

L'IMAGE DU MOIS

Perforation intestinale grêle sur ingestion méconnue d'un corps étranger

V. ANGELOZZI (1), E. BRASSEUR (2), A. GHUYSEN (3), D. SECCO (1), A. LACREMANS (4) V. D'ORIO (5)

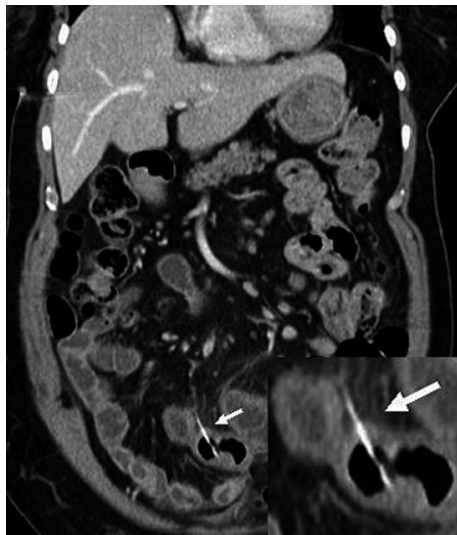


Figure 1. Tomodensitométrie abdominale mettant en évidence le corps étranger responsable d'une perforation de l'intestin grêle avec infiltration des tissus adjacents

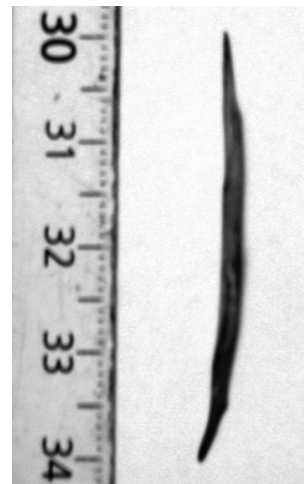


Figure 2. Cure-dent extrait lors de la laparotomie

OBSERVATION

Une patiente âgée de 75 ans est admise aux urgences pour douleurs abdominales basses, en augmentation croissante depuis 48 heures. L'examen clinique à l'admission objective une pression artérielle de 140/80mmHg, une fréquence cardiaque normale à 90 par minute et une température auriculaire à 37,1°C. L'auscultation cardio-pulmonaire est sans grande particularité. Par contre, l'examen abdominal met en évidence une sensibilité de la fosse iliaque gauche et de la région sus-pubienne, sans défense ni contraction. Le transit est normalement perçu.

Les examens complémentaires suivants sont alors réalisés :

- Une analyse sanguine révèle essentiellement un syndrome inflammatoire important, avec un fibrinogène augmenté à 9,04g/l, une C réactive protéine à 170 mg/l et une hyperleucocytose à 15.590 par mm³.

- Une radiographie de l'abdomen sans préparation s'avère banale.

- Un scanner abdominal permet d'objectiver la présence d'un corps étranger de haute tonalité, pouvant correspondre à un cure-dent (Fig. 1). Il est responsable d'une perforation de l'intestin grêle avec infiltration des tissus adjacents.

La patiente est transférée au bloc opératoire où elle bénéficie d'une résection grêle avec anastomose termino-terminale. A l'inspection, le corps étranger extrait correspondait bien à un cure-dent (Fig. 2). La patiente ne présentera pas de complications postopératoires immédiates et évoluera favorablement.

COMMENTAIRES

L'ingestion accidentelle de corps étrangers est un motif de consultation fréquent des services d'urgences. La population concernée est essentiellement pédiatrique (dont l'âge varie de 6 mois à 3 ans, dans 70 % des cas) (1-3). Plus anecdotiques sont les ingestions de corps étrangers concernant les malades souffrant d'éthylisme ou, comme dans notre observation, les patients âgés. Dans ce cas, l'élément perturbant du diagnostic était le caractère méconnu de l'ingestion qui fut, dès lors, révélée par l'imagerie adéquate.

Les corps étrangers étant le plus souvent radio-opaques, l'examen par radiographie standard de face et de profil se montre souvent utile au diagnostic. Il permet en outre, de rechercher la présence d'air extra-digestif, indiquant une perforation. La tomodensitométrie permet, quant à elle, de préciser la localisation et le type

(1) Praticien hospitalier, (2) Chef de Clinique adjoint, Service des Urgences CHU ND Bruyères, Liège.

(4) Spécialiste hospitalier, Service d'Imagerie Médicale CHU ND Bruyères, Liège.

(3) Chef de Clinique, (5) Professeur Ordinaire, Chef du Service des Urgences, CHU Sart Tilman, Liège.

de corps étranger, notamment lorsqu'il n'est pas radio-opaque (4). Il faut toutefois noter l'importance du type de tomodensitométrie afin d'obtenir des images de qualité, comme dans notre observation.

La stratégie thérapeutique dépend de la taille du corps étranger, de ses contours (mousse, allongé, tranchant, piquant,...), du matériel le constituant et de sa situation anatomique, ensemble d'éléments reflétant le risque de complications (5, 6). Dans 90% des cas, les corps étrangers ne sont pas responsables de complications. Au-delà du pylore, la présence d'un corps étranger ingéré demande toutefois une surveillance clinique et radiologique quotidienne. La chirurgie est discutée lorsque l'on note une absence de progression durant 72 heures ou face à des corps étrangers tranchants ou piquant exposant le malade à un risque de perforation. Une sanction chirurgicale s'impose d'emblée lorsque celle-ci est compliquée de perforation, hémorragie ou phénomène obstructif (7). Enfin, le choix entre la laparoscopie ou laparotomie dépendra du volume et de la forme de l'objet, de sa localisation et des antécédents chirurgicaux du patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, et al.— Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc*, 2002, **55**, 802-806.
2. 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.
3. Panieri E, Bass DH.— The management of ingested foreign bodies in children—a review of 663 cases. *Eur J Emerg Med*, 1995, **2**, 83-87.
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. Velitchkov NG, Grigorov GI, Losanoff JE, Kjossev KT.— Ingested foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: retrospective analysis of 542 cases. *World J Surg*, 1996, **20**, 1001-1005.
6. Webb WA.— Management of ingested foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. *Gastrointest Endosc*, 1995, **41**, 39-51.
7. Pinero MA, Fernandez Hernandez JA, Carrasco Prats M, et al.— Intestinal perforation by foreign bodies. *Eur J Surgery*, 2000, **166**, 307-309.