



Corps étranger du cavum : à propos de deux cas insolites à Niamey (Niger) / *Nasopharyngeal foreign body: about two uncommon cases in Niamey*

Djafarou AB, Illé S, Boubacar M, Timi N, Magagi A, Amadou Issa S, Dan Sono A.

RÉSUMÉ

Tout objet que peut saisir un enfant peut être porté dans les orifices naturels de la face et déterminer un corps étranger ORL. Cependant, que l'objet se retrouve dans le cavum (nasopharynx) est une situation extrêmement rare. Quelque fois, la nature du corps étranger peut être surprenante.

Nous rapportons deux cas insolites de corps étrangers du cavum, l'un chez un nourrisson et l'autre chez un adolescent. Le diagnostic clinique était aisé, aidé de la radiographie et l'extraction s'est faite par voie orale sous anesthésie générale. Les suites étaient simples dans les deux cas.

Mots clés :

-Corps étranger;
-Nasopharynx;
-Enfant;
-Niamey.

ABSTRACT

Any object that a child can grasp can be carried in the natural orifices of the face and determine an ENT foreign body. However, for the object to end up in the cavum (nasopharynx) is an extremely rare situation. Sometimes the nature of the foreign body can be surprising.

We report two unusual cases of foreign bodies in the cavum, one in an infant and the other in an adolescent. The clinical diagnosis was easy, helped by radiography and the extraction was done by oral route, under general anesthesia. There were no postoperative complications in both cases.

Keywords:

-Foreign body;
-Nasopharynx;
-Infant;
-Niamey.

INTRODUCTION

Les corps étrangers du cavum (CEC) sont rares en pratique ORL. La situation anatomique du cavum n'en fait pas un siège de prédilection [1-2]. Cependant, un violent effort de toux ou de vomissement peut déplacer un corps étranger oropharyngé ou hypopharyngé voire œsophagien dans le cavum (nasopharynx). Parfois, une manipulation de corps étranger oral ou nasal peut occasionner son enclavement dans le cavum [3].

Nous rapportons ici deux cas cliniques inédits de CEC, l'un introduit par la cavité orale et l'autre par la fosse nasale.

Cas clinique 1

Il s'agissait d'un nourrisson de 2 ans, de sexe masculin, qui nous a été amené par ses parents pour la prise en charge d'un corps étranger métallique introduit dans la bouche. Selon l'entourage, il jouait, l'objet dans la bouche lorsqu'il a commencé à pleurer, ne pouvant plus le ressortir. Il s'en est suivi plusieurs tentatives d'extractions infructueuses occasionnant des vomissements et une hémorragie buccale qui a poussé les parents à le conduire à l'Hôpital National de Niamey.

L'enfant était calme avec un bon état général et une hypersialorrhée. L'examen de la cavité orale et de l'oropharynx retrouvait une partie du corps étranger métallique en dehors de la cavité orale, de forme spiralée avec un bout crochu. L'autre bout n'était pas visible, accroché derrière le voile du palais. La radiographie du cavum de profil révélait que le bout crochu était enfoncé dans le cavum (figure 1 a).

Sous anesthésie générale, après mise en place d'un ouvre bouche de Boyle Davis, le corps étranger a été décroché du cavum permettant ainsi son l'extraction. L'extraction a été facile et non hémorragique. L'objet était un ressort de lit, mesurant 15cm (figure 1 b). Une antibiothérapie associant un lavage rhinopharyngé au sérum physiologique fut instaurée. Les suites furent simples.

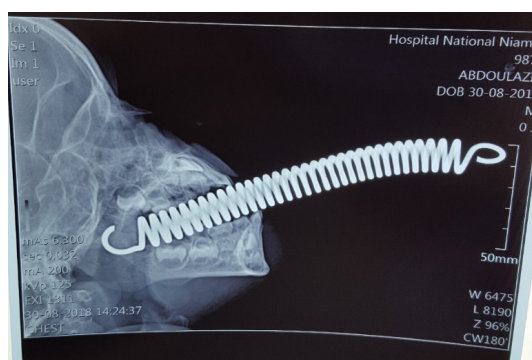


Fig. 1 a : radiographie du crâne de profil, montrant l'extrémité crochue dans le cavum / Anglais



Fig. 1 b :le corps étranger extrait, mesurant 15 cm /Anglais

Cas clinique 2

Il s'agissait d'un adolescent de 17 ans qui nous a été amené par son professeur d'école pour introduction volontaire d'un objet métallique pointu dans la fosse nasale gauche. En effet, le jeune garçon avait l'habitude de jouer des « tours de magie » à ses camarades de classe, en introduisant des clous dans la fosse nasale pour les ressortir par la cavité orale. Ce jour, l'objet, étant de nature différente et pointue, n'est pas ressorti, s'accrochant quelque part sur le trajet nasopharyngé.

A l'admission, à l'Hôpital National de Niamey, il ne présentait aucune manifestation clinique notamment respiratoire ou rhinologique et semblait jouir de toutes ses facultés mentales. L'examen rhinoscopique laissait entrevoir le bout métallique dans la fosse nasale gauche, derrière le cornet inférieur. L'oropharynx était libre. La radiographie du crâne de face faite aux urgences mettait en évidence l'objet métallique dans le cavum (figure 2 a).

Nous avons pratiqué une anesthésie générale avec intubation orotrachéale. Après mise en place de l'ouvre-bouche, nous avons relevé le voile à l'aide d'une sonde de Nélaton introduite dans la fosse nasale droite et sortie par la cavité buccale. Ceci nous a permis de retrouver le bout pointu de l'objet enfoui dans la muqueuse de la paroi postérieure du cavum.

Nous avons ensuite procédé à l'extraction de l'objet par voie orale à l'aide d'une pince. Il s'agissait du bras pointu d'un compas métallique et il mesurait 09cm de long (figure 2 b). Les suites furent simples.

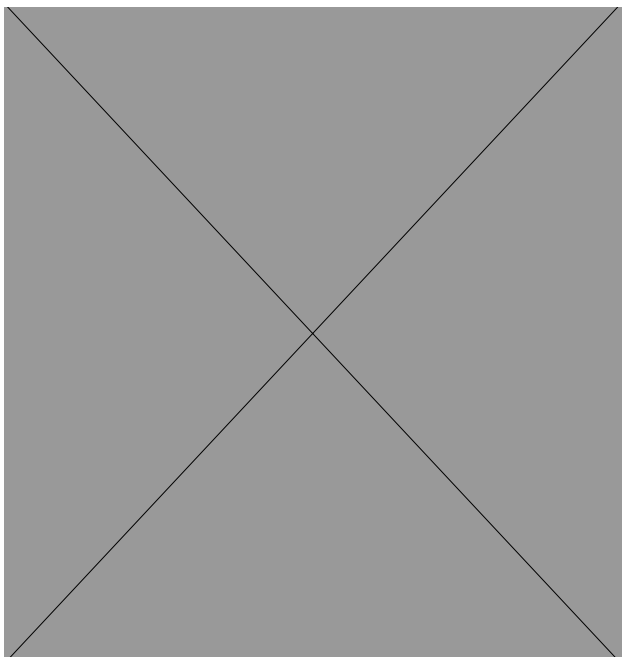


Fig2 a : radiographie du crâne de face montrant le corps étranger radio-opaque de la fosse nasale gauche, pointant vers le cavum / Anglais (PRIERE RENOYER L'IMAGE)



Fig. 2 b : le corps étranger mesurant 9cm / Anglais

DISCUSSION

Le cavum n'est pas un siège fréquent de corps étranger ^[1]. C'est un espace certes assez large mais pas facilement accessible. En effet, il s'ouvre en avant sur les fosses nasales, plus étroites, où ces corps étrangers sont le plus souvent retenus et il est protégé en bas, des régurgitations provenant de l'oropharynx, par le sphincter vélo-pharyngé. Cependant, certaines situations peuvent expliquer la survenue des corps étrangers du cavum. Il s'agit :

- des efforts de vomissement ou de toux, des manipulations pouvant projeter un objet de l'oropharynx, de l'hypopharynx ou de l'œsophage vers le cavum ^[2] ;
- de pénétration au décours d'un traumatisme ou iatrogène^[4] ;
- de tentatives d'extraction d'un corps étranger nasal au doigt ^[1,3].

L'ingestion et l'inhalation de corps étranger sont des accidents fréquents chez l'enfant de moins de 10 ans avec un pic vers la deuxième année de vie ^[5]. Ceci colle parfaitement avec notre premier cas mais constitue une grande particularité pour le second qui intéresse l'adolescent. En effet, à cet âge, l'introduction des corps étrangers dans les orifices naturels relève plus souvent d'un trouble du comportement ou d'un retard mental ^[6]. Notre cas s'apparente à celui d'Onakoya ^[7] qui rapporte un incident

similaire chez un magicien qui s'est retrouvé avec une aiguille dans le cavum.

Sur le plan clinique, les CEC peuvent rester longtemps silencieux ou présenter une symptomatologie simulant une rhinosinusite ou des végétations adénoïdes notamment une obstruction nasale, une rhinorrhée purulente, une épistaxis ou une halitose ^[8-9]. Parfois, il s'agit d'un tableau otologique avec otalgie, otorrhée, hypoacousie^[10]. Devant une suspicion de CEC, il est particulièrement nécessaire de demander aux parents si l'enfant jouait avec ses frères et sœurs, ou d'autres enfants pouvant lui introduire un quelconque objet la cavité orale ou la fosse nasale. La symptomatologie clinique était particulièrement bruyante dans notre première observation, probablement due à la taille du corps étranger, responsable d'une participation oropharyngée à type d'hypersialorrhée et de vomissements.

Le diagnostic repose sur la visualisation du corps étranger grâce à l'endoscopie souple ou rigide^[1,3,5]. Une radiographie latérale du crâne centrée sur le cavum permet de mettre en évidence un corps étranger radio-opaque ^[11].

Dans nos observations, l'histoire clinique a clairement orienté le diagnostic et la radiographie a précisé la localisation du corps

étranger dans le premier cas. Dans le second cas, la mauvaise incidence (radiographie du crane de face) ne nous permettait pas d'être formel sur le siège exact du bras du compas. Et dans notre contexte rural, le plateau technique ne nous permet pas de réaliser une endoscopie.

Les complications, auxquelles peut exposer un CEC, sont l'asphyxie due à la migration du corps étranger dans les voies respiratoires inférieures soit durant les tentatives d'extraction, soit pendant que l'enfant joue, soit après un reniflement forcé^[1,5]. Le risque d'épistaxis par ulcération muqueuse ainsi que le risque d'inhalation nécessitent une prise en

charge dès que le diagnostic est posé^[9].

Le meilleur traitement consiste en l'extraction du corps étranger sous anesthésie générale avec protection des voies aériennes par une intubation comme ce fut le cas pour nos deux patients. Cette extraction doit se faire avec douceur sous un parfait contrôle de la vue pour éviter les traumatismes des tissus environnants. Des complications à type de perforation de la paroi postérieure et la formation d'abcès retro pharyngé ont été rapportées^[7]. Chez nos deux patients, l'extraction a été faite sans difficulté majeure et les suites opératoires ont été simples.

CONCLUSION

Les corps étrangers du cavum sont rares. Le diagnostic clinique peut être aisé devant une histoire clinique claire. Cependant, la radiographie latérale du cavum parfois aidée de l'endoscopie peut être nécessaire

au diagnostic. Dans tous les cas, l'extraction doit se faire rapidement, s'entourant de toutes les précautions pour éviter la survenue de complications.

RÉFÉRENCES

136

- Garg S.** Nasopharyngeal foreign bodies: Need for awareness to avoid digital manipulation in an oral foreign body. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedex.2014.04.001>.
- Middleton WG, Lawson VG.** fishing for foreign bodies. *J. Otolaryngol* 2006; 15: 124-6.
- Oysu C, Yilmaz HB, Sahin AA.** Marbalimpaction in the nasopharynx following oral ingestion. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol* 2003;263:522-3
- Ozer C.** A forgotten gauze pack in the nasopharynx: an unfortunate complication of adenotonsillectomy. *American Journal of Otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery* 2007; 28:191-3.
- Calmels M N, Bergè C.** ENT foreign bodies in children. *Archives de Pédiatrie* 2009;16:956-8.
- Kanotra S, Lateef M, Ahmed S.** Nasopharyngeal foreign bodies. *Indian Journal of Clinical Practice* 2012; 22(8) : 392-6
- Onakoya PA, Adoga AA, Adoga AS, Galadima C, Nwaorgu OG.** An unusual rhino-pharyngeal foreign body. *West Afr J Med* 2005 ;24(1):89-91.
- Eghedari F.** Long lasting nasopharyngeal foreign body, *Otolaryngology- Head and Neck Surgery*2003;129 :293-4.
- Foma W, Amana B, Pegbessou E, Tagba E, BokoE, Kpémissi E.** Corps étrangers du cavum : à propos de deux cas chez le nourrisson. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 2017 ;30 :17-9.
- Swain SK, Sahu MC.** An unusual presentation of long-standing foreign body at nasopharynx of a child: a case report. *Pediatr Pol.* (2016). <http://dx.doi.org/10.1016/j.pepo.2019.02.001>.
- Sunkum JKAG.** Nasopharyngeal foreign body in an young child. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*2011;63(3):285-6.

Conflit d'intérêt???

Contribution de chaque co-auteur???