

Pneumectomie pour corps étranger intrabronchique. Indication justifiée ou rançon de la pauvreté ? À propos d'un cas

Alphonse Nzomvuama^{1,2*}, John Nsiala^{3,4}, Jean-Marie Kayembe⁵, Evariste Mbala¹, Louis-Bernard Phanzu¹, Clément Mbaki⁶, Déogratias Mushegera¹

RÉSUMÉ

Nous rapportons un cas d'inhalation de corps étranger chez un adolescent de 14 ans, admis 4 ans après l'accident dans notre service de chirurgie thoracique. La destruction du parenchyme pulmonaire a conduit à la pneumectomie. Les indications chirurgicales pour corps étranger intrabronchique sont limitées aux échecs d'extraction par fibroscopie et aux complications bronchopulmonaires. Le dénuement de nos hôpitaux et la méconnaissance diagnostique expliquent la prise en charge tardive et un sacrifice parenchymateux pourtant évitable.

Mots clés : corps étranger intrabronchique, pneumectomie, RD Congo.

ABSTRACT

Pneumectomy for intrabronchial foreign body. Justified indication or ransom of poverty? About one case

A 14-year-old teenager was admitted to our health institution four years after the inhalation of a foreign body. A pneumectomy was performed because of lung destruction. The surgical indications for intrabronchial foreign body are limited to endoscopic extraction failures and to bronchopulmonary complications. However, because of a delayed diagnosis, late treatment of patients leads to parenchymatous sacrifice, which can be avoided.

Keywords: intrabronchial foreign body, pneumectomy, DR Congo.

1. INTRODUCTION

Les indications chirurgicales pour corps étranger intrabronchique sont limitées aux échecs d'extraction par fibroscopie et aux complications bronchopulmonaires [1,2]. Le dénuement des structures de santé dans de nombreux pays pauvres et la méconnaissance diagnostique ne permettent pas une prise en charge précoce et appropriée d'un syndrome de pénétration. Le traitement tardif des patients devient alors celui des complications qui conduisent parfois à des sacrifices parenchymateux, pourtant évitables [3-5].

Tel est le cas d'un adolescent de 14 ans opéré dans le service de chirurgie thoracique des cliniques universitaires de Kinshasa (République démocratique du Congo) 4 ans après l'aspiration d'un corps étranger métallique.

2. OBSERVATION

À la suite de l'aspiration accidentelle d'un ressort de stylo à bille qu'il tenait entre ses lèvres, ce jeune patient est conduit dans le service de pédiatrie d'un hôpital général de province dans le centre de la République démocratique du Congo. Faute de

fibroscope et d'endoscopiste entraîné, un traitement symptomatique associant antitussif et antibiotique lui est administré. Après régression de la toux et amélioration des signes respiratoires, l'enfant quitte l'hôpital.

L'évolution est très rapidement marquée par la survenue de multiples épisodes d'infections bronchopulmonaires conduisant pendant 4 ans à des hospitalisations itératives jusqu'à son transfert à Kinshasa, la capitale du pays.

À son admission dans le service de chirurgie thoracique des cliniques universitaires de Kinshasa, le patient n'a aucune gêne respiratoire. L'auscultation pulmonaire révèle une abolition du murmure vésiculaire à gauche. Il présente de la fièvre à répétition, associée à une toux productive avec des crachats purulents dont la culture met en évidence la présence de *Klebsiella pneumoniae* sensible à l'association amoxicilline-acide clavulanique.

Le corps étranger est bien visible sur la radiographie pulmonaire qui montre des stries de fibrose au sommet et un poumon blanc aux trois quarts inférieurs, faisant douter de la viabilité du parenchyme pulmonaire [figure 1]. La fibroscopie retrouve une obstruction complète de la bronche souche gauche. Le corps étranger n'est pas visualisé. La décision collégiale de pneumectomie est retenue.

Sans exclusion pulmonaire, une thoracotomie postérolatérale est menée au 5^e espace intercostal gauche, permettant de découvrir une cavité pleurale envahie par des adhérences fibreuses dont les plus solides fixent l'apex à la paroi. Violacé et rétracté, le poumon est de consistance ligneuse [figure 2]. Les manœuvres de libération et de mobilisation du poumon provoquent une abondante vomique. La pneumectomie est réalisée.

Le ressort de stylo est retrouvé à la section de la bronche souche gauche, complètement englué dans du tissu de granulation obstructif et adhérent. Le thorax est refermé sans drainage. Les suites sont simples. Revu à 2 ans, le patient se porte bien et a repris une scolarité normale.

1. Service de chirurgie thoracique, département de chirurgie, cliniques universitaires de Kinshasa, RD Congo.

2. Service de chirurgie cardiaque, CHU Amiens, France.

3. Clinique Caron, Athis-Mons, France.

4. Département d'anesthésie et réanimation, cliniques universitaires de Kinshasa, RD Congo.

5. Service de pneumologie, département de médecine interne, cliniques universitaires de Kinshasa, RD Congo.

6. Service de pneumologie, département de médecine interne, hôpital général de référence de Kinshasa, RD Congo.

* Auteur correspondant : nzomvuama.alphonse@chu-amiens.fr

Conflit d'intérêt : aucun. / Conflict of interest statement: none declared.



Figure 1. Radiographie de thorax : image de destruction pulmonaire. Ressort de stylo dans la bronche souche gauche.

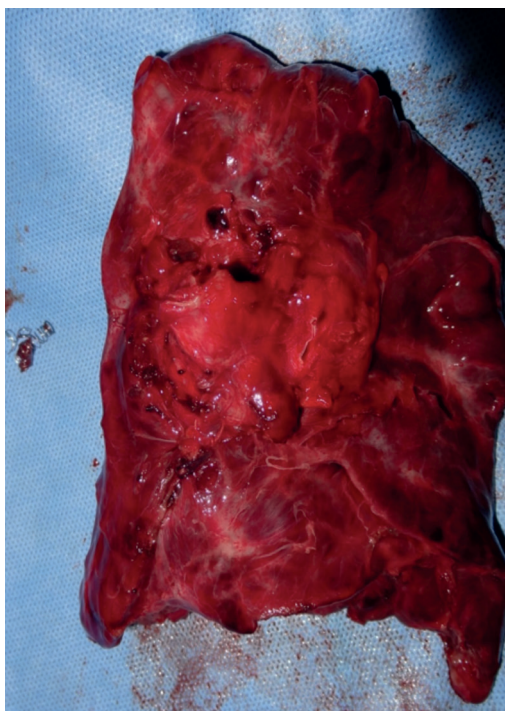


Figure 2. Pièce opératoire, poumon rétracté. Ressort de stylo extrait de la bronche souche gauche.

3. DISCUSSION

Les corps étrangers intrabronchiques sont des accidents fréquents et potentiellement graves chez l'enfant, le jeune adulte et la personne âgée. La prise en charge précoce des patients permet d'éviter des complications bronchiques et parenchymateuses irréversibles qui imposent parfois des exérèses pulmonaires étendues. Un délai d'extraction précoce limitée aux 72 premières heures après inhalation de corps étranger est une condition importante pour une évolution sans complications [2,6].

Les études expérimentales ont permis de comprendre le développement des lésions bronchopulmonaires après aspiration d'un corps étranger. Elles débutent par l'œdème et l'infiltration de la paroi alvéolaire par des leucocytes de la phase aiguë de

l'inflammation, remplacés vers le 10^e jour par une abondante quantité de macrophages et de lymphocytes. À partir du 30^e jour se développent au niveau du cartilage bronchique des zones de destruction et de fibrose, responsables des lésions de bronchectasie et des altérations du parenchyme pulmonaire [7].

Le traitement de référence reste l'extraction du corps étranger sous bronchoscopie rigide ou souple qui permet par ailleurs de faire le bilan des lésions bronchiques [8]. La chirurgie a des indications limitées au traitement des complications. Elle est aussi l'alternative aux échecs d'extraction de corps étranger. Dans ce cas précis, et lorsque les patients sont vus précocement, l'extraction du corps étranger par une bronchotomie permet d'éviter l'exérèse parenchymateuse.

Une étude rétrospective sur le corps étranger intrabronchique menée dans notre hôpital avait déjà montré que seuls 26 % de patients avaient consulté dans les 72 heures suivant l'aspiration d'un corps étranger intrabronchique [9].

Le retard de diagnostic de corps étranger intrabronchique est souvent le fait de sa méconnaissance au moment de l'accident, surtout chez les jeunes enfants ou chez des personnes âgées avec des troubles cognitifs importants et dont l'interrogatoire est difficile. Dans un certain nombre de cas, les signes cliniques du syndrome de pénétration peuvent être peu bruyants ou fugaces. Quoi qu'il en soit, à distance de l'accident, les signes cliniques sont dominés par ceux de la bronchectasie et des infections bronchopulmonaires qui en résultent. C'est la répétitivité de ces signes dans le même territoire qui doit faire évoquer la possibilité d'un corps étranger intrabronchique ignoré [3-6].

Dans un pays pauvre comme la République démocratique du Congo, les hôpitaux ne sont en grande majorité pas équipés en fibroscope bronchique pour répondre à l'urgence que constitue le corps étranger. La réalité est que, pour une population de 70 millions d'habitants que compte la République démocratique du Congo, on dénombre moins d'une dizaine de praticiens expérimentés en fibroscopie bronchique et tous sont installés dans de grandes villes.

Dans ce contexte, la chirurgie reste malheureusement une indication justifiée et la seule alternative thérapeutique pour ces patients qui sont vus tardivement. Les limites des équipements de nos hôpitaux et le faible nombre de praticiens capables de prendre en charge les patients en phase aiguë expliquent le traitement tardif.

À l'admission de notre patient, une fibroscopie bronchique a été faite et a mis en évidence l'obstruction bronchique par du tissu de granulation. Certains auteurs ont rapporté des extractions tardives de corps étranger après instillation des molécules inhibitrices de la synthèse de fibroblastes [10,11]. L'intérêt de la technique peut se justifier si le retard diagnostic est peu important et surtout s'il existe des arguments de viabilité bronchopulmonaire. Le sacrifice parenchymateux qu'impose la chirurgie, surtout quand il s'agit des enfants et des jeunes, est un lourd tribut payé par les patients à leur condition sociale et au dénuement des institutions de santé. S'il avait été pris en charge assez tôt, notre patient n'aurait certainement pas perdu son poumon. Aujourd'hui, nous pouvons juste nous satisfaire de le savoir en bonne santé, poursuivant une scolarité normale et surtout libéré des contraintes d'hospitalisations itératives pour infection bronchopulmonaire. Mais combien d'autres patients resteront sans prise en charge appropriée, même tardivement ?

Il est important d'insister sur la prévention, mais aussi et en même temps de former le plus possible de praticiens aptes à l'utilisation de la fibroscopie bronchique qui reste le traitement de référence dans le syndrome de pénétration. Elle est le traitement le plus

efficient, le moins agressif, le moins onéreux et est de ce fait le plus adapté à nos conditions de pratique.

4. CONCLUSION

Le traitement du syndrome de pénétration relève de la fibroscopie bronchique. Mais dans le contexte des pays pauvres, faute d'une prise en charge précoce et appropriée par méconnaissance diagnostique ou par défaut de praticien formé à la fibroscopie bronchique, le recours à la chirurgie reste la seule alternative pour le traitement des complications tardives des corps étrangers intrabronchiques.

RÉFÉRENCES

1. Tits G, Verschakelen J, Decramer M. A persistent unilateral lung infiltrate. *Eur Respir J* 1994;7:2095-7.
2. Karakoç F, Karadağ B, Akbenlioğlu C et al. Foreign body aspiration: What is the outcome? *Pediatr. Pulmonol* 2002;34:30-6.
3. Kamiyoshihara M, Ibe T, Takeyoshi I. Inhaled foreign body overlooked for 25 years in adult. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2008;56(4):191-4.
4. Thompson D T. Report on a child with stricture following foreign body of long duration in the bronchus. Discussion on the management of bronchial foreign bodies. *Postgraduate Medical Journal* 1979; 55:886-92.
5. Al-Majed SA, Ashour M, Al-Mobeireek AF, Al-Hajjaj MS, Alzeer AH, Al-Kattan K. Uverlooked inhaled foreign bodies: late sequelae and the likelihood of recovery. *Respiratory Medecine* 1997;91:293-6.
6. Sirmali M, Türüt H, Kisacik E, Findik G, Kaya S, Taştepe I. The relationship between time of admittance and complications in paediatric tracheobronchial foreign body aspiration. *Acta Chir Belg* 2005;105:631-4.
7. Yıldizeli B, Zonüzi F, Yüksel M, Kodalli N, Çakalağaoğlu F, Küllü S. Effects of intrabronchial foreign body retention. *Pediatr Pulmonol* 2002;33:362-7.
8. Goyal R, Nayar S, Gogia P, Garg MJ. Extraction of tracheobronchial foreign bodies in children and adults with rigid and flexible bronchoscopy. *Bronchology Interv Pulmonol* 2012;19(1):35-43.
9. Omanga U, Shango, Ntihinyurwa M, Muaku M, Mashako M, Shako D. Corps étrangers trachéo-bronchiques chez l'enfant. Analyse de 43 cas. *Ann Oto-Laryng* 1980;97(9):769-76.
10. Terada Y, Sakaguchi Y, Kono T, Nohara J, Noguchi T. Intrabronchial foreign body extracted with tranilast and corticosteroid. *Ann Thorac Surg* 2008;86(5):1686-8
11. Niwa T, Nakamura A, Kato T et al. Bronchoscopic intralesional injection of triamcinolone acetonide treated against bronchial obstruction caused by peanut aspiration. *Respir Med* 2005;99:645-7.