

# LES DETRESSES RESPIRATOIRES PAR INHALATION DE CORPS ETRANGERS DANS LES VOIES AERIENNES

A.S. ESSOUSSI – M. YACOUB – H. SELMI – S. GAALICHE.  
Service de pédiatrie – Hôpital F. HACHED – Sousse

## I – INTRODUCTION

L'inhalation d'un corps étranger dans les voies aériennes (CEVA) est un accident fréquent. Il doit être évéqué devant tout tableau de détresse respiratoire aiguë survenue chez un jeune enfant (1 à 3).

Il existe en effet un risque vital et l'évolutivité n'est pas toujours grave de 1 à 2 % de mortalité. Le degré d'urgence est fonction de la nature, la localisation et surtout le degré de tolérance du CEVA. En dehors des situations extrêmes de syndrome asphyxique par hyperventilation aiguë réalisés par les CEVA enclavés dans le larynx et qui nécessitent un geste salvateur immédiat, des cas de CEVA se présentent comme une situation de dyspnée faisant suite à un accident d'inhalation et dont l'acuité et le degré de tolérance sont variables. Il s'agit le plus souvent d'urgence différée, laissant au médecin le temps de procéder à l'ablation endoscopique du CEVA dans de bonnes conditions de sécurité.

Nous éliminons de cet exposé les situations de CEVA anciens, généralement secondaires à un accident d'inhalation passé inaperçu et qui se présentent sous l'aspect de bronchopneumopathie.

## II – L'ACCIDENT D'INHALATION

Il est provoqué par un mouvement d'inspiration brusque et profonde qui prend en défaut les mécanismes de défense des voies aériennes ; cet accident survient à l'occasion d'un éclat de rire, de sanglot, au cours d'un jeu ou d'un repas.

Immédiatement sont mis en jeu une série de réflexes évacuateurs : D'abord au niveau du larynx où le contact avec le CEVA provoque instantanément une contraction en fermeture permettant de réaliser un véritable SPASME laryngé qui persiste même après le passage du CEVA en dessous de la glotte.

Le contact du CEVA avec la muqueuse trachéale est responsable d'un REFLEXE TUSSIGENE particulièrement intense ; la toux quinteuse, explosive, tenace, est accompagnée de tirage, de râle et gêne inspiratoire et/ou expiratoire de gravité variable. Ces signes constituent le *syndrome de pénétration*.

## III – LES TABLEAUX CLINIQUES EN SITUATION AIGUE

## A/ Le Syndrome de pénétration :

- Rarement le médecin en est le témoin, c'est souvent l'entourage qui l'observe, parfois il passe totalement inaperçu.
- Le Syndrome de pénétration a une présentation clinique stéréotypée : accès brutal de suffocation aiguë avec toux violente, quinteuse, spasmodique et non productive ; l'enfant est cyanosé à des degrés divers : cette symptomatologie dure de quelques secondes à de nombreuses minutes, parfois quelques heures.

## B/ Les principales situations cliniques :

A la suite de l'accident initial d'inhalation, plusieurs éventualités se présentent :

- 1- Les réflexes évacuateurs permettent **l'élimination spontanée** de tout ou une partie de CEVA ; la symptomatologie clinique se transforme rapidement ; la toux, le spasme laryngé peuvent persister encore quelques heures et finissent par s'amender.
- 2- Le CEVA **s'enclave** dans les voies aériennes supérieures (VAS) : deux situations peuvent se voir :
  - 2.1- Situation extrême de **détresse respiratoire suraiguë**, avec asphyxie et hyperventilation majeures, cyanose puis hypotonie aboutissant rapidement à un état de prostration apparente. Ici, seule la libération des VAS par un geste urgent peut sauver la vie de l'enfant.
  - 2.2- Tableau de **détresse respiratoire aiguë** avec dyspnée obstructive à prédominance inspiratoire associée à des signes de lutte marqués : tirage sus-sternal et intercostal, battement des ailes du nez ; l'enfant est cyanosé et l'obstruction des VAS empêche à l'enfant de garder la position assise, avec hypersalivation.
- 3- Le CEVA **franchit l'espace laryngé et la glotte** et migre vers les voies aériennes inférieures (VAI). Il s'agit là d'une situation d'urgence différée : l'enfant est dyspnéique ; il s'agit généralement d'une bradypnée à prédominance expiratoire et Wheezing (CEVA localisé dans une branche) ou sur les deux temps (CEVA localisé dans la trachée). La toux est souvent présente, à caractère spasmodique ; l'auscultation pulmonaire trouve des râles sibilants prédominant dans l'un des champs pulmonaires ; les signes auscultatoires peuvent être bilatéraux. L'état général est conservé.

L'enfant doit être surveillé en milieu hospitalier ; une aggravation des signes respiratoires est possible car le CEVA, souvent mobile, peut être responsable d'aggravation brusque des signes respiratoires et même d'accès paroxystique avec le changement de position ou à la suite d'une quinte de toux brutale.

L'examen clinique recherche aussi des signes de gravité à savoir :

  - une irrégularité du système respiratoire
  - un déficit ventilatoire = apparition ou accélération de la cyanose
  - des signes d'hypercapnie ( $PCO_2 > 60 \text{ mm/Hg}$ ) : sueurs, tachycardie, élévation de la TA.

## **IV – LA RADIOGRAPHIE PULMONAIRE**

En dehors des situations d'urgence extrême, l'état de l'enfant permet en général de pratiquer un bilan radiologique. Le CEVA radiopaque est mis en évidence par une radiographie simple du cou et du thorax.

Les CEVA radiotransparents nécessitent de faire pratiquer deux clichés de radiographie des poumons de face : Un cliché en inspiration et un cliché en expiration ; la comparaison des deux clichés permet de mettre en évidence le signe indirect le plus classique : l'emphysème obstructif unilatéral, témoin de la présence d'un CEVA intrabronchique agissant comme un clapet avec piégeage d'air.

Le cliché de face en décubitus latéral droit ou gauche peut être nécessaire à pratiquer chez les malades peu coopérants : en présence de CEVA, la transparence du champ pulmonaire intéressé ne diminue pas en décubitus latéral.

Le bilan radiologique peut mettre aussi en évidence une image d'atélectasie d'un lobe ou de tout un poumon, signe généralement tardif.

Enfin, la radiographie du poumon recherchera systématiquement des complications et en particulier un pneumothorax localisé ou un pneumomédiastin.

## **V – CONDUITE PRATIQUE**

Il est fondamental d'évaluer avec précision le degré d'URGENCE de la situation.

### **A/ Situation d'Asphyxie aiguë :**

Il s'agit le plus souvent d'une situation instantanée, contemporaine de l'accident d'inhalation, à domicile, nécessitant un geste URGENT SALVATEUR : la manœuvre de HEIMLICH. Ce geste est dangereux à réaliser dans des situations autres que celle d'asphyxie aiguë par CEVA enclavé dans les VAS, il est contre-indiqué en présence de toux ou de bradypnée expiratoire.

Le transfert à l'hôpital doit être de préférence médicalisé, l'extractivité à la volée doit alors être tentée sous contrôle de la l'aide d'un laryngoscope et d'une pince de Magill. En cas d'échec, la trachéotomie est de mise. On peut être amené en urgence à régler le CEVA dans la carène ou la bronche pour permettre un minimum de ventilation dans l'immédiat.

### **B/ CEVA laryngé « toléré » :**

C'est une situation potentiellement dangereuse car le CEVA peut se mobiliser et provoquer une situation d'asphyxie aiguë. Le transfert à l'hôpital est urgent et doit être accompagné de traitement corticoïde et si possible oxygénation, en faisant attention à mobiliser l'enfant le moins possible.

### **C/ CEVA intra trachéal ou intrabronchique :**

Dans de rares situations, on est amené à pratiquer une bronchoscopie en urgence pour extraire un CEVA respiratoire de détresse respiratoire avec dyspnée inspiratoire et/ou expiratoire avec signes de lutte et parfois emphysèmes sous-cutané.

Dans la majorité des cas, il s'agit d'une URGENCE DIFFEREE, autorisant la pratique de l'endoscopie sous anesthésie, chez un malade bien préparé, sans déficit ventilatoire majeur. L'ablation du CEVA est toujours une opération délicate pour plusieurs raisons : volume du CEVA, risque de blocage sous-glottique, friabilité, CEVA fragmenté ou multiple.

La surveillance en unité de soins intensifs s'implémente après bronchoscopie et ablation du CEVA, surtout pour les CEVA laryngés en raison de l'œdème laryngé qui peut survenir en post extractivité.

## **BIBLIOGRAPHIE**

**1- AYACHE D- PERIE. S- MANACH. Y.**

Les urgences en pathologie O.R.L. pédiatrique  
Réa. Soins Intensifs. Med. Urg. 1993, 9,3, 147-154.

**2- ESSOUSSI A.S- RIAHI M.**

Les corps étrangers des voies aériennes chez l'enfant. Données épidémiologiques, cliniques et radiologiques.  
La Tunisie Med. 1982, 6, 308-313.

**3- KHEMAKHEM A.**

Les corps étrangers des voies aériennes chez l'enfant. A propos de 84 cas.  
Thèse n° 384, Fac Méd. Sfax, 1989.

**4- PLOYET M.J. – ROBIER A.**

Corps étrangers laryngotrachéobronchiques  
EMC, O.R.L., 20730A10, 7, 1982.

**5- RIAHI M.**

Les corps étrangers des voies aériennes chez l'enfant  
Thèse n° 34, Fac Méd. Sousse, 1982.

**6- SOUISSI T- CONTENCIN P.**

Corps étrangers des voies aériennes : diagnostic et transfert  
Rev. Part. , 43, 4, 523-526.