

LES ACCIDENTS DOMESTIQUES EN ORL

BENCHAOUI M⁽¹⁾, AROUCHE G⁽²⁾.

1) Service ORL, CHU Benbadis, Faculté de Médecine Bensmail, Université 3 Salah Boubnider, Constantine.

2) Service ORL, CHU Ibn Rochd de Annaba, université Badji Mokhtar, Annaba.

RÉSUMÉ :

Les accidents domestiques ORL sont fréquents en pratique quotidienne. Ils consistent essentiellement en corps étrangers qui peuvent être inhalés, ingérés ou encore introduits dans le nez ou l'oreille. Ils sont l'apanage de l'enfant mais peuvent être vus chez l'adulte souvent dans des situations particulières. Leur nature est variable. Le diagnostic repose sur l'interrogatoire, l'examen clinique et l'imagerie. Il doit être précoce évitant ainsi la survenue de complications qui peuvent être graves voire létales. Leur extraction dans les meilleurs délais et dans les meilleures conditions doit être entreprise dès que le diagnostic est posé.

Mots clés : ORL, Corps étranger, Inhalation, Ingestion, Nez, Oreille.

ABSTRACT : ENT HOUSEHOLD ACCIDENTS.

ENT household accidents are frequent in daily practice. They essentially consist of foreign bodies which can be inhaled, ingested or introduced into the nose or ear. They are the preserve of the child but can be seen in adults often in specific situations. Their nature is variable. The diagnosis is based on the examination, clinical examination and imaging. It must be early, thus avoiding the occurrence of complications which can be serious or even lethal. Removing them as soon as possible and in the best conditions should be undertaken as soon as the diagnosis is done.

Key words: ENT, Foreign body, Inhalation, Ingestion, Nose, Ear.

INTRODUCTION

Les accidents domestiques constituent l'un des aléas des progrès réalisés pour apporter le confort et faciliter la vie de tous les jours.

En ORL, ces accidents sont présents et souvent dangereux car ils peuvent se grever d'une morbidité et d'une mortalité s'ils ne sont pas diagnostiqués et pris en charge.

Les plus fréquents sont l'inhalation de corps étrangers, l'ingestion de corps étranger, les corps étrangers (CE) du nez ou de l'oreille.

L'INHALATION DE CORPS ÉTRANGERS

C'est le passage d'un corps étranger dans les voies aériennes : larynx, trachée et bronches.

1. Épidémiologie

1.1. Fréquence

Huit personnes dans le monde meurent toutes les heures par inhalation de corps étranger dans les voies respiratoires [1]. La mortalité varie de 0 à 0,7 % selon les études [2,3]. L'incidence en France varie de 500 à 1000 cas/an [1]. En 2005, aux États-Unis, l'inhalation de corps étrangers représentait la 4^{ème} cause de décès par accident chez l'enfant [2]. Au Maroc, l'inhalation des corps étrangers vient en troisième position des accidents de l'enfant, après, les intoxications et les traumatismes [4].

Au service ORL de Constantine, 898 cas ont été enregistrés de 2005 à 2014 (étude personnelle).

1.2. Age

La fréquence des CE des voies aériennes chez l'enfant augmente dès l'acquisition de la préhension (5 mois) avec un pic autour de deux ans.

Plus de 75,4 % accidents d'inhalation surviennent chez l'enfant de moins de trois ans [5,6]. Après l'âge de trois ans, lorsque la mastication devient plus efficace, leur fréquence diminue.

Chez l'adulte, l'épingle à foulard est un corps étranger devenu fréquent chez les adolescentes et les jeunes femmes voilées [4]. 92,1% d'enfants et un âge moyen pour les adultes de 22,4 ans, retrouvés dans notre étude personnelle, sont parfaitement superposables à ces données.

1.3. Sexe

La prédominance masculine est un signe constamment noté dans la littérature, ceci est expliqué par le caractère plus vif des garçons ainsi qu'une maturation de la sensibilité du carrefour pharyngo-laryngé différente par rapport aux filles [4].

Une légère prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,23 est retrouvé dans notre étude personnelle.

1.4. Nature des corps étrangers

Multiple et variée, elle se répartit en deux grandes catégories [7,8] :

1.4.1. Les corps étrangers alimentaires

Fortement corrélés à la culture et aux habitudes alimentaires de l'individu. Il peut s'agir :

- de fruits secs: cacahuètes nocives pour la muqueuse respiratoire car ils libèrent l'acide arachidonique, amandes, noix, grains de tournesol...
- légumes secs: comme les haricots, les petits pois, les pois chiches particulièrement dangereux car en s'imbibant des sécrétions bronchiques ils augmentent de volume rapidement et deviennent obstructifs;
- pépins de fruits, morceaux de fruits ou de légumes crus...

1.4.2. Les corps étrangers non alimentaires

Plastiques (jouets, bouton), métalliques (vis, clou, épingles, aiguilles, canule de trachéotomie), en bois ou en verre...

Dans notre série la nature alimentaire des corps étrangers extraits prédomine (57,68%) (figures 1 et 2).



Figure 1. Corps étrangers végétaux (Iconographie personnelle)

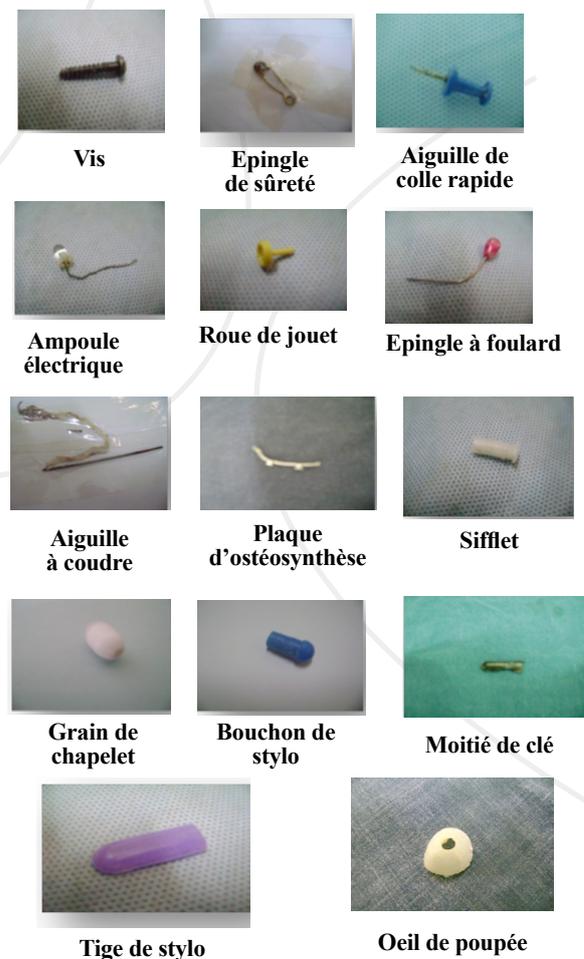


Figure 2. Corps étrangers métalliques et plastiques (Iconographie personnelle)

1.4.3. Localisation

La localisation est fonction du type de corps étranger mais aussi de sa forme et de son volume. Près de la moitié des corps étrangers des voies aériennes se localisent au niveau de la bronche souche droite du fait de sa continuité anatomique avec la trachée.

Dans 28,80 % des cas, les CE sont au niveau de la bronche souche gauche. Leur présence au niveau trachéal se voit dans 18,45 % des cas alors que la localisation laryngée est rare (2,62 %) et est l'apanage des corps étrangers lamellaires type coquille d'œuf ou arête de poisson.

2. Diagnostic

2.1. Clinique

L'anamnèse, détaillée, insistante voire policière, est la clé du diagnostic. Elle recherche le syndrome de pénétration, succession d'événements engendrés par le passage du corps étranger à travers les différentes parties des voies aériennes.

Ce syndrome est fait de suffocation, de dyspnée avec parfois cyanose et d'une toux expulsive. Il fait défaut dans 1/3 des cas en raison de l'absence de témoins adultes ou alors il est négligé lorsque les signes s'amendent. Ceci conduit à un retard diagnostique et ouvre la voie aux complications.

L'examen clinique peut retrouver une diminution du murmure vésiculaire au niveau d'un champ pulmonaire ou d'un lobe, un wheezing, un stridor selon la localisation du corps étranger [7,9]. Si le corps étranger n'est pas diagnostiqué précocement, il se manifestera par des bronchopneumopathies récidivantes, survenant singulièrement toujours dans le même territoire [10].

2.2. Examens complémentaires

La radiographie standard du thorax face/ profil, en inspiration et en expiration montre (figure 3):

2.2.1. Si le corps étranger est récent

- des signes directs : présence du corps étranger lorsqu'il est radio-opaque (figure 3a);
- des signes indirects : ce sont des anomalies ventilatoires à type d'emphysème (figure 3b) (si l'obstruction est partielle) ou d'atélectasie (figure 3c) (si l'obstruction est totale).

2.2.2. Si le corps étranger est ancien

- l'image du corps étranger s'il est radio-opaque;
- des images de pneumopathies, pleurésies, pneumomédiastin, pneumothorax, abcès du poumon...

Cependant, une radiographie normale n'élimine pas une inhalation d'un corps étranger surtout dans les 24 premières heures. Ainsi dans notre série, 334 radiographies normales sur 898 cas d'inhalation de corps étrangers ont été retrouvées.

La tomodynamométrie du thorax est réservée aux corps étrangers compliqués (pneumopathie, dilatation des bronches, pneumothorax, pneumomédiastin...). Récemment, certaines équipes

étudient la possibilité de la substituer à la bronchoscopie sous anesthésie générale pour les cas douteux où le diagnostic n'est pas évident.

3. Prise en charge

3.1. A domicile

Si l'on assiste à un accident d'inhalation de corps étranger et si le syndrome de pénétration s'amende au bout de quelques secondes ou de quelques minutes, rien ne doit être tenté. Il faut conduire le patient au centre d'endoscopie ORL le plus vite possible.

Cependant et si le patient présente des signes de détresse respiratoire majeure, il est licite de recourir aux manœuvres de Heimlich afin de tenter de faire expulser le corps étranger (figures 4 et 5).

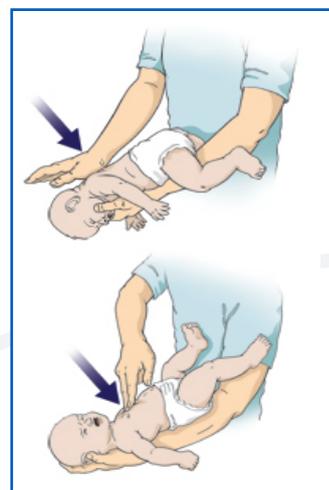
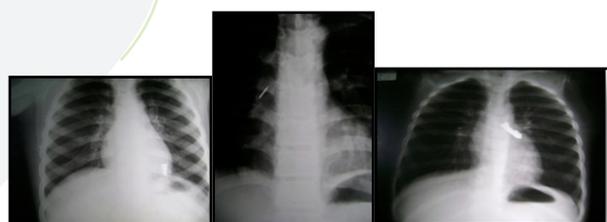


Figure 4. Manœuvres de libération des voies aériennes chez un bébé. (rapidonoar.com.br)



Figure 5. Manœuvre de Heimlich chez l'adulte et l'enfant. (<http://drolesdemums.com>).



Aiguille de colle rapide Bouchon de stylo métallique Moitié de clé

Figure 3a. Corps étrangers radio-opaques



Figure 3b. Rx thorax: emphysème



Figure 3c. Rx thorax: atélectasie

Figure 3. Aspects radiologiques des CE des voies aériennes (Iconographie personnelle).

3.2. Transport du malade

Le transport vers le centre d'endoscopie le plus proche doit être médicalisé avec une source d'oxygène. Il faut être prêt à réaliser une intubation voire une trachéotomie à tout moment.

3.3. A l'hôpital

Deux situations se présentent :

- il s'agit d'une extrême urgence (corps étranger mobile, multiple, volumineux, végétal) : l'extraction est alors faite au bloc opératoire sous anesthésie générale par bronchoscopie rigide ou à la pince de Magyl pour les corps étrangers hauts et accessibles.

- il s'agit d'une urgence relative (corps étranger non dyspnéisant) : l'extraction peut être différée de quelques heures ou jours en vue de préparer le patient avec un traitement antibiotique et corticoïde qui améliorera les conditions de l'endoscopie.

Dans notre série l'urgence extrême a représenté 288 cas contre 610 cas d'urgence relative.

Des complications peuvent émailler le déroulement de cette bronchoscopie. Certaines sont liées au geste (lésions des cordes vocales, lésions de la muqueuse trachéo-bronchique, perforation...), d'autres à l'anesthésie générale (laryngospasme, bronchospasme, arrêt cardiaque...).

Il est important de souligner qu'une entente et une coordination parfaites entre l'anesthésiste, l'endoscopiste et l'infirmière optimisent le bon déroulement de l'extraction. Ceci est le fruit d'une longue expérience et d'une coopération qui garantit une sécurité maximale pour le patient.

L'INGESTION DE CORPS ÉTRANGER

1. Epidémiologie

1.1. Fréquence

Plus fréquent que le corps étranger des voies aériennes mais il peut être (CE) tout autant redoutable selon la nature du corps étranger ou le terrain du patient.

Au service ORL de Constantine, 268 cas ont été colligés de 2010 à 2012 (Etude du Dr Henider).

1.2. Age

Il s'observe surtout chez l'enfant de moins de 6 ans. Chez l'adulte, c'est surtout l'apanage du sujet âgé souvent édenté, porteur ou non d'une prothèse dentaire. Cet accident peut aussi être révélateur d'une pathologie oesophagienne en particulier tumorale.

1.3. Nature du corps étranger

Il peut être:

- **Alimentaire** : arêtes de poisson, morceau de viande, de fruit, os de poulet ou de viande rouge. Ce type de corps étranger est souvent vu chez des patients édentés (totaux ou partiels) ou sur des terrains particuliers (sténose ou tumeur oesophagienne, irradiation antérieure).

- **Non alimentaire** : pièces de monnaie, jetons, piles-boutons redoutables par leur composition et leur nature, bridges dentaires (figure 6).

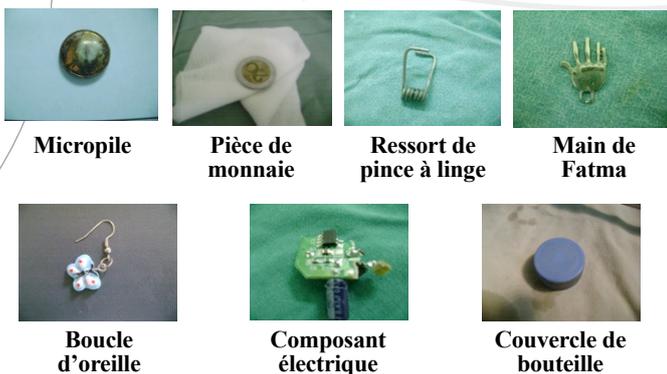


Figure 6. Corps étrangers de l'œsophage (Iconographie personnelle).

Le «body bagguer syndrome» mérite d'être souligné. Il correspond à l'ingestion volontaire par des passeurs de petites doses de drogue placées dans des préservatifs [11]. La rupture accidentelle met en jeu le pronostic vital.

L'ingestion volontaire souvent de corps étrangers métalliques s'observe aussi en milieu carcéral et chez des patients présentant une affection psychiatrique.

1.4. Localisation

La majorité des corps étrangers s'arrêtent au niveau du 1/3 supé-

rieur de l'œsophage correspondant à la bouche œsophagienne. Dans 13% des cas, ils se localisent au niveau du 1/3 moyen de l'œsophage et dans 18 % des cas, ils concernent le 1/3 inférieur ou cardia. Les corps étrangers multiples sont exceptionnels.

2. Diagnostic

La dysphagie totale ou partielle est le maître-symptôme. L'interrogatoire permet souvent de retrouver la notion d'ingestion d'un corps étranger, souvent assisté par les parents chez l'enfant. Une hypersialorrhée vient souvent compléter le tableau clinique.

L'examen clinique est pauvre sauf en cas de complications (perforation, médiastinite).

Le diagnostic est complété par une radiographie cervico-thoracique de face et de profil :

- *Si le corps étranger est radio-opaque* (figure 7):

- elle montre le corps étranger et confirme son siège dans les voies digestives (sinus piriforme, œsophage).

- elle peut retrouver des signes de complication : perforation (signe de Minnigerode qui se traduit par la présence d'une clarté prévertébrale), pneumomédiastin, médiastinite.

- *Si le corps étranger est radiotransparent* : elle permet de rechercher des complications ou des anomalies anatomiques.



Figure 7. Aspects radiologiques des CE de l'œsophage (Iconographie personnelle).

3. Prise en charge

Le corps étranger est extrait sous anesthésie générale par oesophagoscopie rigide. Un bilan lésionnel endoscopique est réalisé après l'extraction (état de la muqueuse, éventuelle perforation, tumeur, sténose).

LES CORPS ÉTRANGERS DES FOSSES NASALES

1. Epidémiologie

Ils sont moins fréquents que les précédents et sont l'apanage de l'enfant avec un âge moyen de 3 ans [12].

La nature est variée : végétal, papier, bout de gomme, morceau d'éponge et surtout la redoutable pile-bouton (figure 8).

2. Diagnostic

Si l'on a assisté à l'introduction du corps étranger, le diagnostic est évident mais il arrive que cet événement ne soit pas assisté par un adulte ou que l'enfant ne le rapporte pas de peur d'être grondé.

Le symptôme majeur qui attire l'attention est l'installation d'une rhinorrhée unilatérale fétide, verdâtre.

La rhinoscopie antérieure ou mieux la nasofibroscope objective le corps étranger et fait l'état des lieux : inflammation de la muqueuse nasale, anatomie...

Un corps étranger passé inaperçu peut, s'il demeure dans la fosse nasale, s'entourer de concrétions minérales et devenir un véritable calcul appelé rhinolithiase [12].

La radiographie standard de la face (face et profil) est rarement demandé et ne concerne que le corps étranger radio-opaque,

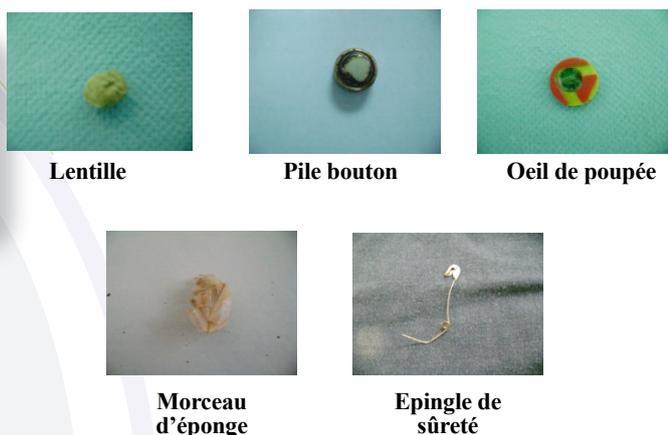


Figure 8. Corps étrangers des fosses nasales (Iconographie personnelle).

corps étranger enclavé, corps étranger ancien (figure 9).

3. Prise en charge

L'extraction est en règle facile, se fait par les voies naturelles et il est souhaitable de la conduire sous anesthésie générale pour les enfants. Elle peut nécessiter une préparation préalable par antibiotiques et corticoïdes si le corps étranger est ancien et/ou infecté. Le traitement chirurgical ne s'adresse qu'aux volumineux rhinolithes inextirpables par les voies naturelles.



Figure 9. Radiographies de CE enclavé (pile-bouton) des fosses nasales (Iconographie personnelle).

LES CORPS ÉTRANGERS DE L'OREILLE

1. Epidémiologie

Ils sont moins fréquents que les corps étrangers trachéo-bronchiques ou oesophagiens. La nature est diverse : jouet, perle, pile-bouton, papier... (figure 10) [13].

2. Diagnostic

Le diagnostic est facile si là aussi il y a des « témoins » de l'incident. Sinon, le corps étranger peut passer inaperçu s'il ne provoque pas inflammation ou infection. L'otoscopie ou mieux l'examen sous microscope permet de confirmer sa présence mais aussi d'évaluer l'état des lieux surtout si des tentatives d'extraction ont été faites (inflammation du conduit auditif externe ou du tympan, perforation, chute dans la caisse du tympan...).

3. Prise en charge

Un traitement médical préalable peut s'avérer nécessaire s'il y a inflammation ou infection. L'extraction est menée sous anesthésie générale surtout pour l'enfant mais aussi pour les corps étrangers difficiles de l'adulte. Elle se fait sous microscope à

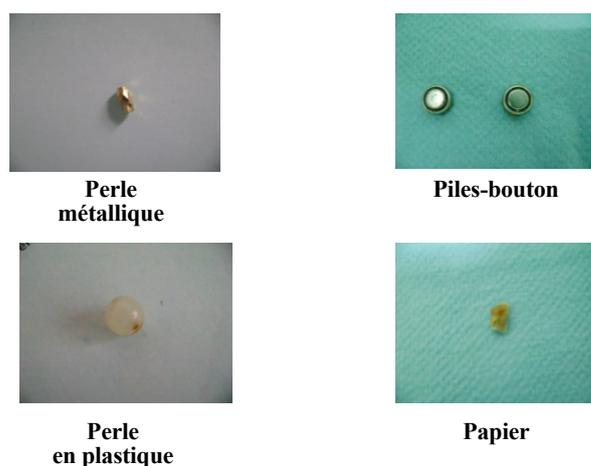


Figure 16. Corps étrangers auriculaires (Iconographie personnelle).

l'aide de pinces dites à corps étranger ou de crochets adaptés. Après l'extraction, un examen soigneux s'impose (plaie du conduit, perforation, traumatisme ossiculaire). Dans certains cas, d'autres moyens sont possibles tels que le lavage de l'oreille ou l'aspiration.

CONCLUSION

L'accident domestique en ORL peut se révéler redoutable. Il importe de ne pas méconnaître le diagnostic et de l'évoquer devant une symptomatologie donnée même s'il faut l'infirmier. L'errance diagnostique conduit à un retard diagnostique et à la survenue possible de complications parfois irréversibles mettant en jeu les pronostics fonctionnel et vital. Les tentatives d'extraction par la famille compliquent souvent la situation : il vaut mieux s'abstenir de tout geste et consulter le plus vite possible au centre spécialisé le plus proche.

RÉFÉRENCES

1. Gerbaka B, Azar J, Rassi B. Foreign body inhalation in children: a retrospective study about 100 cases. *Leb Med J.* 1997; 45:10-8.
2. Kadmon G, Stern Y, Bron-Harlev E, et al. Computerized scoring system for the diagnosis of foreign body aspiration in children. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2008; 117:839-43.
3. Tang LF, Xu YC, Wang YS, et al. Airway foreign body removal by flexible bronchoscopy: experience with 1027 children during. 2000-2008. *World J Pediatr.* 2009; 5, 3:191-5.
4. Outmani A. Les corps étrangers des voies aériennes chez l'enfant, expérience de l'hôpital d'enfants de Rabat. A propos de 630 cas. Thèse de Médecine de la Faculté de Médecine. 2005; 264.
5. Fraga AM, Reis MC, Zambon MP, et al. Foreign body aspiration in children: clinical aspects, radiological aspects and bronchoscopic treatment. *J Bras Pneumol.* 2008; 34: 74-82.
6. Tinsa F, Yahyaoui S, Jallouli M, Bousnina D, Slim I, Zouari B, Boussetta K, Bousnina S. Le corps étranger laryngo-trachéo-bran- chique chez l'enfant: facteurs prédictifs des séquelles respiratoires, la tunisie Médicale. 2010; 88, 05: 330-334.
7. Ayed AK, Jafar AM, Owayed A. Foreign body aspiration in chil- dren: diagnosis and treatment. *Pediatr Surg Int.* 2003; 19: 485-8.
8. Gerbaka B, Azar J, Rassi B. Foreign bodies of the respiratory tract in children. A retrospective study of 100 cases. *Med Liban.* 1997; 45: 10-8.

9. **Reilly JS.** Airway foreign bodies. Update and analysis. *Int Anesthesiol Clin.* 1992; 4: 49-55.

10. **Rizk H, Rassi S.** Inhalation de corps étranger dans la population pédiatrique : expérience à propos de 106 cas. *Ann Otolaryngol Pathol Cervicofac.* 2011; 128: 207-12.

11. **Baros (de) A, Dehesdin D.** Corps étrangers de l'œsophage. *Encycl Méd Chir. Oto-Rhino-Laryngologie.* 20-835-A-10.

12. **François M.** Corps étrangers des fosses nasales. Rhinolithiase. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). Oto-Rhino-Laryngologie.* 2010; 20-390-A-10.

13. **Vincent N, Mahydoun P, Pulcini C, Raffaelli C, Castillo L, Guevara N.** Pathologies acquises de l'oreille externe. *EMC- Oto-Rhino-Laryngologie.* 2015; 10, 1: 1-17.