

**UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR
(UASZ)**

**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
DES SCIENCES DE LA SANTE (UFR-2S)**



ANNEE 2021

N° 36

***Corps étrangers chez l'enfant au service d'ORL du
Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor : Aspects
épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à
propos de 431 cas***

THESE

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLÔME D'ETAT)**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 16 Décembre 2021

Par

Mme Nicole Bernadette DIATTA

Née le 23 Novembre 1992 à Rufisque (Sénégal)

MEMBRES DU JURY

PRESIDENT:	M.	Ansoumana	DIATTA	Professeur Titulaire
MEMBRES:	M.	Bay Karim	DIALLO	Professeur Titulaire
	Mme	Evelyne Siga	DIOM	Professeur Titulaire
	Mme	Marie Joseph	DIEME	Professeur Assimilé
DIRECTEUR DE THESE:	M.	Bay Karim	DIALLO	Professeur Titulaire

REPUBLIQUE DU SENEGAL
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR,
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION



UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR (UASZ)
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
DES SCIENCES DE LA SANTE (UFR-2S)



DIRECTION ET ADMINISTRATION

Directeur	M. Noël Magloire MANGA
Vice-Directeur	M. Ansoumana DIATTA
Chef département de Biologie et Explorations fonctionnelles	M. Assane NDIAYE
Chef du département de Chirurgie et Spécialités chirurgicales	M. Serigne M K GUEYE
Chef du département de Médecine et Spécialités médicales	M. Simon J S MANGA
Cheffe des Services Administratifs	Mme Aïo Marie Anne Béty MANGA

Ziguinchor, Le 01 décembre 2021

**I. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT UFR SCIENCES DE
LA SANTE - UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR**

ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2021

PROFESSEURS TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
M. Alassane	DIATTA	Biochimie
M. Ansoumana	DIATTA	Pneumologie
Mme Evelyne Siga	DIOME	ORL
M. Boubacar	FALL	Urologie
M. Noël Magloire	MANGA	Maladies Infectieuses
M. Assane	NDIAYE	Anatomie

PROFESSEURS ASSIMILES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
M. Cheikh	DIOUF	Chirurgie pédiatrique
♦M. Serigne Modou	Kane GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Yaya	KANE	Néphrologie
M. Issa	WONE	Santé Publique

MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
♦ M. Denis	BARBOZA	Anesthésie-Réanimation
M. Simon Joël	MANGA	Cardiologie
M. Lamine	THIAM	Pédiatrie

MAÎTRES DE CONFERENCES ASSIMILES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
† M. Mouhamadou	AIDARA	Imagerie Médicale
Mme Mame Ngoné	COLY	Hématologie Biologique
M. Kalilou	DIALLO	Maladies infectieuses
M. Abdoulaye	DIOP	Neurochirurgie
M. Abdoulaye	DIOP	Parasitologie-Mycologie
M. Ibrahima	DIOUF	Physiologie
M. Adama	KOUNDOUL	Psychiatrie
M. Habibou	SARR	Bactériologie virologie
M. Fabrice	SENGHOR	Anatomie pathologique
♦ M. Oumar	SOW	Chirurgie générale
† Mme Mame Aïssé	THIOUBOU	Hépto-Gastro-entérologie

**II. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT VACATAIRE UNIVERSITAIRE
ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2021**

PROFESSEURS TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
¹ M. Abdoulaye	BA	Physiologie
¹ M. Codé	BA	Neurochirurgie
¹ M. Serigne Abdou	BA	Cardiologie
¹ M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
⁽⁷⁾ M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
² M. Chérif	BALDE	Chimie
+ ¹ M. Fallou	CISSE	Physiologie
¹ M. Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie-Virologie
¹ M. Saïdou	DIALLO	Rhumatologie
² M. Alassane	DIEDHIOU	Mathématiques
¹ M. Tandakha Ndiaye	DIEYE	Immunologie
¹ M. Saliou	DIOP	Hématologie
¹ M. Seydou Nourou	DIOP	Médecine interne
³ Mme Sylvie Audrey	DIOP	Maladies Infectieuses
¹ M. Boucar	DIOUF	Néphrologie
² M. Kobor	DIOUMA	Physique
¹ M. Mamadou	FALL	Toxicologie
¹ M. Babacar	FAYE	Parasitologie-Mycologie
¹ M. Papa Lamine	FAYE	Psychiatrie
² M. Abdoulaye	GASSAMA	Chimie
³ M. Adama	KANE	Cardiologie
¹ M. Assane	KANE	Dermatologie-Vénérologie
¹ M. ModouOumy	KANE	Physiologie
³ M. Ibrahima	KONATE	Chirurgie générale
⁴ M. Anatole	LALEYE	Histo-Embryologie et Biologie cellulaire
¹ M. Abdoulaye	LEYE	Endocrinologie
¹ M. Mamadou	MBODJ	Biophysique
¹ M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie
¹ M. Fatou Samba	DIOGO NDIAYE	Hématologie clinique
¹ M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
¹ M. Mor	NDIAYE	Médecine du Travail
¹ M. Moustapha	NDIAYE	Neurologie Médicale

¹ M. Souhaïbou	NDONGO	Rhumatologie
¹ Mme Maïmouna	NDOUR	Médecine Interne
¹ M. Oumar	NDOYE	Biophysique
¹ M. Abdoulaye	POUYE	Médecine interne
¹ M. André Daniel	SANE	Orthopédie-Traumatologie
¹ Mme Anna	SARR	Médecine interne
¹ M. Moussa	SEYDI	Maladies infectieuses
¹ M. Guata Yoro	SY	Pharmacologie
¹ M. Roger Clément Kouly	TINE	Parasitologie-Mycologie
⁵ M. Amadou	TOURE	Histo-Embryologie

† In Memoriam

⁽¹⁾UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

⁽²⁾UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

⁽³⁾UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

⁽⁴⁾BENIN

⁽⁵⁾MALI

⁽⁶⁾UADB : Université Amadou Diop Bambey

⁽⁷⁾EISMV

⁽⁸⁾UT : Université de Thiès

PROFESSEURS ASSIMILES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
⁷ M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
¹ Mme Marie Louis	BASSENE	Hépto-Gastro-Entérologie
¹ M. Mamadou	COUME	Gériatrie-Gérontologie
¹ M. William	DIATTA	Botanique
¹ M. Chérif Mouhamed M.	DIAL	Anatomie pathologique
¹ M. Rokhaya NDIAYE	DIALLO	Génétique
¹ Mme Marie Joseph	DIEME	Anatomie pathologique
¹ M. Pape Adama	DIENG	Chirurgie cardio-vasculaire
¹ M. Papa Saloum	DIOP	Chirurgie Générale
⁸ Mme Pauline	DIOUSSE	Dermatologie-Vénérologie
¹ M. Amadou Lamine	FALL	Pédiatrie
¹ Mme Seynabou	FALL	Hématologie clinique
¹ M. Abdou Magib	GAYE	Anatomie pathologique
³ M. Philippe	MANYACKA	Anatomie
⁸ Mme Arame	MBENGUE	Physiologie
¹ M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire

¹M. Mohamed

SOUMAH

Médecine Légale

¹M. Ibou

THIAM

Anatomie pathologique

† In Memoriam

⁽¹⁾UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

⁽²⁾UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

⁽³⁾UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

⁽⁴⁾BENIN

⁽⁵⁾MALI

⁽⁶⁾UADB : Université Amadou Diop Bambey

⁽⁷⁾EISMV

⁽⁸⁾UT : Université de Thiès

MAÎTRES DE CONFÉRENCES TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
¹ M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
² M. Magatte	CAMARA	Chimie
² Mme Mame Kouna DIAW	DABO	Anglais
¹ M. Mouhamed	DAFFE	Ortho-Traumatologie
² M. Abel	DIATTA	Informatique
¹ Mme Armandine E. R.	DIATTA	Médecine du Travail
¹ M. Demba	DIEDHIOU	Maladies infectieuses
¹ M. Amadou	DIOP	Bactériologie-Virologie
² M. Babacar	DIOP	Anglais
¹ M. Jean Pascal Demba	DIOP	Génétique
¹ M. Lamine	DIOP	Bactériologie-Virologie
¹ M. Doudou	DIOUF	Oncologie
¹ Mme Absa LAM	FAYE	Toxicologie
¹ M. Atoumane	FAYE	Médecine Interne
² Mme Fatoumata	HANNE	Socio-Anthropologie médicale
¹ M. Aly Mbara	KA	Ophtalmologie
² M. Clément	MANGA	Mathématiques
² M. Mbaye Diagne	MBAYE	Chimie
⁶ M. Amadou	NDIADE	Histologie-Embryologie
² M. Lat Grand	NDIAYE	Physique
² M. Moustapha	NDIAYE	Informatique
² M. Abdoulaye	NDIOUCK	Epistémologie médicale
¹ Mme Sokhna	SECK	Psychologie

¹ M. Doudou	SOW	Parasitologie-Mycologie
¹ Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie
² M. Moustapha	THIAM	Physique
² M. Modou	TINE	Physique
¹ M. Aminata	TOURE	Toxicologie

† In Memoriam

⁽¹⁾UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

⁽²⁾UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

⁽³⁾UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

⁽⁴⁾BENIN

⁽⁵⁾MALI

⁽⁶⁾UADB : Université Amadou Diop Bambey

⁽⁷⁾EISMV

⁽⁸⁾UT : Université de Thiès

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSIMILÉS

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
¹ Mme Fatimata	BA	Physiologie
† ¹ M. El H Amadou L	BATHILY	Biophysique
† ¹ M. Jean pierre	DIAGNE	Ophtalmologie
³ M. Amadou Cambel	DIENG	Management
¹ Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie

III. ENSEIGNANTS VACATAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
Mme Mame KounaDiAW	DABO	Anglais
M. Demba	DIAGNE	Secourisme
M. Malick	FAYE	Soins infirmiers
M. Karim	GUARBA	Anatomie
M. Abdoulaye	KEITA	Secourisme
M. Abbé Michel	MENDY	Santé publique
†M. Jacques	SENGHOR	Anatomie

† In Memoriam

⁽¹⁾UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

⁽²⁾UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

⁽³⁾UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

⁽⁴⁾BENIN

⁽⁵⁾MALI

⁽⁶⁾UADB : Université Amadou Diop Bambey

⁽⁷⁾EISMV

⁽⁸⁾UT : Université de Thiès

**DEDICACES ET
REMERCIEMENTS**

Je dédie ce modeste travail

A Papa Ferdinand et Maman Catherine

Aucun mot ne saurait exprimer la profondeur de mon amour et de mon affection envers vous.

Vous avez toujours cru en moi malgré les dures épreuves de la vie.

Papa, tu as été le premier à m'appeler « Docteur » depuis ma première année et voilà aujourd'hui, le jour tant attendu est arrivé.

Le fait d'être loin de vous m'a donné la force de travailler dur et de réussir au moment voulu par le SEIGNEUR.

Merci papa et maman pour l'amour, la générosité, les conseils pleins de sagesse et l'éducation qu'on a reçu

Que le Bon Dieu vous prête longue vie et que vous soyez toujours bénis. AMEN

A mon époux le Dr Mathias Niakar Diouf

J'ai vu en toi une âme sœur, l'homme de ma vie.

Ton soutien moral, ta patience sans égal, ton profond attachement m'ont aidé à surmonter les difficultés parfois rencontrées.

Sans ton aide, tes conseils et encouragements ce travail n'aurait vu le jour.

Aucun mot ne saurait exprimer la profondeur de mon amour sincère et de ma gratitude envers toi.

Que le Bon DIEU bénisse notre union pour un très long chemin.

AMEN

A mes sœurs : Alexandra, Josiane et Anaïs

Chacune de nous avait un rêve, mais au fil du temps celui d'Alexandra s'est réalisé pour Nicole.

Vous avez toujours été au petit soin avec moi, vous n'avez jamais voulu que je ne manque de rien ;

Je remerciais toujours le SEIGNEUR de m'avoir donné la chance d'être la petite sœur de ces braves dames aux multiples facettes ;

Restons toujours unies car nous faisons la fierté de nos parents.

Soyez bénies mes sœurs que j'aime du plus profond de mon cœur.

A mes beaux-frères : Gora, Emmanuel et Eugène

Merci pour l'encouragement durant toutes ces années d'étude.

A mes neveux et nièce : Abdou, Gaël, Noah, Isabelle et Djiby

Tata bibi vous aime du plus profond de son cœur.

Grandissez en âge et en sagesse.

A tata Sophie (In memorium) et tonton Gaston

J'aurais tellement voulu que tu assistes à cette soutenance de thèse mais le SEIGNEUR en a voulu autrement ; je sais de l'au-delà tu veilles sur moi tata.

Vous m'avez accueilli à Ziguinchor alors que j'étais qu'une jeune fille qui venait de quitter sa ville natale Rufisque pour venir étudier au Sud du Sénégal.

Recevez ici mes sincères remerciements.

A tata Jeanne d'arc et Gérard

Vous avez été ma deuxième famille d'accueil à Ziguinchor.

Merci du soutien que vous m'avez apporté durant ces longues années d'étude

A Oulimata Diémé

Merci pour l'accueil chaleureux à Ziguinchor.

A tata Abiana Senghor

Merci d'être une mère pour toutes les filles de la résidence universitaire féminine.

A ma belle famille

Merci pour les encouragements et le soutien.

Au groupe « on gère » : Kadia, Philomène, Elisabeth, Fatou Sané, Fatou Sène et Bernadette

J'ai trouvé en vous une vraie famille

Unies depuis la première année nous avons partagé des moments de galère et de bonheur. Je prie pour que toutes nous partagions également la réussite.

Soyez bénies

Aux amis d'enfance : Serge, Simon, Sondo et Eliane

Merci pour tous les moments fous passés ensemble.

Aux sisters of mine

Merci pour tous les moments de joie passés à vos côtés.

A la prosmed 2019

J'ai su trouvé en vous une famille. Merci pour tous les moments fous passés ensemble ; nous avons également partagé des moments de galère et de bonheur

Je vous souhaite une belle carrière socio-professionnelle

Aux personnels du CHRZ, HPZ et HRM

J'ai eu la chance d'être formé par un personnel qualifié, dévoué et compétent ;

Merci pour ces moments passés à vos côtés.

Aux filles de la résidence universitaire féminine plus particulièrement à ndèye awa, mj, sylviane, marie louise, tina, viviane, touty

Aux tantes et oncles

Aux cousins et cousines

Merci pour tout.

Aux petits frères et petites sœurs de l'UFR 2S de l'UASZ

Merci pour tout et je vous souhaite une belle réussite au sein de cette UFR.

A tout le personnel administratif de l'UFR 2S de l'UASZ

Merci pour l'accompagnement et les encouragements durant toutes ces années d'études.

Je ne saurais être exhaustive. Je dédie ce travail à tous ceux et celles qui me portent dans leur cœur.

Que le SEIGNEUR vous protège

**A NOS MAITRES ET
JUGES**

A notre Maître et Président de jury

Le Professeur Ansoumana DIATTA

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce modeste travail malgré vos multiples occupations.

En vous rapprochant, nous avons tout au long de nos stages hospitaliers, admiré votre rigueur, votre vision, votre paternité et vos qualités humaines.

Ce qui fait de vous un maître pour qui nous ne pouvons avoir que du respect, de la considération et de l'admiration.

Soyez assuré de notre profonde estime et veuillez trouver, ici cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

Puisse Dieu s'occuper de vous, de votre famille et de toute personne qui vous est chère.

A notre Maître et Directeur de thèse

Le Professeur Bay Karim DIALLO

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez accordé en nous confiant ce sujet de thèse que vous avez dirigé avec le sérieux et la simplicité qui vous caractérise.

Tous nos remerciements pour l'accueil chaleureux que vous nous avez toujours réservé, pour votre attention, votre franche collaboration et votre grande disponibilité durant ces longs mois de travail.

Nous sommes fiers de vous avoir comme maître.

A notre Maître et Juge

Le Professeur Evelyne Siga DIOM

Votre présence est un honneur et un privilège que nous mesurons à sa juste valeur.

Votre attachement pour le travail bien fait et votre rigueur forcent le respect.

Vous êtes un modèle pour nous par votre simplicité, votre rigueur intellectuelle et la clarté de votre enseignement. Nous ferons en sorte de toujours mériter de votre estime.

Soyez assuré, cher maître, de notre profonde reconnaissance.

Puisse Dieu vous accorder une grande réussite à vos projets

A notre Maître et Juge

Le Professeur Marie Joseph DIEME

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail malgré vos multiples occupations.

Vos remarques, vos conseils et vos encouragements nous ont accompagnés durant notre formation.

Vos compétences, votre dévouement à la tâche, votre rigueur scientifique et votre humilité, font de vous une femme de science émérite.

Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance et l'expression de nos sincères remerciements.

« Par délibération, l'UFR a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

LISTE DES ABREVIATIONS

AG : Anesthésie Générale

C3 : 3^{ème} vertèbre cervicale

C6 : 6^{ème} vertèbre cervicale

CAE : Conduit Auditif Externe

CE : Corps étranger

CHRZ : Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor

Cm : Centimètres

HPZ : Hôpital de la Paix de Ziguinchor

HRM : Hôpital Régional de Matam

Mm : Millimètres

OMA : Otite Moyenne Aigue

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PT : Perforation Tympanique

RP : Rhinorrhée purulente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures

VRI : Voies Respiratoires Inférieures

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Coupe sagittale des voies aéro-digestives supérieures (VADS)	6
Figure 2: Coupe schématique des 3 composantes de l'oreille (Oreille externe, moyenne et interne).....	7
Figure 3: Vue sagittale gauche des 3 étages du pharynx, des fosses nasales, de la cavité orale, du larynx et de l'œsophage cervical	9
Figure 4: Comparaison larynx adulte-enfant	10
Figure 5: Radiographie standard d'un CE œsophagien à type de ressort	28
Figure 6: Radiographie standard d'un CE bronchique droit à type de clou	29
Figure 7 : Radiographie standard d'un CE œsophagien à type de pièce de monnaie	30
Figure 8: Matériel d'endoscopie du bloc opératoire du CHRZ	34
Figure 9: Les laryngoscopes.....	35
Figure 10: Les bronchoscopes rigides.....	35
Figure 11: Les optiques	36
Figure 12: Découpage administratif de la région de Ziguinchor	44
Figure 13: Répartition selon le sexe.....	49
Figure 14: Répartition selon l'année de consultation.....	50
Figure 15 : Répartition selon le délai de consultation.....	51
Figure 16: Nature des CE.....	53
Figure 17: Répartition selon la localisation, la nature du CE et les tranches d'âges	54
Figure 18: Répartition selon la localisation, la nature du CE, les tranches d'âges et le sexe	55
Figure 19: Localisation du CE et aspects thérapeutiques	56

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition selon la localisation du CE	52
Tableau II: Répartition selon la nature du CE.....	54
Tableau III: Corrélation entre le délai de consultation et la survenue de complications.....	57

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS	4
I. RAPPEL ANATOMIQUE	5
I.1. L'oreille externe.....	7
I.2. Les fosses nasales	7
I.3. Le pharynx	8
I.3.1. Division topographique	8
I.3.2. Vascularisation- innervation.....	9
I.4. Le larynx	10
I.5. L'arbre trachéo-bronchique	12
I.6. L'œsophage.....	13
II. RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE	15
II.1. Physiologie de la déglutition et situation de "fausse route alimentaire" ..	15
II.2. Conséquence de la présence d'un corps étrangers dans les voies respiratoires.	16
II.2.1. Clinique et physiologie.....	16
II.2.2. Aspects anatomo-pathologiques.....	17
II.3. Conséquences d'un corps étranger œsophagien	18
II.4. Conséquences d'un corps étranger du conduit auditif externe	19
III. DIAGNOSTIC DES CORPS ETRANGERS EN O.R.L	20
III.1. LA SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE	20
III.1.1. Corps étranger auditif externe.....	20
III.1.2. Corps étranger des fosses nasales	20
III.1.3. Corps étranger du pharynx.....	21

III.1.4. Corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques	22
III.1.5. Corps étranger œsophagien.....	25
III.2. PARACLINIQUE	26
III.2.1. L'examen radiologique.....	26
III.2.2. L'examen endoscopique.....	31
IV. RAPPELS THERAPEUTIQUES.....	32
IV.1. EXTRACTION AU FAUTEUIL	32
IV.1.1.Lavage évacuateur	32
IV.1.2. Extraction à la micro-pince.....	32
IV.2. EXTRACTION ENDOSCOPIQUE	33
IV.2.1. Le matériel endoscopique	33
IV.2.2. L'équipe endoscopique	37
IV.2.3. L'extraction endoscopique	37
IV.3. EXTRACTION CHIRURGICALE	41
DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL PERSONNEL	42
II. Cadre d'étude	44
II.1 Présentation physique de la région de Ziguinchor	44
II.2. Présentation administrative de la région	44
III. Cadre d'exercice	45
III.1. Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor	45
III.2. Services existants au CHRZ.....	45
III.3. Service O.R.L.....	45
IV. Matériel et méthode	47
IV.1 Type et période d'étude	47
IV.2 Population étudiée.....	47
IV.3 Critères d'inclusion et de non inclusion	47

IV.4 Paramètres étudiés	47
V. RESULTATS	48
V.1 Données épidémiologiques	48
V.1.1 Du point de vue de l'âge	48
V.1.2 Du point de vue du sexe	49
V.1.3 Du point de vue de la répartition des patients selon l'année de consultation	50
V.2 Données cliniques	51
V.2.1 Du point de vue du délai de consultation	51
V. 3 Du point de vue de la localisation du corps étranger	52
V.4 Du point de vue de la nature du corps étranger	52
V.5 Du point de vue de l'aspect thérapeutique	55
V.6 Du point de vue de l'évolution	56
VI.DISCUSSION	58
VI.1 Données épidémiologiques	58
VI.1.1 Selon l'âge	58
VI.1.2 Selon le sexe	58
VI.1.3 Selon la fréquence	59
VI.2 Selon le délai de consultation	59
VI.3 Localisation du corps étranger	60
VI.4 Nature du corps étranger	61
VI.5 Aspects thérapeutiques	61
VI.6 Evolution	62
VI.7 Prévention	62
CONCLUSION	63
REFERENCES	67

INTRODUCTION

Les corps étrangers (CE) des voies aérodigestives supérieures (VADS) se définissent comme : << tout corps, venu de l'extérieur et se localisant soit au niveau de la partie digestive des VAD comprenant : cavité buccale, pharynx et œsophage, soit au niveau de la partie respiratoire des VAD comprenant fosses nasales, larynx et trachée et les bronches >>. [9]

Le CE des VADS est un accident fréquent, surtout chez l'enfant. Il expose à des complications graves pouvant menacer le pronostic vital ou, être source de morbidité et de complications à révélation tardive. [9]

La symptomatologie clinique est riche et varie selon la localisation du CE. Ils peuvent aussi poser des problèmes diagnostiques qui ne sont pas toujours faciles à résoudre, notamment en cas d'absence de syndrome de pénétration, ou devant la phase d'accalmie trompeuse suivant le drame initial.[9]

La nature des CE est très variable selon la localisation au niveau des VADS. Elle dépend essentiellement de l'âge du patient, des habitudes alimentaires ainsi que du terrain.

Les radiographies peuvent être d'un grand secours devant les difficultés diagnostiques, en visualisant les CE de nature radio-opaque ou en mettant en évidence des anomalies et complications évoquant la présence d'un CE et justifiant la pratique d'un examen endoscopique.

L'endoscopie est essentielle en apportant à la fois une idée diagnostique et thérapeutique.

Le maître de la broncho-oesophagoscopie, Chevalier Jackson, disait en 1951 :

« Tout corps étranger des voies digestives ou aériennes qui a pénétré par les voies digestives ou aériennes doit être extrait par les mêmes voies à condition qu'il n'ait migré au travers de la paroi perforée de ces voies ». [6]

Le traitement chirurgical est parfois nécessaire.

La prévention reste le meilleur moyen thérapeutique, aussi bien auprès des parents, et du corps médical ainsi qu'auprès des industriels de produits pour enfants. Elle reste peu diffusée. [6]

Nous avons noté que peu d'études ont été réalisées jusque-là portant sur le profil épidémiologique des CE des VADS chez l'enfant dans la région de Ziguinchor ce qui justifie notre travail.

La dernière étude portant sur le même sujet dans le service d'ORL du Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor (FEVRIER 2012 – MARS 2014) avait montré sur un total de 127 cas, 87 cas de CE des VADS chez l'enfant.

Notre étude a pour but de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des CE des VADS dans l'un des centres hospitaliers de la région de Ziguinchor

Pour mener ce travail, un premier chapitre sera consacré à des rappels : anatomique, physiopathologique, diagnostique et thérapeutique des CE des VADS.

Ensuite, il sera procédé au traitement des données recueillies dans le cadre de la présente étude. Pour ce faire, nous aborderons dans le même temps, les aspects relatifs au cadre d'étude, aux patients et aux méthodes, ainsi que les paramètres étudiés à savoir l'âge, le sexe, l'année de consultation, la nature et la localisation du CE, le délai d'admission, les données thérapeutiques.

Enfin, les résultats trouvés seront présentés et discutés, en les comparant avec les données de la littérature, avant que les recommandations qui se dégagent de l'analyse et de l'interprétation des enseignements tirés de nos travaux, soient formulées.

**PREMIERE PARTIE :
RAPPELS**

I. RAPPEL ANATOMIQUE

La sphère O.R.L [3-4-8-14-20-21] regroupe plusieurs régions (figure 1) qui sont :

LES VOIES AERO-DIGESTIVES SUPERIEURES (VADS)

- L'oreille moyenne ;
- les fosses nasales et les sinus de la face ;
- la cavité buccale et les glandes salivaires ;
- le pharynx ;
- le larynx ;
- le plan de recouvrement : la face et la partie antérolatérale du cou

Dans le cadre de notre étude, le rappel anatomique portera sur :

- l'oreille externe ;
- les fosses nasales ;
- le pharynx
- le larynx, la trachée et les bronches constituant les voies respiratoires inférieures.

Nous rappellerons aussi l'anatomie de l'œsophage car dans la pratique courante, les corps étrangers œsophagiens relèvent pour la plupart des services O.R.L.

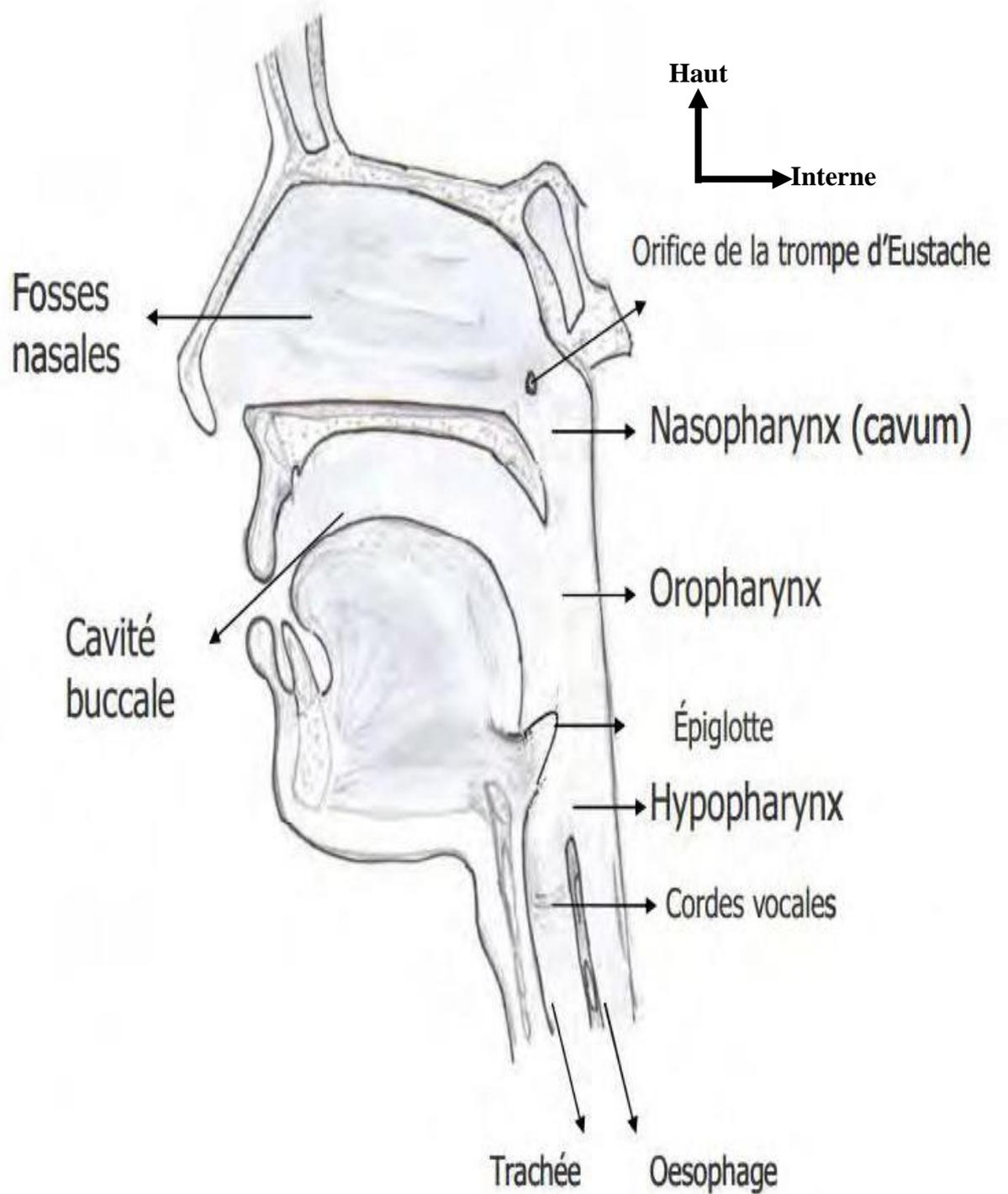


Figure 1: Coupe sagittale des voies aéro-digestives supérieures (VADS) [10]

I.1. L'oreille externe

Organe de réception des Sons, l'oreille comprend l'auricule, le méat acoustique et le tympan.

- l'auricule ou le pavillon de l'oreille en forme de cône est la partie saillante de l'oreille ; il est formé de cartilage élastique recouvert de peau, accueillant les sons extérieurs.
- le méat acoustique externe ou conduit auditif externe est un tube courbé d'environ 2,5cm de longueur creusé dans l'os temporal. Il s'étend du pavillon au tympan.
- le tympan ou membrane du tympan est une mince cloison semi transparente qui sépare le méat acoustique externe et l'oreille moyenne

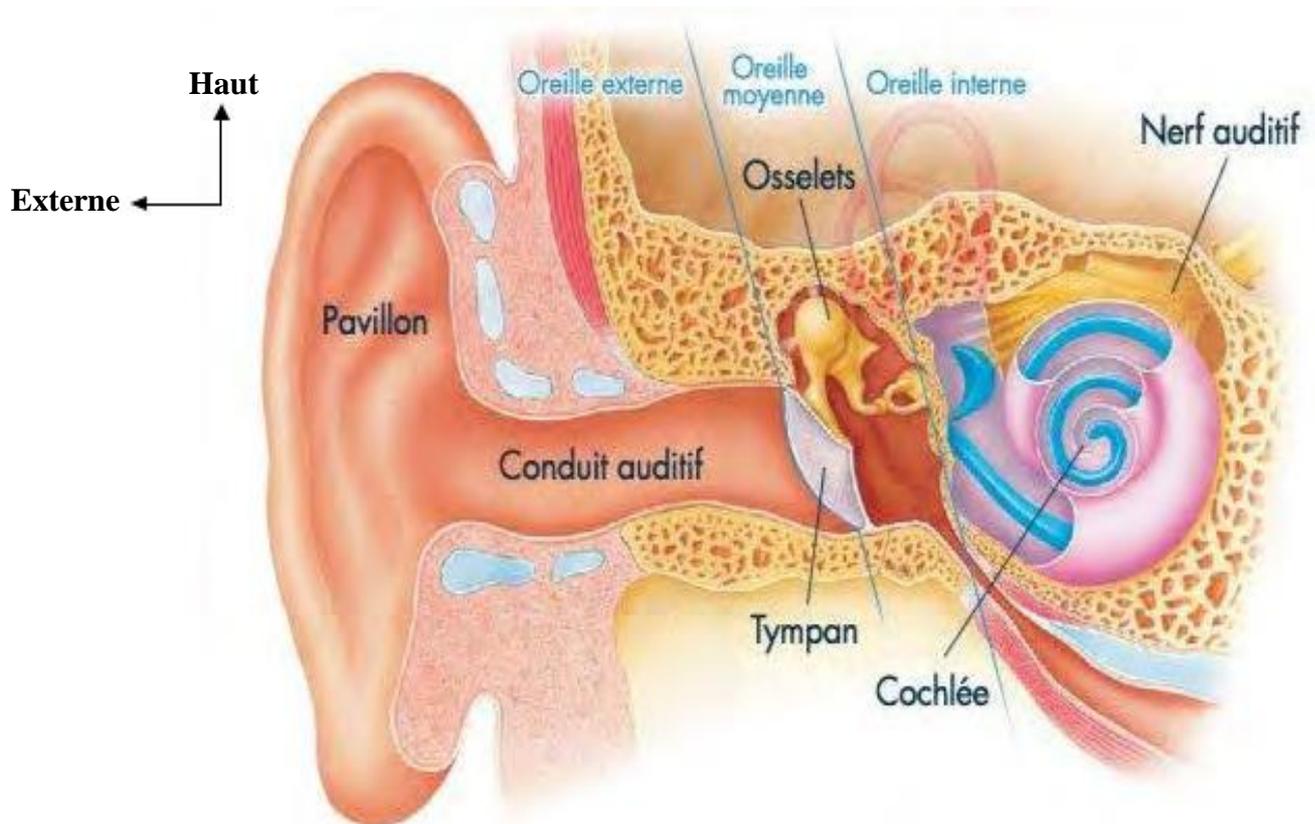


Figure 2: Coupe schématique des 3 composantes de l'oreille (Oreille externe, moyenne et interne) [10]

I.2. Les fosses nasales

Les fosses nasales sont deux cavités situées au milieu du massif facial supérieur et séparées par une cloison sagittale.

- En avant, elles sont protégées par un pavillon ou pyramide nasale qui présente un sommet ou racine du nez, une base représentée par les deux orifices narinaux, deux faces latérales qui s'appuient sur la cloison nasale.
- En arrière, chaque cavité nasale débouche dans le cavum par un orifice osseux ou choane.
- Latéralement, les fosses nasales communiquent avec les sinus de la face.

La riche vascularisation nasale est issue des deux systèmes carotides externe et carotide interne.

L'innervation de la muqueuse nasale est assurée par : le nerf olfactif, le nerf trijumeau et l'innervation neurovégétative.

I.3. Le pharynx

Le pharynx est un conduit musculo-membraneux en forme d'entonnoir disposé verticalement d'environ 13cm de longueur, qui prend naissance au niveau des choanes et s'étend à la hauteur du cartilage cricoïde.

Il se situe juste derrière les cavités orale et nasale, au-dessus du larynx et immédiatement devant la vertèbre cervicale.

I.3.1. Division topographique

On distingue trois (3) étages pharyngés du haut vers le bas :

❖ Le rhinopharynx

C'est la partie supérieure du pharynx, il se trouve derrière les cavités nasales et s'étend jusqu'au palais mou.

Sa paroi comporte cinq (5) ouvertures : les deux (2) choanes ; les deux (2) orifices qui mènent vers les trompes auditives et l'ouverture qui donne sur l'oropharynx.

❖ L'oropharynx

C'est la partie intermédiaire du pharynx, située derrière la cavité orale et s'étend vers le bas du palais mou jusqu'à la hauteur de l'os hyoïde.

Il ne possède qu'une ouverture qui communique avec la bouche.

❖ Le pharyngo-larynx

C'est la partie inférieure du pharynx. Il prend naissance en hauteur de l'os hyoïde et s'étend jusqu'au cartilage cricoïde du larynx. Il s'ouvre à l'arrière sur l'œsophage et en avant sur le larynx.

I.3.2. Vascularisation- innervation

Les artères proviennent de la carotide externe pour la partie ascendante essentiellement.

Le système veineux du pharynx se draine dans la veine jugulaire interne.

Les lymphatiques rejoignent les ganglions rétro-pharyngés et la chaîne jugulaire interne.

L'innervation du pharynx est par ailleurs assurée par les nerfs glossopharyngien et pneumogastrique

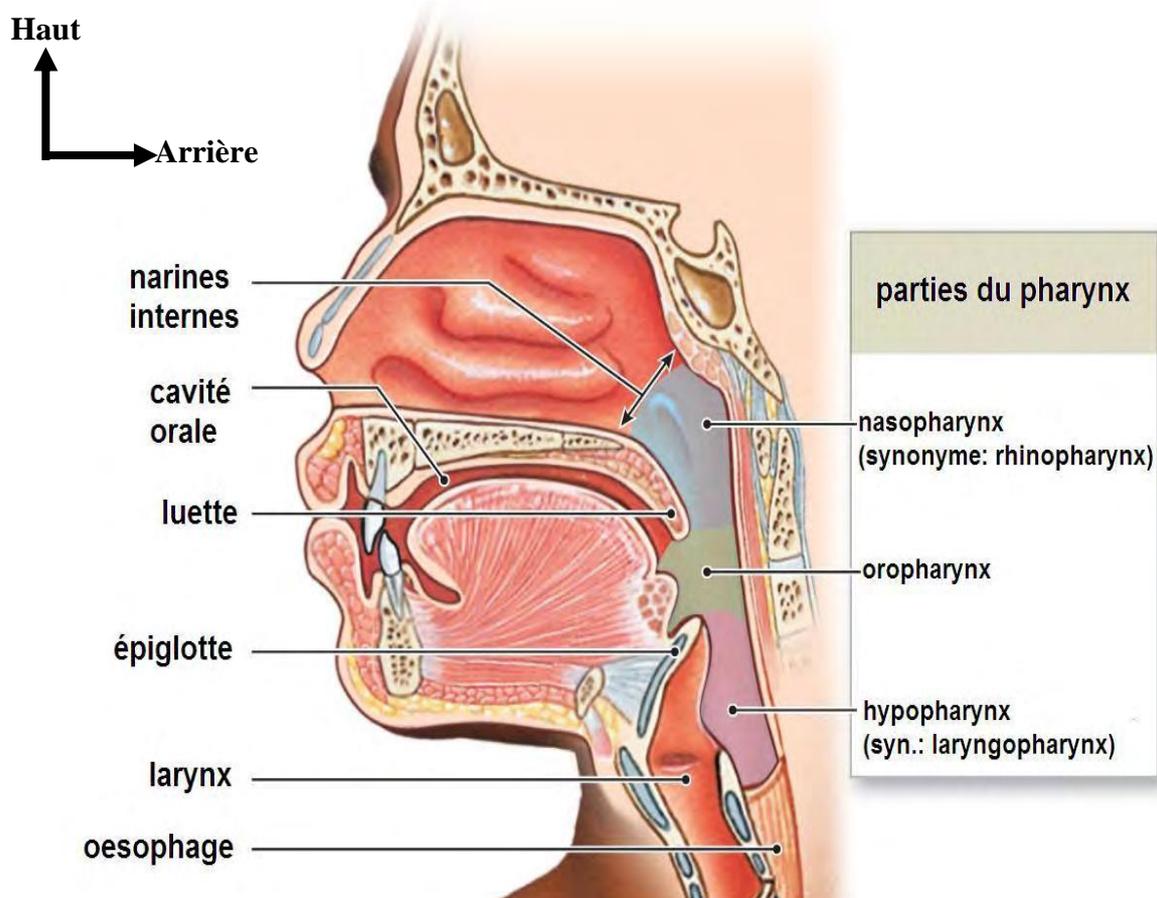


Figure 3: Vue sagittale gauche des 3 étages du pharynx, des fosses nasales, de la cavité orale, du larynx et de l'œsophage cervical [10]

I.4. Le larynx

Conduit aérifère impair, le larynx est l'organe essentiel de la phonation. Il est situé à la partie médiane et antérieure du cou, en avant du pharynx, en arrière du corps thyroïde, en dessous de l'os hyoïde et au-dessus de la trachée. A la naissance, le larynx se trouve en position haute au niveau de C3 (3ème vertèbre cervicale).

En effet, ceci permet d'assurer une bonne coordination ventilation/déglutition et d'expliquer le caractère nasal de la voix. Tout au long de l'enfance, parallèlement à sa croissance, le larynx descend progressivement dans le cou jusqu'au niveau de C6 (6ème vertèbre cervicale) qui correspond à sa position chez l'adulte.

A cet effet, différentes dimensions évolutives sont enregistrées en rapport à l'âge de maturation. Ainsi, il s'agit :

- 4 à 5cm à la naissance ;
- 6 cm à 6 mois ;
- 8 cm à 4 ans ;
- 10 cm à 14 ans ;
- 11 à 13 cm chez l'adulte

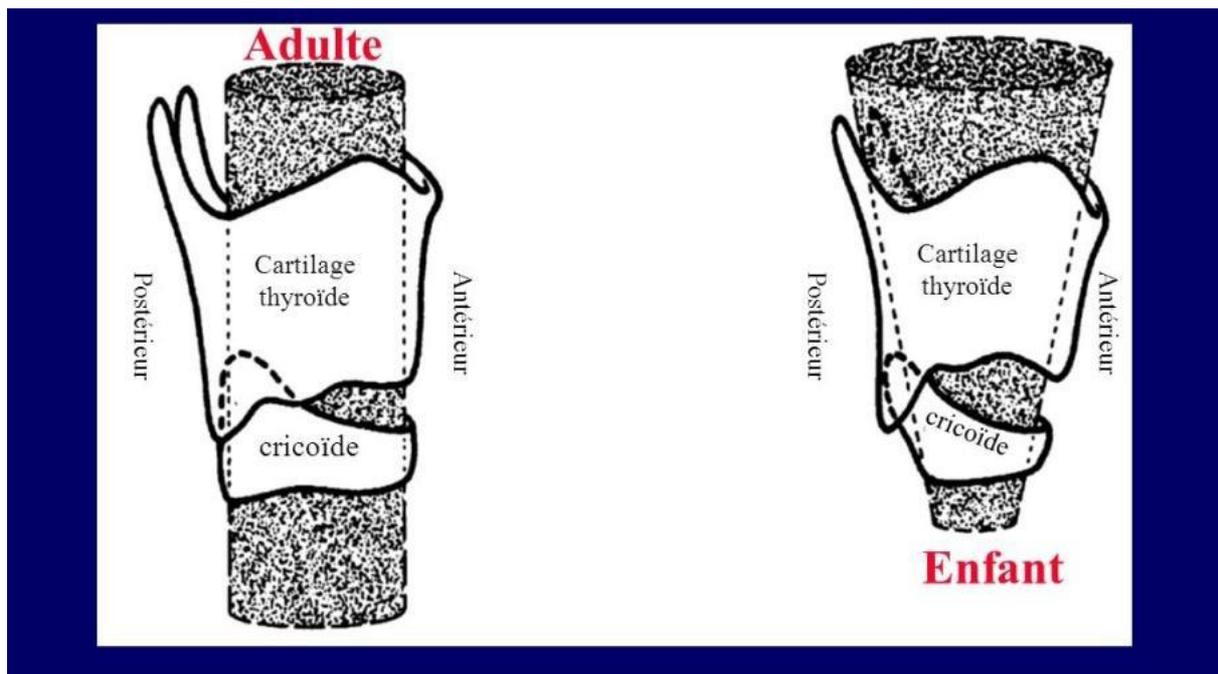


Figure 4: Comparaison larynx adulte-enfant [6]

C'est un organe complexe constitué par des pièces cartilagineuses, des éléments musculo-aponévrotiques, ainsi que des articulations. Ainsi chez l'enfant, surtout le nourrisson, le larynx a une armature cartilagineuse beaucoup moins rigide que chez l'adulte.

D'un autre côté les cartilages laryngés sont constitués par :

- Le cartilage cricoïde : situé sur la partie inférieure du larynx, il présente une partie antérolatérale appelée arc cricoïdien et une partie postérieure ou chaton.

Le cartilage thyroïde : c'est le plus volumineux des cartilages laryngés, situé immédiatement au-dessous de l'os hyoïde

Le cartilage épiglottique : impair et médian, est situé dans l'angle rentrant du cartilage thyroïde dont il déborde en haut du bord supérieur. Chez l'enfant, l'épiglotte est plus volumineuse, plus verticale et plus proche de la région oropharyngée que chez l'adulte. Elle est aussi truffée de pertuis et la muqueuse comporte d'importantes formations lymphoïdes.

Les cartilages aryténoïdes, pairs et symétriquement disposés de chaque côté de la ligne médiane, ont la forme d'une pyramide triangulaire dont la base repose sur le chaton cricoïdien. Chez l'enfant, les aryténoïdes ont un processus vocal relativement important constituant la moitié de la corde vocale. Ceci peut expliquer certaines difficultés d'intubation.

□ **Les cartilages accessoires**

On distingue les cartilages corniculés ou de Santorini, les cartilages de Morgagni, les cartilages sésamoïdes antérieurs et postérieurs de même que les cartilages aryténoïdiens ou inter-aryténoïdiens.

Ces différents éléments sont liés entre eux et les organes voisins par un système articulaire, ligamentaire et musculaire

➤ **Vascularisation et Innervation**

- Le système artériel du larynx est issu des artères thyroïdiennes et se compose des artères laryngées supérieures, laryngées inférieures et postéro-inférieure.

- Les veines : sont satellites des artères et gagnent la veine thyroïdienne supérieure ou le tronc laryngo-facial
- Le système lymphatique satellite des artères, se draine vers les chaînes jugulo-carotidienne et récurrentielle.
- L'innervation du larynx est assurée par 2 branches du nerf pneumogastrique :
 - le nerf laryngé supérieur, essentiellement sensitif
 - le nerf laryngé inférieur ou nerf récurrent moteur pour les muscles intrinsèques du larynx.

I.5. L'arbre trachéo-bronchique

La trachée est un conduit fibro-cartilagineux faisant suite au larynx et se terminant dans le thorax en donnant deux branches de bifurcation, les bronches souches ; celles-ci à leur tour vont donner plusieurs ramifications pour les lobes pulmonaires.

□ La trachée

La trachée est la portion des voies aériennes comprise entre le larynx et les bronches. Elle est placée devant l'œsophage qui la déborde légèrement à gauche. Elle comporte un segment cervical s'étendant du bord inférieur du cartilage cricoïde (6ème vertèbre cervicale) au plan horizontal passant par le bord supérieur du sternum, à hauteur de la deuxième (2ème) vertèbre thoracique et un segment thoracique.

Sa longueur est de 12 cm en moyenne chez l'adulte

Son calibre varie avec l'âge :

- 5 cm à la naissance
- 8 cm à 5 ans
- 10 cm à 10 ans
- et 16 cm chez l'adulte.

Ce calibre augmente légèrement de haut en bas.

La vascularisation artérielle de la trachée est assurée par les artères thyroïdiennes, mammaires internes et bronchiques.

Son système veineux se draine dans la veine thyroïdienne et œsophagienne. Les lymphatiques drainent vers les chaînes récurrentielles et les ganglions trachéo-bronchiques.

L'innervation est assurée par le nerf pneumogastrique et le sympathique cervical.

□ **Les bronches**

Issues de la bifurcation trachéale, les deux bronches souches descendent obliques en bas et en dehors en formant entre elles un angle de 60° à 80° . Leur longueur moyenne est de 6 cm ; leur diamètre de 15 à 16 mm . Notons que la bronche droite est très oblique en bas, en dehors et en arrière, presque verticale. Elle est également plus grosse et plus rectiligne que la bronche gauche.

Tout ceci peut expliquer que les corps étrangers inhalés se retrouvent volontiers à droite.

Les bronches souches se terminent en donnant les bronches lobaires au nombre de :

- Trois (3) à droite : supérieure, moyenne et inférieure
- Deux (2) à gauche : supérieure et inférieure.

Ces bronches lobaires à leur tour se ramifient.

Les artères irriguant les bronches proviennent d'une disposition semblable à celle de l'arbre bronchique.

Les veines bronchiques gagnent les veines pulmonaires et la grande racine azygos à droite, les racines pulmonaires et la veine hémi azygos supérieure à gauche.

Les lymphatiques drainent vers les ganglions médiastinaux.

L'innervation bronchique est issue des nerfs vague et du sympathique cervical

I.6. L'œsophage

L'œsophage est un conduit musculo-membraneux qui fait suite au pharynx et achemine les aliments jusqu'à l'estomac. Il commence donc à la hauteur de la

6ème vertèbre cervicale pour se terminer à la hauteur de la vertèbre dorsale dans l'estomac au niveau du cardia.

On lui distingue trois portions :

- Cervicale de la 6ème vertèbre cervicale à la 2ème vertèbre dorsale,
- Thoracique de la 3ème à la 10ème vertèbre dorsale et
- Abdominale au niveau de la 12ème vertèbre dorsale.

□ **Dimensions**

La longueur moyenne de l'œsophage est de 25 cm chez l'adulte dont 5 à 6 cm pour la portion cervicale. 16 à 17 cm pour la thoracique et 2 cm pour l'abdominale. Son diamètre est en moyenne de 25 cm. Cette longueur est relativement plus grande chez le nouveau-né en raison de la brièveté du pharynx.

La distance arcade dentaire-cardia varie avec l'âge :

- 16 cm à 1 mois
- 22 cm à 2 ans
- 32 cm à 9 ans
- 34 cm à 12 ans
- 40 cm chez l'adulte.

□ **Direction-rétrécissements**

L'œsophage est un organe profond, situé à hauteur de la colonne cervico-dorsale avec une direction globalement verticale.

L'œsophage présente trois rétrécissements physiologiques qui sont les sièges de prédilection des corps étrangers œsophagiens

Ce sont :

- la bouche œsophagienne : c'est l'orifice supérieur de l'œsophage. Elle est située à hauteur du cartilage cricoïde. C'est l'endroit le plus rétréci de l'œsophage (environ 14 mm de diamètre);
- le rétrécissement aortique au niveau de la 4ème vertèbre dorsale
- rétrécissement diaphragmatique au niveau de la 10ème vertèbre dorsale.

□ **Vascularisation**

- Le réseau artériel est issu des artères thyroïdiennes inférieures pour la portion cervicale, de l'aorte pour la portion thoracique, des artères coronaires stomachiques et spléniques pour la portion abdominale.
- Le réseau veineux est superposable à celui artériel et se draine vers le système cave pour les deux premières portions, vers le système porte pour la dernière portion.
- Les lymphatiques se drainent vers la chaîne récurrente, les ganglions trachéo-bronchiques, coronaires et spléniques.

L'innervation de l'œsophage est assurée par les nerfs récurrents pour la première portion, pneumogastriques droit et gauche pour les deux dernières portions.

II. RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE

II.1. Physiologie de la déglutition et situation de "fausse route alimentaire"

La déglutition est l'ensemble des mécanismes par lesquels le bol alimentaire est transporté de la cavité buccale à l'estomac. Elle se fait en trois temps : buccal, pharyngien et œsophagien. Le premier temps est volontaire, les deux autres étant réflexes.

- Au temps pharyngien l'intervention de plusieurs éléments permet d'assurer la protection des voies respiratoires contre les fausses routes.
- Le voile du palais s'élève et s'applique contre la paroi postérieure du pharynx pour fermer les voies respiratoires supérieures. La contraction du plancher élève l'os hyoïde, le larynx et le pharynx.
- L'épiglotte est abaissée protégeant l'ouverture laryngée jusqu'à ce que le bol alimentaire arrive à l'œsophage. En même temps, la glotte se ferme et il se produit une apnée réflexe ajoutant ainsi une sécurité supplémentaire contre les fausses routes.

Poussé par la langue, le bol alimentaire passe dans l'œsophage sous l'action des muscles constricteurs pharyngiens.

Grâce à ces différents mécanismes du temps pharyngien. Il existe un véritable verrou de sécurité pour les voies respiratoires inférieures.

La fausse route alimentaire se produit lorsque ces mécanismes sont pris à défaut.

II.2. Conséquence de la présence d'un corps étrangers dans les voies respiratoires.

II.2.1. Clinique et physiologie

La physiologie pulmonaire permet la mobilisation des gaz respiratoires. C'est un phénomène cyclique faisant alterner l'inspiration et l'expiration. Cette activité cyclique permettant l'hématose.

Un corps étranger aux voies respiratoires entraîne une obstruction plus ou moins rapide compliquée par l'œdème inflammatoire du fait du volume qu'il occupe.

La conséquence directe est une chute des débits ventilatoires pouvant être objectivée par l'effondrement de l'indice de TIFFENEAU (rapport VEMS/CVF).

Les volumes restent conservés

L'hypoventilation alvéolaire qui en résulte va entraîner une diminution de la pression de l'oxygène alvéolaire et une augmentation de celle du gaz carbonique. Le résultat étant une altération de l'hématose représentée par un état d'hypoxémie avec hypercapnie et acidose respiratoire.

Des mécanismes régulateurs des variations des gaz du sang sont mis en jeu :

- Au niveau local : la dilatation des bronchioles,
- Au niveau général :

L'augmentation de l'activité ventilatoire avec recrutement des muscles inspiratoires accessoires, se traduisant par le tirage observé à l'examen clinique.

L'élévation au niveau rénal du seuil de réabsorption des bicarbonates, visant à augmenter la réserve alcaline, et l'augmentation du débit cardiaque.

Si le corps étranger n'est pas extrait, tous ces mécanismes régulateurs sont vite dépassés avec à la longue l'insuffisance respiratoire inéluctable et ce d'autant plus

qu'au syndrome obstructif s'ajoute un syndrome restrictif par constitution d'une atélectasie ou d'une pneumonie atélectasique.

Ainsi devant un corps étranger des voies respiratoires l'extraction dans les plus brefs délais s'impose.

II.2.2. Aspects anatomo-pathologiques

Le corps étranger va déterminer diverses lésions variables selon son siège, sa nature, son séjour dans les voies respiratoires.

D'abord réversibles, certaines de ces lésions deviennent irréversibles à la longue.

Lésions précoces

C'est au niveau des fosses nasales et des bronches qu'elles sont plus fréquentes et d'intensité variable.

Lésions locales

Il peut s'agir d'inflammation et d'œdème.

Lésions secondaires

Elles sont fréquentes après un certain délai d'évolution (au-delà de 48 heures).

Il s'agit :

- d'un épaissement pariétal ou d'une réaction granulomateuse. Apanage des corps étrangers végétal. Ces lésions régressent souvent avec le traitement mais de façon incomplète,
- d'une bronchite suppurée, une broncho-alvéolite favorisée par la stase sécrétoire.

Lésions tardives

Elles sont la conséquence des corps étrangers longtemps méconnus.

Elles peuvent être :

- une rhino lithiase
- un décollement des éléments de soutien de la bronche
- une perforation bronchique
- une bronchiectasie.

Elles peuvent être :

- une rhino lithiase
- un décollement des éléments de soutien de la bronche
- une perforation bronchique
- une bronchiectasie.

II.3. Conséquences d'un corps étranger œsophagien

Toute substance solide et exogène qui parcourt volontairement ou accidentellement le conduit œsophagien mais s'y arrête, est considérée comme un corps étranger de l'œsophage. Cela peut survenir lors de l'ingestion d'un aliment comportant os, arête de poisson ou noyau ou alors que le sujet avait dans la bouche un objet volumineux ou présentant des aspérités.

Une fois dégluti, le corps étranger s'arrête principalement au niveau de l'un des trois rétrécissements physiologiques de l'œsophage. Parfois c'est au niveau d'un rétrécissement congénital, cicatriciel (sténose caustique ou peptique) ou néoplasique.

Lésions précoces

Il peut s'agir de :

Lésions inflammatoires muqueuses.

- lésions allant de la simple effraction muqueuse à la perforation complète.
- brûlures caustiques avec nécrose de la paroi œsophagienne exceptionnelle souvent dues aux piles miniaturisées ingérées et impactées dans l'œsophage.

Lésions secondaires

Elles sont le fait des corps étrangers (os, arête de poisson) s'impactant dans le milieu septique œsophagien et pouvant entraîner une infection redoutable. Il peut s'agir :

- d'un abcès sous-muqueux ;

- d'une cellulite cervicale ou d'une médiastinite.

Exceptionnellement, les lésions profondes peuvent provoquer une tamponnade cardiaque par blessure du péricarde ou une hémorragie foudroyante par ulcération de l'aorte.

□ **Lésions tardives**

Certains corps étrangers mous bien tolérés et donc méconnus persistent et peuvent entraîner des réactions pathologiques de la paroi œsophagienne avec une œsophagite.

II.4. Conséquences d'un corps étranger du conduit auditif externe

Le corps étranger est en général bien simple mais il peut y avoir des conséquences telles que :

- une hypoacousie : quand l'obstruction du conduit est importante
- une blessure du revêtement cutané du conduit ou une blessure tympanique, s'il s'agit d'un objet dur et surtout si celui-ci a donné lieu à des manœuvres inexpertes d'extraction ;
- une otite externe : pouvant résulter d'un corps étranger végétal macéré

III. DIAGNOSTIC DES CORPS ETRANGERS EN O.R.L

Le diagnostic de corps étranger O.R.L. est souvent évident lorsque le patient est en âge de raconter l'accident ou si la scène a eu un témoin.

En dehors des cas de corps étrangers du conduit auditif externe et des fosses nasales où le diagnostic est facilement posé à l'examen, les autres cas sont évoqués essentiellement à partir de l'examen physique. Dans certains cas, l'examen est plus souvent pauvre et il devra toujours être complété avec des examens paracliniques.

III.1. LA SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

III.1.1. Corps étranger auditif externe

Les corps étrangers du conduit auditif externe ont une symptomatologie variable de signes subjectifs tels que :

- une douleur ou une gêne ou un inconfort: qui peut faire défaut (cas de corps inculcés) ou au contraire être particulièrement violente s'il s'agit d'un corps étranger animé tel un insecte,
- les acouphènes : qui sont souvent intenses quand il s'agit de corps étranger animé.

Le corps étranger peut être révélé par une hypoacousie variable suivant le degré d'obstruction du conduit auditif externe. Généralement le corps étranger est bien supporté donc souvent méconnu et pouvant se révéler à la longue par une otite externe.

III.1.2. Corps étranger des fosses nasales

Plus fréquent chez l'enfant, sa symptomatologie varie selon que le corps étranger est connu ou méconnu.

□ Corps étranger récent connu

Le diagnostic est alors déjà fait lorsque l'enfant est conduit en consultation, car il a avoué de lui-même ou a été vu introduisant dans son nez un objet avec lequel il jouait.

Dans ces cas, le diagnostic est facilement affirmé le corps étranger étant bien visible dans une fosse nasale propre dont la muqueuse n'est pas encore irritée.

□ **Corps étranger méconnu**

Quelques jours ou quelques mois après l'introduction du corps étranger, l'attention est attirée par des symptômes d'obstruction et d'infection nasale. L'enfant est volontiers amené pour une rhinorrhée purulente nauséabonde. Parfois c'est pour une répétition d'épistaxis ou des éternuements. Il s'agit donc d'une symptomatologie de rhinite mais remarquable par son caractère d'uni latéralité qui est capital et doit toujours faire évoquer le corps étranger.

III.1.3. Corps étranger du pharynx

Les circonstances de survenue peuvent être connues ou passer inaperçues. La symptomatologie varie selon la localisation du corps étranger.

□ **Corps étranger du rhinopharynx**

La voie de pénétration est celle des fosses nasales, mais aussi celle de l'oropharynx, facilitée par la toux, le vomissement ou une paralysie vélaire. Il est rare.

La symptomatologie est assez pauvre avec sensation de gêne pharyngée haute, éventuellement une rhinolalie.

L'épisode aigu peut passer inaperçu avec apparition plus ou moins tardive d'une obstruction nasale, de sécrétions purulentes, de complications broncho-pulmonaires ou exceptionnellement d'hémorragie.

□ **Corps étranger de l'oropharynx**

Il survient à tous les âges et la circonstance de survenue est lors d'un repas (arête dans l'amygdale palatine et dans la vallécule).

□ **Corps étranger de l'hypopharynx.**

Sa symptomatologie est variable selon sa forme et sa taille. Le corps étranger petit et macéré est très traumatisant, immédiatement apparaît une sensation de piquêre avec gêne à la déglutition. Quelquefois le corps étranger est mis en évidence au

fauteuil; parfois sa découverte est faite par hypopharyngoscopie directe. Parfois on retrouve un abcès muqueux dont l'ouverture révélera le corps étranger.

Lorsque le corps étranger est gros à bords irréguliers ou tranchants (appareil dentaire, gros fragment osseux) la douleur est vive, aggravée par la déglutition et responsable d'une dysphagie même pour la salive ; cette douleur peut s'associer à une modification de la voix ou parfois à une dyspnée haute d'intensité variable avec exceptionnellement une détresse respiratoire.

Le tableau clinique révélateur des corps étrangers à l'hypopharynx et à l'oropharynx est celui d'une perforation qui est faite de douleur, d'un tableau infectieux avec abcès, d'une évolution vers la cellulite ; ce tableau est d'autant plus grave que le délai diagnostique est long.

III.1.4. Corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques

L'inhalation du corps étranger survient dans trois principales situations :

- Aliment inhalé par fausses routes ;
- Objet introduit dans la bouche et inhalé fortuitement à l'occasion d'un jeu, un choc ou d'effet de surprise
- Aspiration malencontreuse d'un jouet par l'enfant.

III.1.4.1. Les circonstances de découverte

Les aspects cliniques des corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques sont variables cependant le praticien est souvent amené à poser le diagnostic dans trois principales circonstances.

- Dans les suites immédiates de l'accident. Ce sont les cas où le syndrome de pénétration est net, inquiétant et impose la consultation en urgence ;
- Au décours de l'épisode initial quand bien même l'urgence est relative ce sont les cas vus à la phase d'accalmie trompeuse ou phase d'intervalle libre
- Enfin, plusieurs jours, semaines ou même des mois après l'accident, quand se constituent le syndrome dit de séjour et fréquemment à l'occasion de complications.

□ **Le syndrome de pénétration**

Il s'agit d'un syndrome typique, contemporain de l'inhalation du corps étranger ; il traduit la mise en jeu des réflexes de défense respiratoire que sont le spasme et la toux.

Il est fait d'accès de suffocation avec tirage, entrecoupés de quinte de toux dite « impulsives » et parfois accompagnés de chute voire de perte de connaissance.

□ **Phase d'intervalle libre**

Cette phase d'accalmie trompeuse s'observe souvent mais pas toujours après l'épisode initial. L'enfant est tonique, ce qui rassure faussement les parents. Bien qu'aucun signe inquiétant ne soit noté, on s'attachera toujours à rechercher :

- un tirage intercostal si discret soit-il,
- une diminution de l'ampliation d'un héli thorax
- une asymétrie auscultatoire avec des râles bronchiques unilatéraux. A ce stade, l'examen est souvent négatif ; il faut faire à nouveau un interrogatoire de l'entourage, savoir que le doute est une indication d'exploration endoscopique.

❖ **Le syndrome de séjour**

Ce sont les signes traduisant la présence d'un corps étranger dans les voies respiratoires inférieures depuis des jours, des semaines, voire des mois. Ce sont les cas, où le syndrome de pénétration est passé inaperçu parce qu'il a été bref et fugace ou parce qu'il s'agit d'un enfant chez qui l'accident n'a pas eu de témoin. Il s'agira d'un enfant admis en Pédiatrie pour des infections broncho-pulmonaires récidivantes toujours dans le même territoire ou alors peu ou pas sensibles à la thérapeutique.

La persistance de cette symptomatologie devra conduire à reprendre l'interrogatoire et demander un examen complémentaire (radiographie pulmonaire).

III.1.4.2. Les principales formes topographiques

Les aspects cliniques des corps étrangers des voies respiratoires inférieures sont étroitement liés à leur localisation; en effet chaque localisation a une expression clinique propre.

□ Le corps étranger laryngé

Lorsqu'un corps étranger se bloque au niveau du larynx, deux éventualités sont possibles :

- l'asphyxie et la mort en quelques minutes;
- l'installation d'un tableau où domine la dyspnée laryngée décrite classiquement comme une bradypnée inspiratoire avec tirage, cornage et abaissement inspiratoire du larynx. A cette dyspnée s'associent une dysphonie et une toux rauque.

Cette situation précaire s'observe dans les cas où le volume du corps étranger permet un passage minimum d'air. Elle peut être quelque peu améliorée par une corticothérapie et une oxygénothérapie mais elle impose une libération de la filière laryngée ou une trachéotomie en urgence ; cela avant que l'obstruction ne soit compliquée par un œdème de la muqueuse laryngée pouvant survenir à tout moment.

□ Le corps étranger trachéal

Il est généralement mobile et entretient une toux permanente sur laquelle se greffent des quintes bruyantes dites "expulsives" qui sont le plus souvent inefficaces.

La gêne respiratoire intéresse les deux temps de la respiration. Les déplacements du corps étranger peuvent avoir comme expression auscultatoire sous la forme de sonorités diverses: bruit de clapet, classique bruit du drapeau. Le risque majeur est l'enclavement laryngé ou le blocage au niveau de la carène du corps étranger à l'occasion d'un effort de toux, risque fréquent et fatal.

□ **Le corps étranger bronchique**

Au niveau bronchique, plusieurs éventualités sont possibles : Le corps étranger se déplace lors des efforts de toux et quelques fois passe d'une bronche à l'autre. La symptomatologie se résume souvent à une toux persistante rebelle aux traitements médicaux.

Il peut aussi s'enclaver d'emblée, c'est l'éventualité la plus fréquente. Le niveau d'enclavement est fonction entre autres de son diamètre. Lorsque l'obstruction est complète, elle réalise un tableau net unilatéral avec diminution de l'ampliation thoracique, augmentation des vibrations vocales, matité et silence auscultatoire. Tous ces signes intéressant tout ou une partie d'un poumon. Lorsque l'obstruction est partielle la symptomatologie est plus frustrée.

Enfin, il faut savoir qu'un corps étranger végétal hygroscopique surtout comme le cas des graines peut progressivement compléter une obstruction.

III.1.5. Corps étranger œsophagien

Sa symptomatologie clinique est dominée chez l'adulte par une douleur et une dysphagie d'apparition brutale lors de l'ingestion du corps étranger. La douleur initiale sus-sternale plus rarement rétro-sternale ou épigastrique n'a en règle générale qu'une valeur localisatrice du siège; mais son aggravation lors de la déglutition est assez suggestive. La dysphagie varie avec le volume obstructif du corps étranger et l'intensité du spasme surajouté.

La symptomatologie est beaucoup plus trompeuse chez l'enfant, avec un minimum de troubles : hyper salivation, régurgitation et parfois très peu ou pas de gêne du transit œsophagien. Le diagnostic n'est posé que si l'on assiste à l'incident ou est soupçonné devant la disparition d'un objet à la portée de l'enfant.

Des signes cliniques bruyants et graves peuvent révéler un corps étranger soupçonné devant une odynophagie, des douleurs intenses irradiant dans le thorax ou le dos, accompagnés de fièvre.

L'examen clinique débute par un examen de la cavité buco-pharyngée à la recherche d'une plaie de la muqueuse pharyngée.

La palpation du cou s'attachera à dépister un emphysème sous-cutané révélateur d'une perforation œsophagienne.

III.2. PARACLINIQUE

Elle est demandée en cas de suspicion de corps étranger hypo pharyngé ou aéro-digestif inférieur, quand le degré d'urgence le permet.

Deux examens ont un intérêt pratique : l'examen radiologique et l'examen endoscopique.

III.2.1. L'examen radiologique

Il peut fournir des renseignements utiles si la technique est rigoureuse.

□ La radioscopie

Elle peut, dans les cas de corps étrangers des voies respiratoires inférieures, apporter des renseignements d'ordre cinétique telle la diminution de l'ampliation d'un héli thorax ou l'hypocinésie d'une coupole diaphragmatique ; elle peut également montrer des signes indirects. Parfois elle permet de situer un corps étranger radio- opaque. Mais cet examen est imprécis et ne permet pas une analyse détaillée des signes.

□ La radiographie

➤ Technique

Selon les cas, il s'agira d'une radiographie standard du cou ou des poumons.

On demandera des clichés de face puis de profil du cou ou des clichés de face puis de profil des poumons, en inspiration et en expiration.

La radiographie après préparation (transit baryté œsophagien, bronchographie-lipoidé) n'est plus d'usage car elle retarde, gêne l'extraction et présente un risque en cas de perforation méconnue

➤ Résultats

Lorsque le corps étranger est radio-opaque (figure 5) il ya rarement un doute diagnostique. En effet, la radiographie permettra de préciser le siège du corps étranger, son unicité ou sa multiplicité, ses dimensions et son éventuelle mobilité (à rechercher sur des clichés successifs).

Les clichés de profil permettront de savoir s'il s'agit d'un corps étranger œsophagien qui lui se projette plus en arrière, en avant des corps vertébraux. Malheureusement tous les corps étrangers ne sont pas radio-opaques. S'il s'agit de corps étrangers bronchiques, il faut rechercher des signes indirects de l'obstruction aérienne tels :

- la déviation du médiastin d'un côté;
- un emphysème localisé ou diffus : mis en évidence sur les clichés en expiration, sous la forme d'une hyper clarté refoulant les zones saines.
- une atélectasie : opacité dense, rétractile, intéressant un lobe ou tout un poumon, avec pincement des espaces intercostaux et attraction de la coupole diaphragmatique homolatérale ;
- tout simplement une différence de tonalité entre les deux champs pulmonaires.

Mais ces signes indirects n'ont de réelle valeur que rapportés aux tableaux cliniques.

Enfin la radiographie peut être normale surtout quand le patient est vu tôt. Une suspicion clinique devra donc toujours conduire à l'exploration endoscopique

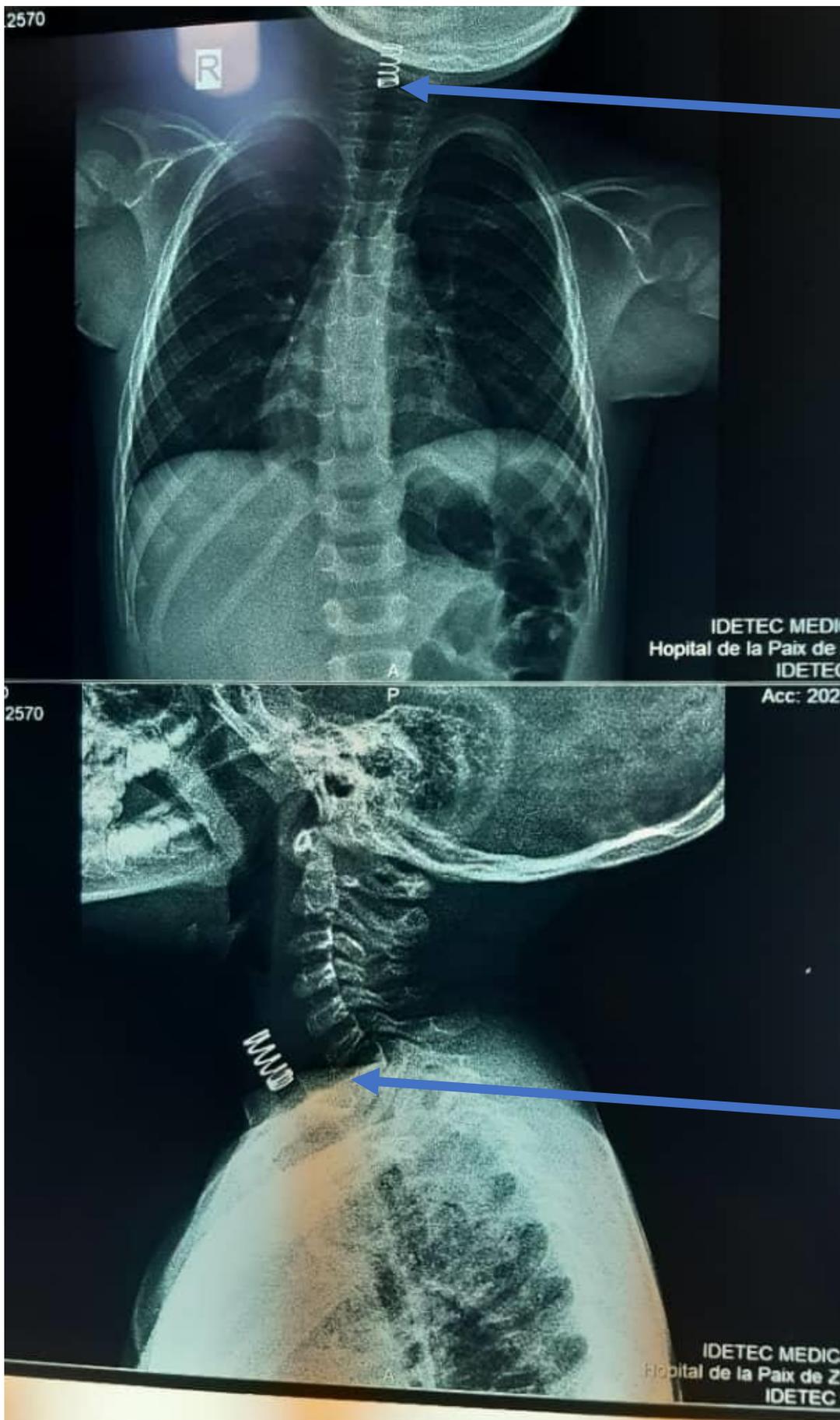
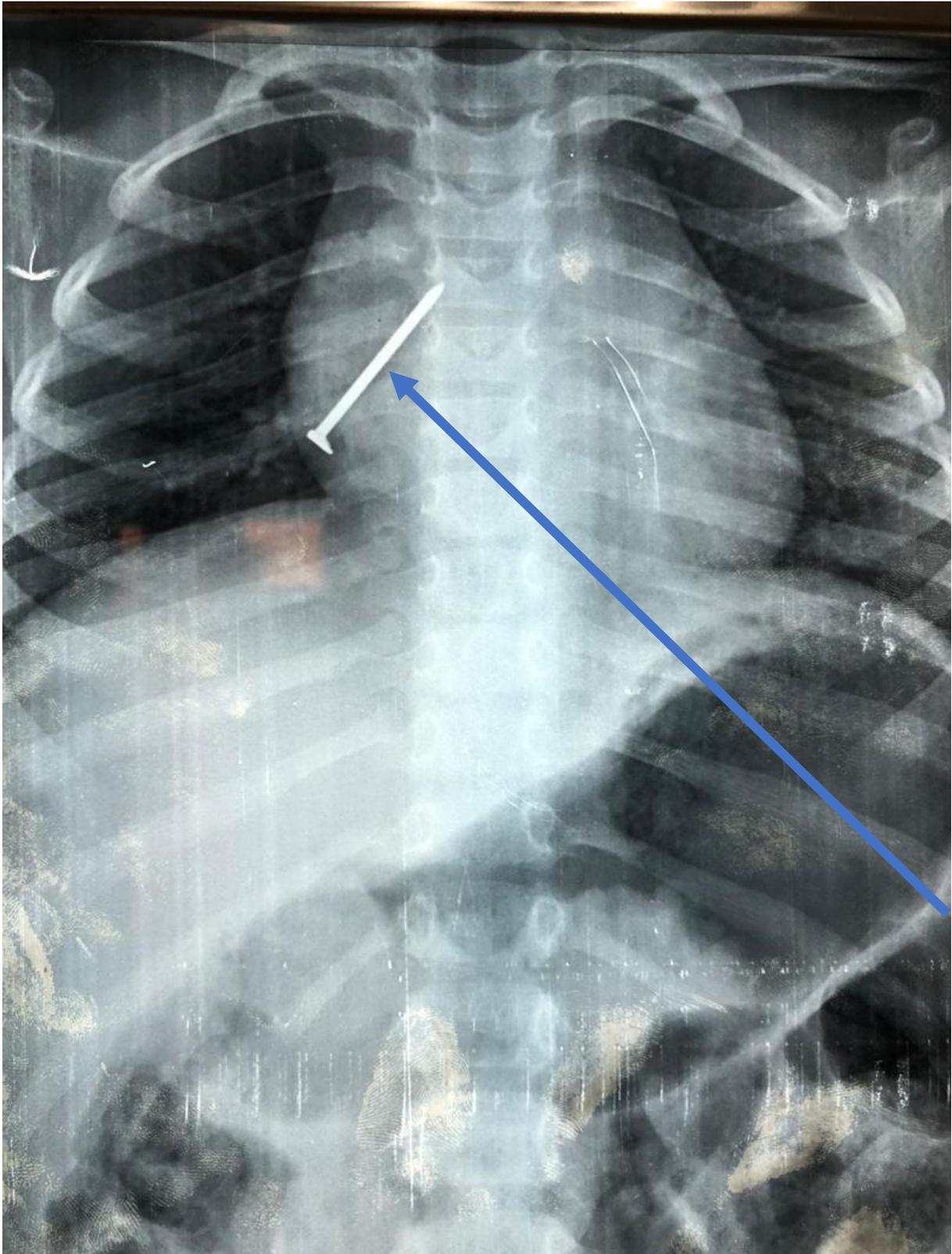


Figure 5: Radiographie standard d'un CE œsophagien à type de ressort (collection du service d'ORL, HPZ)



**Figure 6: Radiographie standard d'un CE bronchique droit à type de clou
(collection du service d'ORL, Hôpital FANN)**

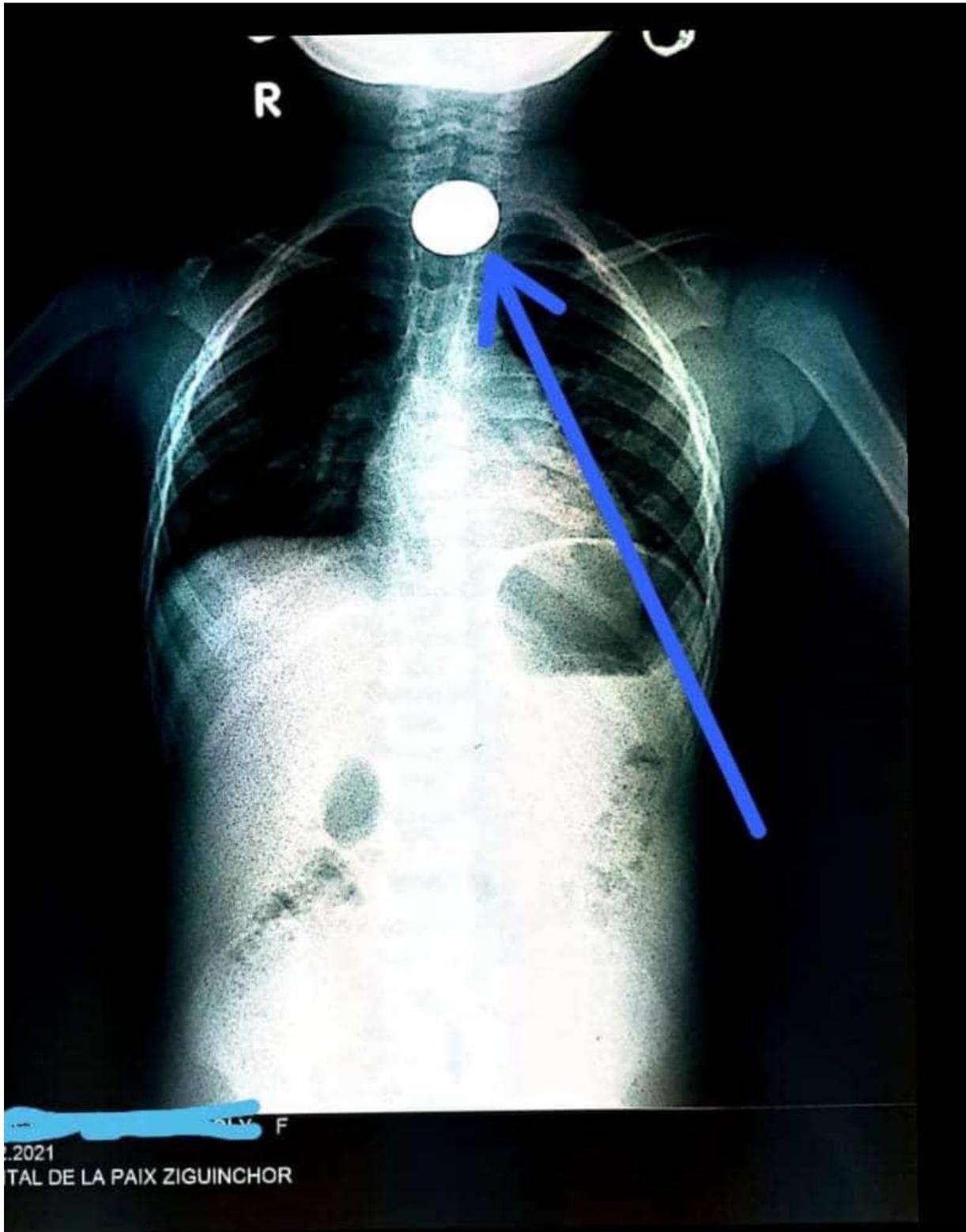


Figure 7 : Radiographie standard d'un CE œsophagien à type de pièce de monnaie (Collection service d'ORL, HPZ)

III.2.2. L'examen endoscopique

C'est l'examen essentiel, indispensable et d'intérêt double car à la fois diagnostique et thérapeutique.

En effet il constitue :

- le dernier élément de l'enquête étiologique,
- et le premier temps du traitement du corps étranger qu'il soit radio-opaque ou radio-transparent.

Il s'agira selon les cas d'une pharyngoscopie, d'une laryngo-trachéo-bronchoscopie ou d'une œsophagoscopie.

IV. RAPPELS THERAPEUTIQUES

IV.1. EXTRACTION AU FAUTEUIL

IV.1.1. Lavage évacuateur

Il est indiqué en cas de corps étranger du conduit auditif extrême moussé, de petites dimensions et non enclavé. Il s'effectue avec un énéma ou plus simplement une poire en caoutchouc en utilisant de l'eau à 37°C. Tout en attirant le pavillon de l'oreille en haut et en arrière pour le maintenir en rectitude, diriger vers la paroi supérieure du conduit le jet d'eau qui se réfléchira sur le tympan et refoulera le corps étranger.

Un aide prend soin de placer sous l'oreille un bac échancré (haricot). S'il s'agit d'un insecte vivant, il doit être préalablement tué en remplissant le conduit avec de l'alcool à 60°, mais jamais d'alcool à 90°, ni d'éther, ni d'insecticide.

Ce lavage comporte un risque de perforation tympanique quand il est effectué sur un tympan fragile ou un risque d'otite chronique s'il est effectué sur une perforation tympanique sèche.

IV.1.2. Extraction à la micro-pince

Les indications de ce moyen thérapeutique sont: les corps étrangers des fosses nasales, corps étrangers du conduit auditif externe.

Les instruments utilisés sont simples mais doivent être appropriés à chaque cas: crochets, curettes mousses ou micro pinces.

Chez l'adulte, l'extraction faite sous un bon éclairage et des manœuvres douces se fait sans anesthésie en cas de corps étranger auriculaire ou oropharyngé ; mais en cas de corps étranger narinaire la pratique d'une anesthésie locale à la xylocaïne naphthazoline facilitera l'extraction car elle rétracte la muqueuse nasale.

Chez l'enfant, l'extraction sous anesthésie générale est conseillée afin d'éviter les risques de lésions iatrogènes.

La technique consiste à introduire le crochet ou la curette mousse en arrière du corps étranger et chercher par petits mouvements, à l'extraire, parfois après l'avoir désenclavé. La pince ou micro-pince sera utilisée si l'on peut faire une prise solide et si la forme du corps étranger s'y prête.

IV.2. EXTRACTION ENDOSCOPIQUE

Cette méthode thérapeutique s'applique aux corps étrangers de l'hypopharynx, des voies respiratoires inférieures et de l'œsophage. Ainsi selon la localisation du corps étranger, il s'agira d'une hypopharyngoscopie, d'une laryngo-trachéo-bronchoscopie ou d'une œsophagoscopie.

IV.2.1. Le matériel endoscopique

Il se compose :

- d'une table d'endoscopie qui est telle une table opératoire orientable et munie d'une tête:
- d'un matériel d'anesthésie permettant de prodiguer une anesthésie par inhalation de gaz anesthésiques;
- d'un pool instrumental comportant:
 - un chariot avec tout le matériel d'endoscopie proprement dit
 - d'un monitoring ventilatoire;
 - d'un négatoscope et un tableau mural rappelant la topographie

bronchoscopique des bronches et la taille des endoscopes à

utiliser selon l'âge



Figure 8: Matériel d'endoscopie du bloc opératoire du CHRZ

❖ Les endoscopes

➤ Les laryngoscopes

Ils comportent un manche et une spatule munie d'un dispositif d'éclairage proximal issu d'une source de lumière froide. Les spatules présentent, également, un canal latéral permettant le passage d'un conducteur de lumière en fibre de verre. Il en existe différentes tailles en fonction de l'âge du patient.



Figure 9: Les laryngoscopes

➤ **Les bronchoscopes**

Ce sont des tubes creux métalliques cylindriques ou cylindro-coniques, rectilignes de diamètre et de longueur variables. Les bronchoscopes actuels disposent d'un meilleur éclairage et permettent une anesthésie générale per opératoire.



Figure 10: Les bronchoscopes rigides

➤ Les œsophagoscopes

Il s'agit de tubes métalliques ou plastiques, rectilignes. Ils sont de diamètre et de longueur variables choisis en fonction essentiellement de l'âge du patient.

➤ Les fibroscopes

Qu'ils soient bronchiques ou œsophagiens, leur utilisation pour l'extraction endoscopique est limitée.

➤ Les optiques

Il s'agit de systèmes grossissants qui ont remarquablement amélioré l'image du corps étranger. Ces optiques peuvent être rigides ou souples, de longueur et de calibre variables, utilisables dans le tube rigide ou fixé à la pince.



Figure 11: Les optiques

➤ Les pinces

Elles sont variées dans leur dimension, leur longueur et leur forme (mors à griffes, à dents de brochet" à noyaux, à épingles, à double cuillère ...)

☐ Autres instruments

Le matériel d'aspiration

- des pinces porte-coton
- des canules
- des tubulures

- s'il s'agit d'un corps étranger des voies respiratoires inférieures, prévoir en plus un pulvérisateur d'anesthésique local et garder à portée de main le matériel de trachéotomie.

IV.2.2. L'équipe endoscopique

L'extraction endoscopique est un travail d'équipe. La collaboration est indispensable et est la garantie d'une synchronisation efficace des gestes, et donc du succès de l'endoscopie. Cette équipe comporte au minimum:

- un opérateur aidé par un instrumentiste
- et un anesthésiste.

IV.2.3. L'extraction endoscopique

Elle peut se dérouler dans deux types de circonstances :

- dans une situation urgente de gêne respiratoire engendrée par un corps étranger des voies respiratoires inférieures ou de l'œsophage. Le risque vital étant présent le traitement endoscopique s'impose chez ce patient pouvant avoir l'estomac plein, ce qui exclut toute prémédication avant l'anesthésie générale ;
- ou dans une situation réglée chez un patient en bon état respiratoire, à jeun, bénéficiant d'une prémédication.

L'extraction endoscopique est une véritable intervention et l'opérateur doit avoir à l'esprit qu'un échec rendra une tentative ultérieure plus difficile et plus dangereuse. C'est pourquoi, il s'efforcera de faire l'extraction dans des conditions opératoires favorables et de ne pas se lancer dans une tentative d'extraction sans avoir les techniques et la compétence de la mener à terme.

IV.2.3.1. L'anesthésie

L'anesthésie générale a fort avantageusement remplacé l'anesthésie locale, grâce aux progrès de l'instrumentation et des produits anesthésiques. C'est pourquoi nous ne nous attarderons pas sur l'anesthésie locale.

□ **L'anesthésie locale**

Longtemps utilisée, elle est utilisée de moins en moins actuellement car inconfortable pour l'opérateur et surtout peu sécurisée pour le patient en majorant les risques traumatiques.

□ **L'anesthésie générale**

Plusieurs techniques peuvent être utilisées :

□ *L'anesthésie générale en ventilation spontanée*

En cas d'urgence aucune prémédication ne doit être faite ; on peut cependant utiliser un vagolytique (atropine) par voie intraveineuse lors de l'induction anesthésique.

Lorsque l'état du patient le permet (patient à jeûn et bon état respiratoire) une prémédication associant vagolytique et sédatif est réalisée une demi-heure avant l'examen.

Elle a pour but d'éviter les complications à type de laryngospasmes et de bradycardie.

En cas de corps étranger respiratoire inférieur, l'induction est réalisée par inhalation au masque, généralement avec un mélange d'oxygène et halothane.

Une anesthésie locale de glotte à l'aide d'un pulvérisateur de xylocaïne permet d'éviter les réactions spasmodiques secondaires.

Le bronchoscope rigide est alors introduit prudemment sous contrôle du laryngoscope.

Puis le circuit d'administration des gaz est branché par ajustage latéral du bronchoscope pour permettre la ventilation et entretenir l'anesthésie. En cas de corps étranger œsophagien, l'induction est réalisée au masque ou avec le propofol en injection intraveineuse et sous intubation orotrachéale permettant une parfaite étanchéité de la voie respiratoire et facilitant le passage de la bouche œsophagienne. L'anesthésie est entretenue par le propofol ou un anesthésique halogéné.

□ *Autre technique*

L'anesthésie générale peut être réalisée en ventilation "contrôlée" qui permet un calme complet et un réveil rapide. Cependant, avec cette méthode :

- l'anesthésie est plus difficile à entretenir dans sa profondeur pas facile à apprécier.
- et il existe un risque d'insuffisance respiratoire post-opératoire.

IV.2.3.2. Le choix de l'opérateur

Un opérateur expérimenté, de tempérament calme et patient est l'une des garanties du succès de l'endoscopie. Il faut rappeler ici qu'il ne faut pas se lancer dans une extraction endoscopique de corps étranger sans avoir la compétence de la mener à terme.

IV.2.3.3. L'extraction

□ **La position du patient et de l'opérateur**

Le patient est installé en décubitus dorsal, la région postérieure de la tête reposant sur la têtère, le cou légèrement fléchi sur le tronc, la tête défléchie en arrière. L'opérateur est à la tête du patient.

La nécessité de toujours pratiquer une exploration complète amène le plus souvent à réaliser une laryngo-trachéo-bronchoscopie quel que soit le siège du corps étranger. L'extraction se fait selon un protocole à cinq temps successifs : il faut d'abord repérer le corps étranger, le désenclaver si nécessaire, lui imprimer l'incidence la plus favorable, le saisir et enfin l'extraire au travers ou sous couvert du tube.

Après l'extraction, surtout s'il s'agit d'un corps étranger végétal, on pratiquera une endoscopie de contrôle pour vérifier qu'il ne reste pas de débris résiduels ou de sécrétions et faire le bilan des éventuelles lésions.

Il faut savoir être raisonnable en arrêtant, une tentative infructueuse d'extraction au bout de 45 mn. Une nouvelle endoscopie sera pratiquée 48 heures plus tard, le patient ayant reçu un traitement antibiotique et anti-inflammatoire.

□ **L'extraction du corps étranger œsophagien**

Le premier temps de l'œsophagoscopie est une inspection attentive qui renseignera sur la nature, le siège et le degré d'enclavement. Elle apprécie également l'aspect de la muqueuse œsophagienne.

Après une bonne prise, l'extraction se fera avec toutes les précautions utiles pour éviter toute lésion pariétale.

Après le temps d'extraction il est essentiel d'effectuer une inspection soignée de tout l'œsophage dans un double but : ne pas méconnaître un deuxième corps étranger, rechercher minutieusement une perforation œsophagienne.

La mise en place sous contrôle œsophagoscopique d'une sonde d'alimentation nasogastrique peut être envisagée en fonction des lésions œsophagiennes constatées.

Dans le cas particulier de l'ingestion de piles miniaturisées, l'extraction endoscopique est une urgence extrême.

IV.2.3.4. Les difficultés de l'endoscopie des voies respiratoires inférieures chez le nourrisson

Tous les endoscopistes d'enfants reconnaissent à la bronchoscopie du nourrisson un caractère très différent de celle du grand enfant et de l'adulte. Les raisons en sont:

- l'instabilité neuro-végétative importante,
- l'hyper-réflexivité responsable d'une tendance aux spasmes laryngé, trachéal voire cardiaque,
- la fragilité de la muqueuse respiratoire et l'hyper sécrétion constante,
- les dimensions plus réduites des canaux bronchiques par rapport au calibre théorique autorisé du tube.

Ainsi les manœuvres endoscopiques devront être effectuées avec encore plus de douceur. En pré-intubation la corticothérapie est souvent nécessaire.

IV.2.3.5. La période postopératoire

C'est surtout dans les suites immédiates que la surveillance devra être de tous les instants.

En cas de corps étranger respiratoire inférieur les soins postopératoires comportent : oxygénothérapie, antibiotique, anti-inflammatoire, kinésithérapie respiratoire au besoin.

Un contrôle radiographique est fait au bout de 24 heures, 48 heures puis 1 mois. Afin de ne pas méconnaître une perforation iatrogène, l'extraction d'un corps étranger œsophagien doit s'accompagner de consignes strictes de surveillance clinique et para clinique (pouls, tension artérielle, température, recherche d'emphysème, palpation de l'abdomen, clichés thoraciques).

IV.3. EXTRACTION CHIRURGICALE

Il peut s'agir :

- d'une trachéotomie (d'extraction, d'aspiration, urgente, de sécurité)
- d'une bronchotomie
- d'une thoracotomie
- d'une chirurgie des sténoses
- d'une cervicotomie exploratrice pour les CE ayant traversé la paroi
- d' une incision rétro auriculaire pour un CE enclavé du CAE

DEUXIEME PARTIE :
TRAVAIL PERSONNEL

I .Objectifs

Notre étude a pour but de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des CE des VADS dans l'un des centres hospitaliers de la région de Ziguinchor.

II. Cadre d'étude

II.1 Présentation physique de la région de Ziguinchor

Issue de la réforme administrative de 1984 avec le découpage de l'ancienne région de la Casamance en 2 entités distinctes, la région de Ziguinchor couvre une superficie de 7352 km² soit 3,73 % du territoire national.[2]

Elle est limitée :

- Au Nord par la République de la Gambie
- Au Sud par la République de la Guinée Bissau
- A l'Est par la Région de Sédhiou
- A l'Ouest par l'Océan Atlantique avec 86 km de côtes.

II.2. Présentation administrative de la région

La région comprend trois (3) départements, huit (8) arrondissements et vingt-cinq (25) communautés rurales avec des caractéristiques sociodémographiques assez variées



Figure 12: Découpage administratif de la région de Ziguinchor

III. Cadre d'exercice

III.1. Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor

Le Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor a été créé en 1970, à l'origine une antenne chirurgicale ayant été créée lors de la guerre d'indépendance de la Guinée Bissau. Le bâtiment a été complété en 1983 par la construction d'une maternité, de services spécialisées (chirurgie, orthopédie, médecine, urgence...)

III.2. Services existants au CHRZ

Le CHRZ comprend plusieurs services : le SAU ; la Dermatologie ; l'Ophtalmologie ; les Consultations externes ; le service ORL ; la Médecine interne ; l'Orthopédie ; la Chirurgie Générale et Infantile ; l'Urologie ; l'Odontologie ; le Laboratoire de biochimie, bactériologie et parasitologie ; la Radiologie ; la Maternité ; la Pédiatrie ; le service de Kinésithérapie ; la Réanimation ; le Bloc opératoire ; le service de Néphrologie et de Dialyse

III.3. Service O.R.L

Le service ORL est situé dans le bâtiment en face du Service d'Accueil des Urgences. On y exerce des activités d'enseignement, de soins et de recherche sous la direction d'un médecin ORL.

Le service d'ORL et de chirurgie comporte trois secteurs : la consultation, l'hospitalisation et le bloc opératoire.

Le secteur de la consultation est composé de deux (2) salles de consultation, d'une salle de soin comme deuxième salle de consultation et une autre salle constituant le secrétariat.

Le secteur de l'hospitalisation est composé de 2 salles d'hospitalisation : une aseptique et une autre septique. Et se trouve dans le même bâtiment que celui de la chirurgie

Le bloc opératoire est commun à toutes les spécialités chirurgicales.

IV. Matériel et méthode

IV.1 Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée au service d'ORL du Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor durant la période allant du 01 Février 2012 au 29 Février 2020 soit une période de 08 ans.

IV.2 Population étudiée

Cette étude a concerné les enfants tout sexe confondus âgés de 0 à 15 ans porteurs de CE des VADS et du CAE au service ORL du CHRZ

IV.3 Critères d'inclusion et de non inclusion

Nous avons exclu de notre étude les patients dont les dossiers étaient incomplets les patients adultes porteurs de CE des VADS et les enfants chez qui le CE était suspecté et pour qui l'examen était à la fin sans particularités.

Nous nous sommes basés uniquement sur les dossiers d'observation clinique des malades pour faire cette étude.

IV.4 Paramètres étudiés

Nous avons étudié l'âge, le sexe, le délai et l'année de consultation, la localisation du CE, la nature de CE, le traitement et l'évolution

V. RESULTATS

De cette étude rétrospective descriptive, d'une population de 0 à 15 ans, sur une période de 08 ans (du 01 Février 2012 au 29 février 2020), qui portait sur **431** cas soit **71.8%** de CE chez l'enfant au service d'ORL du CHRZ ,sur un total de **600** cas (dont **163** cas exclus ou non inclus) ; il en ressortait les constatations suivantes :

V.1 Données épidémiologiques

V.1.1 Du point de vue de l'âge

L'âge moyen était de **60 mois(05 ans)** avec des extrêmes allant de 0 à 15 ans

La tranche d'âge la plus représentée était celle des enfants âgés de **03 ans**; elle comportait **90 patients** suivie de celle des enfants âgés de **04 ans (70)** puis **02 ans (60)** et **05 ans (50)**

V.1.2 Du point de vue du sexe

L'étude des résultats montrait **222** patients de sexe masculin et **209** de sexe féminin avec une fréquence de **51.5%** et une prédominance **masculine** (**Figure12**)

Le sex-ratio H/F était de **1.06**

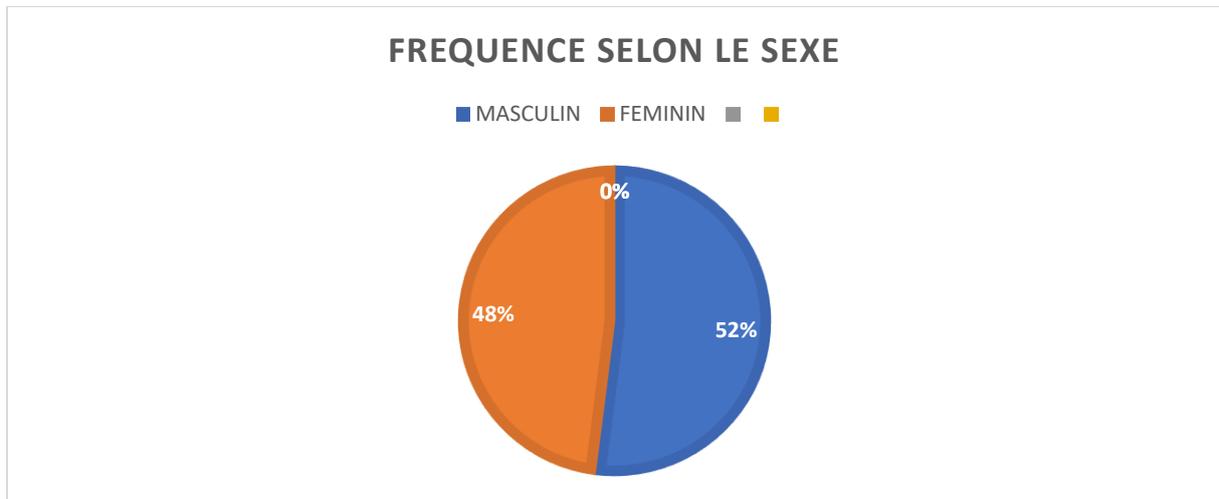


Figure 13: Répartition selon le sexe

V.1.3 Du point de vue de la répartition des patients selon l'année de consultation

La majorité des patients avaient été consultés en **2015 (22%)** ; **18%** en **2014** ; **15%** en **2017** ; **12.6%** en **2016** ; **12.1%** en **2019**. La fréquence variait les autres années entre **1 et 8%** (**Figure 13**)

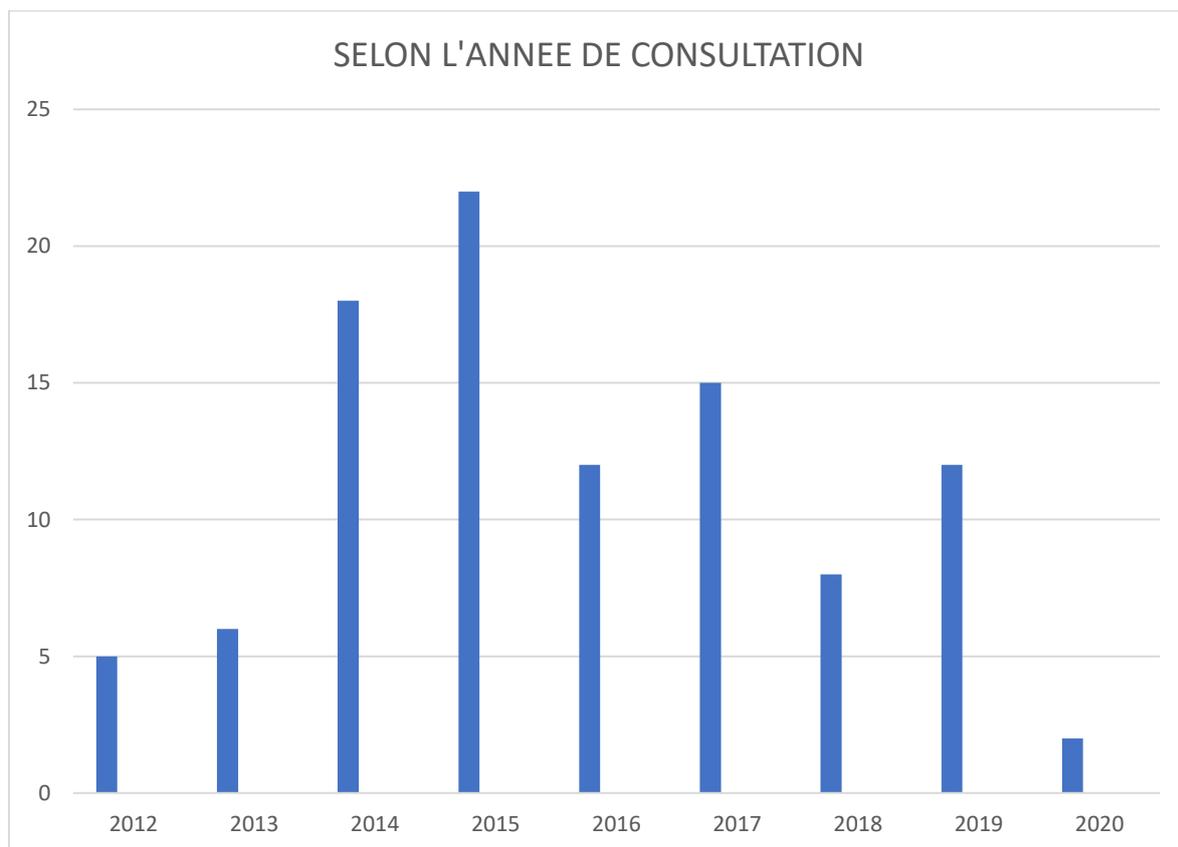


Figure 14: Répartition selon l'année de consultation

V.2 Données cliniques

V.2.1 Du point de vue du délai de consultation

Durant l'étude, nous avons remarqué que plus de la moitié des cas avaient été consultés le même jour **290 cas (67.2%)** ; **110 cas (25.5%)** du 2^{ème} au 7^{ème} jour ; **31 cas (7.3%)** après le 7^{ème} jour (Figure 14)

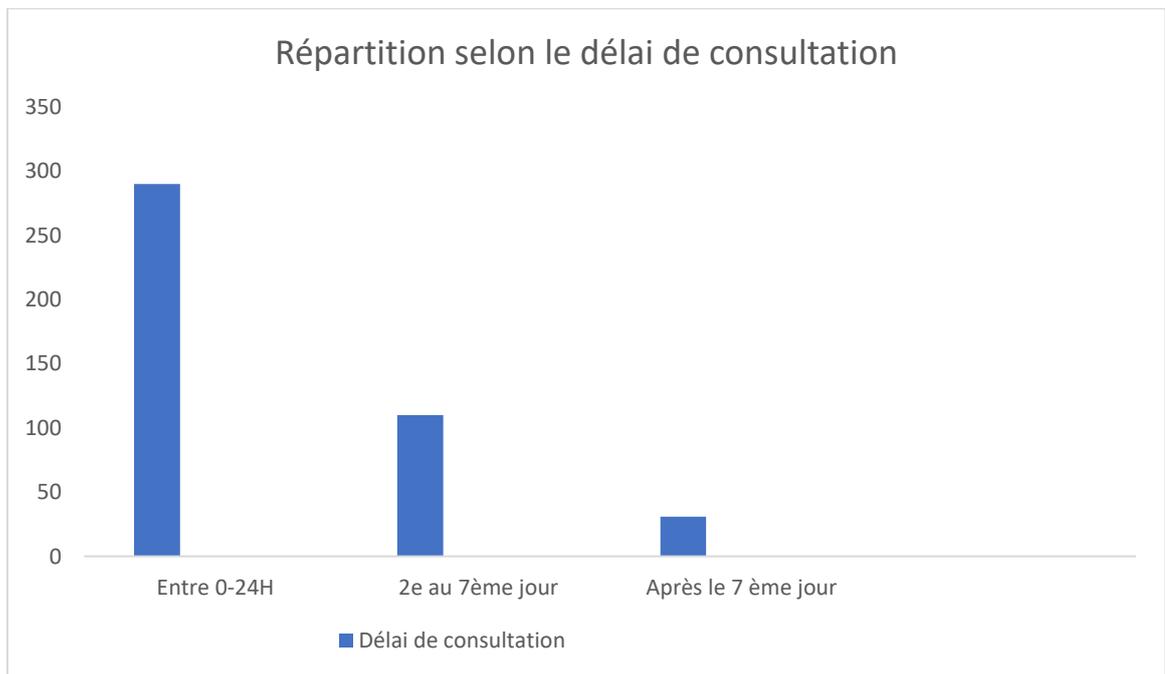


Figure 15 : Répartition selon le délai de consultation

V. 3 Du point de vue de la localisation du corps étranger

Nous avons noté que plus de la moitié des corps étrangers étaient localisés au niveau de l'oreille **221 cas (51.2%)** ; **125 cas (29%)** au niveau des **fosses nasales** ; **71 cas (16.5%)** au niveau de l'**œsophage** ; les 11 autres cas (2.6%) sont répartis entre les Voies Respiratoires Inférieures(VRI), le pharynx, et la cavité buccale ; les 03 autres (0.7%) cas sont des CE non précisés (**TABLEAU I**)

Tableau I: Répartition selon la localisation du CE

Localisation	Oreilles	Fosses nasales	œsophage	VRI	Pharynx	Cavité buccale	CE non précisé
Nombre de cas	221	125	71	7	3	1	3
Pourcentage	51.2%	29%	16.5%	1.6%	0.7%	0.3%	0.7%

V.4 Du point de vue de la nature du corps étranger

Durant cette étude, nous avons noté que **103 cas (23.9%)** de corps étrangers étaient **non précisés** dans le dossier médical du patient ; **103 autres cas (23.9%)** étaient **non répertoriés dans la fiche d'enquête**. Pour **79 cas (18.3%)** il s'agissait de **perles** ; pour **63 cas (14.5%)** de **pièce de monnaie** ; pour **54 cas (12.4%)** de **graine végétale** ; pour 29 cas (7%) de pile bouton, cailloux, boucle d'oreille et arêtes de poisson (**TABLEAU II**)

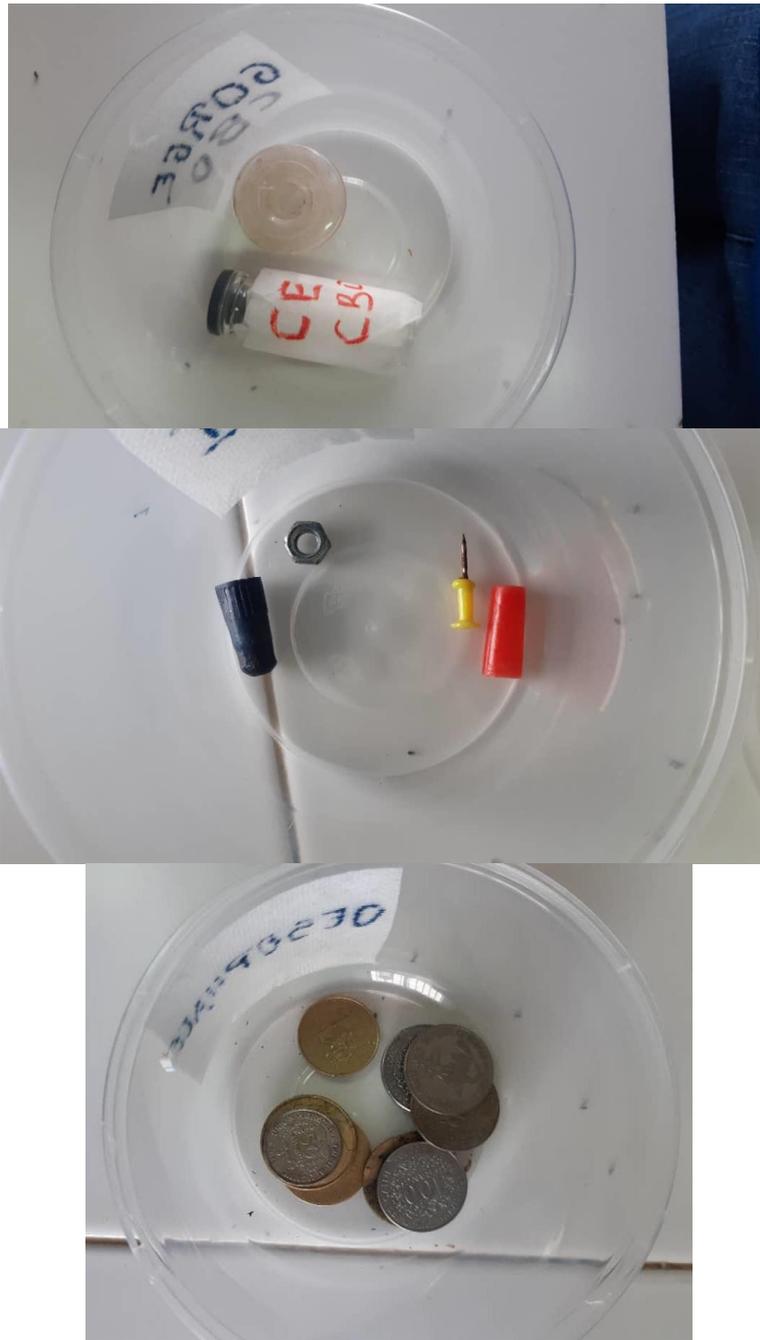


Figure 16: Nature des CE (Collection service d'ORL, HPZ)

Tableau II: Répartition selon la nature du CE

Nature	Perles	Pièce de monnaie	Graine végétale	Cailloux	Pile; bouton	Arêtes de poisson	Boucle d'oreille	Autres CE	CE non précisés
Nombre de cas	79	63	54	9	9	7	6	103	103
Pourcentage	18.3%	14.5%	12.4%	2%	2%	1.6%	1.4%	23.9%	23.9%

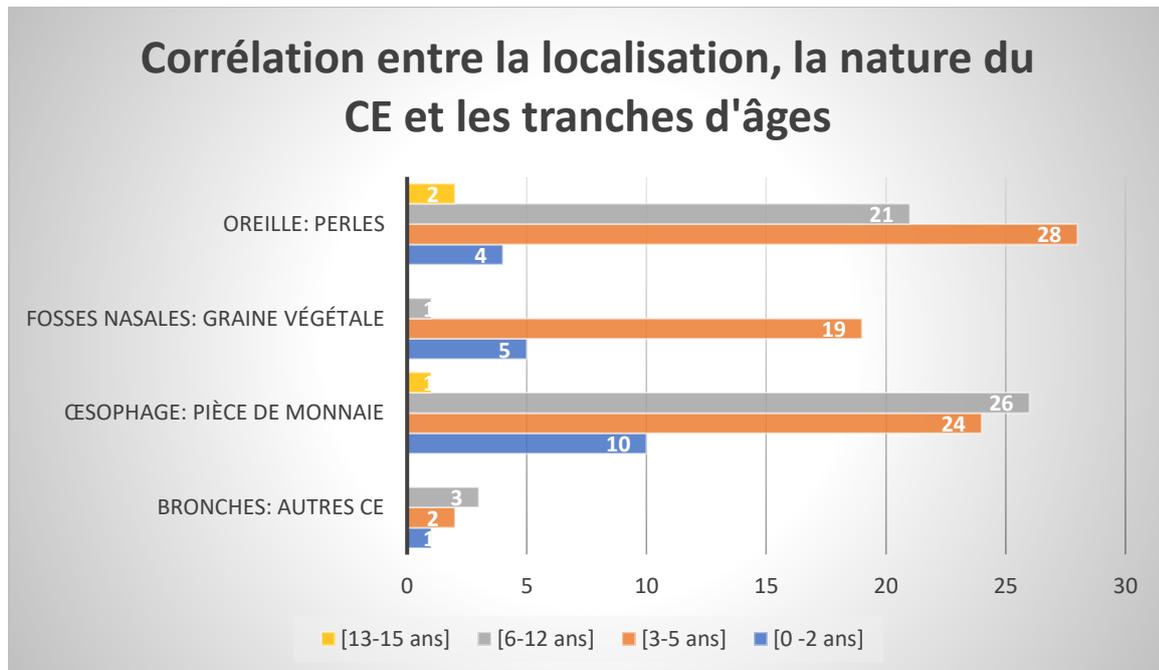


Figure 17: Répartition selon la localisation, la nature du CE et les tranches d'âges

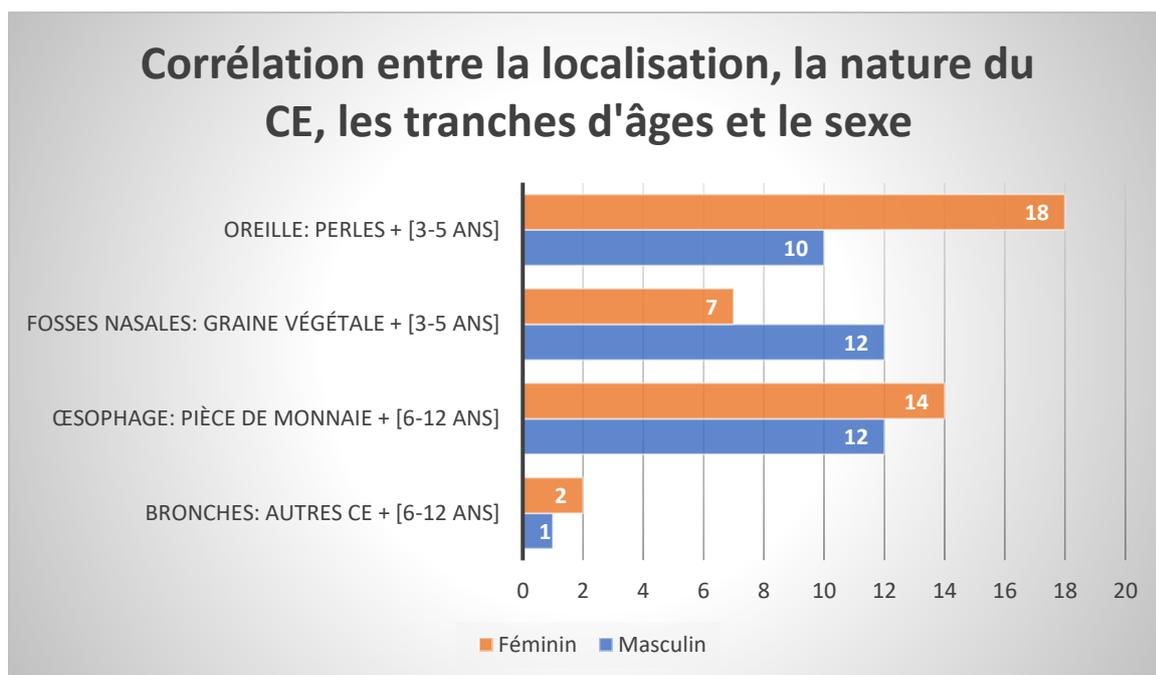


Figure 18: Répartition selon la localisation, la nature du CE, les tranches d'âges et le sexe

V.5 Du point de vue de l'aspect thérapeutique

Sur le plan thérapeutique, la prise en charge des CE des VADS diffère. Nous en notons deux types :

- l'**extraction au fauteuil** utilisée dans la grande majorité des cas de notre étude : **315 cas soit 73%**
- l'**extraction sous anesthésie générale(AG)** : **116 cas soit 27%**

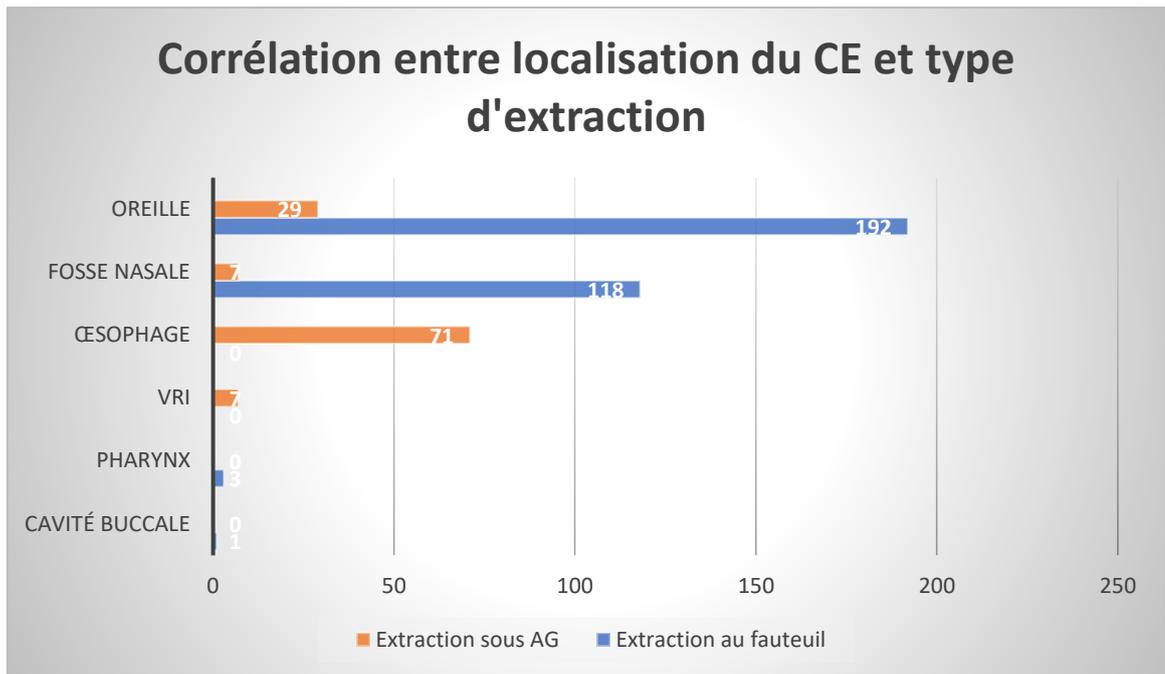


Figure 19: Localisation du CE et aspects thérapeutiques

V.6 Du point de vue de l'évolution

Dans notre étude l'évolution a été favorable dans la majorité des cas : **373** cas soit **86.5%**

Néanmoins, nous avons noté **58** cas (**13.5%**) de complications dont **01** décès (**0.23%**) par bronchospasme

Les plus fréquentes étaient :

17 cas (**29%**) de rhinorrhée purulente (RP)

7 cas (**12%**) otite moyenne aigue (OMA)

5 cas (**8%**) inflammation du conduit auditif externe (ICAE)

5 cas (**8%**) perforation tympanique (PT)

Les cas de **rhinorrhée purulente** et d'**OMA** sont survenus **après un délai** de consultation de **7 jours** ; **4** cas de **CAE inflammatoire** dans un délai compris **entre 2 et 7 jours** et **1** cas **après 7 jours** ;

Les cas de **perforation tympanique** sont survenus dans **les heures** précédant la consultation (**TABLEAU III**)

Tableau III: Corrélation entre le délai de consultation et la survenue de complications

Types de complications	0-24H	2 ^e et 7 ^{ème} jour	Après 7 ^{ème} jour	Total
RP			17	17
OMA			7	7
ICAE		4	1	5
PT	5			5

VI.DISCUSSION

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 8 ans (du 01 Février 2012- au 29 Février 2020) portant sur 431 patients ayant été consultés au service d'ORL du Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor. L'objectif de ce travail était de déterminer le **profil des corps étrangers O.R.L dans l'un des centres hospitaliers régionaux de Ziguinchor.**

VI.1 Données épidémiologiques

VI.1.1 Selon l'âge

Pour notre population d'étude, l'âge moyen était de 60 mois (5 ans) avec des extrêmes allant de 0 à 15 ans.

Ces accidents survenaient dans la grande majorité des cas chez les enfants âgés de 3 à 5 ans.

Pour cette sous-population de 71 dossiers concernant des enfants porteurs de corps étrangers de l'œsophage, la moyenne d'âge était de 4.71 ans comparable à celle de NDIAYE et al [14].

VI.1.2 Selon le sexe

Dans notre étude, le sexe masculin était le plus représenté (51,5 %). Le sex-ratio était de 1.06.

La répartition selon le sexe dans la population en ORL est sujette à des variations.

DIOP à Dakar [7], DIALLO à Conakry [5], Abou-elfadl à Casablanca [1], Pegbessou au Togo [16], Nyeki à Libreville [15] retrouvait une prédominance masculine avec un sex-ratio respectivement de 2.42 ; 2 ; 1.4 ; 1.29 et 2.5.

MAIGA à Dakar [12], NDIAYE et al à Diamniadio [17], FALL à Ziguinchor [10] retrouvaient une prédominance féminine avec un sex-ratio respectivement 0.91 ; 0.87 et 1.2.

KEITA au Mali [11] ne retrouvait pas de prédominance de sexe.

Pour cette sous-population de 71 dossiers, concernant des enfants porteurs de corps étrangers de l'œsophage, la répartition selon le sexe a montré une prédominance des garçons (56.8 %) ; corroborant les données de NDIAYE et al [14].

VI.1.3 Selon la fréquence

Pour cette étude 71,8 % (431/600) des patients étaient des enfants.

Cette prédominance pédiatrique dans les consultations ORL semble largement partagée tant au Sénégal [] qu'ailleurs en Afrique [].

Dans l'étude de FALL à Ziguinchor [10], les enfants de moins de 15 ans ont représenté 68.5 % de l'échantillon.

L'étude de Mlata et al en Algérie [13], quant à elle retrouvait 78.5% de patients âgés de moins de 15ans.

DIALLO à Conakry [5] retrouvait 42.71% d'enfants de moins de 10ans.

Tout ceci ne peut que justifier l'importance de l'ORL pédiatrique au Sénégal et en Afrique.

VI.2 Selon le délai de consultation

Plus de la moitié soit 67.2% avaient été consultés quelques heures après l'accident c'est-à-dire le même jour ; ceci peut s'expliquer par le caractère bruyant des enfants ;

25.5 % entre le 2^e et le 7^{ème} jour et 7.3% après le 7^{ème} jour.

Ceci peut s'expliquer par le caractère craintif des enfants à ne pas signaler à leurs parents l'inhalation de CE.

VI.3 Localisation du corps étranger

Nous avons noté, pour l'oreille 221 cas (51.2 %) des corps étrangers, pour la fosse nasale 125 cas (29%). Nos résultats corroborent les données de la littérature qui rapportent que les CE intra-auriculaires sont prédominants suivis par ceux des fosses nasales. MLATA [13] et al retrouvaient dans 38,77% des cas la localisation intra-auriculaire et 26.53% la localisation des fosses nasales.

Pour l'œsophage, on notait 71 cas (16.5 %) et les VRI 7 cas (1.6 %).

Le diagnostic de CE de l'œsophage se fait dans la plupart des cas par l'interrogatoire et les modalités thérapeutiques sont multiples et dépendent des compétences locales de prise en charge [6].

Le bilan endoscopique avait retrouvé 71 corps étrangers, représentés pour la plupart par des pièces de monnaie (88,7 %). Nous avons enregistré 1 cas de perforation de l'œsophage et aucun décès ; contrairement à NDIAYE et al [14.]

La présence mais aussi l'extraction du CE de l'œsophage sont une source de complications dont il faut connaître l'existence pour une prise en charge optimale.

Les corps étrangers des voies respiratoires inférieures (VRI) demeurent une pathologie accidentelle essentiellement pédiatrique, grave, fréquente, universelle.

Durant notre étude, nous avons constaté que l'ensemble des CE intéressant les VRI étaient tous localisés au niveau bronchique comparable à celle de MLATA [13] ;

Contrairement aux études de DIOP [7] et MAIGA [12] qui ont trouvé une localisation laryngée plus fréquente ; il s'agit de la localisation la plus dangereuse et la plus pourvoyeuse de mortalité car étant l'apanage des CE de grosse taille, telle que la graine d'arachide, qui obstruent la filière glottique ou sous glottique surtout chez l'enfant de moins d'un an, ce qui constitue une urgence pédiatrique

Dans notre étude, nous n'avons pas trouver de localisation trachéale ; elle constitue aussi un facteur favorisant d'hypoxie d'autant plus que la trachée de l'enfant est caractérisée par sa petite taille.

VI.4 Nature du corps étranger

La nature variée de ces CE s'explique par le fait que l'enfance est une période de curiosité de découverte et d'exploration de soi et de son environnement.

Dans cette étude, nous avons trouvé que plus de la moitié des CE précisés étaient inorganiques soit dans 77% des cas comparables à DIALLO (76.56%) [5] avec une prédominance de CE métalliques.

Ces derniers ont été dans la majorité des cas à type de perle et de pièce de monnaie. Ils sont caractérisés par les blessures de la muqueuse qu'ils entraînent et la difficulté lors de l'extraction.

Nous avons trouvé 23% de CE organiques avec une prédominance de graine végétale beaucoup plus recensés au niveau intra-auriculaire et nasale ce qui corrobore NDIAYE et al à Diamniadio [17].

Cette prédominance s'explique par la grande consommation de l'arachide dans notre pays.

Pour 103 cas (23.9 %), la nature n'était pas précisée dans les dossiers. Ceci peut s'expliquer par un oubli, une non identification du CE ou un nombre accru de patients reçus en consultation.

VI.5 Aspects thérapeutiques

Au **plan thérapeutique**, les corps étrangers des VADS différent par leur prise en charge

- au fauteuil pour la grande majorité des cas, selon les données de la littérature (73 % des cas dans notre étude),
- sous anesthésie générale (27 % des dans notre étude) avec extraction per endoscopique. C'est l'apanage surtout des pièces de monnaie œsophagienne et des CE des VRI.

VI.6 Evolution

Dans cette série, la prise en charge était satisfaisante dans la majorité des cas (86.5%) .

La survenue de complications s'explique par un retard de consultation après un délai supérieur à 7 jours également par la localisation et la nature du CE.

VI.7 Prévention

Les mesures préventives restent le meilleur garant pour une baisse significative de cet accident, comme :

- une campagne médiatique [7]
- une sensibilisation des parents afin que tout objet pouvant être ingéré ou inhalé soit éloigné des enfants [13]
- une sensibilisation des médecins concernés et surtout l'éducation parentale [18]

CONCLUSION

Le CE en ORL est un accident fréquent pouvant être grave selon la localisation et la nature surtout chez l'enfant.

Peu d'études ont été réalisées jusque-là portant sur le profil épidémiologique des CE des VADS chez l'enfant dans la région de Ziguinchor ce qui justifie notre travail.

Notre étude a pour but de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des CE des VADS dans l'un des centres hospitaliers de la région de Ziguinchor.

Nous avons exclu de notre étude les patients dont les dossiers étaient incomplets les patients adultes porteurs de CE des VADS et les enfants chez qui le CE était suspecté et pour qui l'examen était à la fin sans particularité.

Nous nous sommes basés uniquement sur les dossiers d'observation clinique des malades pour faire cette étude.

De cette étude rétrospective descriptive sur 08 ans (du 01 Février 2012 au 29 Février 2020) et portant sur 431 cas de CE des VADS d'une population de 0 à 15 ans, il en ressort les constatations suivantes :

La majorité des patients avaient été consultés en **2015 (22%) ; 18% en 2014 ; 15% en 2017 ; 12.6% en 2016 ; 12.1% en 2019**. Les autres années la fréquence variait entre **1 et 8%**.

L'âge moyen était de **60 mois (05 ans)** avec des extrêmes allant de 0 à 15 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des enfants âgés de **03 à 05 ans**.

Le **sexe masculin** était le plus représenté avec 222 garçons (**51.5%**) contre 209 filles (**48.5%**) avec un sex-ratio de **1.06**.

Du point de vue du délai de consultation, la majorité des patients avait consulté le même jour soit **67.2% ; 25.5%** entre le 2^{ème} et 7^{ème} jour ; **7.3%** après le 7^{ème} jour.

Selon la localisation, la majorité des CE était localisée au niveau intra-auriculaire (**51.2%**) et des fosses nasales (**29%**) ; ensuite nous avons noté **16.5%** de CE œsophagiens et **1.6%** de CE bronchiques.

Du point de vue de leur nature les CE inorganiques étaient de **77%** avec une prédominance des CE métalliques et ceux organiques de **23%** avec une prédominance des graines végétales.

Au plan thérapeutique, les CE des VADS diffèrent de par leur prise en charge ; L'extraction au fauteuil était optée dans la grande majorité des cas soit **73%** et l'extraction sous AG **27%**.

L'évolution était favorable dans la majorité des patients (**86.5%**) ;**13.5%** de complications ont été notées dont un (**01**) cas de décès. Les complications étaient dominées par la rhinorrhée purulente, l'OMA, la perforation tympanique ainsi que l'inflammation du CAE. Elles sont survenues après un délai de 07 jours.

A l'issue de notre étude nous suggérons :

A l'intention de la population générale

- Mettre en œuvre un système d'information-éducation-communication (IEC) sous-forme d'affiches murales, de décoration des murs au niveau des centres de santé, poste de santé, des écoles, des dessins animés diffusés par les télévisions [6].
- Sensibiliser les parents afin que tout objet pouvant être ingéré ou inhalé soit éloigné des enfants [6].
- En cas d'accident, l'entourage immédiat devrait être en mesure de déclencher la prise en charge en transférant rapidement l'enfant dans un centre hospitalier si possible en milieu spécialisé.
- Alimenter les enfants en position debout

A l'endroit des pouvoirs publics :

- Le recrutement et la formation de personnels qualifiés
- L'offre de bourses pour faciliter la formation de beaucoup de médecins ORL sénégalais

A l'intention des praticiens :

- Bonne tenue des dossiers médicaux
- Savoir poser le diagnostic en un temps réel surtout si le pronostic vital est mis en jeu
- Savoir pratiquer la trachéotomie en urgence surtout lorsqu'il s'agit d'un CE des VRI avant de référer dans un centre spécialisé

REFERENCES

1. Abou-elfadl M, Horra A, Abada R L et al.

Corps étrangers des Fosses Nasales : résultat d'une étude portant sur 260 cas au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale de l'Hôpital 20-Août, CHU Ibn Roch, 6, rue Lahssen Elaarjoun, Casablanca, Maroc

2. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2016

Enquête Démographique et de Santé Continue au Sénégal (EDS-continue) 2016 : Rapport final.

République du Sénégal. Juillet 2016.

3. BALDE M.

Bilan du premier semestre d'activités de consultation au nouveau service d'ORL et chirurgie cervico-faciale.

Mémoire de DES d'ORL. Dakar : Université Cheikh Anta Diop, 2009.

4. Chioukh FZ, Ben Ameur K, Abdelkafi M, Monastiri K

Détresse respiratoire révélant un corps œsophagien chez un nouveau-né.

Archive Pédiatrique 2017 février ; 24(2) : 189-191.doi : 10.1016/j.arc ped.2016.11.015

Publication en ligne du 29 décembre 2016

5. DEGUENONVO R.E.A., NDIAYE M., LOUM B., TALL A., DIALLO B.K., NDIAYE I.C., DIOUF R., DIOP E.M.

Les corps étrangers de l'œsophage. A propos de 212 cas

Médecine d'Afrique Noire, 2009, 56 (07): 410-416

6. Diallo AO, Keita A, Itiere Odzili F A et al.

Les Corps Etrangers en OtoRhinoLaryngologie : Analyse de 192 cas au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry ;

7. Dieye A

Mortalité pour corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques chez l'enfant à la clinique ORL Lamine Sine Diop du CHNU de FANN
Thèse de Médecine UCAD 2020 N°93

8. Diop EM, Tall A, Diouf R, Ndiaye IC.

Corps étrangers laryngés : prise en charge chez l'enfant au Sénégal.
Arch Pédiatrie. 2000 ;7(1) : 10-5.

9. DIOUF P.M.

Indications et résultats de la chirurgie cervico-faciale à l'Hôpital Militaire de Ouakam (HMO).

Thèse de médecine. Dakar : Université Cheikh Anta Diop, 2011, N° 181

10.EL Farssani F

Prise en charge des Corps étrangers des Voies Aéro-Digestives en ORL :
Thèse de médecine Faculté de Médecine et de Pharmacie Marrakech
Année 2016 N°147

11.Fall K

Les Corps Etrangers des Voies Aéro-Digestives Supérieures chez l'enfant : à propos de 87 cas colligés à l'Hôpital Régional de Ziguinchor
Thèse de Médecine UCAD 2014 N°167

12.KEITA M., DAO K., MOUHAMED A.AG.

Pratique oto-rhino-laryngologique en Afrique sub-saharienne : cas du Mali.

Médecine d'Afrique Noire. 2005 ; 52(4) : 228-232.

13.Maiga S, Barry MW, Diom ES, Ndiaye C, Diouf MS, Deguenonvo REA, et al.

Corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques : à propos de 130 cas. Médecine d'Afrique Noire. 2016 ; 63(12):629-34

14.Mlata F, Brahami I, Hadj allal F

Corps étrangers ORL : à propos de 98 cas au CHU de Tlemcen, Tlemcen, Algérie

Annales françaises d'Oto-Rhino-Laryngologie et de pathologie cervico-faciale

15.NDIAYE I., DIALLO B.K., DIOUF R., MILOUNDIA J., TALL A., DIOUF E., DIOP M

Les Corps étrangers de l'œsophage au CHU de DAKAR.

Dakar médical 2002 ; 47 (2) : 134-137.

16.Nyeki ARN, Miloundja J, Dalil AB, Mandji Lawson JM, Nzenze S, Emery S, et al.

Les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques : expérience de l'hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO) de Libreville. Pan Afr Med J. 2015 ; 20.

17.Pegbessou E, Amana B, Bissa H, Tagba E et al

Les corps étrangers des fosses nasales : expérience d'un service d'ORL dans un pays d'Afrique Noire.

Journal de pédiatrie et puériculture

18.Regonne P E J, Ndiaye M, Diandy Y, Diop AD, Diallo B K

Les corps étrangers nasaux chez les enfants dans un hôpital pédiatrique au Sénégal : une évaluation de 03 ans

Annales françaises d'Oto-Rhino-Laryngologie et de pathologie cervico faciale
2017 ; 134 : 345-349

19.Rizk H, Rassi S

Inhalation de corps étranger dans la population pédiatrique : expérience à propos de 106 cas au département d'otorhinolaryngologie, Hôtel-Dieu de France, rue Alfred-Naccache, Beyrouth, Liban

Annales françaises d'Oto-Rhino-Laryngologie et de pathologie cervico faciale
2011 ; 128 : 169-74.

20.Robard L, Blanchard D, Babin E, Loac M, Hitier M

Corps étranger œsophagien : plaque dentaire

Revue Laryngol Otol Rhinol (Bord) . 2011 ;132(4-5) :251-4

21.Saroul N, Dissard A, Gilain L

Corps étranger de l'œsophage au service d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, Hôpital Gabriel-Montpied, CHU de Clermont-Ferrand, 58, place Henri-Dunant, 63000 Clermont-Ferrand, France

22.Skandour D, Nouri H, Rochdi Y, Aderdour L, Raji A

Otorrhée persistante révélant un corps étranger de l'oreille moyenne

Archive pédiatrique. 2014. août ; 21(8) : 873-5.doi :10.1016/j.arcped.2014.05.017

Publication en ligne du 02 juillet 2014

23.TALL H.

Les activités ORL au centre hospitalier régional de Kolda.
Mémoire de DES d'ORL. Dakar : Université Cheikh Anta Diop, 2011,
N°476.

24.TIMI N.

ORL à SAINT LOUIS.
Mémoire de CES d'ORL. Dakar : Université Cheikh Anta Diop, 2004

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée par mes confrères si j'y manque !

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :
Le président du jury

Vu :
Le Doyen.....

Vu et Permis d'imprimer
Pour le recteur, le Président de l'assemblée d'Université Cheikh Antan Diop de
Dakar et par délégation

Le Doyen

CORPS ETRANGERS CHEZ L'ENFANT AU SERVICE D'ORL DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE ZIGUINCHOR : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES A PROPOS DE 431 CAS

Introduction

Le CE en ORL est un accident fréquent pouvant être grave selon la localisation et la nature surtout chez l'enfant.

Le CE des VADS expose à des complications graves pouvant menacer le pronostic vital ou être source de morbidité et de complications à révélation tardive.

L'objectif de notre travail était de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des CE chez l'enfant au service d'ORL du Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor.

Matériels et Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive portant sur 431 enfants ayant été consultés au service d'ORL du CHRZ, sur une période de 08 ans du 01 février 2012 au 29 février 2020.

Résultats

Durant cette période, la majorité des patients avaient été consultés en 2015 soit 22%.

L'âge moyen des patients était de 60 mois (05 ans) avec des extrêmes allant de 0 à 15 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était celle des enfants âgés de 03 à 05 ans ; le sex-ratio était de 1.06.

La majorité des patients avait consulté le même jour. La localisation intra-auriculaire était plus importante (51.2%)

Le CE était de nature inorganique dans 77% et organique dans 23 ; l'extraction au fauteuil était optée dans la grande majorité des cas soit 73%

L'évolution était favorable dans la majorité des cas soit 86.5% ; nous déplorons un cas de décès par bronchospasme.

Conclusion

Le CE en ORL reste un sujet d'actualité dans les pays en voie de développement ; l'éducation sanitaire et une bonne campagne médiatique pourrait être d'un grand apport pour diminuer la fréquence de cet accident

Mots clés : corps étranger, ORL, Ziguinchor

Nicole Bernadette DIATTA

Email : bibidiatta427@gmail.com

Adresse : Cité des enseignants Souleymane LOUM, Rufisque villa F55