



Les corps étrangers de la sphère ORL

Chantal Giguère

- **La mère de Félix-Antoine vient vous consulter. Le petit garçon de 4 ans est toujours malade depuis qu'il fréquente une nouvelle garderie. Depuis plus de six mois, il se gratte beaucoup les oreilles et a une narine qui ne cesse de couler. Serait-il prudent d'aller à la recherche de trésors cachés ? Devez-vous procéder au lavage de l'oreille endolorie ?**
- **En février, la petite Nicole, 3 ans, vient vous voir en consultation externe. Elle est accompagnée de ses parents qui vous expliquent qu'elle présente des quintes de toux violentes qui peuvent parfois la faire vomir et qui ont commencé il y a précisément trois jours. Vous soupçonnez l'aspiration d'un corps étranger. Toutefois, votre examen physique n'est pas spécifique, et la radiographie pulmonaire est normale. Que faites-vous ?**

Corps étranger dans l'oreille : lavage ou non ?

Les omnipraticiens, les pédiatres et les otorhinolaryngologistes ont souvent la tâche de retirer des corps étrangers des conduits auditifs externes. Bien que l'insertion, la présence ou le retrait d'un corps étranger dans l'oreille ne constituent pas un danger mortel, ils peuvent être la source de morbidité importante. Cette affirmation est particulièrement vraie chez l'enfant en raison des dimensions anatomiques réduites de l'oreille et du degré variable de collaboration du patient.

La présence de corps étrangers dans le conduit auditif externe est relativement fréquente, surtout chez les enfants de deux à quatre ans. Ces derniers ont tendance à placer des objets dans leurs oreilles, car ils sont curieux et veulent expérimenter ou imiter leurs pairs. Parfois, ce sont les autres enfants qui le font en jouant¹.

La présence de corps étrangers dans l'oreille n'est toutefois pas l'apanage des enfants. Il arrive, par exemple, qu'une personne âgée perde une pile de son appareil auditif dans le conduit² ou encore qu'un bout de coton-tige y reste logé pendant le « nettoyage

La D^{re} Chantal Giguère, otorhinolaryngologiste pédiatrique, exerce au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine de Montréal et est ORL-généraliste au Nunavik, dans le Grand Nord québécois.

Tableau 1

Signes et symptômes de corps étrangers dans l'oreille

- Otalgie ou otorrhée
- Inconfort marqué au niveau de l'oreille accompagné de nausées ou de vomissements (s'il y a un insecte vivant dans le conduit auditif)
- Hypoacousie
- Sensation de plénitude aurale
- Brûlures étendues (causées par une pile)
- Toux chronique ou hoquets à répétition

des oreilles » ! Enfin, les insectes ne font pas de discrimination quant à l'âge quand ils décident de se faufiler dans un conduit auditif.

Les objets que l'on trouve le plus fréquemment dans les oreilles des jeunes enfants sont les cailloux, les billes et les petits jouets de plastique. Chez les enfants de plus de 10 ans, ce sont les insectes, y compris les coquerelles³.

Tableau clinique

La plupart des adultes seront en mesure de vous dire ce qu'ils ont dans l'oreille. Ils pourront vous décrire la nature, la taille et la forme de l'objet ainsi que depuis quand il s'y trouve. Par contre, plusieurs enfants, surtout ceux en bas âge, seront incapables de vous indiquer qu'ils ont un corps étranger dans l'oreille. Le *tableau 1* indique les différents signes et symptômes qui devraient vous mettre la puce à l'oreille.

Tableau II

Contre-indications à l'irrigation d'une oreille

- L'état du tympan n'est pas connu.
- Le tympan est perforé.
- Le patient a déjà subi une chirurgie otologique (y compris la pose de tubes transtympaniques).
- Le corps étranger est pointu ou tranchant.
- Vous ne voyez pas d'espace au pourtour de l'objet coincé dans le canal auditif.
- Il y a un insecte vivant dans l'oreille.
- Il y a une pile dans l'oreille.
- L'oreille contient des objets mous, de la matière organique ou des graines qui peuvent gonfler en présence d'eau.
- Le patient ne collabore pas.
- Il n'y a pas de personnel formé pour effectuer cet acte médical.
- Le corps étranger est accolé au tympan ou y adhère.
- Le conduit auditif ou le tympan présente des lésions.

Un petit objet coincé dans l'oreille d'un patient peut aussi être découvert fortuitement lors d'une visite systématique à votre cabinet.

Regardez et vous trouverez

Otoscopie demeure l'outil principal permettant de poser le diagnostic. Les découvertes à l'examen varient selon l'objet et la durée de sa présence dans l'oreille. Un objet inanimé qui se trouve dans l'oreille depuis très peu de temps n'entraînera pas d'anomalies. Toutefois, si l'objet est abrasif, si son insertion a causé une rupture du tympan ou si le patient l'a manipulé en essayant de le retirer, il pourrait y avoir présence d'otalgie ou d'otorragie. Si l'objet est présent depuis un certain temps, le médecin pourrait noter de l'érythème et de l'œdème du conduit ainsi qu'une otorrhée nauséabonde.

Quand et comment retirer l'objet

La façon d'extraire le corps étranger va dépendre

de la nature de l'objet, de son emplacement et du degré de collaboration du patient.

L'irrigation de l'oreille demeure la méthode la plus simple pour déloger un corps étranger. Par contre, la prudence s'impose ! Il existe plusieurs contre-indications à l'utilisation de cette technique (tableau II)⁴.

Avant de procéder au lavage d'une oreille, il faut toujours vérifier l'intégrité du tympan et utiliser de l'eau à la température du corps afin de prévenir l'inconfort et les vertiges chez le patient. Par ailleurs, l'eau devrait être instillée par une personne d'expérience, car une pression trop forte forcerait le corps étranger à travers le tympan. Il pourrait même en résulter une fistule périlymphatique ou un dommage aux osselets.

Devant l'impossibilité de déloger le corps étranger par un lavage d'oreille, il est préférable de diriger le patient vers un otorhinolaryngologiste dans les 24 heures et d'éviter toute manipulation qui pourrait enclaver l'objet plus profondément. L'utilisation de micro-instruments mousses (crochets, micro-pinces, appareil de succion) est du ressort du spécialiste. L'intervention nécessite un microscope opératoire, un geste précis et une immobilité totale du sujet pour éviter tout traumatisme iatrogène.

Par contre, en région éloignée où l'accès à un ORL est impossible, l'extraction des objets peut être accomplie à l'aide d'un otoscope muni d'une tête d'instrumentation. L'intervention est facile si l'objet est situé dans le tiers latéral du conduit auditif et que les instruments adéquats et le personnel de soutien sont disponibles. Si le patient collabore bien et que le corps étranger est petit et bien visible, le médecin peut tenter de l'extraire avec une petite pince alligator ou une curette. Dans le cas d'un enfant, un ou plusieurs assistants et parfois l'utilisation d'une planche de contention (*papoose*) peuvent être nécessaires pour immobiliser le patient adéquatement.

Si le médecin n'arrive pas à retirer l'objet facilement avec les instruments dont il dispose, il ne devrait pas essayer de l'extraire à tout prix. Des tenta-

La pile bouton est un corps étranger très dangereux qui doit être extrait de toute urgence, en raison du risque de corrosion chimique qu'il présente.

Repère

tives multiples ne servent qu'à compromettre la collaboration dans le cas d'un enfant, rendant la nécessité d'une anesthésie générale plus réelle. Par ailleurs, plusieurs essais infructueux augmentent le risque d'abrasions traumatiques du conduit, de lacérations et de saignements, ce qui complique les tentatives d'extraction futures par un otorhinolaryngologiste.

L'anesthésie générale est préférable chez les jeunes enfants, de même que chez les adultes dont le corps étranger présente un contour, une composition ou un emplacement qui prédispose à une exérèse traumatique en milieu ambulatoire.

Une fois le corps étranger retiré, le médecin doit examiner attentivement le conduit et la membrane tympanique. En présence d'œdème, d'abrasions ou d'infection du conduit, des gouttes antibiotiques avec ou sans corticostéroïdes devraient être instillées deux fois par jour, pour une durée relative à la gravité de l'atteinte. En cas de perforation ou de lacération tympanique, le médecin doit demander un audiogramme pour éliminer une hypoacousie. En dernier lieu, le clinicien doit examiner l'oreille opposée ainsi que les narines, car il est fréquent de retrouver plusieurs corps étrangers chez le même enfant !

Insecte et pile bouton – Urgence !

Un patient qui a un insecte vivant dans l'oreille nécessite une attention rapide. L'intrus devrait être tué ou immobilisé avant de tenter de le retirer de l'oreille. Pour ce faire, le médecin peut verser de l'huile minérale, de la povidone iodée ou de la lidocaïne à 2 % dans le conduit auditif externe⁵.

La pile bouton est un corps étranger très dangereux qui doit être extrait de toute urgence, en raison du risque de corrosion chimique qu'il présente. Son refoulement maladroit peut entraîner de graves lésions de l'oreille moyenne^{6,7}.

Possibilité de corps étranger dans les voies respiratoires. Est-ce une urgence ?

Les enfants de six mois à trois ans sont les plus ex-

posés au risque d'aspiration de corps étrangers, et ce, pour plusieurs raisons : ils font naturellement l'exploration orale de leur environnement, ils ne peuvent pas toujours mâcher leur nourriture adéquatement et ils ont tendance à parler, à rire et à courir avec des objets ou des aliments dans la bouche. Encore aujourd'hui, la suffocation à la suite de l'aspiration d'un corps étranger demeure une des causes les plus fréquentes d'accidents mortels chez les enfants de ce groupe d'âge⁸.

Anamnèse

Le diagnostic se fait facilement à l'anamnèse si l'introduction d'un corps étranger dans le nez a eu lieu devant des témoins. Si l'enfant n'avoue pas spontanément la présence d'un objet, des signes éventuels permettront aux parents et au médecin d'évoquer cette possibilité. En effet, l'enfant pourrait présenter une obstruction nasale et une rhinorrhée purulente fétide unilatérale.

Quant à l'aspiration de corps étrangers, l'anamnèse est l'outil diagnostique le plus important lorsque l'évaluation, l'examen physique et les études radiologiques semblent normaux à la suite de l'événement aigu. La personne présente lorsque l'aspiration s'est produite pourrait vous décrire des symptômes caractéristiques d'un étouffement ou d'une réaction nauséuse (*gagging*), suivis de quintes de toux violentes^{9,10}. Une période sans symptômes suit souvent lorsqu'il y a résolution de l'irritation initiale de la muqueuse respiratoire et fatigue du réflexe de toux. Cette phase d'accalmie peut faussement soulager les parents en leur laissant croire que l'enfant a réussi à dégager ses voies respiratoires. Pour cette raison, seulement 70 % des patients consulteront un médecin dans la semaine suivant l'aspiration d'un objet¹¹. Ceux qui le font tardivement peuvent manifester des signes de complications d'enclavement d'un corps étranger, tels que de la fièvre, une hémoptysie, une toux productive ou de la dyspnée. Lorsque la présence d'un corps étranger n'est pas soupçonnée, plusieurs diagnostics erronés peuvent être posés : asthme atypique, bronchite,

Un patient qui a un insecte vivant dans l'oreille nécessite une attention rapide. L'intrus devrait être tué ou immobilisé avant de tenter de le retirer de l'oreille. Pour ce faire, le médecin peut verser de l'huile minérale, de la povidone iodée ou de la lidocaïne à 2 % dans le conduit auditif externe.

Repère

pneumonie persistante ou toux chronique.

Examen physique

Les découvertes faites à la suite de l'examen physique sont variables et dépendent de l'emplacement du corps étranger et du degré d'obstruction qui y est associé. L'enfant peut être silencieux et se sentir bien ou montrer des signes de détresse respiratoire, comme une tachypnée légère, un stridor important, des rétractions ou de la cyanose. Il est essentiel d'évaluer fréquemment la respiration du patient, car l'œdème des voies respiratoires ou un déplacement du corps étranger pourrait entraîner une évolution rapide vers une détresse respiratoire. L'importance du stridor n'est pas directement liée à la gravité de l'obstruction. Les corps étrangers se trouvant dans le larynx ou la trachée cervicale peuvent provoquer un stridor inspiratoire ou biphasique. Un *wheezing* prolongé dans la phase expiratoire évoque plutôt une obstruction trachéale intrathoracique.

Une bonne auscultation des poumons est la partie la plus critique de l'examen. Une diminution de l'entrée d'air et un *wheezing* unilatéral sont le plus souvent observés, car la majorité des objets aspirés vont se loger dans une bronche souche. Parfois, l'auscultation pulmonaire révèle un bruit de drapeau caractéristique qui correspond au va-et-vient du corps étranger. Par contre, la plupart des signes sont subtils, et l'examen physique peut être tout à fait normal. La triade diagnostique classique de toux, *wheezing* unilatéral et diminution de l'entrée d'air ipsilatérale est observée dans moins de la moitié des cas¹². Une hyper sonorité ou matité à la percussion, de la fièvre, une toux chronique et de l'hémoptysie sont d'autres éléments moins fréquents à l'examen.

Parfois, une laryngoscopie flexible faite par l'ORL peut ajouter des informations diagnostiques utiles lorsqu'un stridor est le seul symptôme.

Quels examens radiologiques demander ?

Les examens radiologiques sont rarement employés

pour la recherche de corps étrangers dans le nez. Par contre, les radiographies simples demeurent des examens complémentaires utiles pour évaluer la présence de corps étrangers dans les voies respiratoires.

Lorsque le corps étranger est radio-opaque, le diagnostic est évident ! Par contre, la majorité des objets aspirés ne le sont pas. Nous devons donc chercher des signes de leur présence sur des radiographies antéro-postérieures (AP) et latérales des tissus mous du cou et du poumon. De l'atélectasie, une image d'emphysème ou une oblitération d'une colonne d'air bronchique peuvent être observées. Le radiologiste devrait pratiquer des clichés en inspiration, puis en expiration (forcée si possible) afin de dépister une différence entre les deux champs pulmonaires. Une hypoinflation à l'inspiration ou, plus fréquemment, une hyperinflation à l'expiration dans un poumon est caractéristique d'un corps étranger dans les bronches. Si le corps étranger est logé depuis quelques jours ou quelques semaines dans les voies respiratoires, nous pourrions retrouver des infiltrats pulmonaires segmentaires ou lobaires. Plus de la moitié des corps étrangers trachéaux et près du quart des objets coincés dans les bronches ne seront pas visibles sur une radiographie pulmonaire^{11,13}. Cet examen ne permet donc pas d'exclure la présence d'un corps étranger.

Traitement

L'exérèse de corps étrangers présents dans le nez est généralement simple avec une visualisation adéquate et les instruments appropriés. L'immobilisation du patient facilite l'exérèse sans complications des corps étrangers, surtout chez les enfants. La décongestion nasale, faite avec un agent de vasoconstriction topique (Otrivin), aide à réduire l'œdème de la muqueuse et améliore ainsi la visualisation. Par contre, si l'objet est possiblement une pile, l'instillation d'une solution, quelle qu'elle soit, dans la narine est absolument contre-indiquée, car elle pourrait aggraver les brûlures. On doit toujours extraire une pile de toute urgence afin de limiter les dommages.

Plus de la moitié des corps étrangers trachéaux et près du quart des objets logés dans les bronches ne seront pas visibles sur une radiographie pulmonaire. Cet examen ne permet donc pas d'exclure la présence d'un corps étranger.

Repère

Lorsque la première tentative d'exérèse d'un corps étranger dans le nez n'a pas été fructueuse, l'enfant va presque toujours se débattre et tenter de s'enfuir lors du deuxième essai ! Si le médecin ne peut facilement retirer l'objet avec l'instrument dont il dispose, il doit préférentiellement orienter le patient vers un otorhinolaryngologiste. Une nasopharyngoscopie flexible pourrait être nécessaire afin de trouver l'objet s'il est logé profondément. De plus, une anesthésie générale est parfois inévitable. En effet, un examen sous anesthésie s'impose si la présence d'un objet est fortement soupçonnée, mais que l'examen en cabinet n'a rien révélé ou encore que le déplacement de l'objet peut entraîner un risque d'aspiration. Après l'exérèse du corps étranger, le médecin doit réexaminer attentivement la narine atteinte ainsi que l'autre narine afin d'exclure la présence d'un second objet, puis les oreilles du patient.

Lorsque la présence d'un corps étranger dans les voies respiratoires est possible, l'endoscopiste doit le confirmer ou l'infirmer, puis procéder à l'extraction de l'objet, le cas échéant. Une laryngoscopie et une bronchoscopie sous anesthésie générale doivent être entreprises sans tarder pour diminuer les risques de complications¹⁰. Si le patient est en détresse respiratoire, si l'objet est pointu et pourrait causer un pneumothorax ou s'il s'agit d'une matière organique qui pourrait gonfler au contact des sécrétions respiratoires, il est impératif de procéder de toute urgence à l'exérèse afin d'éviter des situations catastrophiques. Par contre, en l'absence de risque ou de détresse, il est préférable d'attendre la vidange gastrique avant de procéder à l'intervention afin de réduire les risques associés à l'anesthésie.

Si une endoscopie diagnostique ou thérapeutique est nécessaire, le patient doit être transféré dans un centre qui dispose du personnel spécialisé. Les enfants doivent être traités dans un hôpital où tous les instruments pédiatriques nécessaires sont disponibles. L'endoscopiste et l'anesthésiste devraient être formés à cette tâche et posséder de l'expérience dans la prise

en charge des voies respiratoires chez les enfants¹⁴.

Corps étranger dans l'œsophage... Passera ou passera pas ?

L'ingestion de corps étrangers par des enfants est fréquente. La majorité des objets avalés vont passer librement dans le tractus gastro-intestinal sans conséquences. Par contre, certains vont demeurer coincés dans l'œsophage. Que faire ?

Docteur, mon enfant s'est étouffé !

Près de 80 % des cas de corps étrangers coincés dans l'œsophage se retrouvent chez les enfants¹⁵. D'autres groupes sont exposés à un risque plus élevé. Il s'agit des prisonniers, des patients atteints de troubles psychiatriques et des personnes âgées. Les enfants s'étouffent fréquemment avec des pièces de monnaie et des petits jouets tandis que les adultes le font plutôt avec de la nourriture, comme des bolus de viande, qui reste logée à des emplacements pathologiques de l'œsophage, soit au niveau d'une *web* ou d'une sténose.

L'anamnèse ne révélera souvent qu'une présomption de la part des parents que l'enfant a avalé un objet non comestible. Le petit présente des symptômes d'étouffement ou des quintes de toux qui pourraient laisser croire qu'il a aspiré un objet alors qu'il l'a plutôt avalé. Les adultes et les enfants plus âgés vont fréquemment donner volontairement des détails au sujet du corps étranger. Ils peuvent même vous indiquer l'endroit de l'inconfort et décrire leurs symptômes de dysphagie ou d'odynophagie. Par contre, la corrélation entre la région où l'inconfort est perçu et l'emplacement réel de l'objet est souvent inexacte. Les petits enfants ayant un corps étranger pris dans l'œsophage vont plutôt ressentir des symptômes subtils ou généralisés : irritabilité, perte d'appétit ou vomissements.

Les enfants présentant une anomalie structurelle ou physiologique de l'œsophage sont plus susceptibles de souffrir d'un enclavement de corps étranger. Des antécédents de dysphagie aiguë ou de vomisse-

Si une endoscopie diagnostique ou thérapeutique est nécessaire, le patient doit être transféré dans un centre qui dispose du personnel spécialisé. Les enfants doivent être traités dans un hôpital où tous les instruments pédiatriques nécessaires sont disponibles.

Repère

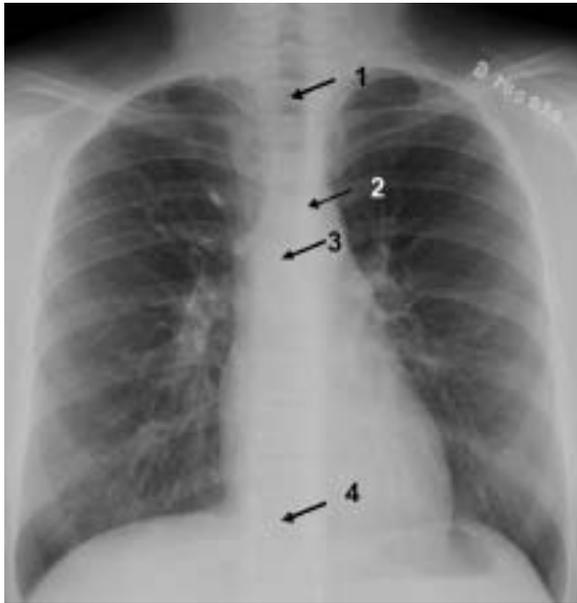


Photo 1. Quatre points de rétrécissements physiologiques de l'œsophage où se logent le plus souvent les corps étrangers.

1. Région du sphincter cricopharyngé (C6) 2. Région de l'arc aortique (T4)
3. Bifurcation trachéale (T6) 4. Jonction gastro-œsophagienne (T10-T11)

ments lors d'un repas devrait vous faire penser à un bolus de nourriture resté coincé dans l'œsophage d'un enfant qui souffre d'une sténose œsophagienne, d'un syndrome de dysmotilité ou qui a déjà été opérée pour une fistule trachéo-œsophagienne.

Il est important de déterminer, à l'anamnèse, depuis combien de temps le corps étranger est présent. Un objet logé dans l'œsophage depuis plus de 24 heures pose un plus grand risque de perforation œsophagienne, d'abcès médiastinal et d'obstruction des voies respiratoires. La décision de retirer le corps étranger va dépendre autant des résultats de l'interrogatoire que de ceux des examens radiologiques.

Examen physique

La présence d'un corps étranger logé dans l'œsophage peut être asymptomatique ou entraîner des symptômes variés, tels que des vomissements, une irritabilité, une douleur cervicale basse ou de la dysphagie. Du sang dans la salive, une réaction nauséuse incessante et une hypersialorrhée peuvent aussi être observés. L'impossibilité d'avaler sa salive est un signe inquiétant qui indique une obstruction totale de la lumière œsophagienne. La toux, le stridor, le *wheezing* et la dyspnée sont des symptômes respiratoires qui peuvent être associés à un corps



Photo 2. Pièce de monnaie située au niveau du muscle cricopharyngé chez un jeune enfant. Notez la présence de corps étrangers potentiels dans les oreilles !

étranger logé dans la partie supérieure de l'œsophage. Ils peuvent aussi être produits par la présence d'un objet très volumineux dans l'œsophage qui cause une compression ou une déviation trachéale.

À l'examen physique, il est important de rechercher des signes de blessures œsophagiennes ou de perforation, tels qu'une douleur à la palpation, un crépitement ou un érythème dans la région cervicale.

Examens radiologiques

Les radiographies simples sont généralement utilisées dans l'évaluation initiale du patient. La majorité des objets avalés sont radio-opaques et donc visibles sur une radiographie simple du poumon¹⁶.

Dans l'œsophage, les corps étrangers sont habituellement logés à un des quatre points de rétrécissements physiologiques : la région du sphincter cricopharyngé (C6), la région de l'arc aortique (T4), la jonction gastro-œsophagienne (T10 – T11) et la bifurcation trachéale (T6), là où la bronche souche gauche traverse l'œsophage (*photo 1*)¹⁷. La plupart des objets vont reposer dans la région du sphincter cricopharyngé, car ce muscle forme l'endroit le plus étroit du système digestif supérieur. Les corps étrangers pointus, comme les punaises, peuvent se fixer n'importe où dans l'œsophage.

Pour bien évaluer le corps étranger, des radiographies AP et latérales des tissus mous du cou et du poumon devraient être obtenues. Ces vues aideront à dé-

terminer la nature, l'emplacement du corps étranger ainsi que leur nombre. Dans l'œsophage, les pièces de monnaie, par exemple, vont plutôt reposer dans le plan coronal d'une image AP (*photo 2*) tandis que, dans la trachée, elles seront plutôt dans le plan sagittal. Les radiographies peuvent aussi révéler des complications telles qu'un pneumothorax, une perforation viscérale, une médiastinite ou un abcès.

Si l'objet n'est pas radio-opaque et que le patient présente des symptômes, il n'est pas recommandé de faire une gorgée barytée. Dans cette situation, une œsophagoscopie est indiquée. Par contre, chez un patient sans symptômes qui a possiblement avalé un objet radio-transparent, une très petite quantité de baryum pourrait être utilisée afin d'en délimiter les contours.

Attention ! Un examen radiologique normal n'élimine pas la présence d'un corps étranger.

Observer ou traiter ?

Une intervention chirurgicale immédiate n'est pas toujours nécessaire en présence d'un corps étranger dans l'œsophage. Dans quelle situation l'attente vigilante est-elle sûre ?

Si l'objet est mousse et n'est pas caustique, si l'ingestion est récente et qu'il n'y a pas de symptômes respiratoires, le patient peut parfois être gardé en observation pendant 24 heures au cas où il y aurait passage spontané de l'objet. Des radiographies subséquentes sont prises pour s'assurer que le corps étranger a migré. Une fois rendus dans l'estomac, la majorité des objets chemineront sans problèmes. Les radiographies simples peuvent être utilisées pour suivre leur parcours¹⁴.

Par contre, l'observation est inacceptable dans plusieurs situations. Cette approche est admissible chez les plus petits enfants seulement lorsque l'objet a déjà franchi et dépassé la région cricopharyngée et qu'il n'existe aucun doute à ce sujet. Autrement, le patient risque d'aspirer le corps étranger si ce dernier se déloge à la suite d'une quinte de toux, de vomissements ou d'un positionnement dorsal, transformant alors une situation stable en urgence.

Si le patient éprouve des symptômes respiratoires, l'exérèse de l'objet doit être entreprise sans tarder. En présence d'hypersialorrhée, le patient risque d'aspirer ses sécrétions. Il est donc prudent de procéder au retrait de l'objet. La pile bouton est un corps étranger très dangereux qu'il faut extraire de toute urgence (*photos 3 a, b et c*). Les objets tranchants, pointus, irréguliers



Photo 3a. Objet ressemblant à une pièce de monnaie coincée dans l'œsophage – Voir photo 3b.



Photo 3b. Objet ressemblant à une pièce de monnaie qui a migré dans l'estomac – Voir photo 3c.



Photo 3c. Après magnification, l'objet ressemblant à une pièce de monnaie s'avère être une pile.



Photo 4. Boucle d'oreille logée dans l'œsophage d'un jeune enfant.

ou très larges doivent aussi être retirés rapidement, car ils peuvent provoquer une perforation de l'œsophage (*photo 4*). Tout corps étranger qui cause de la fièvre, des vomissements, une réaction nauséuse incessante ou un grand inconfort devrait faire l'objet d'une exérèse sans tarder.

L'observation n'est pas acceptable si l'objet se trouve dans l'œsophage depuis plus de 24 heures ou depuis une période inconnue. Enfin, l'observation n'est pas possible chez les patients présentant une anomalie connue de l'œsophage¹⁸.

Si le patient doit subir une œsophagoscopie avec exérèse du corps étranger, il doit être transféré dans un centre qui dispose du personnel spécialisé dans ce type d'intervention. Les jeunes enfants doivent être traités dans un hôpital possédant des instruments de toutes les tailles et où des chirurgiens pédiatriques sont disponibles en cas de complications.

Retour aux cas cliniques

À l'otoscopie, vous découvrez que Félix-Antoine souffre d'une otite aiguë à droite et d'une otite séreuse à gauche. À la rhinoscopie antérieure, vous notez des sécrétions purulentes et une odeur nauséabonde provenant de sa narine droite. Lorsque vous tentez d'aspirer le pus, le petit se met à se débattre en hurlant. Avec l'aide du personnel, vous immobilisez l'enfant. Après avoir décongestionné sa narine, vous réussissez

à retirer un amas induré de papier mâché. Vous ré-examinez ses narines qui sont maintenant libres de corps étrangers. Félix-Antoine part avec une ordonnance d'antibiotiques et le conseil de ne plus rien se mettre dans le nez.

Et la petite Nicole ? Puisque vous soupçonnez l'aspiration d'un corps étranger, vous discutez de son cas avec un ORL pédiatrique qui accepte le transfert de la patiente. Il envisage de lui faire une laryngoscopie et une bronchoscopie sous anesthésie générale pour retirer le corps étranger ou exclure ce diagnostic. 🦋

Date de réception : 18 novembre 2006

Date d'acceptation : 20 février 2007

Mots-clés : corps étranger, aspiration de corps étrangers, ingestion de corps étrangers, étouffement, présence d'un corps étranger dans l'oreille

La D^{re} Chantal Giguère n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery. *Children and Foreign Bodies in the Ear and Nose*. L'Association. Site Internet : www.entnet.org/KidsENT/Foreign_Bodies_Ear_Nose.cfm (Date de consultation : 14 octobre 2006).
2. Strachan DR, Kenny H, Hope GA. The hearing-aid battery: a hazard to elderly patients. *Age Ageing* 1994 ; 23 (5) : 425-6.
3. Schulze SL, Kerschner J, Beste D. Pediatric external auditory canal foreign bodies: a review of 698 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002 ; 127 (1) : 73-8.
4. Fritz S, Kelen GD, Silvertson KT. Foreign bodies of the external auditory canal. *Emerg Med Clin North Am* 1987 ; 5 (2) : 183-92.
5. Leffler S, Cheney P, Tandberg D. Chemical immobilization and killing intra-aural roaches: an in vitro comparative study. *Ann Emerg Med* 1993 ; 22 (12) : 1795-8.
6. Capo JM, Lucente FE. Alkaline battery foreign bodies of the ear and nose. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1986 ; 112 (5) : 562-3.
7. Kavanagh KT, Litovitz T. Miniature battery foreign bodies in auditory and nasal cavities. *JAMA* 1986 ; 255 (11) : 1470-2.
8. National Safety Council. *Report of Injuries in America. Highlights from Injury facts*, 2007 edition. Itasca : Le Conseil. Site Internet : www.nsc.org/library/report_injury_usa.htm (Date de consultation : novembre 2006).
9. Wolach B, Raz A, Weinberg J, Mikulski Y, Ben Ari J, Sadan N. Aspirated foreign bodies in the respiratory tract of children: eleven years experience with 127 patients. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1994 ; 30 (1) : 1-10.
10. Inglis AF Jr, Wagner DV. Lower complication rates associated with bronchial foreign bodies over the last 20 years. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992 ; 101 (1) : 61-6.
11. Mu L, He P, Sun D. Inhalation of foreign bodies in Chinese chil-

- dren: a review of 400 cases. *Laryngoscope* 1991 ; 101 : 657-60.
12. Svedstrom E, Puhakka H, Kero P. How accurate is chest radiography in the diagnosis of tracheobronchial foreign bodies in children? *Pediatr Radiol* 1989 ; 19 (8) : 520-2.
 13. Burton EM, Brick WG, Hall JD, Riggs W Jr, Houston CS. Tracheobronchial foreign body aspiration in children. *South Med J* 1996 ; 89 (2) : 195-8.
 14. Holinger LD. Management of sharp and penetrating foreign bodies of the upper aerodigestive tract. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1990 ; 99 : 684-8.
 15. Stack LB, Munter DW. Foreign bodies in the gastrointestinal tract. *Emerg Med Clin North Am* 1996 ; 14 (3) : 493-521.
 16. Papsin BC, Friedberg J. Aerodigestive-tract foreign bodies in children: pitfalls in management. *J Otolaryngol* 1994 ; 23 (2) : 102-8.
 17. Tom LWC, Potsic WP, Handler SD. Methods of Examination. Bluestone CD, Stool S, Kenna M, rédacteurs. *Pediatric Otolaryngology*. 4^e éd. Dans : Philadelphie : WB Saunders ; 2003.
 18. Crysedale WS, Sendi KS, Yoo J. Esophageal foreign bodies in children. 15-year review of 484 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991 ; 100 : 320-4.

Summary

Foreign Bodies in the Ears, Nose and Throat. Young children frequently insert small objects into their ears and nose. Removal of these foreign bodies can be technically challenging for the physician and painful to the child. Successful extraction of a foreign body generally depends on the cooperation of the patient as well as the use of proper instrumentation. In this article, techniques to achieve an uncomplicated removal of an aural or nasal foreign body are discussed. Consideration of operative microscopic removal and the use of general anaesthesia are reviewed. Inhalation and ingestion of foreign bodies are also common occurrences in the paediatric population and continue to be a major cause of morbidity and mortality. Victims of these accidents are most often infants and toddlers. Early diagnosis and prompt treatment are crucial in order to avoid severe complications. This article reviews the types, locations and clinical presentations of various aerodigestive foreign bodies. Potential findings on physical exam as well as on diagnostic studies are described. Finally, criteria and timing for ORL referrals are outlined.

Keywords: foreign bodies, swallowed foreign bodies, foreign body aspiration, choking, foreign bodies in the ears