




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



REVUE DE LA LITTÉRATURE

Place des examens paracliniques dans la prise en charge initiale des corps étrangers bronchiques de l'enfant[☆]

A. Hitter^{a,*}, E. Hullo^b, C. Durand^c, C.-A. Righini^{a,d,e}

^a Clinique ORL, pôle TCCR, hôpital Michallon, boulevard de la Chantourne, 38700 La Tronche, France

^b Clinique pédiatrie, pôle couple enfant, hôpital Couple-Enfant, avenue du Maquis-du-Grésivaudan, 38700 La Tronche, France

^c Clinique radiologie pédiatrique, pôle imagerie, hôpital Michallon, boulevard de la Chantourne, 38700 La Tronche, France

^d Unité Inserm UJF/0823, centre de recherche Albert-Bonniot, boulevard de la Chantourne, 38706 La Tronche cedex, France

^e Université Joseph-Fourier, UFR médecine, domaine de la Merci, place du Commandant-Nal, 38700 La Tronche, France

MOTS CLÉS

Corps étranger
bronchique ;
Enfant ;
Diagnostic ;
Bronchoscopie

Résumé

Introduction. – L'inhalation de corps étranger est un accident grave de la petite enfance qui doit être pris en charge rapidement en raison du risque de complications et de séquelles pulmonaires. La technique de référence, mais non dénuée de risques, pour l'extraction des corps étrangers bronchiques est la bronchoscopie rigide sous anesthésie générale. Or, en dehors des corps étrangers obstructifs et/ou radio-opaques, le diagnostic de corps étranger bronchique est parfois équivoque. En effet, l'interrogatoire et les signes cliniques sont peu sensibles et peu spécifiques.

Objectif. – Cet article a pour objectif de déterminer les examens les plus pertinents en cas de suspicion de corps étranger bronchique chez l'enfant, afin de diminuer l'incidence des bronchoscopies rigides blanches.

Matériel et méthode. – Revue de la littérature à partir de la base de donnée Medline entre 1980 et 2010.

Résultats. – La radiographie de thorax de face en inspiration et expiration, souvent réalisée en première intention, est un examen qui manque de sensibilité et de spécificité. En dehors des cas de corps étrangers radio-opaques, l'emphysème obstructif est le signe radiologique le plus spécifique. La fluoroscopie des voies aériennes permet de préciser les signes radiologiques lorsqu'ils manquent de spécificité. La fibroscopie bronchique souple est l'examen le plus sensible et le plus spécifique mais sa disponibilité est inconstante car elle doit être réalisée dans

DOI de l'article original : [10.1016/j.anorl.2010.12.011](https://doi.org/10.1016/j.anorl.2010.12.011).

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ahitter@chu-grenoble.fr (A. Hitter).

une pièce équipée de matériel de réanimation ou au bloc opératoire. Elle est indiquée en cas de suspicion d'inhalation de corps étranger sans signes cliniques ou radiologiques francs. Elle permet ainsi de diminuer le nombre de bronchoscopies rigides blanches. Plusieurs études suggèrent que le scanner thoracique est également un examen très sensible dans cette indication.

Conclusion. – La sensibilité et la spécificité du scanner thoracique pour le diagnostic de corps étranger bronchique doivent être validées par une étude prospective. Une étude nationale multicentrique est en cours afin de déterminer si le scanner peut remplacer la fibroscopie souple lorsque le diagnostic de corps étranger bronchique est équivoque.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

L'inhalation de corps étranger chez l'enfant est un accident domestique potentiellement grave et constitue un motif fréquent de consultation dans les services d'urgences pédiatriques. Dans certains pays les campagnes de prévention et d'information ont démontré leur efficacité avec une réduction de plus d'un tiers de leur incidence [1]. En France, l'incidence était estimée à quatre pour 10 000 en 1980 [2]. Ces dernières années, grâce aux campagnes de prévention et à la réglementation sur les produits destinés aux enfants, le taux de mortalité infantile par suffocation a diminué de façon significative [3].

L'inhalation de corps étranger survient dans plus de 80 % des cas lors de la petite enfance, avec un pic de fréquence entre dix et 24 mois [4,5]. L'absence de molaires et prémolaires, d'une part et la tendance à porter les objets à la bouche, d'autre part, expliquent la prédisposition des enfants de cette tranche d'âge.

Selon la localisation du CE dans les voies aériennes, la symptomatologie peut varier considérablement. Lorsqu'il est enclavé au niveau laryngé ou trachéal, un tableau de détresse respiratoire ou de stridor fait rapidement évoquer le diagnostic. Mais dans la grande majorité des cas (75 à 94 % des cas) le CE migre au niveau bronchique et les signes cliniques sont beaucoup moins constants [4,6,7]. Le diagnostic positif de corps étranger bronchique (CEB) peut donc poser problème dans ces formes pauci, voire asymptomatiques. Le risque de complications et de séquelles pulmonaires secondaires à la présence d'un CEB augmentant avec le délai d'extraction, il est important de ne pas retarder le diagnostic [8,9]. Actuellement la technique de référence pour l'extraction d'un CEB chez l'enfant est la bronchoscopie rigide sous anesthésie générale. Mais cette technique est trop souvent utilisée dans un but à la fois diagnostique et thérapeutique conduisant à un taux de bronchoscopies blanches de 10 à 61 % selon les équipes [5,6,10–13]. Or le risque de complication de ces endoscopies rigides n'est pas négligeable, en particulier chez le petit enfant.

L'objectif de cet article est de déterminer, en s'appuyant sur une revue de la littérature, quels sont les examens paracliniques les plus pertinents en cas de suspicion de CEB chez l'enfant afin de diminuer l'incidence de ces bronchoscopies rigides blanches.

Rappels : orientation clinique

Sur le plan clinique, l'élément clé du diagnostic est le syndrome de pénétration, correspondant à la mise en jeu des réflexes de défense respiratoire (toux expulsive et spasme laryngé) en réaction à la pénétration du CE. Le syndrome de pénétration se manifeste par un accès de suffocation avec cyanose associé à une toux quinteuse mais il peut passer totalement inaperçu dans 12 à 25 % des cas [14,15]. À la phase aiguë signes cliniques les plus fréquents sont le wheezing, la diminution ou l'abolition localisée du murmure vésiculaire et le tirage intercostal. À distance de l'accident, si le syndrome de pénétration est passé inaperçu, on retrouve souvent un tableau de pneumopathies récidivantes dans le même territoire. Le [Tableau 1](#) illustre, selon différentes études, le manque de sensibilité et surtout de spécificité du syndrome de pénétration et de l'examen clinique à la phase aiguë d'un CEB. Ces données justifient le rôle primordial des examens paracliniques dans la prise en charge des suspicions de CEB.

Éléments paracliniques

Radiographie de thorax

Dans 80 à 96 % des cas les CE sont radiotransparents mais la radiographie de thorax de face en inspiration et expiration forcée peut mettre en évidence des signes indirects d'obstruction bronchique ([Tableau 2](#)). Le signe indirect le plus fréquent à la phase aiguë est l'emphysème obstructif avec trappage expiratoire, retrouvé dans 17 à 69 % des cas [10,13,16,17]. Cet emphysème est lié à une obstruction incomplète de la bronche par le corps étranger, bloquant le passage d'air en expiration par effet valve. L'emphysème est plus facilement mis en évidence par comparaison des clichés de face en inspiration et expiration forcée mais ces derniers ne sont pas toujours réalisables chez le petit enfant et il est alors nécessaire de faire une étude scopique (ou fluoroscopie des voies aériennes).

L'atélectasie, retrouvée dans 12 à 41 % des cas, est liée à une obstruction complète de la bronche avec collapsus du parenchyme pulmonaire d'aval [10,13,16–18]. Ce signe est plus tardif, quand les phénomènes inflammatoires apparaissent ou que le corps étranger se mobilise dans des bronches de plus petit calibre. Plus rarement, on peut observer un pneumothorax ou un pneumomédiastin liés à une

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4105310>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4105310>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)