

Corps étranger nasal

S. Louryan^{1,2}, C. Verbeurg³ et I. Delpierre²

¹Laboratoire d'Anatomie, Biomécanique et Organogénèse, U.L.B., Services ²d'Imagerie Médicale et ³d'ORL, Hôpital Erasme

Ce patient de 24 ans se présente à la consultation d'ORL pour une sensation de corps étranger qui «pousse» dans sa narine droite depuis une semaine. Un mois au préalable, lors d'une bagarre, il a reçu un coup de stylo dans la joue gauche. Son médecin traitant l'a placé sous antibiothérapie pendant 2 semaines pour une cellulite de la joue gauche, qui s'est résolue.

A la rhinoscopie, on découvre directement à droite un corps étranger métallique (figure 1A) pénétrant le septum nasal puis s'enfonçant dans les tissus mous vers la gauche. La palpation de la joue gauche est suspecte (sensation d'une petite masse de moins de 1 cm). Un examen tomodensitométrique maxillo-facial est demandé.

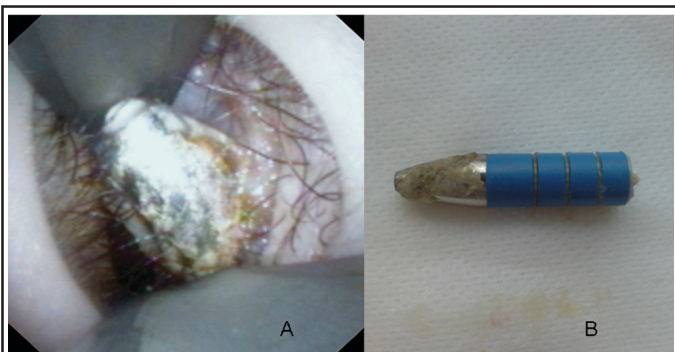


Figure 1 : A : image rhinoscopique démontrant l'embout de stylo dans la cavité nasale du patient ; B : photographie du corps étranger nasal après exérèse.

L'examen tomodensitométrique est réalisé en acquisition hélicoïdale, avec des coupes épaisses de 0,6 mm incrémentées tous les 0,4 mm, ce qui permet de générer des reconstructions tridimensionnelles de haute qualité.

Il démontre, outre l'embout de stylo dans la partie cartilagineuse des fosses nasales, le ressort dans l'épaisseur de la joue gauche (figures 2 et 3).

L'embout du stylo planté dans le septum a été retiré sous anesthésie locale car le patient ne le supportait plus (figure 1B). Une intervention était programmée pour extraire ce qui semble être le ressort du stylo et explorer tout le trajet de la fistule. Malheureusement, le patient ne s'est jamais représenté, malgré de multiples sollicitations.

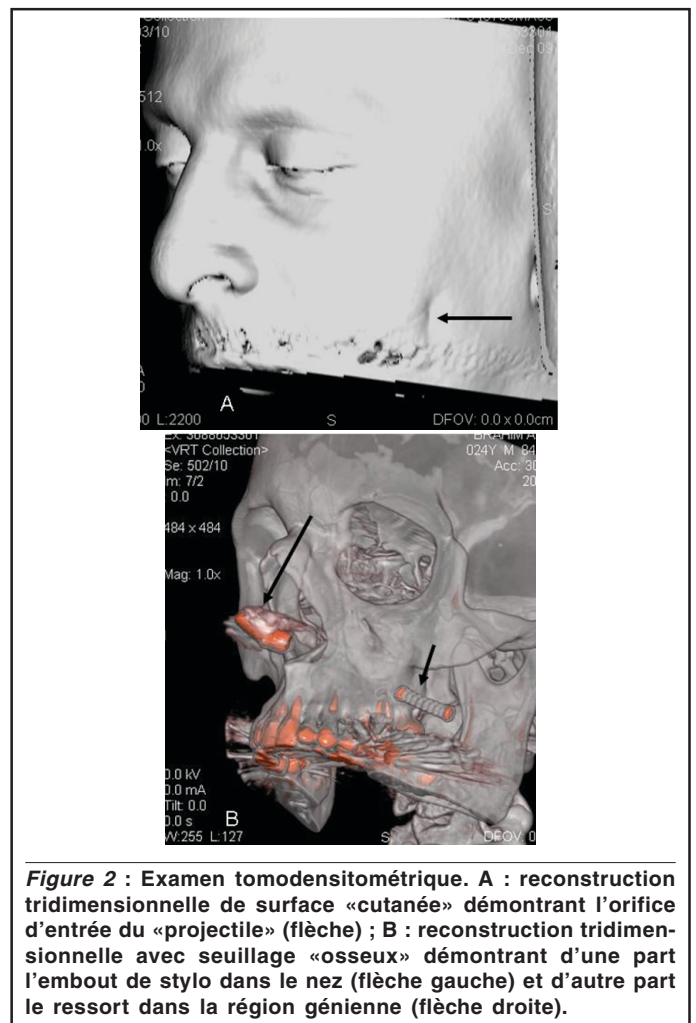


Figure 2 : Examen tomodensitométrique. A : reconstruction tridimensionnelle de surface «cutanée» démontrant l'orifice d'entrée du «projectile» (flèche) ; B : reconstruction tridimensionnelle avec seuillage «osseux» démontrant d'une part l'embout de stylo dans le nez (flèche gauche) et d'autre part le ressort dans la région génienne (flèche droite).

DISCUSSION

L'objet utilisé ici dans le cadre de l'agression est évidemment inhabituel, plus souvent rencontré dans des ingestions «accidentelles» que dans des traumatismes¹. Sa structure même le prédispose à abandonner des éléments le long de son trajet. L'intérêt de l'examen tomodensitométrique n'est évidemment plus à démontrer dans ce type de traumatisme. La réalisation de reconstructions tridimensionnelles à partir d'une brève acquisition hélicoïdale permet un repérage aisé des corps étrangers. La haute précision des images obtenues, ainsi que la possibilité de reconstituer le trajet du «projectile» constituent de substantiels atouts en cas d'expertise médico-légale.

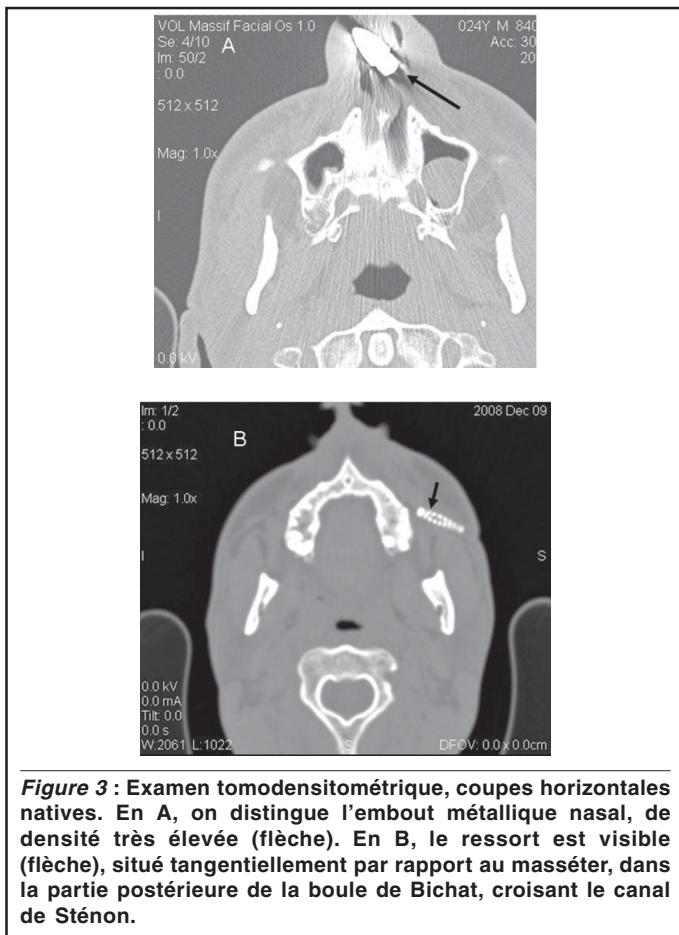


Figure 3 : Examen tomodensitométrie, coupes horizontales natives. En A, on distingue l'embout métallique nasal, de densité très élevée (flèche). En B, le ressort est visible (flèche), situé tangentiellement par rapport au masséter, dans la partie postérieure de la boule de Bichat, croisant le canal de Sténon.

Signalons que l'approche par imagerie par résonance magnétique est formellement contre-indiquée dans ce type de situation, vu les risques de déplacement de corps étrangers métalliques, notamment dans les traumatismes orbitaires².

Références

1. Conway WC, Sugawa C, Ono H, Lucas CE : Upper GI foreign body. An adult urban emergency experience. Surg Endoscop 2007 ; 21 : 455-60
2. Kubal WS : Imaging of orbital trauma. Radiographics 2008 ; 28 : 1729-39

Correspondance :

S. LOURYAN
 Faculté de Médecine U.L.B.
 Laboratoire d'Anatomie, Biomécanique et Organogénèse
 Route de Lennik 808 CP 619
 1070 Bruxelles
 E-mail : slouryan@ulb.ac.be