

Corps étrangers en ORL

Enseignante : BELHADJKACEM

Faculté de médecine de SBA

LES CORPS ETRANGERS DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES : 1

Définition généralités :

- C'est l'accident domestique le plus fréquent chez l'enfant de moins de 6ans, malgré les tentatives de prévention
- Il faut y penser devant toute détresse respiratoire aigüe de l'enfant, car le risque vital est présent tant que l'extraction n'a pas été faite
- La méconnaissance de l'accident ou la négligence des symptômes peuvent conduire à des séquelles broncho -pulmonaires graves

Étude clinique :

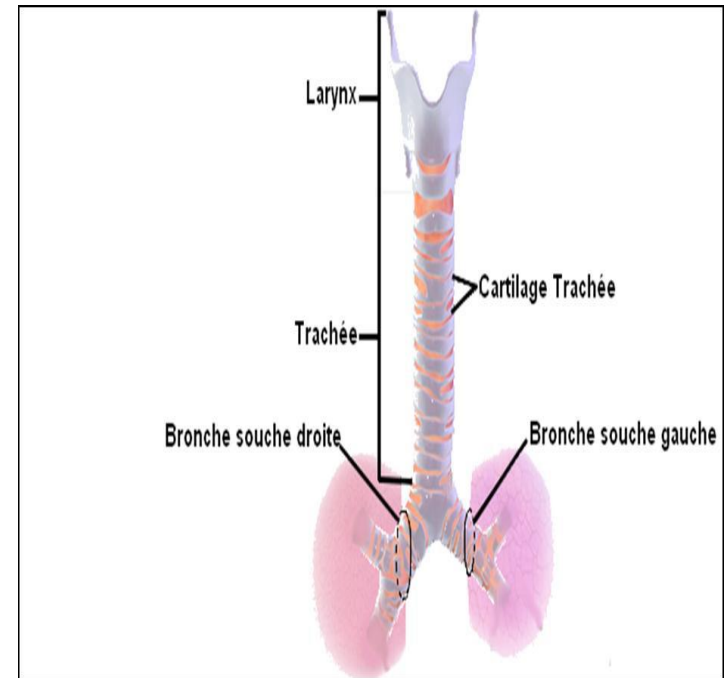
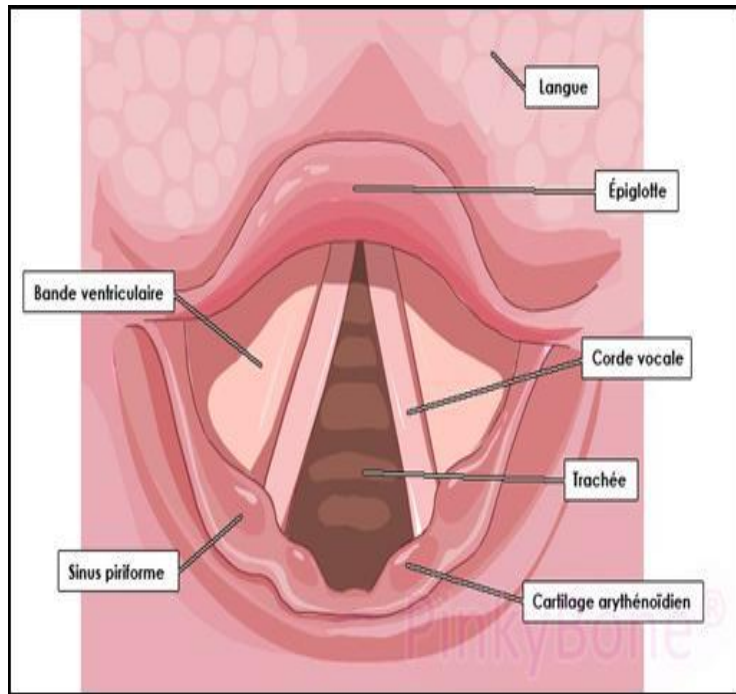
A/ Syndrome de pénétration :

Survenue brutalement d'un accès de suffocation suivi de quintes de toux expulsives ,dyspnée avec parfois cyanose.

B / Clinique

- Un examen clinique normal n'élimine pas la présence d'un corps étranger LTB
- Corps étranger du vestibule laryngé
- Corps étranger Transglottique
- Corps étranger trachéal
- Corps étranger bronchique (les plus fréquents)

Rappel anatomique (vrs)



Nature des corps étrangers

- **Les corps étrangers alimentaires**

- de fruits secs: cacahuètes, amandes, noix, grains de tournesol. -pépins de fruits,
- légumes secs comme les lentilles, les haricots, les petits pois, les pois chiches particulièrement dangereux car en s'imbibant des sécrétions bronchiques, ils augmentent rapidement de volume et deviennent obstructifs pour les voies aériennes

- **Les corps étrangers non alimentaires**

- prothèses dentaires , corps étrangers métalliques comme les vis, clous, épingles , aiguilles, canule de trachéotomie, plastiques comme les jouets, boutons, en bois ou en verre .
- épingle à foulard
- sangsues inhalées lors de la prise d'eau de source non contrôlée.

LES CORPS ETRANGERS DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES 1

Examens complémentaires :

- radiographie pulmonaire en inspiration et expiration; elle peut mettre en évidence un corps étranger radio-opaque (très rare) ou des signes indirects (emphysème, atélectasie) ;
- un scanner : des faux négatifs sont possibles.

Complications :

A/ Immédiates : elles sont d'ordre vital

-Asphyxie

(Les localisations au niveau du larynx et de la trachée sont dangereuses car le corps étranger peut être totalement obstructif)

-Arrêt cardiaque

B/ Complications dues à l'obstruction :

-Complications infectieuses :bronchite, abcès pulmonaire,

bronchopneumopathies récidivantes toujours dans le même territoire , si le corps étranger n'est pas diagnostiqué précocement

-Pneumothorax et pneumomédiastin rares

-OEdème pulmonaire par levée d'obstacle

-Sténose bronchique

- atélectasie, emphysème médiastinal, dilatation des bronches.

LES CORPS ETRANGERS DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES 1

C/ Complications de l'endoscopie :

- OEdème laryngé due aux frottements de l'endoscope
- Érosion de la muqueuse trachéale
- Perforation ou fissuration de la paroi bronchique lors de l'extraction

Traitement :

La prévention est impérative.

- Le degré d'urgence est apprécié au cas par cas.

si le patient présente des signes de détresse respiratoire majeure , il est licite de recourir aux manoeuvres de **Heimlich** ou de **Mofenson** afin de tenter de faire expulser le corps étranger.

- Une fibroscopie bronchique réalisée au bloc opératoire sous anesthésie générale. C'est une exploration rapide et peu invasive.

Elle permet d'infirmier la présence de corps étranger si l'interrogatoire et la clinique étaient douteux, tout comme de confirmer la présence et la localisation d'un corps étranger.

- Puis une endoscopie bronchique peut être réalisée avec des instruments rigides pour extraire le corps étranger en cas de présence confirmée par la fibroscopie souple.

LES CORPS ETRANGERS DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES 1



Manoeuvre de Mofenson pour la libération des voies aériennes



Manoeuvre de Heimlichchez l'adulte et chez l'enfant

- Elles surviennent surtout avant l'âge de 5 ans.
- La majorité des corps étrangers ingérés traversent le tractus digestif sans manifestation
- Une extraction endoscopique est nécessaire dans 10 à 20 % des cas.
- Moins de 1 % nécessite un traitement chirurgical en raison d'une complication majeure (obstruction digestive, perforation).

Clinique :

- Les corps étrangers oesophagiens provoquent : douleur, odynophagie, dysphagie aiguë, refus alimentaire, stase salivaire, hypersialorrhée.
- ☒ signes de détresse respiratoire

Ingestion de corps étrangers digestifs 2

Diagnostic :

établi par :

- **Radiographie** du thorax élargie au cou et à la cavité gastrique ;
- **Endoscopie** si le corps étranger est radiotransparent et en cas de symptomatologie évocatrice.
- S'il existe un blocage dans l'oesophage d'un corps étranger ou d'un aliment insuffisamment mâché, suspecter un trouble de la motricité oesophagienne (achalasie, atrésie de l'oesophage), une sténose résiduelle ou méconnue (congénitale, ou secondaire).

Ingestion de corps étrangers digestifs 2

Formes cliniques :

1-F.selon l'âge:

a- F.de l'enfant:

b-F.de l'adulte: généralement >50ans favorisé par le port de prothèse dentaire avec un risque perforatif important.

2-F.selon le terrain:

- la fréq des C.E métalliques lors des ingestions volontaires en milieu carcéral (prisonnier)
- la fréq des C.E accidentel chez des patients neuropathique, psychopathique ou de vigilance réduite;
- Fréq des bézoards(accumulation d'aliments mai ou non digérés) chez les adolescents surtout atteints de retards mental ou psychiatrique ou des patients atteints d'oesophagite corrosive ou d'atrésie

3-F-selon la nature du C.E:

Le risque lésionnel est fonction du type du C.E:

- les pièces de monnaies sont en règle peu agressives
- Les C.E contendants sont responsable de lésion de gravité variable allant de la simple érosion à la perforation constituant ainsi une urgence vitale.
- Les C.E alimentaires (os, arêtes de poisson) ou dentaires comportent un risque infectieux

Ingestion de corps étrangers digestifs 2

4-F- compliquées:

a- **la perforation** : Le risque de perforation prédomine au niveau de l'oesophage cervical .

L'âge, le délai écoulé entre l'ingestion et le Dg >24h est un facteur aggravant de même que les tentatives d'extraction aveugle.

b- Complication infectieuse : avec formation d'un abcès s/s muqueux responsable d'une cellulite voir une médiastinite

c- Brûlure de l'oesophage

d- Migration d'un C.E au travers la muqueuse réalisant le C.E intra mural

e- rare: fistule oeso-aortique, oeso-carotidienne, broncho-oeso-aortique

Conduite à tenir en cas d'ingestion de corps étrangers digestifs :

L'objectif est d'extraire les corps étrangers dangereux par leurs localisation ou leurs nature.

- La décision d'extraction du corps étranger dépend de sa taille, de sa nature, de son caractère, de sa localisation, de la symptomatologie.

=> Technique d'extraction des corps étrangers digestifs:

- **Des vomissements provoqués:** pour tenter d'évacuer le corps étranger, sont formellement proscrits. notamment par la prescription d'émétiques
- **retrait par voie endoscopique**, sous anesthésie générale avec intubation trachéale est la technique de référence.

LES CORPS ETRANGERS DES FOSSES NASALES 3

- C'est la présence de tout élément extérieur introduit volontairement ou non dans la fosse nasale
- Ils peuvent passer inaperçus et sont révélés par une symptomatologie rhinologique .

Particularité des fosses nasales chez l'enfant :

- L'étroitesse des FN.
 - L'hypertrophie turbinale.
 - Hyper réactivité de la muqueuse pituitaire.
-
- Les dangers sont liés à la nature du corps étranger et à l'extraction

LES CORPS ETRANGERS DES FOSSES NASALES 3

- **Clinique :**

- **L'interrogatoire:** la notion d'introduction du CE dans la fosse nasale , soit que l'enfant rapporte lui-même les faits aux parents, soit qu'il a été vu par l'entourage , parfois l'introduction est méconnue:

Examen clinique :

- ✓ Rhinorrhée unilatérale, muco-purulente, fétide et résistante aux thérapeutiques multiples
- ✓ Obstruction nasale unilatérale
- ✓ Epistaxis à répétition, céphalées, éternuements récents.
- ✓ Odeur nauséabonde perçue par l'entourage ;
- ✓ Ronflement, apnées obstructives du sommeil
- ✓ Difficultés de prononciation
- ✓ Parfois, la découverte est fortuite avec mise en évidence de corps étrangers radio-opaques.
- ✓ Si le corps étranger n'est pas visualisé, on demande une radiographie standard (s'il est radio-opaque).

Complication :

- Perforation/ nécrose de la cloison nasale.
- Migration du CE vers le rhinopharynx, la glotte.
- Rhino-sinusites à répétitions.
- Rhino lithiases.
- Cellulite faciale avec fistulisation gingivolabiale

LES CORPS ETRANGERS DES FOSSES NASALES 3

- **Traitement :**
 - A vif ou sous AG.
 - Extraction en douceur par l'orifice narinaire par:
 - pince à mors.
 - A l'aspiration.
 - Hyperpression nasale.
 - Sonde de désobstruction vasculaire à ballonnet

LES CORPS ETRANGERS AURICULAIRES 4

- Les corps étrangers auriculaires peuvent se voir à tout âge mais fréquent chez les enfants de 2 à 4 ans.
- Nature et Circonstances du corps étranger : différent en fonction de l'âge.

Rappels anatomiques sur le méat acoustique :

- Le méat acoustique a une conformation contournée, ce qui favorise l'enclavement des corps étrangers.
- Il a une peau fine et fragile et sa vascularisation est abondante ,risque de plaie et de saignement.
- Son innervation sensitive est très riche, ce qui rend tout geste douloureux.
- La membrane tympanique est à l'extrémité du conduit auditif externe (CAE) ; il existe un risque de lésion du tympan , de la chaîne ossiculaire, voire l'oreille interne ou le nerf facial.

LES CORPS ETRANGERS AURICULAIRES 4

Tableaux cliniques :

- Un corps étranger (CE) est souvent peu symptomatique.
- Le diagnostic est otoscopique par visualisation du CE.
- Dans certains cas, le CE est masqué par une otorrhée.
- Il existe un risque de lésion en cas de manoeuvres inappropriées (aggravation de l'enclavement, saignement, oedème, douleurs, etc.).
- Il existe aussi un risque d'induire une terreur parfois durable chez l'enfant vis-à-vis de tout ce qui peut approcher son oreille.

LES CORPS ETRANGERS AURICULAIRES 4

Prise en charge :

la prise en charge doit se faire par un ORL dans de bonnes Conditions.

- l'ORL doit disposer du matériel adapté et de conditions garantissant l'immobilité du patient avant de s'engager dans l'extraction sous AL et ou / AG
- Une otoscopie douce et attentive doit être réalisée pour analyser la situation.
- Il est possible d'attendre quelques heures voire le lendemain pour une extraction dans de bonnes conditions.
- Si un recours à l'anesthésie générale allant de la simple extraction jusqu'à la chirurgie (tympanoplastie en fonction des lésions en rapport avec le CE auriculaire)

Exceptions : Le CE est un insecte vivant :

- si le tympan est intact, immobiliser l'insecte par un bain d'oreille d'huile minérale
- L'évacuation du CE par lavage est possible en l'absence de contre-indication
- pour une microscopie ; administrer de la xylocaïne à 2 ou 4 % avant extraction.

LES CORPS ETRANGERS AURICULAIRES 4

- Par ailleurs :

- ✓ Un contrôle otoscopique post extraction
- ✓ Des gouttes antibiotiques (\pm corticoïdes) sont administrées en cas de plaie du CAE ;
- ✓ En cas de lésions par pile bouton, des soins locaux longs sont nécessaires, avec un calibrage, ou des interventions en cas de sténose ;
- ✓ En cas de lésion tympanique et d'hypoacousie , un suivi otoscopique et audiométrique est requis

MERCI DE VOTRE ATTENTION