

Dr JF Diependaele :
pédiatre responsable
du SMUR Pédiatrique
Régional de Lille,
SMUR 59, CHRU de
Lille 59037 Lille cedex

Prise en charge d'un corps étranger des voies aériennes chez l'enfant au domicile et aux urgences

Le risque d'inhalation d'un corps étranger dans les voies respiratoires d'un enfant est d'autant plus fréquent que l'enfant est petit (incidence de 4 pour 10 000 enfants en France en 1980). Des raisons anatomiques et des comportements particuliers de l'enfant à cet âge de la vie expliquent cette incidence élevée. Cette inhalation peut être mortelle (jusqu'à 7% des décès accidentels chez l'enfant de moins de 4 ans aux USA en 1986). L'objectif premier doit être de rétablir la perméabilité des voies aériennes supérieures. Toute manœuvre d'expulsion intempestive peut néanmoins se révéler plus délétère que bénéfique.

Le diagnostic est plus ou moins aisé car le syndrome de pénétration évocateur peut faire défaut si l'accident est passé inaperçu ou a été minimisé par l'entourage ou le médecin ; c'est notamment le cas lorsque le CE est bronchique. Des errements diagnostiques peuvent retarder la prise en charge.

Selon les circonstances, nous distinguerons de façon schématique 3 situations :

Chacune de ces situations nécessite une prise en charge particulière de l'enfant

- Un accès de toux brutal peut survenir en présence des parents (lors de jeux, au cours d'alimentation) correspondant à un accès de suffocation ; rapidement régressif sans détresse respiratoire, alors la position choisie spontanément par l'enfant doit être conservée. Il ne faut pas sous-estimer l'accident, l'appel à un médecin et le transfert qui sera souvent médicalisé, s'imposent toujours.
- Une détresse respiratoire avec toux inefficace, cyanose, tirage, dyspnée (inspiratoire ou aux 2 temps) est rapidement mal supportée même si l'enfant reste conscient. Il faut agir : appeler le SAMU, suivre les conseils d'expulsion du CE (Monfenson, Heimlich selon l'âge)
- Chez un enfant inconscient, en arrêt respiratoire dont les premières manœuvres de réanimation et notamment la ventilation au ballon ou au bouche à bouche se révèlent inefficace, on évoque une obstruction des voies aériennes par un corps étranger. Il faut commencer dès que possible le BLS suivi de la prise en charge particulière de l'ALS adapté à cet accident qui sera rappelé par des algorithmes décisionnels.

Quelque soit la situation, l'hospitalisation est obligatoire et le transport et l'orientation vers un service adapté est fonction de l'état clinique de l'enfant.

Diagnostic clinique, radiologique et intervention thérapeutique par fibroscopie ou endoscopie rigide sous anesthésie générale sont rappelés dans le diaporama.

Un tableau récapitulatif est donné avec la fréquence de signes principaux et leur gravité.

La conduite à tenir à domicile, lors du transport, aux urgences est abordée :

A domicile

En insistant sur le respect de la position de l'enfant, les manœuvres d'expulsion à ne pratiquer que lorsque la détresse met rapidement le pronostic vital en jeu.

En Intervention SMUR et en transport

En insistant sur les gestes d'urgence, la mise en condition, les techniques de recours (ventilation en pression, intubation, cricoïdectomie) et les particularités du transport médicalisé qui doit être systématique, et l'orientation de l'enfant vers le service adapté.

Aux Urgences

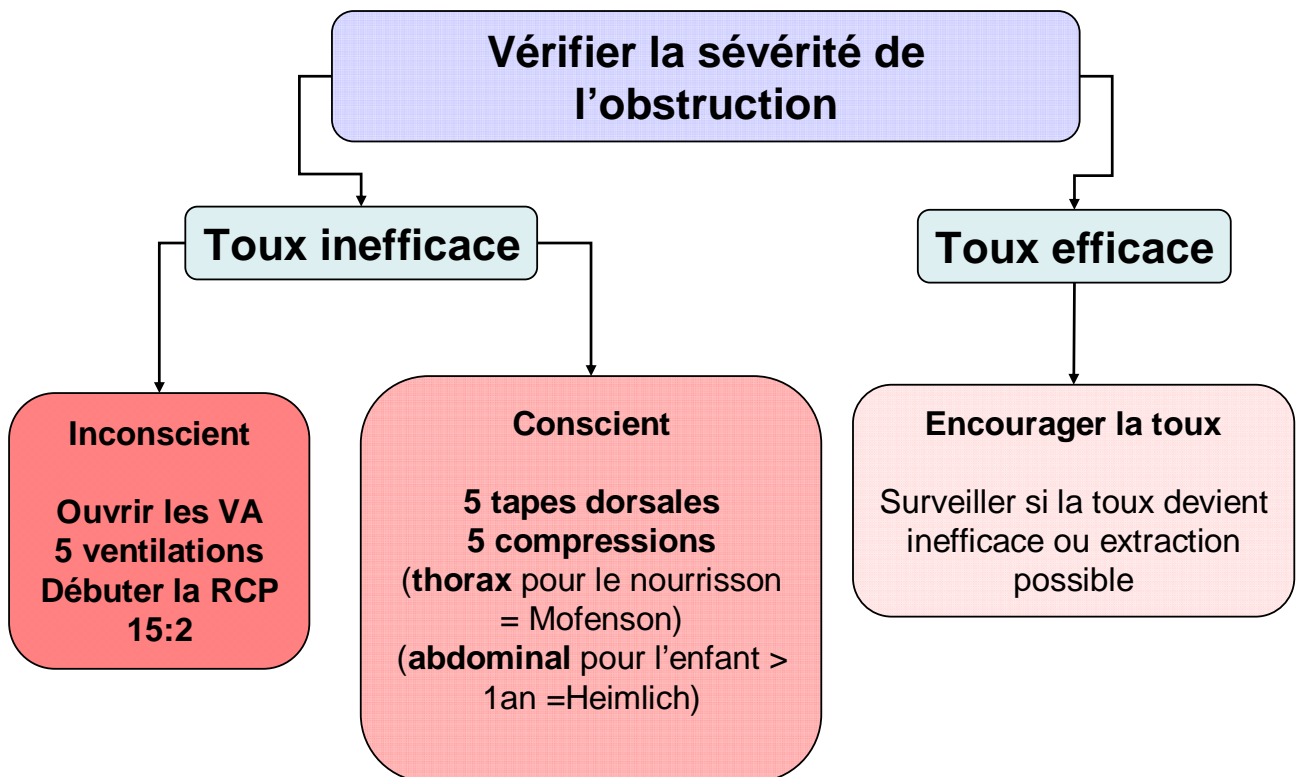
En insistant sur le choix raisonné entre fibroscopie souple sous sédation, et endoscopie rigide sous AG.

Un algorithme décisionnel actualisé (ERC) précise la conduite à tenir en cas de suspicion ou de certitude d'inhalation d'un CE dans les voies respiratoires d'un enfant.

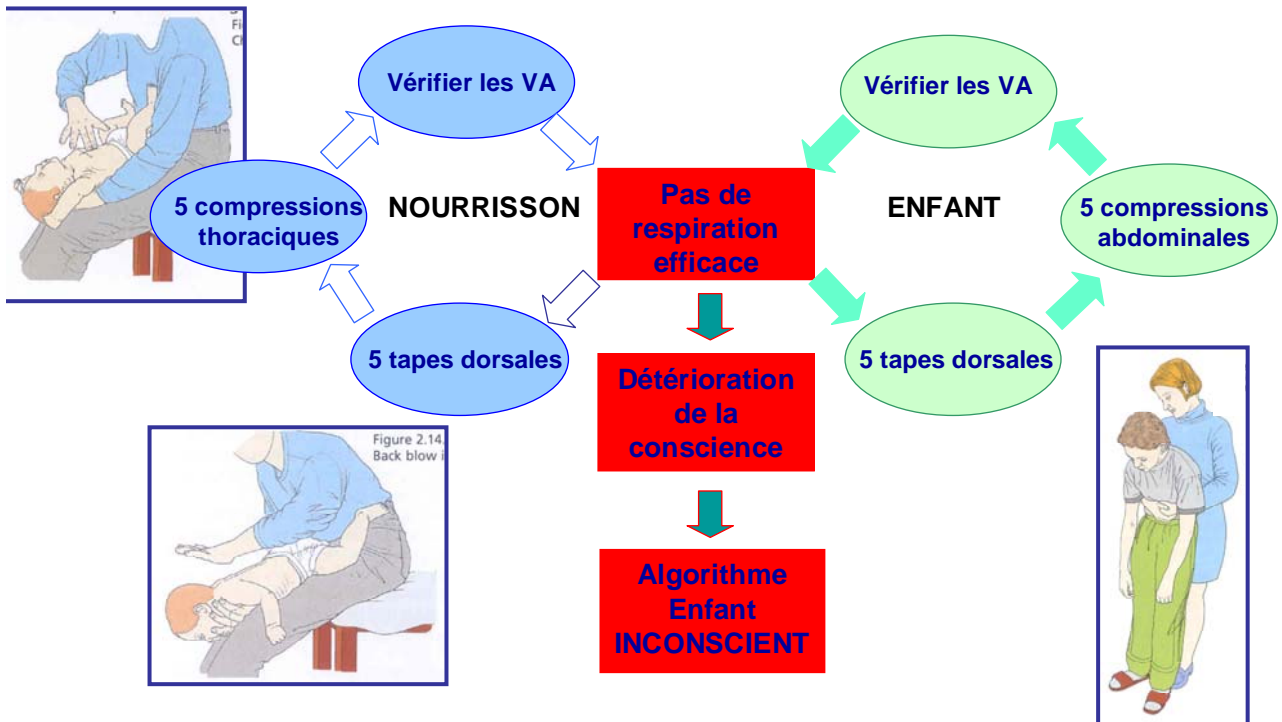
Référence :

1. Chiu CY, Wong KS, Lai SH, Hsia SH, Wu CT. Factors predicting early diagnosis of foreign body aspiration in children. *Pediatr Emerg Care* 2005;21(3):161-4.
2. Martinot A, Closset M, Marquette CH, Hue V, Deschildre A, Ramon P, et al. Indications for flexible versus rigid bronchoscopy in children with suspected foreign-body aspiration. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;155(5):1676-9.
3. Esclamado RM, Richardson MA. Laryngotracheal foreign bodies in children. A comparison with bronchial foreign bodies. *Am J Dis Child* 1987;141(3):259-62.
4. Heyer CM, Bollmeier ME, Rossler L, Nuesslein TG, Stephan V, Bauer TT, et al. Evaluation of clinical, radiologic, and laboratory prebronchoscopy findings in children with suspected foreign body aspiration. *J Pediatr Surg* 2006;41(11):1882-8.
5. Even L, Heno N, Talmon Y, Samet E, Zonis Z, Kugelman A. Diagnostic evaluation of foreign body aspiration in children: a prospective study. *J Pediatr Surg* 2005;40(7):1122-7.
6. Heimlich HJ, Patrick EA. The Heimlich maneuver. Best technique for saving any choking victim's life. *Postgrad Med* 1990;87(6):38-48, 53.
7. Mofenson HC, Greensher J. Management of the choking child. *Pediatr Clin North Am* 1985;32(1):183-92.
8. Part 11: Pediatric Basic Life Support. *Circulation* 2005;112(24_suppl):IV156-IV166.

<p>Episode devant témoin Toux, suffocation, étranglement Début brutal (histoire récente de jeu avec petit objet ou repas)</p>	
<p>Toux inefficace Incapable de parler Toux silencieuse Incapable de respirer Cyanose Diminution du niveau de conscience</p>	<p>Toux efficace Pleurs ou réponse verbale aux questions Toux forte Capable de prendre une inspiration avant de tousser Conscient</p>



Extraction de CE chez l'enfant conscient



Extraction de CE chez l'enfant inconscient

Réanimation cardio-respiratoire

