

RECOMMANDATIONS DE LA



LES CORPS ÉTRANGERS INGÉRÉS

**Alain LACHAUX, Jean-Christophe LETARD,
René LAUGIER, Gérard GAY,**

Jean-Pierre ARPURT, Christian BOUSTIÈRE,
Jean BOYER, Jean-Marc CANARD,
Jean CASSIGNEUL, Pierre-Adrien DALBIÈS,
Jean ESCOURROU, Bertrand NAPOLÉON,
Laurent PALAZZO, Thierry PONCHON,
Bruno RICHARD-MOLARD,
Denis SAUTEREAU, Gilbert TUCAT,
Bruno VÉDRENNE

Mise à jour de la recommandation parue en
septembre 2004

Ces recommandations restent indicatives et
temporaires, susceptibles d'évoluer avec les
connaissances scientifiques à venir.

I. LES CORPS ÉTRANGERS INGÉRÉS

Ils sont nombreux, fréquents mais mal répertoriés. Les habitudes alimentaires conditionnent certains types de corps étrangers ainsi que l'âge des patients. Dans la plupart des cas, il est possible de faire le diagnostic à l'interrogatoire mais, dans certains cas, il faut savoir interroger l'entourage ou les témoins car il existe de fréquentes formes inaperçues.

– Les enfants ont tendance à mettre des objets à la bouche, plus particulièrement pendant les périodes qui entourent l'acquisition de la marche, entre les âges de 6 mois et 2 ans. Ils constituent 80 % des patients ingérant des corps étrangers avec un pic de fréquence entre 6 mois et 3 ans (70 %).

– Les enfants et les adultes présentant des antécédents de chirurgie œsophagienne sont à risque de blocage d'un corps étranger ou d'un aliment pouvant révéler une pathologie, passée jusque-là inaperçue, comme une sténose congénitale, une sténose peptique, ou un trouble moteur secondaire de l'œsophage.

– Les prisonniers, les patients psychotiques et les enfants ayant un retard psychomoteur ou des troubles du comportement sont à risque d'ingestion de corps étranger.

– Le site du blocage s'effectue le plus souvent au niveau de la glotte, des vallécules, du larynx, du muscle crico-pharyngien, de la crosse aortique, du sphincter inférieur de l'œsophage, du pylore, de la valvule iléocœcale et de l'anus.

– Quatre-vingts à 90 % des corps étrangers ingérés passent spontanément, 10 à 20 % nécessitent des manœuvres non-chirurgicales d'extraction, et moins de 1 % a recours à la chirurgie.

Les vrais corps étrangers sont le plus souvent radio-opaques lorsqu'ils sont métalliques. Il s'agit de pièces, piles, aiguilles, épingles. Les cartilages, os, arêtes, morceaux de plastique, parfois verre ou alliage ne sont pas toujours radio-opaques à la radiographie. Les corps étrangers alimentaires sont le plus souvent radio-transparents. Il faut rapidement réaliser des radiographies sans préparation, de face et de profil, du cou, du thorax et de l'abdomen, surtout s'il y a un doute entre inhalation (arbre respiratoire) et ingestion (tractus digestif). À la radiographie pulmonaire, une pièce ronde de face et linéaire de profil est le plus souvent dans l'œsophage ; elle serait linéaire de face ou ronde de profil si elle était engagée dans la trachée en raison de l'orientation des cordes vocales. La radiographie standard permet également de rechercher la présence d'air, satellite témoin d'une perforation et, dans certains cas, la tomodensitométrie 3D peut être utile. Une opacification barytée ne doit être réalisée qu'avec une extrême prudence [1,2].

II. LE SYNDROME D'INHALATION

Chez l'enfant, il faut rechercher un volumineux corps étranger dans le pharynx en cas d'asphyxie aiguë et un syndrome de pénétration non régressif : pratiquer les manœuvres d'expulsion de Heimlich ou de Mofenson avant trois mois (l'enfant est couché en position ventrale sur la cuisse fléchie du sauveteur. Frapper violemment avec le plat de la main entre les 2 omoplates), ventiler l'enfant au masque et au ballon ; appeler en urgence le SAMU pour transférer l'enfant vers un centre pédiatrique pour pratiquer une laryngoscopie ou une bronchoscopie.

Si l'enfant présente un syndrome de pénétration ou a présenté un syndrome de pénétration (avec accès de suffocation, toux quinteuse de début brutal avec reprise inspiratoire difficile, parfois dyspnée ou cyanose d'apparition brutale) à l'occasion d'un repas ou d'un jeu : cette symptomatologie est habituellement résolutive en quelques minutes. La résolution du syndrome de pénétration témoigne, dans la moitié des cas, de l'enclavement du corps étranger dans la voie bronchique. Le corps étranger peut être alors totalement asymptomatique ou entraîner une dyspnée. Dans l'autre moitié des cas, la résolution du syndrome de pénétration est liée à l'expulsion du corps étranger. Dans tous les cas, un syndrome de pénétration impose une hospitalisation, le transport en position assise avec réalisation d'une endoscopie bronchique même en l'absence de signes cliniques ou radiologiques et surtout l'absence de manœuvre d'expulsion.

Chez les enfants plus grands ou les adultes, une manœuvre d'Heimlich. Lorsque le corps étranger est bloqué dans la trachée intrathoracique, on note un sifflement expiratoire. Quand le corps étranger franchit la trachée, il se bloque le plus souvent dans la bronche droite, l'auscultation est asymétrique, il peut exister un sifflement unilatéral ou une toux irritative.

L'extraction du corps étranger s'effectue avec un laryngoscope ou un bronchoscope à l'aide d'une pince, d'un panier de type Dormia ou d'un ballonnet de type Fogarty.

Les suites opératoires nécessitent une kinésithérapie respiratoire, l'antibiothérapie n'est pas systématique, et l'utilisation d'anti-inflammatoires stéroïdiens est préconisée si l'extraction a été traumatique [3].

III. L'INGESTION

L'ingestion d'un corps étranger entraîne une douleur rétrosternale, une odynophagie, une dysphagie, une hypersialorrhée et, parfois, des vomissements pour les gros objets obstructifs. La plupart du temps, il s'agit d'aliments chez un adulte porteur d'une anomalie organique du tractus œsogastroduodénal. Le saignement et la perforation apparaissent le plus souvent pour l'ingestion d'objets tranchants qui nécessitent une extraction en urgence, compte tenu de la possibilité d'abrasion, d'ulcération et de fistule du tractus digestif. Il s'agit le plus

souvent de pics à dents, os, arêtes, rasoirs, pin's, plastiques d'emballage, dentiers, aiguilles.

– Doivent être enlevés en urgence : les corps étrangers de l'hypopharynx et de l'œsophage, obstructifs ; les corps étrangers coupants ou tranchants compte tenu de leur possibilité de perforation dans 15 à 35 % des cas ; les piles bloquées dans l'œsophage ; les corps étrangers dont l'épaisseur est supérieure à 2,5 cm et la longueur supérieure à 6 cm.

– En cas d'ingestion, la stratégie est décidée en fonction de la taille du corps étranger, de ses contours, du matériel le constituant, de la situation anatomique du blocage, de l'expérience de l'endoscopiste et du plateau technique.

– L'extraction du corps étranger est effectuée par laryngoscopie au-dessus du muscle cricopharyngien, et par voie endoscopique en dessous de cette limite, sous sédation ou anesthésie générale avec, au mieux, intubation. Elle est possible dans 99 % des cas et, parfois, il faut savoir réaliser une hyper-extension du rachis. Pour les corps étrangers bloqués dans le tractus digestif, l'équipement requis est constitué d'endoscopes standard ou thérapeutiques. Il est impératif d'avoir des pinces de type « dents de rat » ou « crocodiles », des anses à polypectomie avec ou sans panier, des extracteurs de polypes ou des paniers de type Dormia. Des surtubes de différentes longueurs ainsi que des capuchons protecteurs sont parfois nécessaires. L'utilisation de surtubes permet l'extraction de corps étrangers acérés ou longs, et également des passages multiples pour les bézoards alimentaires sans risques d'inhalation chez les patients non-intubés.

Chez les enfants, l'ingestion est fréquemment asymptomatique. Lorsque le corps étranger est radiotransparent, l'endoscopie permet de confirmer l'ingestion et de localiser le corps étranger dans l'œsophage ou l'estomac. Le surtube n'est habituellement pas utilisé chez l'enfant, mais qui permet l'ablation d'un corps étranger potentiellement contondant en évitant de blesser l'œsophage lors de son retrait.

L'intubation endotrachéale est toujours recommandée.

IV. LES BÉZOARDS

Ce sont les corps étrangers les plus fréquemment rencontrés chez l'adulte édenté ou présentant des anomalies anatomiques de type atrésie, sténose, hernie hiatale, anneau de Schatzki, diverticule ou cancer de l'œsophage. Ils peuvent entraîner des nausées, vomissements ou une anorexie. Il existe des trichobézoards, amalgame de cheveux chez des femmes de moins de 20 ans présentant une trichophytie ou une trichophagie, des phytobézoards qui sont le plus souvent constitués de légumes. Chez l'enfant, les trichobézoards sont plus fréquemment observés entre 10 et 18 ans, mais peuvent survenir au-delà de cette limite d'âge. Ils sont habituellement extrêmement volumineux et impactés ne pouvant être ni dissous ni enlevés par voie endoscopique, ils nécessitent, pour la plupart, une extraction chirurgicale. Les lactobézoards

sont observés électivement chez les prématurés pendant les premières semaines de vie et doivent faire rechercher une erreur dans la reconstitution de la formule lactée. Les laits concentrés ne doivent pas être utilisés chez le nourrisson.

— En l'absence de syndrome obstructif, il faut patienter 24 heures, des solutions huileuses et des boissons gazeuses pouvant être préconisées ainsi que l'injection intraveineuse de 1 mg de glucagon pour dilater le sphincter inférieur de l'œsophage (efficacité dans 30 à 50 % des cas). Il est habituel de conseiller de ne pas pousser à l'aveugle l'endoscope dans le bézoard vers la cavité gastrique au risque de perforer, notamment en cas d'obstacle. En revanche, s'il est possible d'amener l'endoscope entre la paroi œsophagienne et le corps étranger jusque dans la cavité gastrique sous contrôle de la vue, il est alors recommandé de descendre doucement l'endoscope le plus loin possible afin de faire glisser le bézoard dans l'estomac. Dans cette situation, une fragmentation mécanique est parfois nécessaire avant l'extraction à la sonde à panier de type Dormia. Un surtube court de gros calibre peut être utile chez les patients non-intubés.

V. LES OBJETS « MOUSSES »

Pour les objets « mousses » ronds bloqués au niveau de l'œsophage, il faut aussi savoir temporiser 24 heures en l'absence de syndrome obstructif, et 4 à 6 jours lorsqu'ils sont situés dans l'estomac en sachant que, dans certains cas, des objets « mousses » peuvent mettre 4 semaines à s'éliminer de la cavité gastrique. Les radiographies sont effectuées toutes les semaines, lorsqu'un corps étranger « mousse » a franchi le pylore. Les accélérateurs du transit n'ont pas fait preuve de leur efficacité. L'extraction des objets « mousses » s'effectue à l'aide d'anses à polypectomie à panier ou de type Dormia.

La fréquence des objets « mousses » de type pièces de monnaie est de 42,5 % entre 6 ans et 12 ans. Dans 16 % des cas, l'ingestion est asymptomatique ; dans 60 à 80 % des cas, le blocage se situe au niveau du muscle crico-pharyngien, 10 à 20 % au niveau de la crosse aortique, et dans 5 % à 20 % au niveau du sphincter inférieur de l'œsophage. L'extraction des pièces de monnaie s'effectue soit à l'aide de pinces éventuellement caoutchoutées, soit à l'aide d'anses tripodes ou à panier, voire de paniers de type Dormia.

Les piles sont des objets « mousses » qui créent sur les radiographies standard une image avec un signe du « halo périphérique » compte tenu de leur usinage (2 faces de diamètres différents). Leur ingestion est une urgence lorsqu'elles sont de large diamètre (> 20 mm) et bloquées dans l'œsophage car le risque de perforation est important par : simple pression et courant de bas voltage (lithium) ; délitement des piles non-étanches (mercure) bien que la toxicité directe des différents composants soit mise en doute. Il ne faut pas laisser les piles bloquées dans l'œsophage, quitte à les pousser dans

l'estomac car, en 1 heure, des dégâts muqueux peuvent apparaître ; en 2 à 4 heures, des dégâts musculaires ; en 8 à 12 heures, une perforation. Leur extraction est similaire à celle des objets ronds mais peut, plus rarement, être réalisée de façon électromagnétique. Une fois dans l'estomac, les piles s'éliminent le plus souvent spontanément [4-6].

VI. LES OBJETS TRANCHANTS

Ils correspondent à une urgence s'ils sont impactés au niveau de l'œsophage et de l'estomac en raison des risques de perforation ou d'hémorragie. Lorsqu'ils ont franchi le pylore, la surveillance radiographique doit être quotidienne, la chirurgie est indiquée quand l'objet tranchant reste plus de 3 jours à un même site. Dans certains cas, il faut retourner le corps étranger tranchant afin que l'extrémité acérée soit au pôle inférieur lors de l'extraction, laquelle s'effectue à l'aide de pince, d'anses à polypectomie ou à panier et en utilisant un overtube ou un capuchon protecteur. Ce dernier peut être fabriqué à l'aide d'un gant en latex banal, découpé dans sa portion supérieure puis fixé à l'aide d'un fil à l'extrémité distale de l'endoscope.

VII. LES OBJETS LONGS

Les objets longs (supérieurs à 6 cm) constituent une urgence au niveau de l'œsophage et de l'estomac. Il s'agit le plus souvent de stylos, cuillers, brosses à dents qu'il faut savoir parfois retourner à l'aide d'une anse à polypectomie pour les insérer dans un surtube ou un capuchon protecteur. Les surtubes préconisés, lorsque les objets longs sont dans l'estomac, doivent être supérieurs à 45 cm de longueur [7-9].

VIII. LES « BODY-PACKING »

Ce sont des préservatifs remplis de drogue, telle la cocaïne ou l'héroïne, cette dernière ayant un antidote en cas de rupture (naloxone). Il ne faut pas tenter d'extraire ces « body-packing » au risque d'une effraction puis d'une overdose. Une suspicion de rupture peut être envisagée sur des dosages sériques et urinaires. La surveillance radiographique doit être quotidienne, et la chirurgie envisagée s'il existe une suspicion de perforation ou si les sachets se bloquent plus de 48 heures dans l'intestin.

IX. LES CORPS ÉTRANGERS PARASITAIRES

Ils ne sont pas rares ; il s'agit d'ascaris se bloquant dans les voies biliaires ou d'anisakis s'impactant dans la paroi œsophagienne. L'extraction endoscopique s'effectue à l'aide d'une pince ou d'une anse à polypectomie.

Les corps étrangers du tractus digestif supérieur peuvent être aussi iatrogènes, auquel cas ils ne sont pas réellement ingérés. Il peut s'agir de tubes ou de boutons de gastrostomies, de diabolos de sutures ou d'implants sous-muqueux, de ballons intragastriques, de prothèses œsophagiennes ou biliaires.

RÉFÉRENCES

1. American society for Gastrointestinal endoscopy. Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc* 2002; 55:802-6
2. Eisen G.M., Baron T.H., Dominitz J.A., Faigel D.O., Goldstein J.L., Johanson J.F. Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc* 2002; 55:802-6
3. Murty P.S.N., Vijendra S.I., Ramakrishna S., Fahim A.S., Varghese P. Foreign bodies in the upper aero-digestive tract. *SQU journal for scientific research* 2000; 2:117-20
4. Kim J.K., Kim S.S., Kim S.W., Yang Y.S., Cho S.H. *et al.* Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: an analysis of 104 children. *Endoscopy* 1999; 31:302-4
5. Velitchkov N.G., Grigorov G.I., Losanoff J.E., Kjossev K.T. Ingested foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: retrospective analysis of 542 cases. *World J Surg* 1996; 20:1001-5
6. Ginsberg G. Management of ingested foreign bodies and food bolus impaction. *Gastrointest Endosc* 1995; 41:33-8
7. Webb W.A. Management of ingested foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. *Gastrointest Endosc* 1995; 41:39-51
8. Litovitz T., Schmitz B.F. Ingestion of cylindrical and button batteries: an analysis of 2 320 cases. *Pediatrics* 1992; 89:747-57
9. Nandi P., Ong G.B. Foreign body in the oesophagus: review of 2394 cases. *Br J Surg* 1978; 65:5-9

Cette fiche est parue dans *ACTA ENDOSCOPICA*
2007; 37(1):91-3

ISBN 978-2-914703-63-5

EAN 9782914703635

Éditée avec le soutien de



IPSEN
Innovation for patient care*

24, rue Erlanger
75781 PARIS CEDEX 16
Téléphone : 01 44 96 13 13
www.ipsen.com