

# L'IMAGE DU MOIS

## Une ingestion «indigeste»

J. JOBE (1), E. BRASSEUR (2), A. GHUYSEN (3), P. CAPRASSE (1), V. D'ORIO (4)

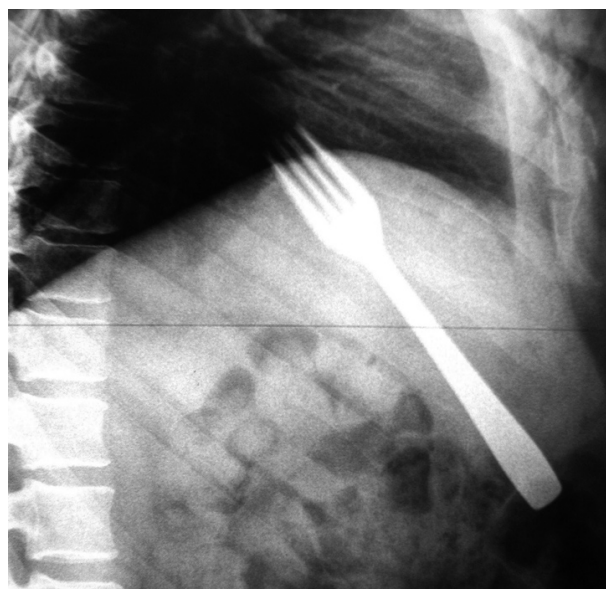
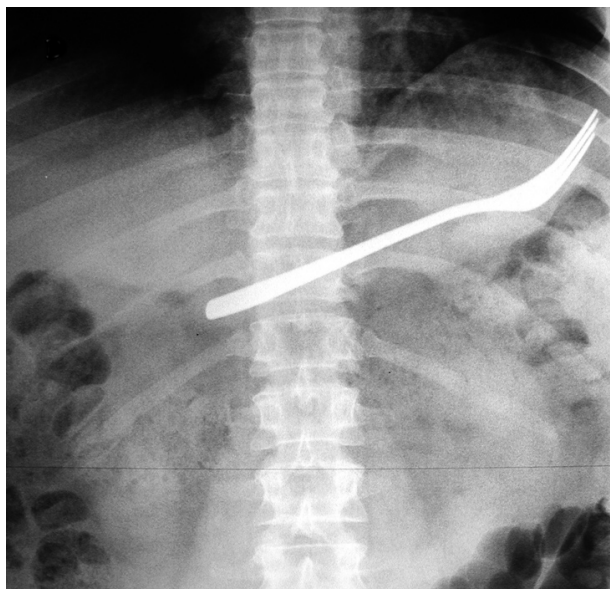


Figure 1. Clichés d'abdomen sans préparation objectivant une fourchette se projetant à hauteur de l'estomac. A) cliché de face. B) cliché de profil.

Un homme de 36 ans, atteint de schizophrénie, est adressé au Service des Urgences de notre institution pour ingestion volontaire d'une fourchette, dans un but suicidaire.

A l'admission, le malade est peu plaintif. Le bilan clinique objective un état hémodynamique et respiratoire stable. L'examen abdominal met en évidence un abdomen pléthorique, souple, tympanique et indolore. Le transit est normalement présent.

Une radiographie de l'abdomen sans contraste confirme rapidement la présence d'un corps étranger de haute tonalité au niveau gastrique. La taille et la forme de l'objet rendant une extraction par endoscopie difficile, voire dangereuse en raison du risque de perforation, une extraction par gastrotomie sous anesthésie générale a été réalisée après concertation pluridisciplinaire (urgentiste, gastroentérologue et chirurgien). Les suites opératoires ont été simples et le patient a pu regagner l'institut psychiatrique d'où il avait été transféré.

### COMMENTAIRES

Le médecin urgentiste est confronté de façon rare mais non exceptionnelle à l'ingestion, accidentelle ou volontaire, de corps étrangers. Le type d'objet ingéré est souvent représentatif de l'âge de la population impliquée. Ainsi, en pédiatrie (80 % des cas), il s'agira le plus souvent de pièces de monnaie, d'éléments de jouets, de capuchons de stylos ou encore de piles. Chez les adultes, le port de prothèses dentaires, qui réduit la sensibilité du palais, ou l'existence d'une affection neurologique responsable de troubles de la déglutition, peuvent favoriser ce type d'incident. En outre, l'ingestion de morceaux d'aliments volumineux ou de fragments d'os, peuvent être à l'origine d'une impaction œsophagienne. Enfin, la population psychiatrique ou encore pénitentiaire est particulièrement concernée, donnant lieu à l'ingestion d'objets plus insolites comme des couverts ou des lames de rasoirs (1-3).

Le diagnostic de ce type d'affection repose sur l'anamnèse, rapportant l'apparition de symptômes à type de gêne pharyngée, de dysphagie, de toux ou encore douleurs rétro-sternales suivant l'ingestion. Compte tenu du type de population parfois incriminée, certains cas peuvent demeurer méconnus initialement. Les radiogra-

(1) Assistant en Médecine d'Urgence SMA, (2) Chef de Clinique adjoint, Service des Urgences, CHU ND des Bruyères, Liège.

(3) Chef de Clinique, (4) Professeur Ordinaire, Chef de Service, Service des Urgences, CHU Sart Tilman, Liège.

phies standards du thorax, de l'abdomen et la tomodynamométrie permettront alors la mise en évidence, la localisation et la forme du corps étranger (1,4).

Bien que l'on puisse les retrouver théoriquement sur l'ensemble du tractus digestif, les corps étrangers se localisent préférentiellement au niveau des zones de rétrécissements physiologiques de celui-ci, notamment œsophagienne et pylorique. Le dépassement de cette dernière zone est le plus souvent accompagné d'une évacuation naturelle.

Ainsi, dans 80 à 90% des cas, les corps étrangers passeront sans encombre l'ensemble du tube digestif, alors que 10 à 20 % nécessiteront une intervention d'extraction, qui sera chirurgicale dans moins d'1% des cas (1, 2, 5). L'indication de telles interventions est guidée par les risques d'obstruction respiratoire, de perforation digestive, de médiastinite, d'abcès ou de fistules para-œsophagiennes ou encore de lésions chimiques dues au type d'objet ingéré.

La laryngoscopie sera préconisée lors de blocage au-dessus du muscle crico-pharyngien, notamment en raison du risque d'obstruction respiratoire et d'asphyxie.

L'endoscopie sera la technique de choix pour les corps étrangers œsophagiens et gastriques, en particulier lorsqu'ils présentent un contour

tranchant ou sont très allongés. Il conviendra également de pratiquer cet examen pour les corps étrangers multiples, en cas de présence de plus de 24 heures et enfin s'il s'agit de piles, en raison du risque de lésion chimique (3-5).

Pour les autres cas, qui représentent fort heureusement une majorité, la progression de l'objet doit être monitorée, via la réalisation d'examen radiologique de suivi, ainsi que son élimination par voie naturelle. Les patients bénéficieront, en outre, d'un suivi clinique rapproché, visant à détecter aussi précocement que possible, toute complication éventuelle (1).

## BIBLIOGRAPHIE

1. Société française d'endoscopie digestive.— <http://www.sfed.org/> - Recommandations de la société française d'endoscopie digestive pour les corps étrangers ingérés – Mars 2007.
2. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, et al.— Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc*, 2002, **55**, 802-806.
3. Kim JK, Kim SS, Kim SW, et al.— Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: an analysis of 104 children. *Endoscopy*, 1999, **31**, 302-304.
4. Takada M, Kashiwagi R, Sakane M, et al.— 3D-CT diagnosis for ingested foreign bodies. *Am J Emerg Med*, 2000, **18**, 192-193.
5. Webb WA.— Management of ingested foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. *Gastrointest. Endosc*, 1995, **41**, 39-51.