

FACULTE DE MEDECINE CONSTANTINE

Module ORL

Année universitaire 2021-2022

Les corps étrangers en ORL

LES CORPS ETRANGERS DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES :

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 aiguë 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 puis d'un tirage inspiratoire entre les quintes

- **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)

- **Examens complémentaires :**

■ une radiographie pulmonaire en inspiration et expiration si l'état de l'enfant le permet ; 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
- Arrêt cardiaque

B/ Complications dues à l'obstruction :

- Œdème pulmonaire par levée d'obstacle
- Complications infectieuse
- Pneumothorax et pneumomédiastin rares
- Sténose bronchique

C/ Complications de l'endoscopie :

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

Elle permet d'infirmer 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.

II- Ingestion de corps étrangers digestifs :

I -Définition généralités

- L'incidence de ces ingestions est mal connue.
- 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).

III- Clinique :

Les corps étrangers œsophagiens provoquent : douleur, odynophagie, dysphagie aiguë, refus alimentaire, déglutitions incessantes, stase salivaire, hypersialorrhée.

- signes de détresse respiratoire
- Signe de perforation

VI- Diagnostic :

Le diagnostic est 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 de petite taille 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).

V-Formes cliniques :

1-F.selon l'âge:

a- F.de l'enfant: TDD

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

2-F.selon le terrain:

de grande variation sont observés en fonction du terrain:

--la fréq des C.E métalliques lors des ingestions volontaires en milieu carcéral;

-- la fréq des C.E accidentel chez des patients neuropathique, psychopathique ou de vigilance réduite;

-- Fréq des bézoards 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 agressive sauf dg tardif.

--Les C.E contendants sont responsable de lésion de gravité variable allant de la simple érosion à la perforation.

-- Les C.E alimentaires (os, arêtes) ou dentaires comportent un risque infectieux

-- Les piles « boutons » provoquent des brûlures avec un risque de perforation constituant ainsi une urgence vitale.

4-F- compliquées:

a- la perforation : L'âge, le délai écoulé entre l'ingestion et le Dg >24h est un facteur aggravant de même que les tentatives d'extraction aveugle infructueuse. Le risque de perforation prédomine au niveau de l'œsophage cervical

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

d- Brûlure de l'œsophage

c- Migration d'un C.E au travers la muqueuse réalisant le C.E intramural

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

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

L'objectif est d'extraire les corps étrangers dangereux par leur localisation ou leur 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, notamment par la prescription d'émétiques, pour tenter d'évacuer le corps étranger, sont formellement proscrits.

■ En cas de corps étranger digestif nécessitant une extraction, le retrait par voie endoscopique, sous anesthésie générale avec intubation trachéale est la technique de référence.

LES CORPS ETRANGERS DES FOSSES NASALES :

I-Définition généralités

- 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.

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:
- ✓ 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.

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

Traitement :

- **Principe :** c'est l'extraction en douceur par l'orifice narinaire
- **Matériels:**
 - ✓ Au crochet mousse.
 - ✓ A la pince à mors.

- ✓ A l'aspiration.
- ✓ A la colle rapide.
- ✓ Hyperpression nasale.
- ✓ Sonde de désobstruction vasculaire à ballonnet
- **À vif ou sous AG.**

Si le corps étranger n'est pas visualisé, on demande une radiographie standard (s'il est radio-opaque).

LES CORPS ETRANGERS AURICULAIRES :

I-Définition

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

II- 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, de même que la chaîne ossiculaire, voire l'oreille interne ou le nerf facial.

III- Tableaux cliniques :

- Un corps étranger (CE) est souvent peu symptomatique ou asymptomatique.
- 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, œdème, 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.

IV- Prise en charge :

- Une otoscopie douce et attentive doit être réalisée pour analyser la situation.
- Il convient d'organiser la prise en charge par un ORL dans de bonnes Conditions.
- Il est possible d'attendre quelques heures voire le lendemain pour une extraction dans de bonnes conditions.
- Si un recours à l'anesthésie générale est envisagé pour l'extraction, il convient de laisser l'enfant à jeun 6 heures avant le geste prévu.

Exceptions :

1. Le CE est un insecte vivant :

- les mouvements de l'insecte dans le CAE sont très éprouvants pour le patient ;
- si le tympan est intact, immobiliser l'insecte par un bain d'oreille d'huile minérale
- pour une microscopie ; administrer de la xylocaïne à 2 ou 4 % ou de la povidone iodée avant extraction.

2. Le CE est grave ou compliqué ; la prise en charge spécialisée ORL

est urgente, voire très urgente .

3. L'évacuation du CE par lavage est possible en l'absence de contre-indication

Prise en charge ORL :

- Le médecin ORL doit disposer du matériel adapté et de conditions garantissant l'immobilité du patient avant de s'engager dans l'extraction AL / AG.

- Par ailleurs :
 - Un contrôle otoscopique est systématique ;
 - 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 d'hypoacousie ou de lésion tympanique, un suivi otoscopique et audiométrique est requis.

Dr MEDJEDOUB.W