

**LES CORPS ETRANGERS  
EN ORL**

**COURS  
MODULE D'ORL  
SIXIEME ANNEE.**

**DR S. KHAROUBI.**

## **Objectifs Pédagogiques:**

- 1 -Citer les différentes localisations possibles des corps étrangers des voies aérodigestives supérieures.
- 2- Connaître les éléments d'orientation anamnestiques et cliniques vers un corps étranger des fosses nasales.
- 3- Connaître les éléments d'orientation anamnestiques et cliniques vers un corps étranger pharyngo-œsophagien.
- 4- Conduite à tenir devant un corps étranger pharyngo-œsophagien.
- 5- Epidémiologie et cliniques des corps étrangers laryngo-trachéo-bronchique
- 6- Conduite à tenir devant un corps étranger laryngo-trachéo-bronchique
- 7- Savoir prévenir et donner un conseil contre d'un corps étranger des voies aérodigestives supérieures.

## **CORPS ETRANGERS DES FOSSES NASALES.**

### **DEFINITION:**

Présence de tout élément extérieur introduit volontairement ou non dans la fosse nasale, par voie antérieure (orifice narinaire), postérieure (choanes), latérale (sinus maxillaire) ou inférieure (cavité buccale).

### **EPIDEMOLOGIE:**

#### **fréquence:**

**âge:** maximum vers l'âge de 4 ans.

**nombre:** souvent unique parfois multiples

**site:** souvent unilatéral

**coté:** droit

**nature:** cailloux, perles, fragments de jouets en plastique, fragments de coton, papier, morceaux de paille ou autre végétal. les piles boutons sont de plus en plus en cause et sont d'une gravité certaine (nécrose locale).

Dans les tropiques, petits parasites égarés dans les fosses nasales ou éclos in situ (ascaris, asticots, sangsue).

### **SIEGE:**

Le corps étranger siège souvent dans la moitié antérieure de la fosse nasale : méat inférieur, entre le cornet moyen et la cloison, dans la partie haute de la fosse nasale.

### **MECANISME:**

voie antérieure nasale: introduction volontaire ou accidentelle.

voie postérieure: régurgitation, vomissement, fausse route.

### **ETUDE CLINIQUE:**

Une symptomatologie nasale persistante et initialement unilatérale doit faire évoquer le diagnostic de corps étranger.

Rhinorrhée unilatérale mucopurulente, sérosanguine ou fétide, résistante aux thérapeutiques multiples, obstruction nasale, épistaxis à répétition, céphalées, éternuements récents. une cacosmie ou odeur nauséabonde perçue par l'entourage est très suggestive.

Autres signes: ronflement ou apnées obstructives du sommeil.

Parfois, la découverte est fortuite avec mise en évidence de corps étrangers radio-opaques sur un panoramique dentaire.

### **COMPLICATIONS:**

Exceptionnelles complications graves : cellulites faciales avec fistulisation gingivo labiale, rhinosinusites, complications ophtalmologiques, méningites.

une rhinolithiase peut se former après plusieurs années d'évolution.

## **TRAITEMENT:**

**principe:** c'est l'extraction en douceur par l'orifice narinaire.

**matériel:** pince à mors, aspiration droite, crochet mousse, si corps sphériques, pour passer derrière le corps étranger et le pousser vers l'orifice narinaire, sonde de désobstruction vasculaire à ballonnet, électro aimant si corps étranger métallique.

**suites post extraction:** il est recommandable de réaliser des lavages des fosses nasales au sérum physiologique.une antibiothérapie est parfois nécessaire (suppuration).

*Le risque principal d'une tentative d'exérèse dans de mauvaises conditions est l'inhalation de ce corps étranger.*

## **CORPS ETRANGERS AURICULAIRES. (OREILLES)**

### **I -EPIDEMIOLOGIE:**

**âge:** les corps étrangers auriculaires se voient surtout chez l'enfant mais demeurent assez fréquentes chez l'adulte (volontaire ou accidentelle).

coté: unilatérale et plutôt à droite. les formes bilatérales ne sont pas exceptionnelles d'où l'obligation d'un examen orl complet.

**nature:**

elle est variable: corps étrangers inertes, de nature végétale, animale, éclats métalliques

### **II-Symptômes:**

Otalgie, otorrhée purulente ou sanglante vertige, sensation de plénitude de l'oreille, surdité.

**III-Diagnostic:** Il est fait par l'otoscopie

### **IV-Traitement:**

Tout corps étranger du conduit auditif doit être extrait par un spécialiste ORL sous contrôle microscopique avec le matériel adapté.

L'extraction peut être tentée par le médecin généraliste uniquement par un lavage d'oreille en l'absence d'antécédent de perforation tympanique

Extraction:

En cas d'échec ou de contre-indication du lavage d'oreille, le corps étranger est extrait manuellement sous contrôle microscopique, parfois sous anesthésie générale chez l'enfant qui ne peut pas être immobilisé.

### **V-Complications:**

Elles sont principalement dues aux tentatives d'extraction : perforation tympanique, rupture de la chaîne ossiculaire.

## CORPS ETRANGERS DE L'OROPHARYNX

**Nature** : épines de poisson ++

**Localisation** : amygdale, base de langue

**Clinique:**

-Douleur latéralisée

-Sensation de CE (corps étranger)

**Conduite à tenir :**

- Examen de gorge au miroir de Clar avec deux abaisse-langues

- Palpation de l'amygdale + BDL (Base de langue)

- Examen au miroir laryngé ( BDL)

- Extraction à la pince

## CORPS ETRANGERS DU NASOPHARYNX

localisation rare, asymptomatique et passe souvent inaperçue.

**mécanisme:**

voie antérieure

voie postérieure

**diagnostic:**

- syndrome inflammatoire unilatéral

- obstruction nasale unilatérale

- épistaxis

-endoscopie nasopharyngée

-imagerie (découverte fortuite)

**traitement:**

extraction sous contrôle endoscopique voie antérieure ou postérieure.

# CORPS ETRANGER DES VOIES RESPIRATOIRES

## I- Généralités :

C'est l'accident domestique le plus fréquent chez l'enfant de moins de 6 ans, à évoquer devant toute détresse respiratoire aiguë de l'enfant survenant dans des conditions suspectes (manipulations de CE alimentaires ou autres) ou non (accident survenant sans la présence d'autrui).

le risque vital est permanent avant et même pendant l'extraction.

la méconnaissance ou la négligence de l'accident peuvent conduire à des infections et des séquelles broncho-pulmonaire graves.

## II- Épidémiologie :

**Fréquence :** 4/10000

**Age et sexe :** enfants entre l'âge de 1 à 10 ans.

### **Nature et caractéristiques des corps étrangers inhalés :**

en fonction de la nature des corps étrangers on distingue:

1- les corps étrangers Alimentaires: variables selon la population et les facteurs socio-économiques (cacahuètes, noix, noisettes et amandes) 2- les corps étrangers Non Alimentaires: corps étrangers inertes, jouets en plastiques, accessoires de stylos, clous, épingles à foulards, prothèses et les fragments dentaires.

### **Localisation du corps étranger :**

Le CE s'enclave dans -le larynx dans 10%

-Trachée dans 15%

-Bronches dans 75% surtout bronche droite à cause de son plus grand diamètre, angle plus ouvert.

## III- Étude clinique :

### **Syndrome de pénétration :**

il est à rechercher systématiquement à l'anamnèse en raison de sa sensibilité vis à vis de l'effraction accidentelle des voies respiratoires basses et la mise à défaut du réflexe de défense de celles-ci.

d'un point de vue sémiologique il s'agit de la survenue brutale d'un accès de suffocation suivi de quintes de toux expulsives puis d'un tirage inspiratoire entre les quintes.

il y a une grande variabilité dans l'intensité et la richesse des symptômes allant d'une forme discrète avec quintes de toux isolées jusqu'à la forme suraiguë réalisant un syndrome asphyxique.

### **L'examen clinique:**

il va noter la présence d'un stridor, d'un cornage, d'une modification de la voix ou le cri, d'une toux coqueluchoïde.

l'examen pleuro pulmonaire peut montrer une réduction de l'ampliation thoracique ;une abolition du murmure vésiculaire des râles sibilants.

DEUX REGLES DOIVENT ENCADRER LA CONDUITE A TENIR DEVANT UNE SUSPICION D'UN CORPS ETRANGER DES VAI:

- a- Un examen clinique normal n'élimine pas la présence d'un corps étranger LTB.
- b- la notion d'un syndrome d'inhalation impose l'endoscopie (rigide le plus souvent).
- c- un doute sémiologique ou clinique doit conduire à un suivi médical avec notamment une fibroscopie bronchique (pédiatrie).

### **Examens complémentaires :**

#### **-Radiographie du cou et de thorax (F et P )**

Elle met en évidence le CE s'il est radio opaque

Si l'objet est transparent le diagnostic se fait par les signes indirects de l'obstruction bronchique : atélectasie, emphysème.

**-TDM:** réalisée en cas de broncho pneumopathie récidivante, trainante ou chronique sans cause évidente. Elle met en évidence une masse intra luminale

#### **-Endoscopie (fibroscopie souple) :**

Indiquée dans un but diagnostique en cas de négativité des examens radiologiques avec notion de syndrome de pénétration

### **IV- Formes Cliniques:**

#### **a-Corps étrangers asphyxiques :**

Il s'agit d'un Corps étranger sus glottique obstructif ou trachéal bloqué secondairement dans la région sous-glottique. il se traduit par une dyspnée laryngée majeure qui correspond à une obstruction quasi complète nécessite un traitement d'extrême urgence (asphyxie ou pré asphyxie).

#### **b- Corps étranger diagnostiqué tardivement :**

un séjour prolongé et méconnu d'un corps étranger dans les voies respiratoires peut se traduire par:

une bronchite asthmatiforme, une broncho pneumopathies récidivantes (signes cliniques restent latéralisés du même côté), un abcès du poumon ou une simple toux rebelle et persistante.

### **V- Complications:**

#### **a- Immédiates :**

Asphyxie et Arrêt cardiaque

#### **b- Complications dues à l'obstruction :**

Œdème pulmonaire, complications infectieuses, pneumothorax et Sténose bronchique, dilatation des bronches

### **VI- Traitement :**

#### **But:**

C'est d'extraire le corps étranger, la re perméabilisation des voies aériennes et d'éviter les séquelles.

## **Moyens:**

### **a-MANOEUVRE DE HEIMLICH :**

le but de cette manœuvre étant de mobiliser le corps étranger en urgence (sur les lieux de l'accident) et tenter son expulsion par une hyperpression brutale.

La technique : sauveteur, placé derrière le patient met les bras en ceinture et appuie l'un de ses poings avec la main controlatérale contre l'épigastre. Il enfonce le poing brusquement dans l'abdomen avec un mouvement rapide de bas en haut.

*Cette manœuvre est réalisée en extrême urgence, elle est réservée à la situation d'asphyxie aigue, elle peut être répéter 3 à4 fois en cas.*

### **b- Endoscopie :**

elle se fait sous anesthésie générale par une équipe rompue à ces techniques et habituée à travailler ensemble en totale harmonie.

c'est un acte difficile qui nécessite de l'expérience, une finesse dans l'exécution et une coordination parfaite entre la ventilation respiratoire de l'anesthésiste et les manœuvres endoscopiques du chirurgiens les deux travaillant dans un même espace et pour un même organe (poumons).

### **c- Trachéotomie :**

elle est parfois nécessaire en cas d'asphyxie aigue :

(Corps étranger volumineux de la trachée, œdème sous glottique secondaire à des tentatives endoscopiques répétées).

### **d- Chirurgie par voie externe:**

elle est rare mais parfois inéluctable devant des corps étrangers distaux inaccessibles à l'endoscopie).

## **VII-CONCLUSION**

Les corps étrangers laryngo-trachéo bronchiques peuvent être graves car suivis de mortalité et de morbidité importante (surtout chez l'enfant).

Un diagnostic précoce et la prise en charge rapide assurent une évolution favorable. bon pronostic

### **Prévention :**

Elle est fondamentale en sensibilisant les citoyens ,les parents sur certaines pratiques (cacahuètes pour les enfants entre 2 et 8 ans),l'utilisation de jouets répondant aux normes de sécurité et la nécessité d'une grande vigilance dans l'éducation des enfants au quotidien. Pour les adultes (accidents professionnels ou autre) il faut insister sur l'abandon des pratiques dangereuses et de lutter contre la négligence face aux gestes de tous les jours.

## LECTURE RAPIDE:

- L'irruption dans les voies aériennes d'un corps étranger (CE) est toujours marquée par un syndrome clinique de grande valeur diagnostique : le syndrome de pénétration.
- Un examen clinique normal après un syndrome de pénétration ne permet pas d'éliminer la présence du CE.
- La seule notion de syndrome de pénétration impose la réalisation d'une endoscopie des voies aériennes.
- La manœuvre de Heimlich est à réserver aux états d'asphyxie aiguë.
- Les actes endoscopiques et anesthésiques ne doivent souffrir d'aucune improvisation et être réalisés par des praticiens expérimentés.
- La fibroscopie des voies aériennes est un moyen simple pour vérifier une suspicion d'inhalation d'un CE.
- Trois complications postopératoires sont à redouter : l'œdème des voies aériennes ou du poumon (intubation, soins intensifs), la persistance d'un fragment de CE (contrôle à 24-48 heures), l'infection pulmonaire (prélèvements, antibiothérapie).
- Devant toute pathologie respiratoire chronique ou récidivante chez l'enfant, l'hypothèse d'une inhalation ancienne d'un CE doit être évoquée.

# CORPS ETRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

## I- INTRODUCTION:

Les corps étrangers de l'œsophage constituent une urgence fréquente potentiellement grave intéressant aussi bien l'enfant que l'adulte malgré les mesures préventives et les progrès réalisés dans le domaine du diagnostic et la prise en charge thérapeutique.

## II- EPIDEMIOLOGIE:

### a-Fréquence:

- Le C.E de l'œsophage représente environ 60% des C.E des VADS, soit
- Cependant 80 à 90% des C.E migrent spontanément vers l'estomac, seulement 10 à 20% nécessite une extraction par voie endoscopique.

### b-Age:

Enfant de moins de 6 ans (3 ans) et les adultes de plus de 50 ans (70 ans).

### c-Nature des C.E: varie selon l'âge:

ENFANTS: Les pièces de monnaies représentent 50 à 86% des corps étrangers de l'enfant suivis par les jouets métalliques ou plastiques.

ADULTES: c'est surtout des corps étrangers de type alimentaires: d'arêtes ou d'os; conglomerats alimentaires; prothèses dentaires.

*Les piles « boutons » ou cylindriques: elles nécessitent une attention particulière et une prise en charge rapide et immédiate en raison du risque de perforation de l'œsophage.*

### d- Siège du C.E:

Dans 78% des cas le corps étranger reste bloqué dans la bouche œsophagienne, 13% au 1/3 moyen et 18% au niveau du cardia.

## III- Etude clinique:

### CORPS ETRANGER OESOPHAGIEN CHEZ L'ENFANT (pièce de monnaie):

**1- L'interrogatoire:** il va identifier les circonstances de l'accident et les signes d'appel: Gêne douloureuse à la déglutition; Dysphagie voir une aphasie; refus alimentaire; vomissements répétés; hypersialorrhée.

le corps étranger peut rester asymptomatique (8 à 20% des cas) avec une découverte fortuite (radiologiques).

il peut y avoir parfois des signes déroutants de type respiratoire : quinte de toux, dyspnée, stridor qui témoignent d'une compression de l'axe respiratoire.

## 2- Examen clinique:

Il doit être précis, explorant les loges amygdaliennes, base de langue, vallécules à la recherche d'un corps étranger alimentaire ou d'une plaie muqueuse.

La palpation cervicale peut mettre en évidence une douleur à la mobilisation du squelette laryngée. L'auscultation pulmonaire doit être systématique de même que la recherche d'une défense abdominale, un syndrome fébrile.

## 3- Examens complémentaires:

**radiographie standard:** en cas de corps étranger radio-opaque le diagnostic est en général facile sur des clichés standards (radiographie de face et de profil du thorax prenant le cou).

**le transit baryté:** n'est pas indiqué car il gêne l'œsophagoscopie (forte présomption de corps étranger) avec un risque infectieux en cas d'une perforation méconnue.

**l' endoscopie:** reste l'examen de choix à visée diagnostique et thérapeutique.

## IV- Complications:

**a-la perforation de l'œsophage:** le risque augmente avec l'âge, la nature du corps étranger, la durée de séjour et les tentatives endoscopiques itératives.

**b-complications infectieuses:** qui se traduisent par la formation d'un abcès sous muqueux évoluant vers une cellulite voire une médiastinite.

**c-migration du corps étranger:** soit vers le bas (tractus digestif) soit au travers la muqueuse (corps étranger intra-mural).

**V- Traitement:** Le C.E de l'œsophage constitue une urgence

**But :** c'est l'extraction du corps étranger et d'éviter les complications

### Moyens:

#### a) Œsophagoscopie:

Elle fait appel à un œsophagoscope rigide sous anesthésie générale permettant de localiser le corps étranger (bouche de l'œsophage), de faire le bilan lésionnel et d'étudier le procédé idéal (moins de risque) de l'extraire.

#### b) La fibroscopie souple:

Elle se fait sous anesthésie locale et est intéressante pour certains corps étrangers (alimentaires, volume réduit, contre indication à l'anesthésie générale).

#### c) le traitement chirurgical:

elle s'impose devant un corps étranger enclavé, dangereux et inextirpable par voie endoscopique ou en cas de complications.

## V- CONCLUSION:

Le corps étranger de l'œsophage est une urgence fréquente entraînant une symptomatologie fonctionnelle caractéristique contrastant avec un examen clinique pauvre et dont le traitement repose sur l'extraction par les voies naturelles (œsophagoscopie).

## **PREVENTION:**

Elle est importante et permet d'éviter des situations à risque avec une morbidité et une mortalité certaine. Elle s'adresse (information) essentiellement aux parents pour les enfants de moins de 6 ans.