Occlusion sur « bridge »

Occlusion on Dental Bridge

C.-E. Lavoignet · S. Huguonnot · H. Slimani

Reçu le 13 octobre 2018 ; accepté le 8 novembre 2018
© SFMU et Lavoisier SAS 2018

Fig. 1 A. Abdomen sans préparation de face montrant la prothèse dentaire (flèche noire) en projection des anses grêles. B. Tomodensitométrie abdominale visualisant la prothèse dentaire enclavée dans le collet herniaire (flèche blanche) avec niveaux hydroaériques grêliques

Une patiente de 74 ans s'est présentée aux urgences pour des douleurs abdominales avec nausées, vomissements et une absence de gaz et de selles depuis trois jours. Elle rapportait avoir ingéré accidentellement sa prothèse dentaire ou « bridge » cinq jours auparavant. Ses antécédents compre-

naient principalement une hernie de la ligne blanche non compliquée, une obésité ainsi qu'une hypertension artérielle. L'examen clinique retrouvait une sensibilité abdominale diffuse, sans défense et un tympanisme. Les bruits hydroaériques étaient absents. Il existait une induration profonde, douloureuse et irréductible de 5 × 5 cm en regard de la hernie de la ligne blanche. Les paramètres vitaux étaient dans les normes. Un cliché de l'abdomen sans préparation confirmait la localisation intra-abdominale d'un corps étranger (CE) métallique (Fig. 1A). Une tomodensitométrie abdominopelvienne a permis de confirmer l'occlusion grêlique par le bridge enclavé

C.-E. Lavoignet (✉) · S. Huguonnot · H. Slimani
Service des urgences, hôpital Nord-Franche-Comté,
100, route de Moval, CS 10499 Trévenans,
F-90015 Belfort, France
e-mail : charles-eric.lavoignet@hnfc.fr

dans le collet de la hernie pariétale (Fig. 1B). La patiente a été prise en charge au bloc opératoire pour ablation du CE par résection puis réanastomose grêlique. L'ingestion accidentelle de CE est un phénomène fréquent, principalement chez les jeunes enfants et les personnes édentées ou atteintes de pathologies psychiatriques [1,2]. Des complications vitales évidentes peuvent survenir en cas d'obstruction des carrefours aéro-digestifs supérieurs. En revanche, une fois l'oropharynx franchi, les complications digestives des CE sont rares, et on estime que 80 à 90 % des objets ingérés sont évacués par les voies naturelles sans complications [1,2]. Toute ingestion de CE nécessite une surveillance clinique associée si besoin à un suivi de l'élimination du CE, au mieux par tomodensitométrie ou par radiographie de l'abdomen afin de dépister une éventuelle complication [2]. Une extraction par voie endoscopique est possible pour 10 à 20 % des CE digestifs ingérés, généra-

lement pour les CE œsophagiens, gastriques ou duodénaux [1,2]. Une prise en charge chirurgicale n'est nécessaire que dans 1 % des cas [2]. L'occlusion grêlique siège le plus souvent au niveau de la valvule iléocaecale en raison du rétrécissement physiologique du tractus à cet endroit. L'existence d'un sac herniaire à collet étroit constitue un facteur de risque d'occlusion sur CE.

Références

1. Velitchkov NG, Grigorov GI, Losanoff JE, et al (1996) Ingested foreign bodies of the gastrointestinal tract: retrospective analysis of 542 cases. *World J Surg* 20:1001–5
2. Anderson KL, Dean AJ (2011) Foreign bodies in the gastrointestinal tract and anorectal emergencies. *Emerg Med Clin North A* 29:369–400