



# Corps Étranger Laryngo-trachéo- bronchique

Module d'anesthésiologie 3ème année chirurgie dentaire

**H CHELLIA**

***Maitre de conférence A en anesthésie réanimation***

***h23chellia@yahoo.fr***

# INTRODUCTION :

- Source de **morbidité** et de **mortalité**.
- Un épisode **asphyxique** avec **détresse respiratoire aiguë** .
- La présentation clinique: **variable** selon la localisation.
- Les objets dentaires sont les deuxièmes corps étrangers les plus souvent inhalés chez les adultes.
- Devant la gravité de ce syndrome, des techniques de réanimations doivent être connus du grand public.

# DÉFINITION :

- L'inhalation soudaine d'un C.E
- Se traduit en règle générale par une **asphyxie aiguë** chez un sujet **auparavant sain**
- Déclenche des mouvements de toux violentes qui, souvent aboutissent à l'expulsion du C.E des voies aériennes supérieures (VAS), c'est le syndrome de pénétration.

Il faut toujours respecter la toux car elle possède une force expulsive très importante.

# RAPPEL ANATOMIQUE :

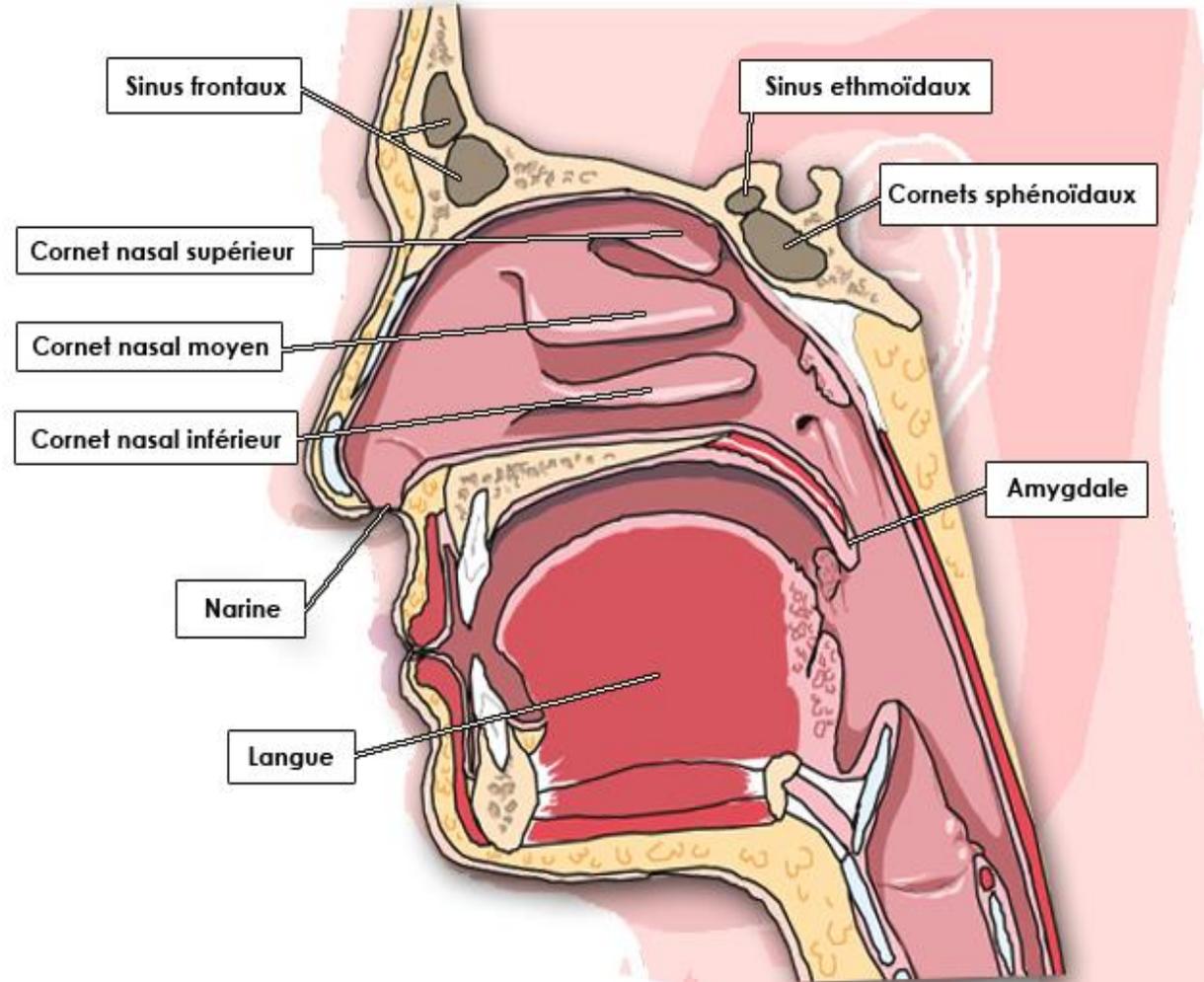
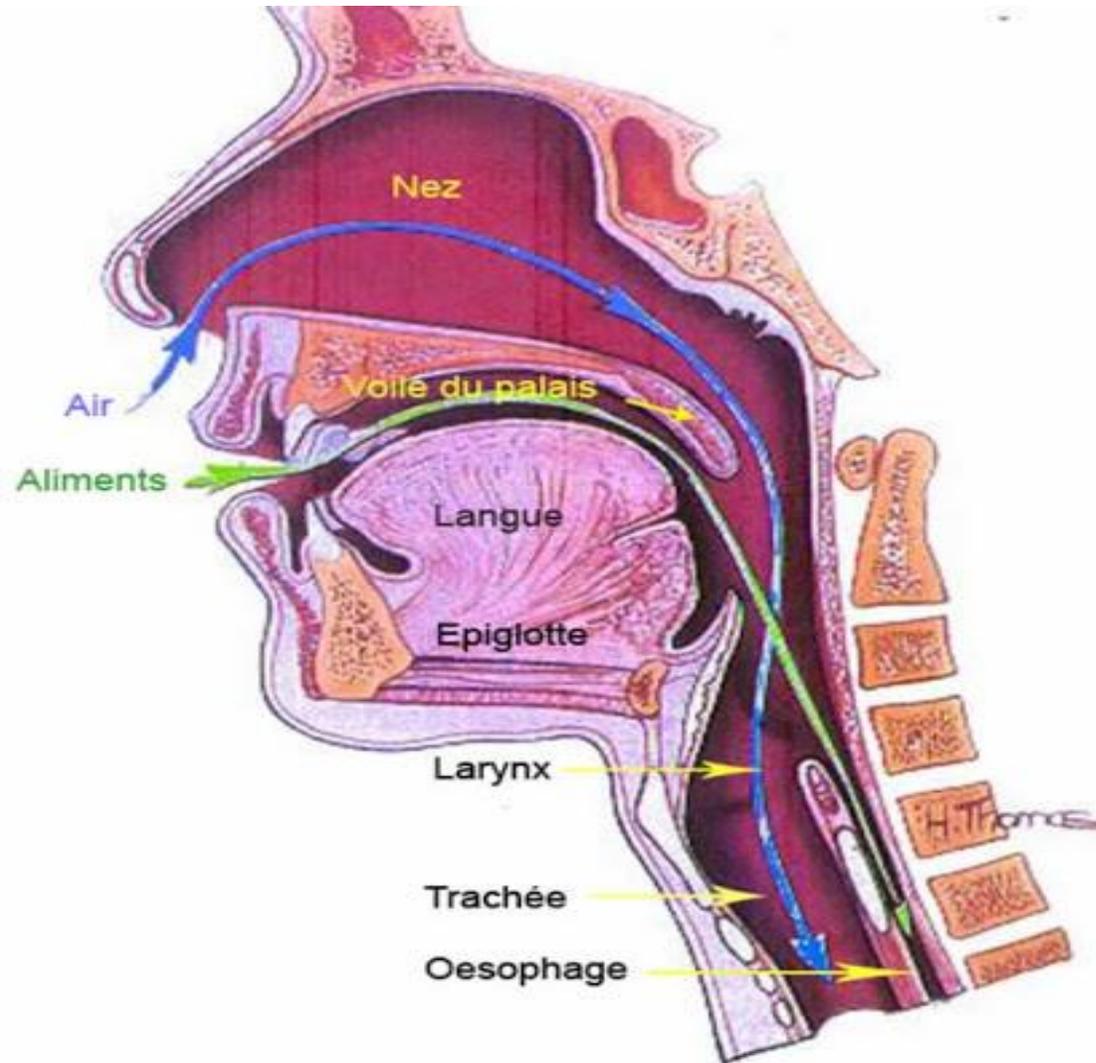


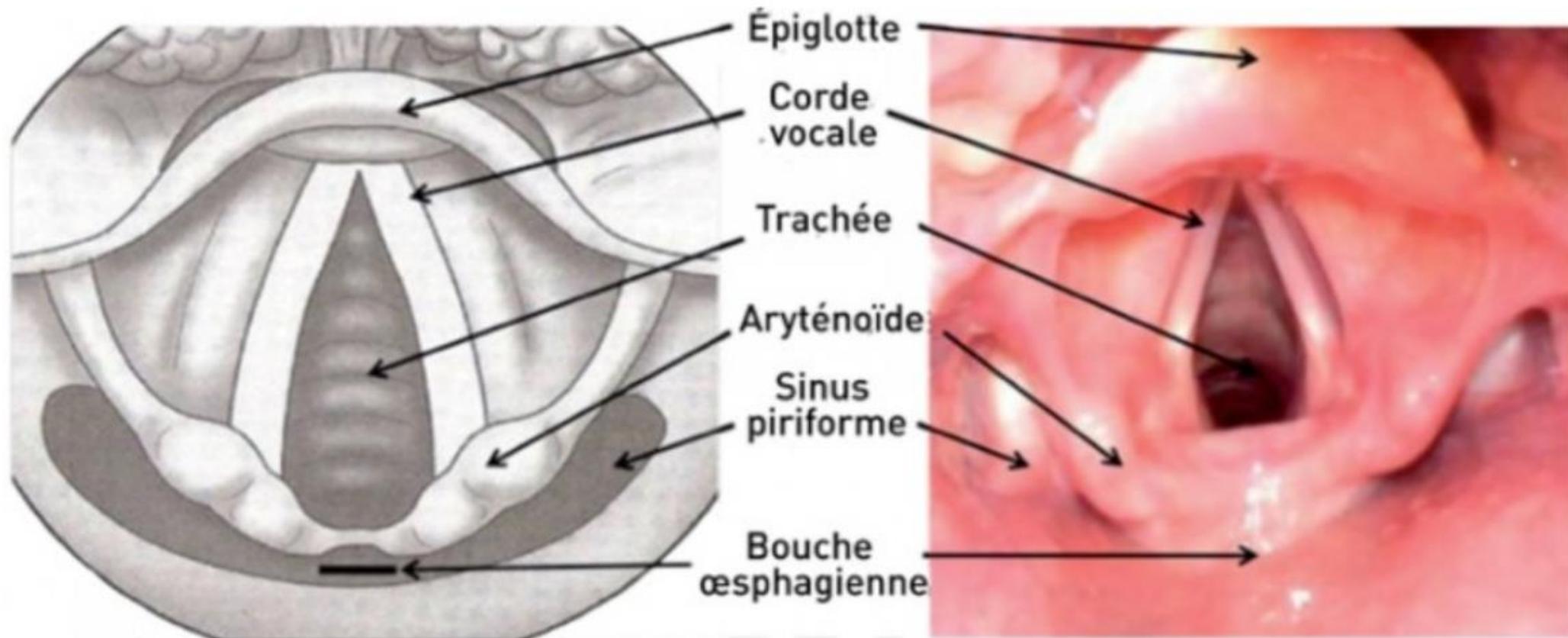
Figure : Une coupe sagittale médiane de la cavité orale, du pharynx et du larynx

# RAPPEL ANATOMIQUE :



# RAPPEL ANATOMIQUE :

Cette invagination formant une gouttière, les corps étrangers peuvent facilement s'y retrouver bloqués lors d'un accident d'inhalation



**Figure** : une vue supérieure du larynx mettant en évidence les sinus piriformes.

# PHYSIOPATHOLOGIE :

## Causes de l'accident :

### A- Le matériel :

#### 1. Le fauteuil dentaire :

Position du patient (Décubitus dorsal avec hyperextension de la tête) permet une bonne ergonomie de travail mais aussi entraîne l'ouverture du pharynx qui devient une porte d'entrée aux corps étrangers.

#### 2. La petite instrumentation :

Les fraises, si fracturées ou s'échappent des rotatifs par exemple, limes, spreader.....

#### 3. Éléments prothétiques :

Tels que les couronnes définitives ou provisoires, les bridges, ... lors d'un essayage, une désinsertion, rarement avec des prothèses adjointes partielles ou totales.

# PHYSIOPATHOLOGIE :

## Causes de l'accident :

### **B- Le patient**

- 1. Âge :** Le risque est augmenté aux deux extrêmes de la vie:
  - Chez les enfants: un défaut de maturation et les mouvements aléatoires.
  - Chez les personnes âgées: diminution du réflexe de protection (avec vieillissement de la musculature pharyngée) et la perte de sensibilité des voies respiratoires.
- 2. Certaines pathologies et médicaments :** AVC, La maladie de Parkinson, épilepsie, les sédatifs...
- 3. Facteurs locaux :** en cas d'ouverture buccale limitée, l'hypersalivation, les soins réalisés sur les molaires mandibulaires, l'anesthésie: générale, les respirateurs buccaux, les patients à réflexes nauséeux, ...

# PHYSIOPATHOLOGIE :

## Causes de l'accident :

### **B. Le praticien**

s'expliquer par :

- Des journées longues avec la fatigue
- Diminution de l'attention
- Le manque d'expérience.
- L'utilisation des mains au lieu d'instruments appropriés pour la préhension des objets.

# PHYSIOPATHOLOGIE :

## Circonstances de l'accident :

Favorisée par une inspiration soudaine et profonde (peur, surprise, sanglot, quinte de toux etc.).

# PHYSIOPATHOLOGIE :

## ACCIDENT

Conséquence d'une mise en défaut du **réflexe protecteur** des voies aériennes inférieures.

Au niveau du larynx: une contraction en fermeture (tendance au spasme)

Au niveau trachéale: particulièrement tussigène

Cette toux :

- **quinteuse** laissant une reprise inspiratoire difficile.
- Permet le **diagnostic** de syndrome de pénétration.
- peut aboutir à l'**évacuation** spontanée du CE.

Ce syndrome peut également être d'emblée asphyxique par obstruction complète et irréductible de la voie aérienne.

# PHYSIOPATHOLOGIE :

## CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT

### Volume

Grand  obstruction complète et asphyxie aigue

### Nature

Acéré ou piquant  détresse respiratoire à tous les étages

Arrondi  obstruction plus sévère.

Consistance molle  phénomènes de clapet.

Métalliques  tolérés par la muqueuse bronchique.

### Localisation

### Durée du séjour dans les voies aériennes

# DIAGNOSTIC POSITIF :

## Présentation clinique :

### *Syndrome de pénétration :*

Accident **brutal** et bruyant chez un sujet apyrétique, en **excellente santé**.

Un accès de suffocation **aiguë**, **brutal** et **spasmodique**, accompagné de quintes de **toux expulsives** et improductives.

Gêne respiratoire aux deux temps avec toux et wheezing (CE enclavé dans la trachée .

**Cyanose** , **polypnée sifflante**, **tirage**.

La durée de cet accident varie de quelques secondes à plusieurs heures.

# DIAGNOSTIC POSITIF :



Cyanose



Tirage sus-sternal



Tirage intercostale

# DIAGNOSTIC POSITIF :

## Présentation clinique :

### *L'asphyxie aigue*

due à l'obstruction complète des voies aériennes.

le patient en **état d'agitation intense** avec **absence de toux et de parole**. Il porte **ses mains au cou**, devient **cyanosé** et fait des efforts pour pouvoir respirer.

L'arrêt cardiaque est imminent.

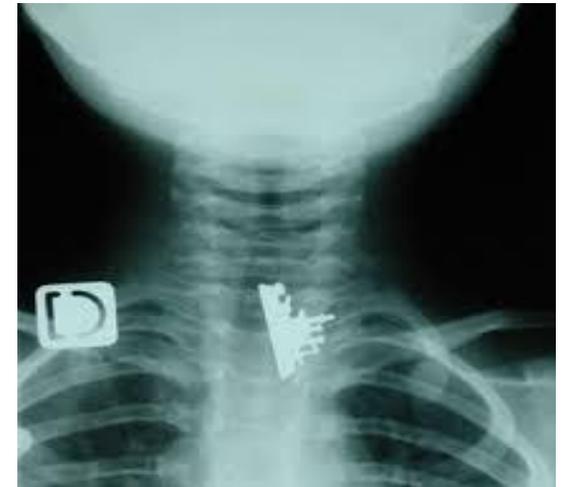
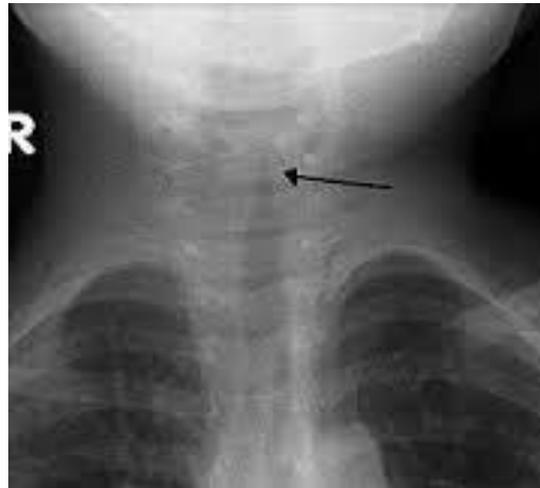
Prise en charge en urgence



# DIAGNOSTIC POSITIF :

## Bilan d'Imagerie :

Radiographie du cou et du thorax : Peut être normale ou présence de signe indirecte



# COMPLICATIONS DE L'INHALATION D'UN CORPS ÉTRANGER :

## Immédiates :

Elles sont d'ordre vital.

## Complications dues à l'obstruction :

Œdème pulmonaire par levée d'obstacle,

Pneumothorax - Pneumo-médiastin.

Emphysème cervical sous-cutané

Complications infectieuses

# TRAITEMENT :

## BUT :

- Préserver le pronostic vital*
- Libération des voies aériennes*
- Extraction du corps étrangers*
- Eviter les complications et les séquelles*

# TRAITEMENT :

## MOYENS :

- Bronchoscopie*
- Ventilation*
- Traitement médical adjuvant :ATB ,CTC*
- Pince de Magyl*



# TRAITEMENT :

## *-Manœuvres d'HEIMLICH ou MOFFENSON*

### PRINCIPE :

Mise au point par l'américain HENRY HEIMLICH en 1974.

Le CE en situation glotto-sus-glottique.

Comprimer brutalement la partie supérieure de l'abdomen pour provoquer une surpression à l'intérieur du thorax et ainsi expulser le corps étranger hors des voies respiratoires.

Renouvelée trois ou quatre fois.

# TRAITEMENT :

## *-Manœuvres d'HEIMLICH ou MOFFENSON* Technique :



*Malade debout ou assis :*

L'opérateur debout ou à genoux derrière le malade, le ceinture de ses bras.

Le poing appuyé contre l'abdomen au niveau du **creux épigastrique**.

L'autre main libre, saisit le poing directeur. Effectue une **rapide pression** vers le **haut**.

Le CE extériorisé dans la bouche, retiré avec le doigt, passé en crochet dans le pharynx, la tête du malade est tournée sur le côté.

# TRAITEMENT :

Le patient couché sur le dos.  
La face tournée vers le plafond, **tête dans l'axe** ( éviter toute **désaxation** de la trachée). L'opérateur, face au malade, s'agenouille à cheval sur les cuisses.  
La paume de **la main à plat** sur l'abdomen et, à l'aide de l'autre main, exerce la **pression de bas en haut**.



**Malade au sol :**

# TRAITEMENT :

*-Manœuvres d'HEIMLICH ou MOFFENSON*

## Complications :

- Rare.
- Fracture de côtes avec hémothorax.
- Nausées ou vomissements accompagnant l'expulsion du corps étranger.

# CONDUITE À TENIR EN PRATIQUE :

## Tableau d'asphyxie aiguë :

- Rechercher et enlever au doigt ou à la pince de Magyl un C.E pharyngé (volumineux)
- Pratiquer les manœuvres d'expulsion : Heimlich.
- Ventiler au masque et au ballon voir même une laryngoscopie directe avec intubation sélective après sédation et mise en condition et aspiration gastrique
- Appeler le SAMU
- Transférer vers un centre pratiquant la bronchoscopie pour extraction de CE.

# CONDUITE À TENIR EN PRATIQUE :

## Syndrome de pénétration (régressif) \_:

- Arrêter les soins et Rassurer le patient
- La position de la façon la plus confortable pour lui,
- Respecter sa toux (plus efficace qu'une manœuvre externe)
- Ne pas réaliser de compressions abdominales au risque d'aggraver la situation,
- Ne pas essayer d'extraire l'objet au doigt, le patient ne doit ni boire ni manger,
- Mettre le patient sous oxygène à 9 L/min pour un adulte avec masque
- Appeler le SAMU et surveiller le patient jusqu'à l'arrivée des secours.
- Hospitalisation (transporter en position assise)
- Réalisation d'une endoscopie, même en l'absence de signes cliniques ou radiologiques.

**MERCI**