

	Journal Homepage: -www.journalijar.com INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) Article DOI:10.21474/IJAR01/7714 DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/7714	
---	---	---

RESEARCH ARTICLE

BACTERIAL PNEUMONIA WITH PLEURAL EFFUSION REVEALING ASPIRATION OF A CHICKEN BONE.

Hasna Jabri, Hajar Arfaoui, Wiam Elkhatabi and Hicham Afif.

Respiratory Diseases Department; Hospital 20 Août 1953; CHU Ibn Rochd Faculty of medicine of Casablanca
University Hassan II of Casablanca.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 20 July 2018

Final Accepted: 26 August 2018

Published: September 2018

Abstract

Copy Right, IJAR, 2018,. All rights reserved.

Introduction:-

L'inhalation d'un corps étranger (CE) est un accident qui peut engager le pronostic vital. Il est moins fréquent chez l'adulte ou l'adolescent. Nous rapportons l'observation d'une patiente présentant une pleuro-pneumopathie droite suite à l'inhalation d'un fragment d'os de poulet.

Observation:-

Il s'agit d'une patiente âgée de 37 ans, sans terrain de débilité ni d'immunodépression, qui rapportait des bronchites à répétition depuis deux années. Elle consultait au service pour un syndrome bronchique purulent entraînant depuis vingt jours, sans hémoptysie, associé depuis une semaine à une douleur baso-thoracique droite d'installation brutale en point de côté et une dyspnée à l'effort, le tout évoluait dans un contexte de sensations fébriles et de fléchissement de l'état général. L'examen clinique retrouvait un syndrome d'épanchement liquidien du tiers inférieur de l'hémithorax droit, surmonté de quelques râles ronflants. La radiographie thoracique a objectivé une opacité de type pleurale droite surmontée d'une autre opacité de type alvéolaire (Figure 1). L'échographie thoracique a montré un foyer de condensation alvéolaire et un épanchement libre de la grande cavité pleurale droite finement échogène de moyenne abondance. La ponction pleurale a ramené un liquide purulent à prédominance de polynucléaires neutrophiles (PNN) à 64%. L'examen direct et la culture du liquide pleural étaient stériles. La numération de la formule sanguine a montré une hyperleucocytose à prédominance de PNN, sans anémie ni lymphopénie. La vitesse de sédimentation était accélérée à 77 mm à la 1ère heure et la CRP élevée à 178,8mg/l. Devant le tableau de pleuropneumopathie bactérienne très probable, notre patiente a été mise sous antibiothérapie à base d'amoxicilline-acide clavulanique à raison de 3g/jour et de la métronidazole à la dose 1500mg/jour pendant 6 semaines. L'état clinique et biologique de notre patiente s'améliorait progressivement. A la recherche d'abord d'une cause générale puis locale de ce tableau, la glycémie était normale, les sérologies rétrovirale et de l'hépatite (VIH, HVB et HVC) étaient négatives. L'électrophorèse des protéines a objectivé un syndrome inflammatoire. La bronchoscopie souple a montré un état inflammatoire bronchique diffus de deuxième degré en plus d'une formation jaunâtre friable, siégeant au niveau de la sous segmentaire de la pyramide basale droite décollable par l'aspiration et surmontant un corps étranger dur (Figure 2). Ce dernier a été retiré par le bronchoscope (Figure 3). La biopsie de la formation jaunâtre a objectivé des remaniements fibro-inflammatoires chroniques non spécifiques tandis que celle du fragment dur a montré un tissu osseux inflammatoire sans lésion tumorale visible. En reprenant l'interrogatoire, notre malade a mentionné qu'elle a inhalé accidentellement un fragment d'aliment lors d'un effort de rire et qu'elle a toussé après sans qu'elle donne plus d'intérêt à cet accident. L'évolution clinico-radiologique était bonne (Figure 4)

Corresponding Author: Hasna Jabri.

Address:- Respiratory Diseases Department; Hospital 20 Août 1953; CHU Ibn Rochd Faculty of medicine of Casablanca University Hassan II of Casablanca.

Discussion:-

L'inhalation d'un corps étranger (CE) trachéobronchique est un accident très rare, sa fréquence augmente après la quatrième décennie et atteint un pic à la septième décennie [1]. La revue de littérature montre que la nature de ces CE inhalés est très variable et dépend beaucoup des habitudes alimentaires et vestimentaires des pays, comme c'est le cas pour l'épingle à foulard inhalés accidentellement par de jeunes filles qui portent le voile islamique [2;3;4]. Cliniquement, l'entrée d'un CE dans les voies aériennes est habituellement marquée par un syndrome de pénétration [5]. Le tableau peut être aigu avec un stridor et gêne respiratoire surtout si le corps étranger est coincé dans l'une des grosses bronches mettant ainsi en jeu le pronostic vital du patient [6]. Dans un certain nombre de cas, les signes cliniques sont frustes ou fugaces et le syndrome de pénétration peut passer inaperçu comme c'est le cas de notre patiente. A distance de l'accident, les signes cliniques sont dominés par des épisodes de bronchites à répétition ou même des infections bronchopulmonaires récidivantes dans le même territoire, des bronchectasies. Le retard diagnostique est souvent dû à la méconnaissance du moment de l'accident pour pouvoir faire le lien avec la symptomatologie du patient [7]. La radiographie du thorax permet d'évoquer le diagnostic facilement lorsque le CE est radio-opaque. En cas de CE radio-transparent, des images d'emphysème obstructif, d'atélectasie, des dilatations des bronches localisées, de pneumonie et exceptionnellement de pneumothorax ou de pneumomédiastin peuvent se voir [7]. Le siège de prédilection du CE intrabronchique est l'arbre bronchique droit du fait de la rectitude de la bronche principale droite. Dans la série de Caidi et al. [9], le CE était localisé, dans plus de la moitié des cas, au niveau de la bronche principale droite et préférentiellement au niveau du tronc intermédiaire. Dans 40 % des cas, il était localisé au niveau de la bronche principale gauche et, dans environ 5 % des cas, il s'arrêtait dans la sous-glottis ou la trachée. Cela était le cas chez notre patiente et aussi dans les séries de Zaghba et al [4] et de Hebbazi et al [5], où la localisation droite était prédominante (69,2 %, 68,7 % respectivement). Il n'y a pas de consensus quant à la méthode d'extraction de ces CE [9]. Les bronchoscopies rigide et souple restent le meilleur moyen à visée aussi bien diagnostique que thérapeutique. Le choix entre ces deux moyens dépend de la disponibilité du bronchoscope au niveau des centres hospitaliers et de l'expérience de l'équipe soignante. Le recours à la chirurgie thoracique reste exceptionnel sauf dans des cas compliqués, en cas d'échec des méthodes classiques.

Conclusion:-

Certes l'inhalation d'un CE est une situation rare chez l'adulte jeune, cependant il faut savoir l'évoquer devant des tableaux cliniques trainants. La prise en charge doit être rapide sans oublier que le meilleur traitement reste préventif.



Figure 1:-Radiographie du thorax de face : Opacité de type pleural basithoracique droite surmontée d'une opacité de type alvéolaire

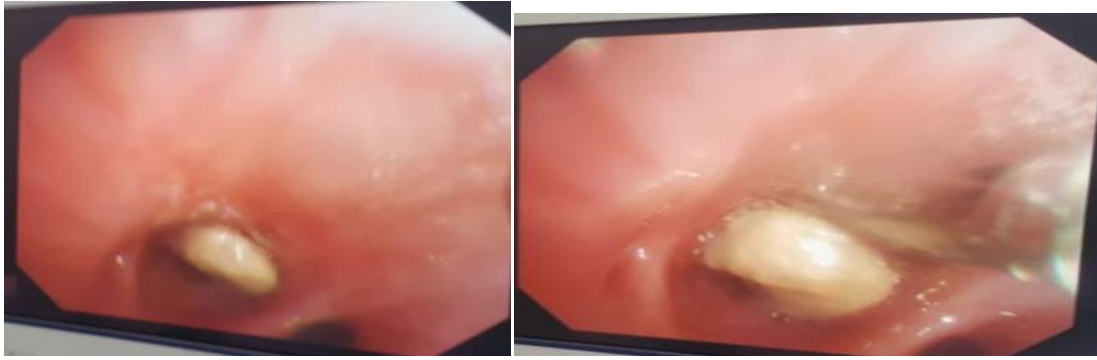


Figure2:-vue endoscopique d'une formation jaunâtre recouvrant le corps étranger siégeant dans une sous segmentaire de la pyramide basale droite (os de poulet)



Figure 3:-Corps étranger (os de poulet) après extraction bronchoscopique



Figure 4:-Radiographie thoracique de face après traitement

Références:-

1. Debeljak A, Sorli J, Music E, Kecelj P. Bronchoscopic removal of foreign bodies in adults: experience with 62 patients from 1974-1998. *EurRespir J.* 1999;14;792-5.
2. A. Arsalane, A. Zidane, F. Atoini, A. Traibi, E.H. Kabiri. Deux cas d'extraction chirurgicale de corps étrangers après inhalation d'épingle de foulard. *Revue de Pneumologie clinique.* 2009 ; 65 ; 293-296
3. N. Zaghba, H. Benjelloun, A. Bakhtar, N. Yassine, A. Bahlaoui. Épingle à foulard : un corps étranger intrabronchique qui n'est plus inhabituel. *Revue de Pneumologie clinique.* 2013; 69 ; 65-69
4. Hebbazi A, Afif H, El Khattabi W, Aichane A, Bouayad Z. L'épingle à foulard un nouveau corps étranger intrabronchique. *Rev Mal Respir* 2010; 27; 724-8
5. Boyd M, Chattergi A, Chiles C, Chin Jr R. Tracheobronchial foreign body aspiration in adults. *South Med J.* 2009; 102; 171-4
6. Huey Ming Seah, M.B.,B.S., Marcela Mautone, M.D. Aspiration of a chicken bone. *N. Engl. J.Med.* 2018;378; e25
7. S. Bacha, S. Habibech, A. Chabbou. Inhalation d'un corps étranger métallique inhabituel. *Revue de Pneumologie clinique.* 2017; 73; 109-110.
8. Caidi M, Kabiri H, Lazrek I, El Maslout A, Ben Osman A. Chirurgie des corps étrangers intrabronchiques. *Ann Chir.* 2002; 127;456-60.
9. R. Goyal, S. Nayar, P. Gogia, M.J. Garg. Extraction of tracheobronchial foreign bodies in children and adults with rigid and flexible bronchoscopy. *J BroncholIntervPulmonol.* 2012 ;19;35-43.