

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**UNIVERSITE BADJI MOKHTAR DE ANNABA
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE**

**MODULE ORL
COURS POUR LES ETUDIANTS DE 6^{ÈME} ANNEE DE MEDECINE**

LES CORPS ETRANGERS EN ORL

DR H.ROUABHIA SAIDIA

rouabhia.hadjer@gmail.com

SERVICE ORL ET CCF CHU ANNABA

2023/2024

Plan

I INTRODUCTION

II RAPPEL ANATOMIQUE

III DIAGNOSTIC CLINIQUE ET PARACLINIQUE

IV DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

V COMPLICATIONS

VI CAT

VII. PREVENTION

VIII CONCLUSION

1- INTRODUCTION :

Les corps étrangers des voies aériennes se définissent comme tous corps venu de l'extérieur et se localisant au niveau de la partie respiratoire des VAD comprenant : fosses nasales ; larynx ; trachée et les bronches

Les CE sont des accidents très fréquents chez l'enfant et les sujets âgés et exceptionnels chez les adultes

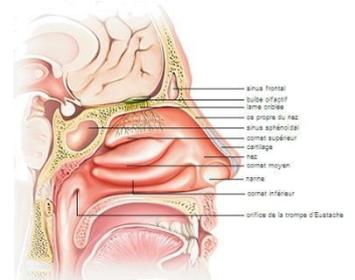
Leur inhalation est favorisées par une inspiration soudaine et profonde (peur ; surprise ; sanglot ; quintes de toux) qui constituent une urgence respiratoire en ORL et exposent à des complications grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital

La radiographie peut être un grand secours devant les difficultés diagnostics en visualisant les CE de nature radio opaque ou en mettant en évidence des anomalies et des complications évoquant la présence d'un CE et justifiant la pratique d'un examen endoscopique

II RAPPEL ANATOMIQUE (3)(4)

1- Les fosses nasales:

Les fosses nasales ont une charpente osseuse recouverte par une muqueuse ; elles sont séparées l'une de l'autre par une mince cloison sagittale ; leur paroi externe est remarquable par la présence de trois cornets ; en avant des fosses nasales est placé le nez ; en arrière, elles communiquent avec le pharynx par deux orifices appelés « choanes ». Les fosses nasales sont en communication avec le sinus maxillaire et avec le sinus frontal.



2-Larynx:

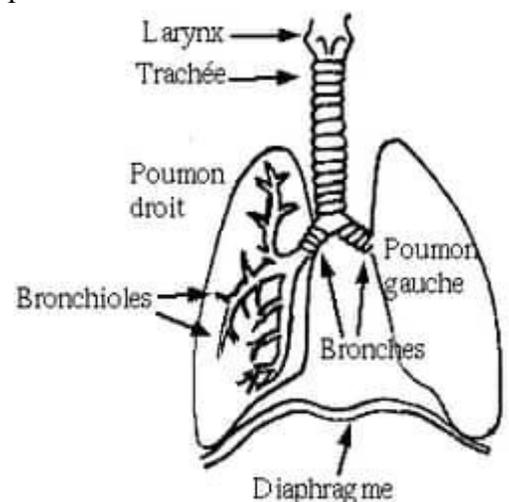
Conduit aérifère impair , le larynx est l'organe essentiel de la phonation .

Il est situé a la partie médiane et antérieure du cou . En avant du pharynx , en arrière du corps thyroïde , au dessous de l os hyoïde et au dessus de la trachée

C'est un organe complexe constitué par des pièces cartilagineuses , des éléments musculo-aponevrotiques , ainsi que des articulations

3-Trachée:

La trachée est la portion des VA comprise entre le larynx et les bronches

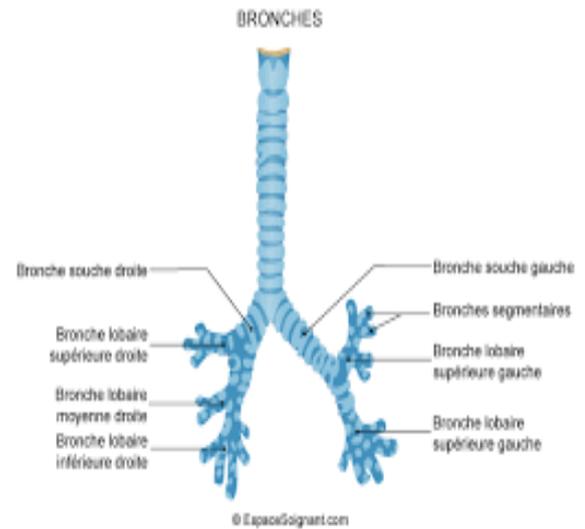


Elle est placée devant l'œsophage et elle comporte un segment cervical et un segment thoracique

4-Les bronches:

Ce sont deux conduits aériens qui font suite à la trachée thoracique ; à la hauteur de la cinquième vertèbre thoracique (bifurcation trachéale)

La bronche principale droite fait un angle de 25° avec l'axe trachéale de calibre plus grand que celui de la bronche gauche à l'opposé la bronche principale gauche fait un angle de 45° avec l'axe trachéale, cette situation explique la fréquence des CE à droite, les pneumopathies d'inhalation droite et les intubations trachéo-bronchiques droites sélectives en anesthésie



Les différents types de corps étrangers :

1/La cacahuète demeure l'ennemi public numéro un dans la plupart des études elle représente plus de 50% des CE

2/les objets métalliques (aiguilles) sont en nette régression remplacés par les objets en plastique (jetons et perles) 3/ CE alimentaire (os , arêtes) ou dentaire =risque infectieux

4/les piles (boutons) =brûlures + risque de perforation



Le diagnostic du corps étrangers

DIAGNOSTIC CLINIQUE

La symptomatologie clinique est riche et varie selon la localisation du CE . Ils peuvent aussi poser des problèmes diagnostiques qui ne sont pas toujours faciles à résoudre sur tout en cas d'absence de syndrome de pénétration ou devant la phase d'accalmie trompeuse devant le drame initial

Selon la localisation on a :

1. CE des fosses nasales
2. CE laryngé qui est le plus grave
3. CE trachéal
4. CE bronchiques se sont les plus fréquents représentant seuls 75% des cas

1- CE des fosses nasales:

Les corps étrangers des fosses nasales peuvent paraître anecdotiques et anodins, et pourtant ils peuvent entraîner des difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Il s'agit d'un motif de consultation relativement fréquent. Schématiquement, trois situations cliniques peuvent se présenter:

- Si le corps étranger est récent et connu de l'entourage de l'enfant, la muqueuse des fosses nasales est encore saine, ce qui va faciliter l'examen, le diagnostic et le traitement. Le corps étranger est parfois visible en soulevant simplement la pointe du nez. S'il est plus profondément situé, il se situe généralement entre la cloison nasale en dedans et le cornet inférieur ou le cornet moyen en dehors.
- Si le corps étranger est méconnu mais symptomatique, l'enfant est amené en consultation pour des signes rhinologiques unilatéraux tels qu'une obstruction nasale, une rhinorrhée muco-purulente fétide quelques fois muco-sanglante, parfois associés à des épistaxis, des douleurs faciales et des épisodes d'éternuements. Dans ces situations, l'examen n'est jamais facile du fait de la présence d'une muqueuse inflammatoire et de sécrétions. Si le corps étranger n'est pas spontanément visible en rhinoscopie antérieure, l'utilisation d'un nasofibroscope souple permet de préciser sa localisation exacte. Les examens radiologiques n'ont d'intérêt que pour les corps étrangers radio opaques.
- Enfin, la découverte du corps étranger peut être fortuite à l'occasion d'un examen clinique systématique ou radiologique à l'occasion de cliché dentaire ou de radiographie des sinus.

2-CE laryngé :

Le corps étranger laryngé est particulier en raison de la gravité du tableau clinique et du risque de blocage dans la région glottique et sous-glottique (cricoïdienne), zones d'étroitesse anatomique.

Le tableau clinique est dramatique, réalisant soit :

- une asphyxie aiguë immédiate, foudroyante
- une dyspnée laryngée majeure d'installation brutale avec tirage très intense,
- aphonie et cyanose importante

3-CE trachéo bronchique

❖ LE SYNDROME DE PENETRATION:

Il correspond à la phase où le CE est mobile dans les voies aériennes .

Son début est brutal.

Il se caractérise par :

- toux quinteuse, de début brutal
- des accès de suffocation avec :
 - tirage
 - cornage (reprise inspiratoire difficile et bruyante)
 - cyanose
- chez un individu antérieurement sain,
- à l'occasion d'un repas ou d'un jeu
- habituellement résolutif en quelques secondes
- Le tableau est souvent typique et frappe l'entourage quand il se produit en présence de témoins

REMARQUE

Le syndrome de pénétration peut être passé complètement inaperçu, négligé ou oublié. Il faut savoir le rechercher à l'interrogatoire. L'absence de syndrome de pénétration à l'interrogatoire n'élimine pas le diagnostic de CE.

Le diagnostic de CE doit être évoqué devant autre situations Manifestations respiratoires chroniques ou récidivantes ne répondant pas au traitement habituel:

- toux chronique
- bronchite sifflante
- bronchorrhée
- hémoptysie

Diagnostic paraclinique

Radiographie de thorax :

C'est l'examen du 1^{er} intention en inspiration et en expiration en cas d'enclavement dans les voies aériennes

- La radiographie de thorax est le plus souvent normale
sauf si le CE est radio-opaque (10% seulement des CE sont radio-opaques)

La radiographie de thorax est parfois anormale et montre alors :

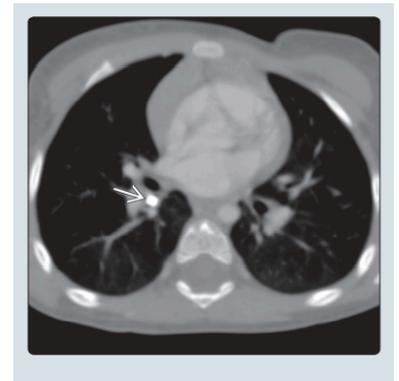
- atélectasie ou hyperclarté radiologique unilatérale
- pneumopathies récidivantes dans le même territoire
- pleurésie
- abcès pulmonaire
- les bronchectasies sont la complication à distance la plus fréquente des CE des voies aériennes méconnus. Elles sont généralement localisées et peuvent se développer plusieurs années après l'inhalation du CE qui est passée inaperçue



Tomodensitométrie: réalisée en 2eme intention

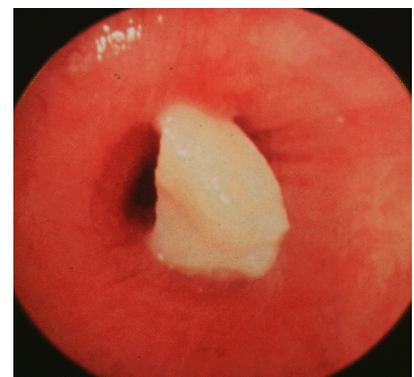
L'endoscopie :

Elle est essentielle en apportant a la fois une solution diagnostic et thérapeutique



COMPLICATIONS

- ❖ Immédiates : elle sont d'ordres vitales
 - Asphyxie
 - Arrêt cardiaque
- ❖ Compilations dues à l'obstruction :
 - Œdèmes pulmonaires par levée d'obstacle
 - Complications infectieuse
 - Pneumothorax et pneumomédiastin
 - Sténoses bronchique
- ❖ Complication de l'endoscopie:
 - Œdème laryngé due aux frottement de l'endoscopie
 - Érosion de la muqueuse trachéal



- Perforation ou fissuration de la paroi bronchique lors de l'extraction

La Conduite a tenir:

Il faut éliminer d'abord une urgence qui se manifeste par :

Signes de gravité Généraux : position assise ou semi-assise,

Respiratoires : détresse respiratoire aiguë, disparition du murmure vésiculaire, tirage, cyanose

Cardiovasculaires : bradycardie, arrêt cardiocirculatoire **Neurologiques** : convulsions, coma.

Ces signes seront à rechercher pendant toute la surveillance car à tout moment, un CE peut de se déplacer et s'enclaver dans le larynx. De même si le CE est trachéal et non obstructif initialement, l'œdème réactionnel peut le rendre asphyxique dans un deuxième temps.

Trois grandes situations cliniques

- ***syndrome de pénétration non régressif (tableau d'asphyxie aiguë)*** Manœuvre de Heimlich

Cette manœuvre a pour but de provoquer une **hyperpression intra-thoracique brutale dans le but d'obtenir l'expulsion du corps étranger qui obstrue totalement les voies aériennes proximales (larynx ou trachée) chez un individu qui n'est plus capable de le faire par lui-même.**

On se positionne derrière l'individu qui s'étouffe en plaçant sa jambe d'appui entre ses jambes. On met son poing fermé dans le creux épigastrique de l'individu.

On vient saisir ce poing avec son autre main. Puis on tire brutalement vers le haut et vers soi.

Cet appui brutal sur les viscères abdominaux entraîne une remontée du diaphragme et une hyperpression intra-thoracique soudaine.



Manœuvre de Mofenson (enfant moins de 2 ans)

On couche l'enfant à plat ventre sur un de ses avant-bras, lui-même posé sur la jambe en lui tenant la tête avec la main sur laquelle il est couché. Avec l'autre main à plat, on applique jusqu'à 5 claques sur le dos. En cas d'inefficacité on retourne ensuite l'enfant sur le dos et on applique des pressions verticales sur son sternum



2. syndrome de pénétration régressif:

Chaque fois que l'on a suspecté un CE des voies aériennes (sur la base de l'histoire clinique), il faut considérer que le CE est toujours présent dans les voies respiratoires même si l'enfant est asymptomatique

3. manifestations respiratoires chroniques ou récidivantes :

Le diagnostic de CE doit être évoqué devant tout symptôme respiratoire chronique ou récidivant sans étiologie claire, surtout s'il s'accompagne d'anomalies radiologiques récidivantes ou persistantes dans le même territoire (pneumonie, atélectasie, bronchectasies). L'endoscopie bronchique est indiquée au moindre doute

Extraction du CE

Toute notion ou toute suspicion de syndrome de pénétration impose un examen endoscopique.

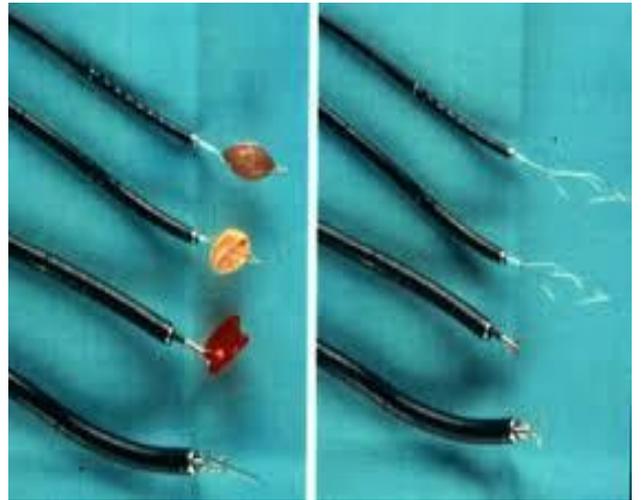
L'endoscopie trachéobronchique pour extraction d'un corps étranger requiert : une anesthésie générale adaptée (immobilité parfaite donc une collaboration étroite entre anesthésiste et opérateur) ; un matériel d'endoscopie rigide ou souple et une instrumentation d'extraction complets adaptés à tout âge, et la possibilité d'une trachéotomie immédiate

Elle doit donc être réalisée au bloc opératoire. L'opérateur rompu aux techniques d'endoscopie peut ainsi repérer : le siège du corps étranger ; sa nature (végétale ou autre, le nombre de corps étrangers.

Le corps étranger est désenclavé puis extrait avec prudence sous contrôle permanent de la vue. Un contrôle endoscopique est impératif immédiatement après l'extraction.

Cette extraction est toujours difficile si elle est tardive ou répétée (corps étrangers multiples) du fait de l'œdème réactionnel et de la suppuration dus au corps étranger.

Le traitement médical après extraction : l'œdème local ou pharyngé par les corticoïdes ; la suppuration par antibiothérapie soit systématique, fonction du type du corps étranger (végétal), soit guidée par le germe mis en évidence dans le prélèvement bronchique ; l'humidification par aérosols.



Urgence extrême, l'extraction ne doit pas être retardée

Dépassée les 2h, les lésions de la muqueuse œsophagienne s'installent, au delà de 6h, la perforation de l'œsophage est très fort probable .

Tableau d'une perforation de l'œsophage :

Clinique

Enfant agité, très fatigué,

Fièvre élevée

Refuse de s'alimenter ; douleur à la déglutition

Douleurs thoracique voire dyspnée

Douleur abdominale

Hématémèse, maeléna

Paraclinique : le diagnostic est difficile :

Souvent la radiographie du thorax ne conclut pas à une perforation de l'œsophage sinon elle montre de l'air en pré vertébrale

TOGD : confirme la perforation et son siège exacte, par l'extravasation du produit

TDM : montre les signes indirectes de la perforation :

pneumomédiastin ou pneumothorax, pleurésie

IRM :

Conclusion

- Les CE des voies aériennes est un accident fréquent chez l'enfant , il expose à des complications graves pouvant menacer le pronostic vital , ou être source de morbidité et de complications à révélation tardive
- Le traitement doit être instauré dans les milieux spécialisés : ORL; anesthésie-réanimation

