

Item 354 – Corps étranger des voies aériennes

Physiopathologie	
<p>1) CE alimentaires, matériaux métalliques ou plastiques, fragments dentaires, matériel de dentisterie</p> <p>2) Obstruction aigüe des VAS (larynx, trachée, bronche principale) en qq secondes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transitoire, levée par violents efforts de toux - Définitive => DC par asphyxie (7% des DC accidentels chez l'enfant < 4 ans) <p>3) Si obstruction subaigüe ou chronique des VAS. Le CE peut s'enclaver soit dans bronche principale (enfant) soit bronche lobaire segmentaire ou sous-segmentaire (adulte)</p> <p><i>Attention chez l'enfant : possibilité de remobilisation secondaire</i></p>	
Epidémiologie	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfant < 3 ans : cacahuètes ▪ Personne âgée : par défaillance des mécanismes de protection des VA (trb déglutition, mauvaise dentition) : tableau d'asphyxie aigüe OU tableaux de pneumonies à répétition ou de suppuration bronchique chronique ▪ Rarement chez adulte et adolescent : accidents trauma facial, activité de bricolage, trb conscience. Enclavement à droite 	
Présentation clinique et radiologique	
<p>Dans les secondes/min/heures</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Syndrome de pénétration : CE mobile, début brutal <ul style="list-style-type: none"> - Toux quinteuses, accès de suffocation (tirage, cornage, cyanose) - Lors repas ou jeu - Résolutif en qq sec ▪ Au décours du syndrome de pénétration : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Le + souvent, CE a été expulsé : <ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique normal - Pétéchies sous-cutanées et muqueuses ❖ Si CE enclavé : <ul style="list-style-type: none"> - Proximal (enfant) : diminution MV, wheezing - Distal (adulte) : asymptomatique ❖ CE enclavé dans oropharynx, larynx ou lumière trachéale <ul style="list-style-type: none"> - CE volumineux - Asphyxie aigüe en qq min puis DC ▪ Radio : normale +++, atélectasie, hyperclarté pulmonaire unilatérale se majorant en expiration (hyperventilation unilat par piégeage)
<p>Dans les mois/années suivant inhalation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Manifestations respiratoires chroniques ou récidivantes ne répondant pas au Tt habituel</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Toux chronique - Bronchite sifflante - Bronchorrhée - Hémoptysie ▪ <u>Anomalies radio persistantes dans le même territoire</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Atélectasies ou hyperclarté - Pneumopathies récidivantes - Pleurésie - Abscès pulmonaire - Bronchectasie
Diagnostiques différentiels	
<p>Clinique aigüe/subaigüe</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>DRA avec tirage et cornage</u> : épiglottite aigüe (fièvre, modification voix, hypersalivation) ▪ <u>Infection respiratoire basse</u> : PAC ou bronchite aigüe sifflante chez enfants < 3 ans sans ATCD
<p>Clinique chronique récidivante</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Trb ventilation (atélectasie) persistant</u> : tumeur bronchique obstructive ou sténose bronchique congénitale ou acquise ▪ <u>Infection respiratoire récidivant dans le même territoire</u> : tumeur

	bronchique obstructive, foyer de bronchectasie
Conduite à tenir	
Syndrome de pénétration non régressif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asphyxie aigüe ▪ Manœuvre de Heimlich
Syndrome pénétration régressif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si expulsion du CE non authentifiée => hospitalisation (même si enfant asymptomatique) ▪ <u>Rechercher</u> : diminution MV, wheezing, persistance toux, dyspnée, cornage, tirage ▪ Radio
Manifestation respiratoire chronique récidivante	
Extraction du CE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bronchoscopie souple