

Corps étranger ingéré migrateur spontanément extériorisé : A propos d'un cas

Self extrusion on an ingested foreign body: A case report

Wael Yacoub¹, Wiem Douira-Khoms², Hela Louati², Lilia Lahmar², Lilia Ben Hassine², Faouzi Nouira³, Said Jli³, Ibtissem Bellagha²

1 : Service d'Imagerie Médicale, Hôpital d'enfants, Tunis, Tunisie / Faculté de Médecine de Sousse, Tunisie

2 : Service d'Imagerie Médicale, Hôpital d'enfants, Tunis, Tunisie / Faculté de Tunis El Manar, Tunisie

3 : Service de chirurgie pédiatrique B, Hôpital d'enfants, Tunis, Tunisie / Faculté de Tunis El Manar, Tunisie

RÉSUMÉ

Introduction : L'ingestion de corps étranger est un sujet fréquent en pathologie pédiatrique et se complique dans environ 1% des cas. Leur migration est rare et leur extériorisation spontanée à travers la peau est exceptionnelle et n'a été décrite dans la littérature qu'au niveau cervical. Nous rapportons ici, l'observation d'un patient qui a présenté une extériorisation spontanée au niveau hypogastrique d'un corps étranger ingéré.

Observation : Il s'agit d'un garçon de 2 ans, qui a consulté pour une tuméfaction inflammatoire de 2 cm de l'hypogastre. Le bilan biologique a révélé une hyperleucocytose à 16770 /mm³ et une C Réactive Protéine à 12mg/L. L'échographie et la tomodensitométrie ont permis de poser le diagnostic de corps étranger pariétal en cours d'extériorisation, et d'éliminer une complication associée (type perforation, fistule vasculaire...). Une incision chirurgicale a permis d'évacuer le corps étranger. En plus de son caractère exceptionnel, notre observation est particulière également de part la nature du corps étranger qui était un morceau de bois et dont l'ingestion s'intégrait dans le cadre d'une pathologie psychiatrique infantile.

Mots-clés

Corps Etrangers, Abdomen, Complication, Tomodensitométrie

SUMMARY

Introduction: Foreign body ingestion is a frequent issue in paediatrician's practice. Foreign bodies often pass the gastro-intestinal tract spontaneously but can sometimes generate complications (1% of the cases). The migration of ingested foreign bodies is rare, but their spontaneous extrusion through the skin is even rarer and was previously described only in the neck. We report an unusual case of a spontaneous extrusion of an ingested foreign body through the skin of the lower abdomen.

Observation: A 2 year-old boy, presented with a 2 cm inflammatory swelling of the hypogastric region. Laboratory analysis showed hyperleukocytosis (16 7770 /mm³) and high C reactive protein level at 12mg/L. Ultrasonography and computed tomography allowed us to diagnose a parietal foreign body extruding through the skin and to eliminate associated complication (perforation, vascular fistula...). The foreign body was extracted by a surgical incision. This observation is very rare but it is also uncommon because of the nature of the ingested foreign body which was a wooden piece. Its ingestion was explained by a paediatric mental disorder.

Key-words

Foreign Bodies, Abdomen, Complication, Multi-Detector Computed Tomography

L'ingestion de corps étranger est une pathologie fréquente en milieu pédiatrique. Elle est le plus souvent anodine, de résolution spontanée sans complication. L'extériorisation spontanée d'un corps étranger ingéré est exceptionnelle et n'a été décrite dans la littérature qu'au niveau cervical (1,2). Nous rapportons ici, un cas d'une extériorisation spontanée d'un corps étranger au niveau de la paroi abdominale diagnostiqué par échographie et tomodensitométrie (TDM). Le but de ce travail est de montrer à travers cette observation que l'extériorisation spontanée d'un corps étranger ingéré est possible ainsi que de montrer et discuter l'intérêt de l'imagerie dans le diagnostic positif et la mise en évidence d'éventuelles complications.

OBSERVATION

Garçon âgé de 2 ans, sans antécédents pathologiques consultant nos urgences pour une tuméfaction hypogastrique évoluant depuis deux jours. L'examen physique a montré une tuméfaction hypogastrique de 2 cm de diamètre, chaude, douloureuse, ferme et mobile. La biologie a montré une hyperleucocytose à 16.770 /mm³ avec un taux légèrement élevé de protéine C réactive à 12mg/L.

Une collection a été suspectée et l'enfant nous a été adressé pour une échographie des parties molles (figure 1) qui a montré un aspect en faveur d'un granulome sur corps étranger traversant le muscle droit de l'abdomen avec doute sur une effraction du fascia transversalis.



Figure 1 : Exploration échographique de la tuméfaction clinique : corps étranger linéaire hyper-échogène entouré d'une plage hypo-échogène mal limitée évoquant un granulome inflammatoire sur corps étranger

Devant l'absence de visualisation de point d'entrée cutané en regard de la masse sus décrite, on a repris l'interrogatoire avec la mère qui a nié toute piqure récente ou ancienne et a plutôt rapporté la notion de géophagie. En effet, cet enfant mangeait des morceaux de bois depuis un an et la famille était obligée de cacher tout ce qui était en bois.

Un examen tomodensitométrique (figure 2) a montré un granulome inflammatoire abcédé sur un corps étranger linéaire spontanément hyperdense de la paroi abdominale latérale droite traversant le muscle droit et responsable d'une infiltration de la graisse abdominale au contact d'une anse digestive sans pneumopéritoine ou collection intra péritonéale.

Devant ce tableau radio clinique suggérant un corps étranger ingéré en voie d'extériorisation pariétale l'enfant a été opéré. L'exploration per opératoire avait confirmé la présence de corps étranger à type de morceau de bois implanté dans le muscle droit mesurant 2 cm de longueur et qui a été extrait à la pince (figure 3).

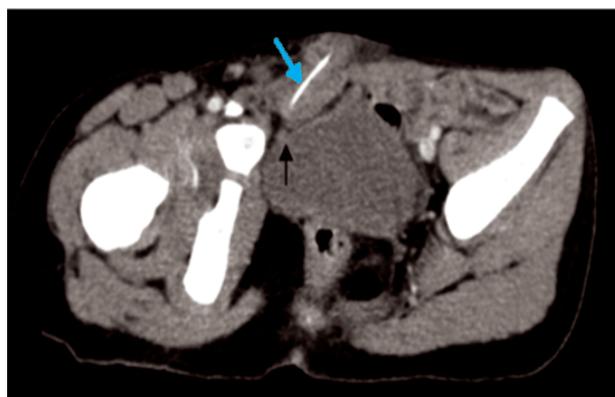


Figure 2 : Coupe tomodensitométrique axiale après injection de produit de contraste iodé et reconstruction oblique : granulome inflammatoire sur corps étranger (flèche bleue) de la paroi latérale droite de l'abdomen associé à une infiltration de la graisse abdominale en regard au contact d'une anse grêle (flèche noire).

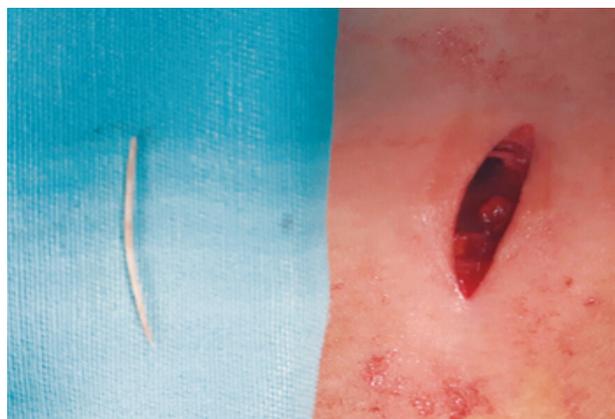


Figure 3 : Vue chirurgicale : montrant l'extraction chirurgicale du corps étranger (morceau de bois)

DISCUSSION

L'ingestion de corps étrangers est un problème fréquent en pédiatrie mais son incidence est difficile à déterminer car la plupart des corps étrangers ingérés sont éliminés

dans les selles sans incidents et passent inaperçus (3). Néanmoins, le centre anti-poison des Etats-Unis a estimé son incidence à 93911 cas en 2016 (4). Cependant, notre observation se distingue de ces ingestions vues en pratique courante par la nature atypique du corps étranger et par son extériorisation spontanée.

Les corps étrangers sont en général à type de pièces de monnaie, de jouets et de pile en Europe (5) alors qu'en Asie, il s'agit le plus souvent d'arêtes de poisson (6). Des corps étrangers atypiques, tel que le morceau de bois dans notre étude, sont notés essentiellement en cas de retard mental, pathologie psychiatrique, ou en population pénitentiaire chez les adultes (6).

La migration d'un corps étranger en dehors du tube digestif observée dans notre cas est rare puisque 80 à 90% des corps étrangers traversent le tractus digestif sans incidents. Seuls 1% des corps étrangers ingérés engendrent une complication et nécessitent une chirurgie (5). Ces complications peuvent être secondaires à une obstruction du tube digestif ou à une migration du corps étranger. Cette dernière peut engendrer une perforation digestive, un abcès, une médiastinite, une péritonite, ou une fistule entre un vaisseau et le tube digestif (3,6,7). La migration des corps étrangers serait favorisée par un blocage au niveau de certains sites anatomiques: l'œsophage cervical haut en regard du cartilage cricoïde, le pylore, la valvule iléo caecale (6,7). Le siège au niveau de la FID dans notre cas suggérerait un blocage au niveau de la valvule iléo caecale. La migration du corps étranger donne exceptionnellement une extériorisation

spontanée. Cette complication a été décrite uniquement au niveau cervical (1,2). A notre connaissance, nous rapportons ici le premier cas d'extériorisation spontanée à l'étage abdominal. Le délai entre l'ingestion et l'extériorisation varie dans la littérature de 24 heures à 6 semaines. Il n'a pu être correctement évalué dans notre observation car les ingestions étaient répétées.

Lors d'une extériorisation spontanée d'un corps étranger ingéré, la réalisation d'une TDM avec injection de produit de contraste iodé est utile et même obligatoire selon certains auteurs, et ceux même si le corps étranger est quasiment expulsé (2). Elle permet d'identifier le corps étranger et de rechercher d'autres complications éventuellement associées.

Nous insistons particulièrement sur l'importance de rechercher des signes de perforation et de réaliser une étude vasculaire pour détecter les complications vasculaires rares mais mortelles.

Après élimination de complications associées, une surveillance simple jusqu'à extériorisation complète du corps étranger ou une extraction chirurgicale peuvent être réalisées (1,2).

CONCLUSION

L'ingestion de corps étrangers est une pathologie assez fréquente en milieu pédiatrique. L'expulsion spontanée est rare mais doit faire pratiquer une tomodensitométrie afin de rechercher des complications lors du trajet migratoire.

REFERENCES

1. Jamal S, Irfan M, Nazim N. Spontaneous extrusion of migrated fish bone in the neck after 48 hours of ingestion. *Bangladesh Journal of Medical Science* 2011;10(2):129. DOI:10.3329/bjms.v10i2.7809.
2. Tan AKL, Lu PKS. Self-extrusion of a foreign body from the upper digestive tract to the skin. *J Laryngol Otol* 2004;118(3):242-243. DOI: 10.1258/002221504322928080.
3. El Marini H, El Belloute S, Benelbarhdadi I et al. Les variétés des corps étrangers ingérés dans notre pratique quotidienne. *Acta Endoscopica* 2011;41(3):123-8. DOI: 10.1007/s10190-011-0160-1.
4. Gummin DD, Mowry JB, Spyker DA, Brooks DE, Fraser MO, Banner W. 2016 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 34th Annual Report. *Clin Toxicol* 2017;55(10):1072-254. DOI: 10.1080/15563650.2017.1388087.
5. Michaud L, Bellaïche M, Olives J-P. Ingestion de corps étrangers chez l'enfant. Recommandations du Groupe francophone d'hépatologie, gastroentérologie et nutrition pédiatriques. *Arch Pédiatr* 2009;16(1):54-61. DOI: 10.1016/j.arcped.2008.10.018.
6. Lai ATY, Chow TL, Lee DTY, Kwok SPY. Risk factors predicting the development of complications after foreign body ingestion. *Br J Surg* 2003;90(12):1531-5. DOI: 10.1002/bjs.4356.
7. Jayachandra S, Eslick GD. A systematic review of paediatric foreign body ingestion: Presentation, complications, and management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2013;77(3):311-7. DOI: 10.1016/j.ijporl.2012.11.025.