

MedPeer Publisher

Abbreviated Key Title: MedPeer

ISSN : 3066-2737

homepage: <https://www.medpeerpublishers.com>

Corps étranger négligé, cause de l'ostéomyélite du cuboïde et du cunéiforme latéral chez un pied pédiatrique : un rapport de cas

DOI: [10.70780/medpeer.000QGS1](https://doi.org/10.70780/medpeer.000QGS1)

AUTEUR ET AFFILIATION

Kaly TOUNKARA, Hicham Bousbaa, Youssef Jalal, Louis Arnauld Rim, Hassane Zejjari, Taoufik. Cherrad

Corresponding author: Kaly TOUNKARA .

RÉSUMÉ

Les corps étrangers retenus après une plaie pénétrante du pied peuvent passer inaperçus pendant de longues périodes et être à l'origine de complications infectieuses tardives. Nous rapportons le cas d'un enfant de 12 ans présentant des douleurs chroniques du pied gauche, révélant une ostéomyélite du cuboïde et du cunéiforme latéral survenue dix ans après une blessure initiale par fragment de bois. L'imagerie, notamment l'échographie et la tomodensitométrie, a permis d'identifier le corps étranger et les lésions osseuses associées. Le traitement a reposé sur une extraction chirurgicale complète, un débridement et une antibiothérapie adaptée, avec une évolution favorable sans récurrence après 15 mois de suivi. Ce cas souligne l'importance d'une exploration rigoureuse des plaies pénétrantes du pied chez l'enfant afin de prévenir les complications infectieuses tardives.

MOTS-CLÉS

Corps étranger ; Pied pédiatrique ; Ostéomyélite ; Cuboïde ; Cunéiforme latéral

ARTICLE PRINCIPAL

INTRODUCTION

Les corps étrangers des tissus mous constituent une cause fréquente de consultation en traumatologie et représentent environ 7 à 15 % des plaies traumatiques des extrémités [1,2]. Ils peuvent rester asymptomatiques ou entraîner des complications immédiates ou retardées [1]. Leur diagnostic peut être difficile, en particulier lorsqu'il s'agit de matériaux radio transparents comme le bois, avec un taux de non-détection initial pouvant atteindre 38 % [2].

Les plaies pénétrantes du pied exposent particulièrement à ce risque et sont souvent associées à des blessures par piqûre causées par des objets tels que des épines ou des clous [3]. Ces lésions peuvent évoluer vers des infections profondes, notamment une cellulite, un abcès, voire une ostéomyélite ou une arthrite septique en cas de retard diagnostique ou de prise en charge inadéquate [3].

Un interrogatoire précis et un examen clinique rigoureux sont essentiels pour suspecter la présence d'un corps étranger, notamment en cas d'antécédent de traumatisme [4].

Nous rapportons un cas rare d'ostéomyélite du cuboïde et du cunéiforme latéral secondaire à un corps étranger en bois négligé chez un enfant, en mettant en évidence les difficultés diagnostiques et les modalités thérapeutiques.

OBSERVATION :

Un enfant de 12 ans qui s'est présenté en consultation spécialisée traumatologie ; se plaignant d'une douleur du pied gauche localisée depuis deux semaines, qui s'intensifiait à la marche et aux activités quotidiennes. Avec un antécédent de traumatisme ouvert de la face dorsale du pied gauche il y a 10 ans. Il s'était rendu aux urgences par la suite pour le traitement d'une plaie d'environ 4 cm de long, qui a été suturée, bien qu'aucune imagerie n'ait été réalisée pour rechercher un éventuel corps étranger. L'examen physique révélait une cicatrice en regard de la région latérale de la face dorsale du pied gauche ; une douleur esquissée de la région latérale de la face dorsale du pied gauche et une masse à la palpation. Il n'existait pas de déficit neurologique. Ainsi, la radiographie du pied demandée, a objectivé une réaction périostée au niveau du cuboïde et du cunéiforme latéral avec atteinte articulaire (**figure1**).



FIGURE 1 : A-Radiographie préopératoire : montrant une réaction périostée en regard du cuboïde et du cunéiforme latéral

Le bilan biologique était normal. L'échographie préopératoire a suggéré la présence de fragments de corps étranger en bois avec épaissement des paries molles. Pour plus de précision, la TDM demandée a objectivé la présence des lésions ostéolytiques ; des séquestres entourés de sclérose périphérique et une hypodensité allongée en regard du cuboïde et du cunéiforme latéral évoquant un corps étranger (**figure 2**).



FIGURE 2 : - Aspect scanographique préopératoire : montrant des lésions ostéolytiques ; des séquestres et le corps étrangers

Ainsi, une extraction du corps a été proposée. Après rachis anesthésie ; l'installation du patient en décubitus dorsale, badigeonnage et champage. Une incision cutanée linéaire d'environ 10 cm centré sur le corps étranger, puis décollement des tissus sous-cutané et graisseux. Mise en place d'un écarteur auto statique expose ainsi le corps étranger sur la face latérale du cuboïde perforant l'os lui-même (**Figure 3**).



FIGURE 3: incision latérale du milieu du pied exposant le corps étranger

Ablation d'un fragment de bois de couleur brunâtre mesurant 13cm/2 cm et pesait environs 16 grammes (**Figure 4**); des séquestres et excision de tous les tissus inflammatoires. Curetage du cuboïde et du cunéiforme latéral avec une petite curette. Lavage abondant et fermeture. Antibiothérapie de 06 semaine adaptée aux cultures du prélèvement qui a révélé un staphylocoque aureus sensible à la cloxacilline ; en raison de 2 semaines initiales de cloxacilline IV, suivies de 4 semaines de cloxacilline orale.

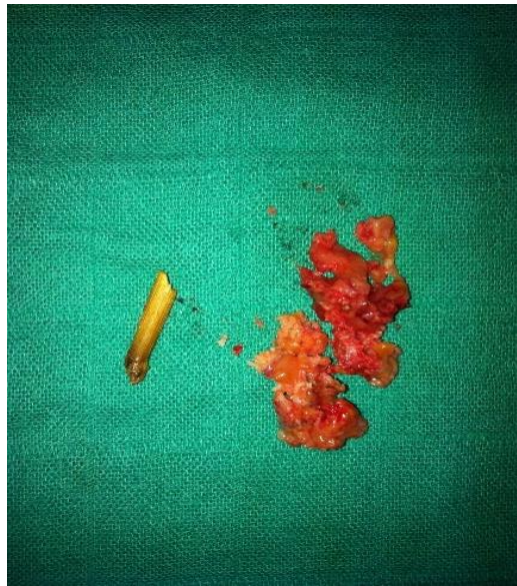


FIGURE 4: Images peropératoire du corps étranger

Après une interdiction de mise en charge pendant une période de 08 semaines. Le patient a bien récupéré sans récurrence sur une période de 15 mois.

DISCUSSION

Les corps étrangers peuvent rester non détectés pendant de longues périodes, parfois jusqu'à plusieurs années, voire plus d'une décennie [5]. Bien que toutes les plaies puissent contenir un corps étranger, seule une minorité en présente effectivement [6]. Certains facteurs augmentent ce risque, notamment le mécanisme de la blessure, la nature de l'objet et la localisation anatomique [6].

Dans notre cas, le corps étranger est resté en place pendant 10 ans, illustrant les limites de l'évaluation initiale. Il a été rapporté que jusqu'à 38 % des corps étrangers peuvent ne pas être diagnostiqués lors de la première prise en charge [2].

Les corps étrangers négligés peuvent être responsables d'infections aiguës ou chroniques, incluant l'ostéomyélite [7]. Chez l'enfant, les ostéomyélites du pied sont le plus souvent d'origine hématogène, mais des causes post-traumatiques doivent être évoquées, notamment en présence d'un corps étranger retenu [8]. Les germes les plus fréquemment impliqués sont *Staphylococcus aureus* et les streptocoques [9].

La nature du corps étranger influence fortement sa détection. Les matériaux organiques comme le bois sont particulièrement difficiles à identifier en raison de leur radiotransparence

[10]. L'examen clinique seul est insuffisant, avec un taux d'échec pouvant atteindre 15 à 31 % [11].

L'imagerie joue un rôle central dans le diagnostic. La radiographie permet de détecter environ 80 % des corps étrangers radio-opaques, mais reste limitée pour les matériaux radiotransparents [12]. L'échographie est particulièrement utile pour identifier les corps étrangers non visibles en radiographie, notamment le bois [11,13]. La tomodensitométrie est recommandée en cas de suspicion d'atteinte osseuse ou de complications infectieuses profondes [10].

Dans notre cas, la radiographie a montré une réaction périostée, tandis que l'échographie et la tomodensitométrie ont permis de confirmer la présence du corps étranger et d'évaluer l'extension des lésions.

Le traitement repose sur l'extraction chirurgicale complète du corps étranger, associée à un débridement et une antibiothérapie adaptée [2]. L'indication opératoire dépend de la symptomatologie, du risque infectieux et des complications associées telles que la formation de granulomes ou la migration du corps étranger [2].

Ainsi, une prise en charge précoce et adaptée est essentielle pour prévenir les complications et améliorer le pronostic fonctionnel.

CONCLUSION

Toute plaie pénétrante du pied chez l'enfant doit faire suspecter la présence d'un corps étranger et justifie une exploration adaptée. Les corps étrangers négligés peuvent être à l'origine d'ostéomyélites des petits os du pied. L'échographie est particulièrement utile pour leur détection lorsqu'ils sont radio transparents. Une prise en charge précoce et adéquate permet d'éviter les complications et d'obtenir une évolution favorable.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette publication. Aucun intérêt financier, personnel ou professionnel n'a influencé, de manière directe ou indirecte, la conduite, l'analyse ou la présentation des résultats de ce travail.

REFERENCES

1. Chisholm CD, Wood CO, Gonzalo C, et al. Radiographic detection of gravel in soft tissue. *Ann Emerg Med.* 1997;29(6):725-730.
[https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(97\)70216-6](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(97)70216-6)
2. Anderson MA, Newmeyer WL, Kilgore ES. Diagnosis and treatment of retained foreign bodies in the hand. *Am J Surg.* 1982;144(1):63-67. doi:10.1016/0002-9610(82)90603-1
[https://doi.org/10.1016/0002-9610\(82\)90603-1](https://doi.org/10.1016/0002-9610(82)90603-1)
3. Chandrashekara CM, George MA, Bader SK. Neglected foreign body as a cause of navicular osteomyelitis in a paediatric foot: a case report. *J Orthop Case Rep.* 2013;3(3):26-29.
<https://doi.org/10.13107/jocr.2250-0685.111>
4. Thomas SH, Brown DFM. Foreign bodies. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, editors. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice.* 5th ed. St. Louis: Mosby; 2002. p. 752-775
5. Bergquist ER, Wu JS, Goldsmith JD, Anderson ME. Orthopaedic case of the month: ankle pain and swelling in a 23-year-old man. *Clin Orthop Relat Res.* 2010;468(9):2556-2560. doi:10.1007/s11999-010-1358-0
<https://doi.org/10.1007/s11999-010-1446-x>
6. Ozsarac M, Demircan A, Sener S. Glass foreign body in soft tissue: possibility of high morbidity due to delayed migration. *J Emerg Med.* 2011;41(6):e125-e128. doi:10.1016/j.jemermed.2008.04.006
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2008.04.006>
7. Greene WB. Unrecognized foreign body as a focus for delayed *Serratia marcescens* osteomyelitis and septic arthritis: report of two cases. *J Bone Joint Surg Am.* 1989;71(5):754-757.
<https://doi.org/10.2106/00004623-198971050-00018>
8. Cakmak Celik F, Sayli TR, Ocquder DA, Bozkurt M, Okdemir D. Primary subacute *Salmonella* osteomyelitis of the navicular bone in a child with normal immunity. *J Pediatr Orthop B.* 2009;18(5):225-227. doi:10.1097/BPB.0b013e32832c7c9f
<https://doi.org/10.1097/BPB.0b013e32832c7c9f>
9. Jenzri M, Safi H, Nessib MN, Smida M, Jalel C, Ammar C, Ben Ghachem M. Hematogenous osteomyelitis of the calcaneus in children: 26 cases. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.*

2008;94(5):434-442.

<https://doi.org/10.1016/j.rco.2008.02.004>

10. Skinner EJ, Morrison CA. Wound foreign body removal. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.

11. Graham DD. Ultrasound in the emergency department: detection of wooden foreign bodies in soft tissues. *J Emerg Med*. 2002;22(1):75-79. doi:10.1016/S0736-4679(01)00440-9
[https://doi.org/10.1016/S0736-4679\(01\)00440-1](https://doi.org/10.1016/S0736-4679(01)00440-1)

12. Davis J, Czerniski B, Au A, Adhikari S, Farrell I, Fields JM. Diagnostic accuracy of ultrasonography for retained soft tissue foreign bodies: a systematic review and meta-analysis. *Acad Emerg Med*. 2015;22(7):777-787. doi:10.1111/acem.12714
<https://doi.org/10.1111/acem.12714>

13. Hung YT, Hung LK, Griffith JF, Wong CH. Ultrasound for the detection of vegetative foreign bodies in the hand: a case report. *Hand Surg*. 2004;9(1):83-87.
doi:10.1142/S021881040400198X
<https://doi.org/10.1142/S021881040400198X>