

Conf n°4 – Corps étrangers et Surdité de l'enfant

I – Corps étrangers d'oreille

- Très fréquent (insectes, perles...)
- retrait par lavage, microinstruments, aspi..., facile à enlever
- contrôle de l'audition à distance si atteinte du tympan

II – Corps étrangers de nez

- Rhinorrhée unilatérale purulente chronique
- Enfants ++
- Retrait par microinstruments, aspi...

III – CE laryngo-trachéo-bronchiques

- Très fréquent
- Enfants de 1-3 ans, autonome, diversifié sur le plan alim
- CE alimentaires +++ (cacahuètes, noix, bouts de pomme, carotte...), morceaux de plastique, métal...
- Loc des CE :
 - sous glottique (au niv du croco de car bague étroite inextensible) → dyspnée inspiratoire
 - trachée (dyspnée 2 temps)
 - bronche D > G, 90% bronchique → dyspnée expiratoire

a – Clinique

- **SDR de pénétration** : c'est LE syndrome à rechercher
 - accès de toux incontrôlable, cyanose, dyspnée, agitation
 - apparition brutale
 - suffocation avec reprise inspiratoire bruyante
 - chez un enfant bien portant
 - apyrétique
 - /\ peut passer inaperçu...
- Signes compl tement variables : on peut avoir tout ou rien (tirage, cyanose, sueurs... ou compl tement asympto)
- Imagerie : RXT de face à en inspi et expi
 - recherche d'une distention (phase aigue) : hyperclaret , augmentation de l'espace intercostal, refoulement du diaphragme/médiastin
 - recherche d'une atelectasie (phase tardive) : opacité, diminution de l'espace intercostal, attraction du diaphragme/médiastin
 - Scanner pas systématique

/\ Examen clinique à Bilan radio peuvent être NORMAUX

- Diag diff :
 - laryngite sous-glottique (striduleuse) : nocturne, toux rauque, enfant fébrile
 - Epiglottite : tableau septique, dysphagie, dyspnée progressive, position assise

b – Complications

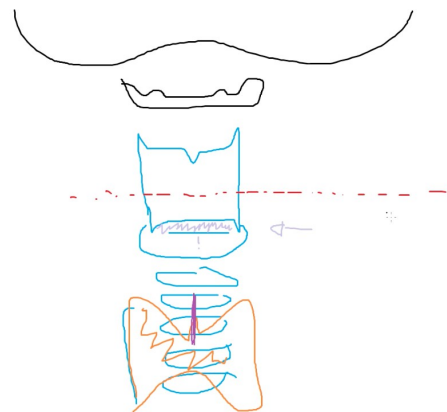
- Bronchopneumopathies à répétition ou chronique
- Abscess du poumon
- Dilatation des bronches
- Hémoptysie, perforation, pneumothorax, épanchement pleural...

c – PEC

Toute suspicion de CE des voies respiratoires impose :

- un transfert aux urgences ORL
- **une exorption endoscopique** ++++++

- Asphyxie aigue :
 - manœuvre de Heimlich (que si la personne ne respire PLUS, pas si il respire mais mal car risque de déplacer le CE), ou de Moffenson si < 3 ans (= Heimlich pour enfants)
 - désobstruction à la pince de Magill
 - intubation
 - abord cricoïdien
 - trachéotomie de sauvetage
 - au bloc : au dessus de la thyroïde (trait violet foncé)
 - hors milieu med : membrane crico-thyroïdienne (flèche violet clair)
 - puis transfert en centre spécialisé



- Si CE ancien : découverte suite à une complication, extraction endoscopique + difficile

Les 3 points à retenir :

1. **Signes à rechercher : SDR de pénétration**
2. **L'examen clinique et/ou le bilan radio peuvent être normaux**
3. **Tjrs faire une exploration endoscopique devant un CE des VAS**

+ prévention et éducation indispensables ++

/!\ CE digestifs hauts possibles aussi (coincés dans l'oesophage)

→ pièces/piles : à différencier ++

- si aspect homogène a la radio, pièce, si liseré autour = pile
- Pile => risque de nécrose de l'oesophage ++ à retirer en URGENCE ++++++

IV – Surdité de l'enfant

- Appareil auditif normalement fonctionnel dès la naissance
 - Surdité entraine des retards de dev (langage...) : 1er mot vers 1 an...
 - La qualité de développement du langage depend ++ de la qualité de l'audition
 - Prise en charge tot +++ : plasticité cérébrale max avant 3 ans (un appareillage précoce permet de diminuer les répercussion de la perte auditive sur le dev)

• Surdité de l'enfant : fréquent (1/1000)

• Dépistage néonatal de la surdité = obligatoire pour tous les enfants

- Degré de surdité :

S. Légère : 21-40 dB

S. Moyenne : 41-70 dB

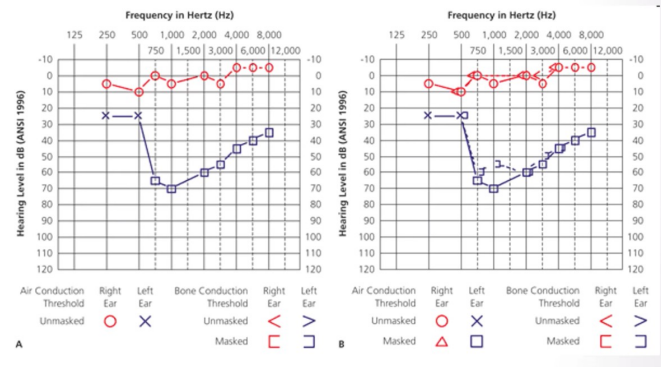
S. Sévère : 71-90 dB

S. Profonde : 91-119 dB

S. Complète / cophose : >120 dB

• Audigramme :

- courbe rouge = transmission osseuse,
- bleu = aérienne



a – Tests (sans coopération du patient => enfants)

- Oto-émissions acoustiques :
 -  tude du bruit réflexe émis par les Cellules Cili es Externes en réponse à une stimulation sonore
 - présence = intégrité de l'oreille interne (pas de surdité de perception)
 - souvent absentes en cas d'otite séreuse
 - utilisé ++ pour le dépistage néonatal de la surdité
- Potentiels évoqués auditifs :
 -  tude de la réponse globale du cerveau à une stimulation sonore répétée
 - recherche de seuils
 - sons aigus
 - PEA automatisés (calibrés pour 35 dB) : utilisés pour le dépistage néonatal
- Avec coopération de l'enfant :
 - désigner un objet demandé à l'oral en se masquant la bouche (pour éviter qu'il lise sur les lèvres)
 - jouets sonores
 - ROI (Reflexe d'orientation investigation) : l'enfant doit rechercher d'ou vient le bruit
 - ROC (réflexe d'orientation conditionnée)

/!\ Aucun test isolé ne permet de poser le diag (différents tests, répétés)

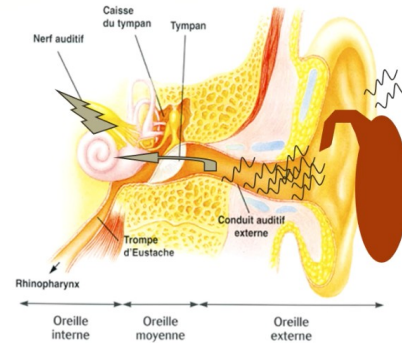
- Dépistage néonatal = OEA ou PEAA
- TTT de la surdité de transmission : médico-chir

b – Appareillage de l'enfant (surdité de perception)

- Prise en charge précoce ++++
- Accompagnement : orthophonie, psychomotricité, orientation scolaire, prise en charge administrative...
- 2 types :

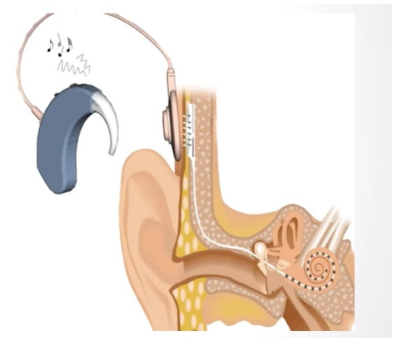
1. Prothèse auditive classique (contours d'oreille)

- voies naturelles
- amplifications, filtrage, compression
- limites : recrutement et distorsion, DA profonde



2. Implant cochléaire :

- décodage et numérisation, stimulation nerveuse
- résultats variables sur le dev du langage



Conclusion :

- surdité de l'enfant = pathologie fréquente (1/1000)
- importance du dépistage néonatal : OEA ou PEAA
- précocité de la PEC
- diagnostic difficile (y songer, examens à répéter)

=> TTT :

- surdité de transmission : TTT médico-chirurgical
- surdité de perception : appareillage