

Ingestions de corps étrangers chez les enfants et adolescents

Raoul I. Furlano^{a)}, Christiane Sokollik^{b)}, Henrik Köhler^{c)}

Traduction: Alexandre Corboz, La Chaux-de-Fonds

Les ingestions de corps étrangers (CE) chez les enfants et adolescents sont fréquentes. Elles concernent essentiellement les enfants de jeune âge et ceux porteurs d'anomalies neurologiques.

Chez les adolescents, il s'agit le plus souvent d'ingestions volontaires à but suicidaire.

Très souvent, les CE traversent le tube digestif (TD) sans ambages ni intervention.

Toutefois, des complications graves, voir des issues fatales ont été décrites.

Le diagnostic et le traitement prendront en compte l'âge du malade, une éventuelle maladie de base préexistante, la présentation clinique, la nature du CE et sa localisation dans le TD.

Nous résumons ci-après les recommandations actuelles des gastropédiatres européens (European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN)^{d)} et endoscopistes (European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)^{e)} Ces recommandations sont le plus souvent le fruit de rapports individuels.

Les auteurs ont pris la liberté d'adapter ces recommandations pour leur résumé.

Pour approfondir le sujet, ils recommandent les références citées.

Les symptômes tels que douleurs rétrosternales ou abdominales, hypersialorhée, dysphagie, refus alimentaire, vomissement, hémématémèse, mélaena ou péritonisme sont les signes potentiels d'une ingestion de CE ou de ses complications.

Il convient, de manière générale, d'identifier la nature de chaque CE ingéré et sa localisation actuelle dans le TD.

Ces informations permettront de planifier la suite de la prise en charge.

1. Diagnostic et préparatifs

a. Chaque malade, chez qui l'ingestion d'un CE est suspectée, doit être examiné au cabinet ou aux urgences. Il faut adapter le degré d'urgence aux délais recommandés pour les interventions respectivement aux complications potentielles.

b. Il faut faire amener en consultation, si disponible, un **duplicata** du CE. Celui-ci servira à estimer les complications, la nature radio-opaque et à préparer la récupération endoscopique.

c. En plus de l'anamnèse actuelle, l'on recherchera des événements de **blocage** antérieurs, une dysphagie, des allergies et des anomalies anatomiques, afin de se déterminer - par exemple - par rapport à une potentielle œsophagite à éosinophiles

d. Si l'on ne peut pas exclure formellement l'ingestion d'un CE radio-opaque, des clichés conventionnels seront réalisés. Cette règle vaut également pour les malades asymptomatiques, et d'autre part particulièrement, si suspicion de complications (p.ex. perforation, aspiration).

e. Les clichés prendront du **maxillaire inférieur** jusqu'à l'abdomen ou au bassin, ou alors selon question spécifique. Le produit de contraste est, en règle générale, superflu.

Nous décrivons ci-après les étapes du diagnostic et de la prise en charge selon la nature et la localisation du CE.

En pratique clinique, il recommandable de procéder par étapes sur la base de ces critères.

Les CE de grand diamètre (piles plates, pièces de monnaie) ou pointus (arêtes de poisson) restent souvent coincés dans **l'œsophage**.

Après avoir passé l'œsophage, ce sont plutôt les objets allongés qui risquent de **ne pas passer le pylore**.

Les détroits plus en aval, tels que la **valvule iléocœcale**, ne constituent que rarement un obstacle, de sorte que si le CE est localisé dans les parties distales du TD, des contrôles subséquents ne sont que rarement nécessaires, p.ex. pour des imperdables ouvertes.

2. pièces de monnaie, CE obtus, bolus alimentaire

a. Chez les malades **asymptomatiques**, les CE œsophagiens doivent être retiré **dans les 24 heures par endoscopie**.

b. Si le malade est **symptomatique**, l'on devrait tendre à l'extraction endoscopique **dans les 2 heures**.

c. Les CE gastroduodénaux doivent être retiré par endoscopie, si les malades sont symptomatiques, ou diamètre **> 2.5 cm**, ou longueur **> 6 cm** (dimensions pour enfants d'âges scolaire).

d. Dans les autres situations, et si absence de symptômes, l'on peut attendre l'évacuation par voies naturelles, qui peut prendre jusqu'à **4 semaines**.

3. Objets pointus ou tranchants

a. La décision sera prise de cas en cas (conditions du malade, taille et acuité du CE ; cave lors de cure-dents, fragments osseux, de verre). Les objets considérés comme dangereux doivent être **récupérés** de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum supérieur par technique endoscopique, si possible **dans les 2 heures**. Lorsque la suspicion en est élevée, une endoscopie en urgence est également recommandée pour le CE non radio-opaques.

b. Si le CE n'est pas retiré, sa progression ultérieure devrait être radiologiquement documentée toutes les 24-72 heures. il faut prendre en considération une intervention chirurgicale ou une entéroscopie dans les conditions suivantes : arrêt du transit, absence d'évacuation dans un délai de 3-5 jours, ou en tout temps, si symptomatique.

Lorsqu'elles sont impactées, les petites piles plates génèrent souvent des complications. Dans l'œsophage, un courant électrique peut être induit par l'exiguïté de l'espace entre les parois. Une impaction œsophagienne en position inclinée peut provoquer des nécroses par décubitus.

a) Pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie & Ernährung, Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Basel

b) Pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung, Universitätskinderklinik, Inselspital, Universität Bern, Bern

c) Klinik für Kinder- und Jugendliche, Kantonsspital Aarau, Aarau

d) En anglais dans le texte original. N.d.T.

e) idem

4. Piles plates et cylindriques

- a. Les piles plates coincées dans l'oesophage doivent toujours être retirées dans les 2 heures, même en l'absence de symptômes.
- b. Les piles plates gastroduodénales devraient être retirées par technique endoscopique dans les 2 heures dans les conditions suivantes:



Figure 1: la pile plate coincée dans le détroit œsophagien supérieur montre l'image typique d'une double circonférence. L'extraction endoscopique en urgence est indiquée. (avec l'aimable autorisation du Dr Eich, PD, Hôpital cantonal d'Aarau, Radiologie).

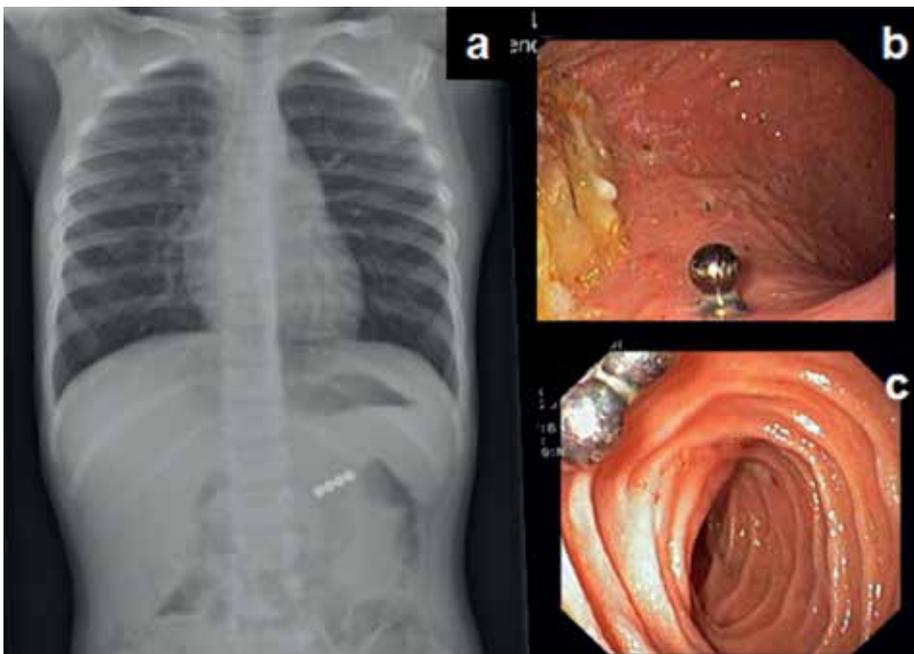


Figure 2: sur la radiographie, l'on voit, dans l'hypochondre gauche une chaîne formée de 4 aimants Neodymium. (a).

L'endoscopie ne retrouve cependant que 2 aimants dans l'estomac (b).

Ceux-ci sont profondément enchâssés dans la muqueuse, attirés par la force magnétique exercée par les 2 autres aimants, localisés dans le jéjunum proximal (c).

L'on imagine aisément la potentielle nécrose par décubitus puis la perforation subséquente. (avec l'aimable autorisation du Dr Eich, PD, Hôpital cantonal d'Aarau, Radiologie).

enfant symptomatique, difficultés de transit préexistantes (dysmotilité intestinale, sténose, diverticule, status post opération du TD)

- c. Les piles plates gastroduodénales chez les enfants asymptomatiques (surtout si diamètre < 20 mm) doivent faire l'objet d'une vérification radiologique à 48 heures. Celles qui stagnent dans l'estomac ou le duodénum devraient être retirées par technique endoscopique. Lors d'arrêt du transit et localisation plus distale (radiographies répétées), ou lors de symptômes, il faut considérer une intervention chirurgicale ou une entéroscopie.
- d. Les piles cylindriques coincées dans l'oesophage devraient être retirées dans les 24 heures, dans les 2 heures si symptomatiques.
- e. Les piles cylindriques gastroduodénales chez les enfants asymptomatiques peuvent être observées in situ pendant 7-14 jours, ensuite elles doivent être retirées.

5. Plusieurs aimants respectivement un aimant et au minimum un autre objet magnétisant

Par leur force d'attraction transpariétale, les aimants peuvent provoquer des nécroses par décubitus, voir des perforations. Ceci a été décrit de manière répétitive, en particulier pour des aimants en Neodymium, avec même des décès.

- a. Les aimants gastroduodénaux doivent être récupérés dans les 2 heures, avant leur passage transpylorique. Si le CE n'est pas retiré, le transit doit être documenté à des espaces courts de 12-24 heures.
- b. il faut prendre en considération une intervention chirurgicale ou une entéroscopie dans les conditions suivantes: arrêt du transit, absence d'évacuation dans un délai de 3-5 jours, ou en tout temps, si symptomatique.

Résumé

Lors d'ingestion de corps étrangers, il faut estimer les risques dans le cadre des recommandations ci-dessus. Dans le doute, l'on se dirigera de manière préférentielle vers une extraction endoscopique. Les piles plates coincées dans l'oesophage et les aimants en Neodymium gastroduodénaux constituent une situation urgence relative, dans laquelle il ne faut pas trainer.

Références

1. ASGE Standards of Practice Committee, Ikenberry SO, Jue TL, et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. *GastrointestEndosc.* 2011;73(6):1085-91
2. Kramer RE, Lerner DG, Lin T, et al. Management of ingested foreign bodies in children: a clinical report of the NASPGHAN Endoscopy Committee. *J PediatrGastroenterolNutr.* 2015;60(4):562-74
3. Litovitz T, Whitaker N, Clark L, et al. Emerging battery-ingestion hazard: clinical implications. *Pediatrics.* 2010;125(6):1168-77
4. Kurzai M, Köhler H. Gastrointestinale Verätzung und Fremdkörperingestion. *Monatsschrift Kinderheilkd* 2005;153:1197-1208
5. Furlano R, et al. Endoscopy Guidelines ESPGHAN/ESGE Foreign bodies (submitted)

Correspondance

PD Dr. med. Raoul I. Furlano
Pädiatrische Gastroenterologie & Ernährung
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
Spitalstrasse 33, Postfach
CH-4031 Basel
raoul.furlano@ukbb.ch

Les auteurs certifient qu'aucun soutien financier ou autre conflit d'intérêt n'est lié à cet article.