

# Corps étranger laryngé asymptomatique: A propos d'un cas

## Asymptomatic laryngeal foreign body: About a case report

JE. Kouassi-Ndjeundo, Kf-H. Koffi, Bts Vroh, YA. Adjé, NH. Kouassi, LE. Godé, KV. N'gattia, NB. Kacouchia.  
Service d'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale du CHU de Bouaké (RCI)

### RESUME

Le corps étranger laryngé constitue une extrême urgence. Le diagnostic est essentiellement clinique. Le traitement consiste à l'extraire en urgence sous anesthésie générale. L'absence de signes laryngés est un fait rare. Nous rapportons un cas de corps étranger laryngé sans signes d'appel laryngés en vue de discuter des aspects diagnostiques et thérapeutiques de cette situation clinique rare.

**Mots clés:** Corps étranger, Larynx, Diagnostic, Endoscopie.

### ABSTRACT

Laryngeal foreign body is an extreme emergency. The diagnosis is essentially clinical. The treatment is to extract it urgently under general anesthesia. The absence of laryngeal signs is a rare fact. We report a case of laryngeal foreign body without laryngeal signs in order to discuss diagnostic and therapeutic aspects of such a condition.

**Keywords:** Foreign body, Larynx, Diagnosis, Endoscopy

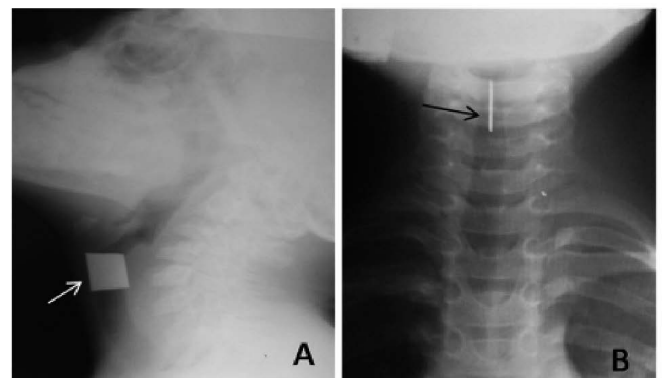
### INTRODUCTION

Les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques constituent une urgence respiratoire pouvant mettre en jeu le pronostic vital [1]. La localisation laryngée est fréquente et se traduit le plus souvent par une dyspnée laryngée. Il s'agit d'une urgence diagnostique et thérapeutique. Le corps étranger peut être un incident totalement anodin ou être au contraire responsable de complications graves, parfois vitales [2]. L'évolution après extraction est le plus souvent favorable. Les auteurs rapportent un cas de corps étranger laryngé sans signes d'appel laryngés, en vue de discuter des aspects diagnostiques et thérapeutiques.

### OBSERVATION

Un patient de 08 ans, sans antécédents pathologiques, a été reçu dans notre service, cinq heures après l'inhalation d'un corps étranger. L'histoire révélait le port d'un corps étranger à la bouche sans notion de syndrome de pénétration, de toux, de dysphonie, ni de dyspnée laryngée. L'examen physique objectivait un bon état général, une conscience normale, une voix normale, une respiration calme (fréquence respiratoire : 26 cycles par minute), un pouls à 104 battements par minute et une hypersalivation. La nasofibroskopie a mis en évidence le corps étranger interposé entre les deux cordes vocales. La radiographie des parties molles du cou a mis en évidence un corps étran-

ger sous forme d'une opacité métallique quadrangulaire à grand axe vertical mesurant environ 20 mm se projetant dans l'aire pharyngo-laryngée en regard des troisième et quatrième vertèbres cervicales (figure 1A et B).

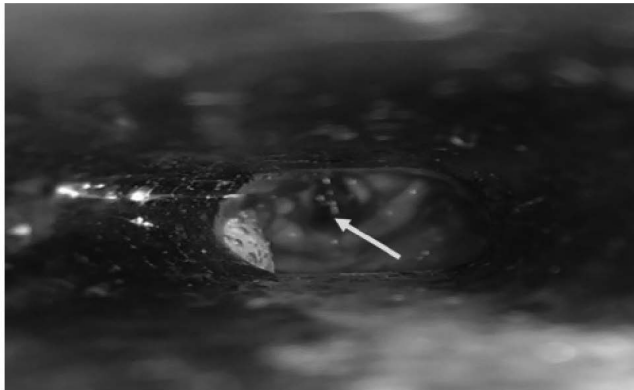


**Figure 1 : A :** radiographie des parties molles du cou en incidence de profil: corps étranger dans la filière laryngée sous forme d'opacité métallique quadrangulaire en regard des 3ème et 4ème vertèbres cervicales.

**B :** radiographie des parties molles du cou en incidence de face: corps étranger dans la filière laryngée sous forme d'opacité métallique linéaire



Devant ces signes cliniques et para cliniques, nous avons conclu à un corps étranger laryngé et posé l'indication de l'extraction en urgence. Celle-ci a été faite par voie de laryngoscopie directe en suspension sous anesthésie générale, après une trachéotomie de sécurité. L'exposition laryngée a permis d'objectiver le corps étranger situé en position verticale entre les deux cordes vocales ( figure 2).



**Figure 2** : Laryngoscopie en suspension : corps étranger entre les deux cordes vocales (flèche jaune)

Nous avons retiré le corps étranger à l'aide d'une micro-pince. Il s'agissait d'un morceau de scie métallique de 20 mm de longueur (Figure 3).



**Figure 3** : corps étranger extrait (morceau de scie métallique)

En post opératoire, le patient a été mis sous antibiothérapie (Ceftriaxone 1g par jour pendant trois jours), antalgique (Paracétamol 500mg 4 fois par jour pendant 3 jours) et Corticoïde (Bétaméthasone injectable 4 mg/ jour pendant 3 jours) et des soins quotidiens de la trachéotomie.

La décanulation a été réalisée deux jours après l'intervention et l'évolution était satisfaisante avec un suivi sur deux mois.

## DISCUSSION

Le corps étranger laryngé est fortement suspecté à l'examen clinique devant une dyspnée laryngée, une dysphonie et une toux quinteuse. Généralement, la notion de syndrome de pénétration, retrouvée à l'interrogatoire, reconforte le praticien dans son diagnostic. Dans notre cas, seule la notion de port à la bouche de corps étranger de nature non précisée au cours du jeu a été rapportée par l'entourage. L'absence du syndrome de pénétration chez notre patient pourrait s'expliquer par la position du corps étranger intercalé verticalement entre les deux cordes vocales, ne contraignant pas la fonction respiratoire.

Aussi, la fermeture complète de la glotte dans le processus de la phonation ne serait pas contrariée par le corps étranger, qui serait probablement pris en "sandwich" par les deux cordes vocales au cours de leur adduction, expliquant ainsi l'absence de la dysphonie [3, 4]. L'absence de signes d'appel laryngés ne doit pas faire occulter l'examen physique minutieux du patient qui repose sur la nasofibroscope et surtout ne pas empêcher ou retarder l'imagerie [4]. Dans notre cas, la radiographie cervicale a non seulement confirmé le diagnostic mais a donné une idée de la forme du corps étranger. Il s'agissait d'un corps étranger qui se présentait sous forme d'une opacité métallique quadrangulaire à grand axe vertical se projetant dans l'aire pharyngo-laryngée. Le délai de consultation en cas de corps étranger laryngé varie selon les circonstances. Vroh et al ont noté un délai de consultation relativement court. Pour eux, la dyspnée serait la principale raison qui aurait motivé les parents, inquiets, à consulter tôt. Parfois le patient est vu tard du fait d'un retard diagnostique dans les centres de santé périphériques [3]. Souvent le corps étranger est méconnu de l'entourage, l'enfant ne pouvant s'expliquer clairement [4-5], ce qui rallonge également le délai de consultation. Certains patients sont vus au stade de complications avec dyspnée, toux grasse, fièvre [4]. Notre patient a été vu dans un intervalle de cinq heures de temps après l'inhalation. En l'absence de traitement, l'évolution d'un corps étranger laryngé peut se faire vers la mort immédiate du patient par asphyxie [3]. Une migration dans la trachée est possible avec dyspnée aux deux temps de la respiration. La migration dans une bronche souche est également possible. Généralement, le corps étranger se retrouve dans la bronche droite en raison de son anatomie particulière [6-8]. Le corps étranger laryngé constitue une urgence extrême en raison du risque asphyxique aigu [3]. Le traitement consiste à l'extraire en urgence. La littérature montre que l'extraction par voie endoscopique au tube rigide sous anesthésie générale est la méthode la plus recommandée [3,6,9]. Cette extraction se réalise sous contrôle de la vue [3] en obéissant à l'apophtegme de Chevalier Jackson qui dit que « tout corps étranger des voies aéro-digestives qui a pénétré par les voies naturelles peut être extrait par les mêmes voies à condition qu'il n'ait pas migré à travers la paroi perforée de ces voies » [2,10]. Une trachéotomie peut être associée en fonction des circonstances. En effet, elle peut être réalisée en urgence devant une dyspnée laryngée. Selon Diop et al, malgré les complications propres de la trachéotomie, il s'agit d'une pratique qui occupe une place de choix dans le traitement dont l'intérêt réside dans



la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à l'accident, surtout dans les pays en voie de développement où le plateau technique est défaillant[10]. Une trachéotomie de sécurité a été réalisée sous anesthésie générale dans le but de prévenir une éventuelle chute du corps étranger dans l'étage sous-glottique lors de son extraction, mais aussi pour éviter une intubation sur le corps étranger. L'impossibilité de réaliser la jet ventilation dans notre milieu de travail explique aussi le recours fréquent à la trachéotomie première au cours de l'extraction des corps étrangers laryngés. Le laryngoscope a permis d'exposer le larynx, permettant ainsi de visualiser le corps étranger, située en position verticale entre les deux cordes vocales. L'extraction s'est faite à l'aide d'une micro-pince laryngée. L'évolution a été favorable avec une décanulation précoce. Le patient a été suivi pendant deux mois et aucun signe d'appel laryngé en rapport avec une éventuelle complication n'a été décelé.

## CONCLUSION

La présence d'un corps étranger dans le larynx sans aucun signe d'appel laryngé est un fait rare. Ce cas que nous rapportons nous rappelle l'importance de l'exploration de l'ensemble des voies aérodigestives chez l'enfant en cas de suspicion d'ingestion ou d'inhalation d'un corps étranger quelle que soit la présentation clinique.

**Déclaration de liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.

## REFERENCES

1. Nyeki A-RN, Miloundja J, Dalil AB, Lawson JMM, Nzenze S, Sougou E 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; 20:298.
2. Mupepe AK, Mukuku O, Bagale Y, Ruhindiza BM: Corps étranger métallique inhalé: 36 mois d'évolution intrabronchique chez un enfant de 8 ans. *Pan Afr Med J.* 2014;18:225.
3. Vroh BTS, N'gattia KV, Kacouchia NB, Yoda M, Kouassi YM, Kouassi-Ndjeundo J, Badou E, Mpepa E : Les corps étrangers laryngés chez les enfants au centre hospitalier et universitaire de Yopougon à propos de 14 cas. *Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac.* 2011;18:5-9.
4. Kacouchia N, N'gattia KV, Kouassi M, Yoda M, Buraima F, Tanon-Anoh M-J, Kouassi B : Corps Etrangers Des Voies Aero-Digestives Chez L'enfant. *Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac.* 2006;13:35-9.
5. Gyébré YMC, Zaghré N, Gouéta A, Ouattara M, Ouoba K: Foreign Body Larynx in ORL Department of University Hospital-Yalgado Ouedraogo. *Int J Otolaryngol.*, 2016, 5 :129-33.
6. Granry JC, Monrival JP, Dubin J, Preckel MP, Tesson B. Corps étrangers des voies aériennes. Disponible sur [http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/corps\\_etranger\\_va\\_sfar\\_1999.pdf](http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/corps_etranger_va_sfar_1999.pdf).
7. Murty PSN, Vijendra SI, Ramakrishna S, Fahim AS, Varghese P : Foreign bodies in the upper aero-digestive tract. *Squ Journal For Scientific Research: Medical Sciences.* 2002; 3(2):117-120.
8. Kendja F, Ouede R, Ehounoud H, Demine B, Yapo P, Tanauh Y: Poumons détruits de l'enfant sur corps étrangers : indications et résultats. *Chirurgie thoracique cardio-Vasculaire.* 2013;17 :108-111.
9. De Sousa STEV, Ribeiro VS, De Menezes Filho JM, Dos Santos AM, Barbierima, De Figueiredo Neto JA. Foreign body aspiration in children and adolescents: experience of a Brazilian referral center. *J. bras. Pneumol.* 2009;35 :7.
10. Diop EM, Tall A, Diouf R, Ndiaye IC. Corps étrangers laryngés : prise en charge chez l'enfant au Sénégal. *Arch Pediatr.* 2000;7(1):10-5.