>, A. Ly-Bâ<sup>b</sup>, S. Ndong<sup>b</sup>, M. Dramé<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Service de pédiatrie, hôpital pour enfants de Diamniadio, Diamniadio, Sénégal

<sup>b</sup> Centre hospitalier national d'enfants Albert-Royer, Dakar, Sénégal

<sup>c</sup> Centre hospitalier Abass Ndao, Abass Ndao, Sénégal

<sup>d</sup> Pôle recherche et santé publique, hôpital Robert-Debré, CHU de Reims, 51092 Reims cedex, France

Reçu le 24 septembre 2015 ; accepté le 4 avril 2016

### MOTS CLÉS

Corps étranger des voies respiratoires ; Endoscopie bronchique ; Complications ; Dilatation des bronches

### KEYWORDS

Foreign body; Lower respiratory tracts; Bronchoscopy; Complications; Bronchiectasis

## Introduction

L'inhalation de corps étrangers est un accident fréquent en pathologie pédiatrique, particulièrement chez le nourrisson et le jeune enfant. C'est l'accident mortel domestique le plus fréquent de l'enfance [1]. C'est la deuxième cause d'hospitalisation chez l'enfant dans les services d'ORL au Sénégal [2]. Sa gravité réside dans la mise en jeu du pronostic vital immédiat, mais aussi dans le risque de survenue de complications et de séquelles graves. Le syndrome de pénétration, très évocateur, permet de poser rapidement le diagnostic et la mise en œuvre d'un traitement adéquat. Malheureusement, il est parfois méconnu, entraînant une errance dans le diagnostic et la prise en charge [3], exposant ainsi l'enfant à des complications respiratoires graves telles que la dilatation des bronches. Le diagnostic de certitude repose sur l'endoscopie bronchique qui permet, le cas échéant, une extraction du corps étranger. Cependant, il n'est pas rare que cet examen ne permette pas de retrouver le corps inhalé, même en présence de signes indirects très évocateurs.

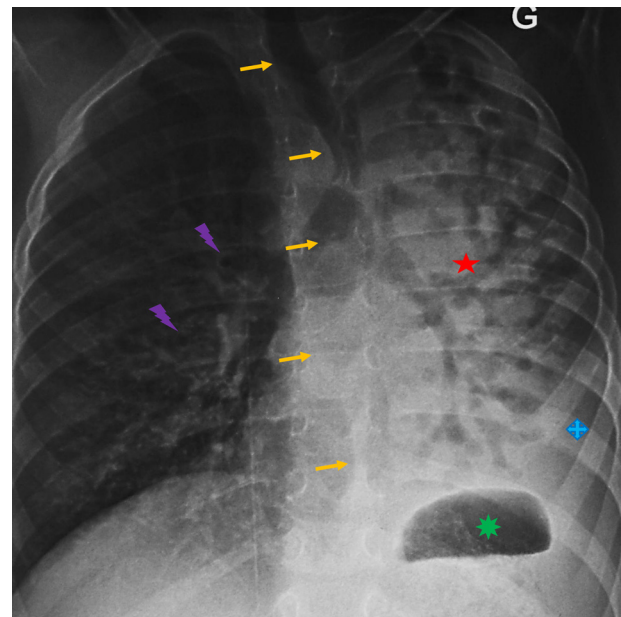
\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rama.diagne24@yahoo.fr (N.R. Diagne-Guèye).

Nous rapportons dans ce travail, l'observation clinique d'une fillette de cinq ans qui présentait une dilatation des bronches, secondaire à une inhalation de corps étranger.

## Observation

D.T. est une fillette de cinq ans, cadette d'une fratrie de quatre enfants, correctement vaccinée selon le Programme élargi de vaccination en vigueur au Sénégal, sans notion de contagé tuberculeux. Elle a été reçue le 28 avril 2015 pour toux, difficultés respiratoires et fièvre. Ce tableau évoluait depuis août 2014. La symptomatologie serait apparue de façon progressive selon la mère, marquée par une toux quinteuse, émetisante et suffocante. Elle avait alors motivé une consultation dans un poste de santé (dirigé par un infirmier) où elle fut traitée pour asthme sans succès. La patiente avait ensuite été référée à l'hôpital régional de Thiès où elle a été hospitalisée le 3 décembre 2014 pour pneumonie massive gauche. L'absence d'amélioration clinique sous traitement antibiotique et des images d'atélectasie gauche à la radiographie du thorax avaient fait secondairement suspecter un corps étranger des voies respiratoires inférieures. Elle avait alors bénéficié d'une endoscopie bronchique réalisée au service d'ORL et chirurgie cervicofaciale du centre hospitalier universitaire de Fann (Dakar). Cet examen ne retrouva pas de corps étranger, mais objectiva des signes indirects au niveau de la bronche souche gauche à type d'œdème, de muqueuse inflammatoire, avec des sécrétions et grumeaux blanchâtres. La recherche de BAAR effectuée sur ce prélèvement était revenue négative. Elle fut alors mise sous antibiotiques, antalgiques et corticoïdes avant d'être renvoyée à l'hôpital régional de Thiès. Devant l'absence d'amélioration de la symptomatologie, la patiente fut adressée cette fois-ci au service d'ORL à l'hôpital pour enfants de Diamniadio pour une deuxième endoscopie que les parents n'ont pas pu faire pour des raisons financières. La patiente a donc été perdue de vue pendant trois mois. Elle a été revue en Mars 2015, à l'hôpital Barthimée de Thiès dans un tableau de détresse respiratoire. Un examen cytobactériologique des crachats (ECBC) et une tomодensitométrie (TDM) thoracique furent demandés à titre externe: l'ECBC permit l'isolement d'*Enterobacter cloacae* et de *Pseudomonas* spp, sensibles aux céphalosporines de troisième génération (CSP3G). La TDM thoracique quant à elle retrouva une pneumopathie infiltrante diffuse avec bronchectasies et bronchocèles, faisant évoquer des séquelles de tuberculose pulmonaire. Elle nous fut ensuite adressée, pour prise en charge. Nous l'avons donc reçue le 28 avril 2015 dans un tableau de toux quinteuse émetisante avec expectorations purulentes et fétides, détresse respiratoire sévère, un syndrome infectieux et un syndrome de condensation pulmonaire gauche. Le bilan réalisé à l'entrée avait retrouvé une CRP positive à 192, une hyperleucocytose à 15 000 globules blancs/mm<sup>3</sup>, à prédominance lymphocytaire. La radiographie du thorax mettait en évidence au niveau du champ pulmonaire gauche une atélectasie par obstruction bronchique avec bronchectasies, une surinfection avec foyer alvéolaire et épanchement pleural: au niveau du champ pulmonaire droit, on notait un syndrome bronchique (Fig. 1).



**Figure 1.** Radiographie standard du thorax (incidence de face). Interprétation: asymétrie des volumes pulmonaires au détriment du gauche. Opacité alvéolaire de la quasi-totalité du champ pulmonaire gauche contenant des clartés aériques arrondies, en « grappes », à parois épaisses compatibles avec des bronches dilatées (★). Opacité dense homogène, basale, à limite supérieure concave vers l'aisselle, comblant le cul de sac costo-phrénique homolatéral (◆). Attraction du médiastin (→) avec hernie du poumon droit. Ascension de la coupole diaphragmatique gauche et de la poche à air gastrique (★). Épaississements bronchiques avec images en « anneaux » et en « rails » (⚡).

La patiente a par la suite été référée aux services de pneumologie ou l'indication de pneumectomie gauche a été posée.

Elle est décédée deux semaines plus tard d'une surinfection à *Klebsiella pneumoniae* multi-résistant. La pneumectomie n'avait pas encore été réalisée.

## Discussion

L'inhalation de corps étranger reste un problème de santé publique. Son incidence est de 4 pour 1000 enfants en France [4]; aux États-Unis, elle est responsable de 7% des décès accidentels chez les enfants de moins de 4 ans [4]. Au Sénégal, elle constitue le deuxième motif d'hospitalisation des enfants dans les services d'ORL [2]. Cependant, malgré sa fréquence et les nombreux travaux consacrés à cette pathologie, des difficultés liées à son diagnostic entraînent, encore dans nos régions, un retard de prise en charge pouvant parfois mener à des complications et des séquelles dramatiques [3,5].

Tout comme chez notre patiente, cet accident survient en général avant trois ans dans la majorité des études consacrées à cette pathologie. Cette tranche d'âge représentait, en effet, 83% des cas répertoriés dans les travaux

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4169662>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4169662>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)