

# CORPS ETRANGERS DU TUBE DIGESTIF

Dominique Pateron  
CHU Jean Verdier, Université Paris XIII



# INTRODUCTION

- Situation à laquelle les urgentistes sont régulièrement confrontés.
- Après déglutition, le CE passe 5 fois plus souvent dans les voies digestives que dans les voies aériennes.
- Présentation clinique initiale : éventail symptomatique large
- Gravité : localisation oesophagienne et caractère vulnérant. Mortalité < 1%
- Corps étranger par voie rectale : problèmes spécifiques

# TRACTUS DIGESTIF SUPERIEUR

# EPIDEMOLOGIE

- L'ingestion de CE survient essentiellement aux extrêmes de la vie.
  - 60% d'enfants de moins de 6 ans
  - 15% sont des personnes âgées, le plus souvent édentées
- Ingestion accidentelle le plus souvent. L'ingestion de corps étranger est fréquente en milieu carcéral et psychiatrique

Gastrointest Endosc 1995; 41: 39-51

# EPIDEMOLOGIE

- Unique : 97%.
- Multiple notamment en cas d'ingestion volontaire ou psychiatrique
- La nature du CE :
  - âge et site de blocage.
  - Tous types de CE plus ou moins acrés en cas d'ingestion volontaire
  - Piles : problèmes spécifiques
  - Drogue (body packer syndrome)

# LOCALISATION

- Tout le tube digestif peut être concerné
- Œsophage :
  - 1/3 supérieur :
  - 2/3 inférieurs de l'œsophage.
  - Le blocage alimentaire survient souvent en amont d'une sténose peptique ou d'un anneau oesophagien.
  - Pression aboutissant à une ischémie locale

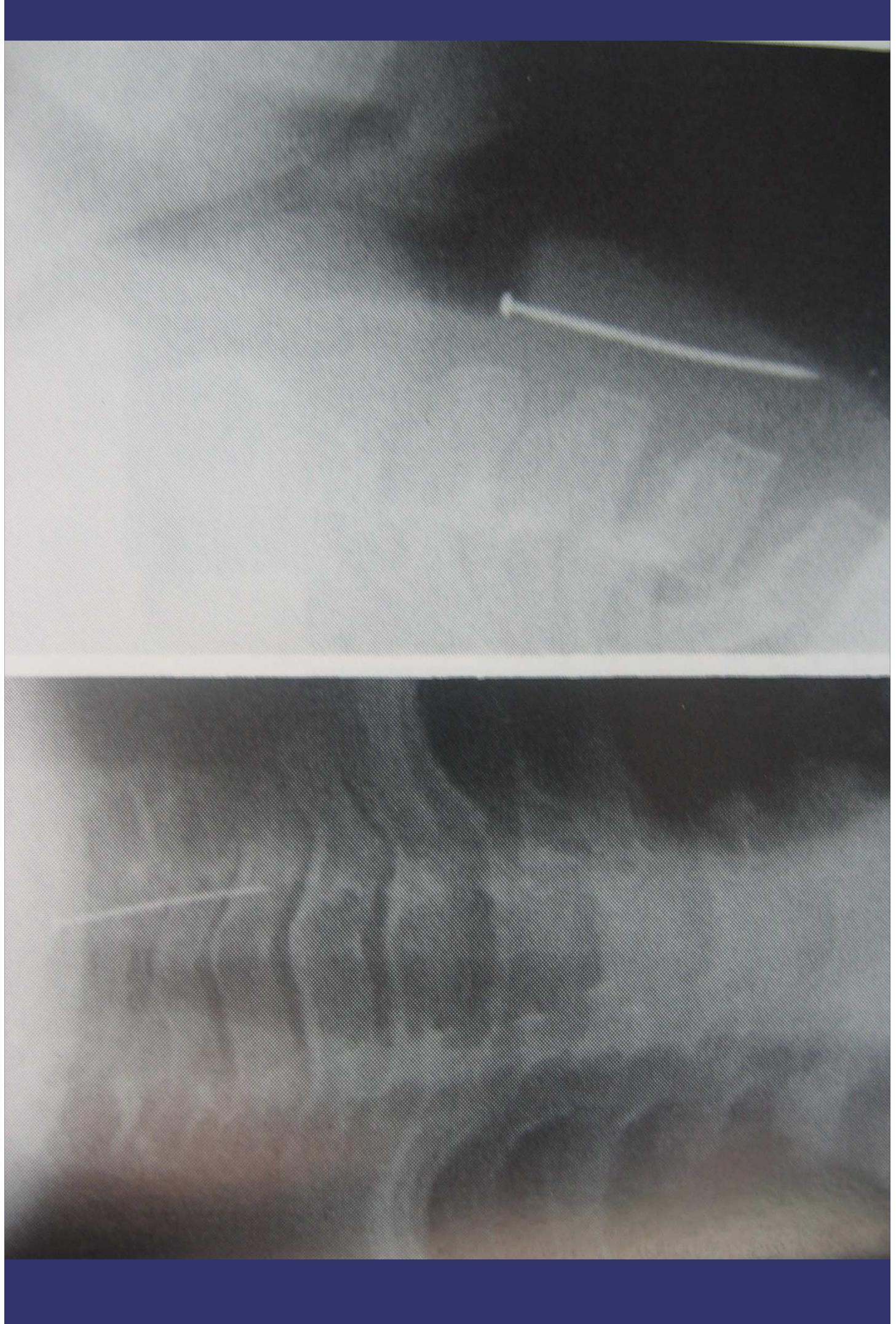
Surgery 1996; 100: 512-9

# LOCALISATION

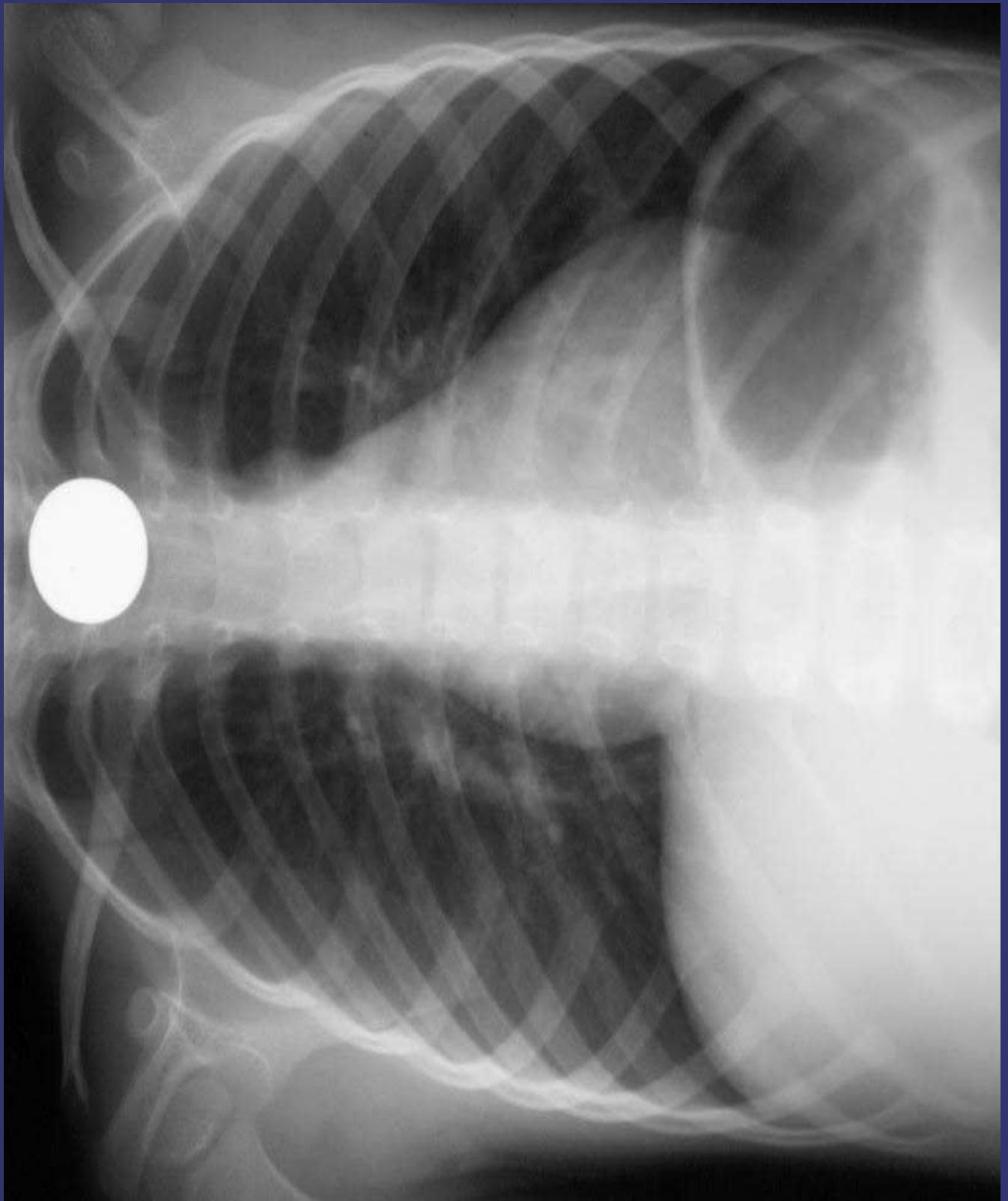
- Estomac : CE passe dans le duodénum dans 90% des cas.
- Le passage dépend de la forme du corps étranger et de sa taille. Problème si diamètre > 5 cm
- Lorsque le corps étranger a atteint l'intestin grêle, le seul obstacle jusqu'à l'expulsion est la valve iléo-caecale

# NATURE DU CORPS ETRANGER

- Piles :
  - Œsophage
  - Estomac
- Absorption volontaire de cocaïne
- Au total, 90% des CE arrivant dans l'œsophage sont éliminés dans les selles
- Geste endoscopique : 10%
- Intervention chirurgicale : 1%









B



# HISTOIRE CLINIQUE

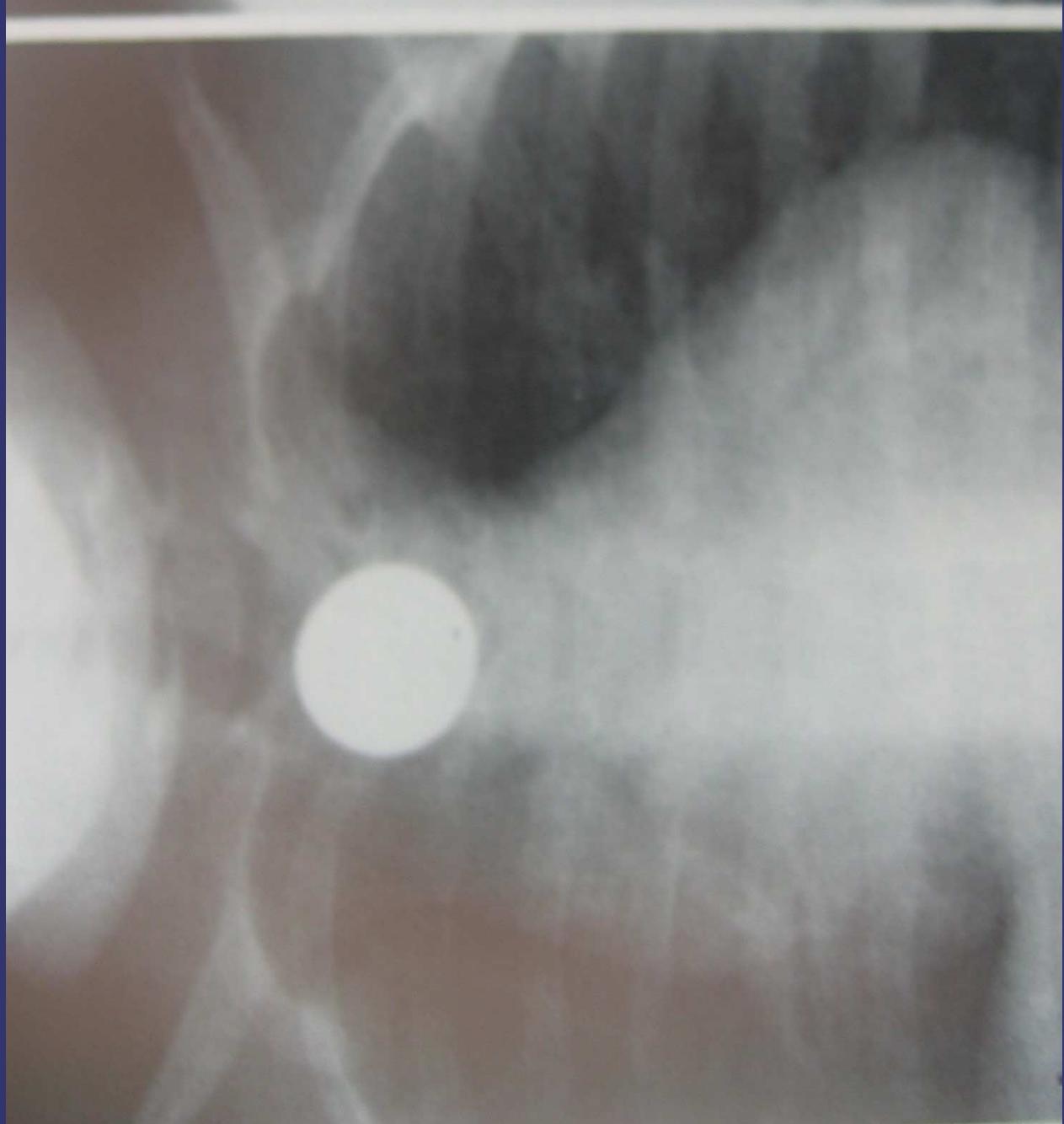
- **Corps étrangers oropharyngés :**
  - sensation très désagréable
  - arêtes, de petits fragments osseux ou de prothèses dentaires.
  - Complications potentielles
- **Corps étrangers œsophagiens :**
  - dysphagie
  - syndrome de pénétration
  - Complications
- **Corps étrangers de l'estomac :**
  - Signes vagues
  - Syndrome de pénétration.

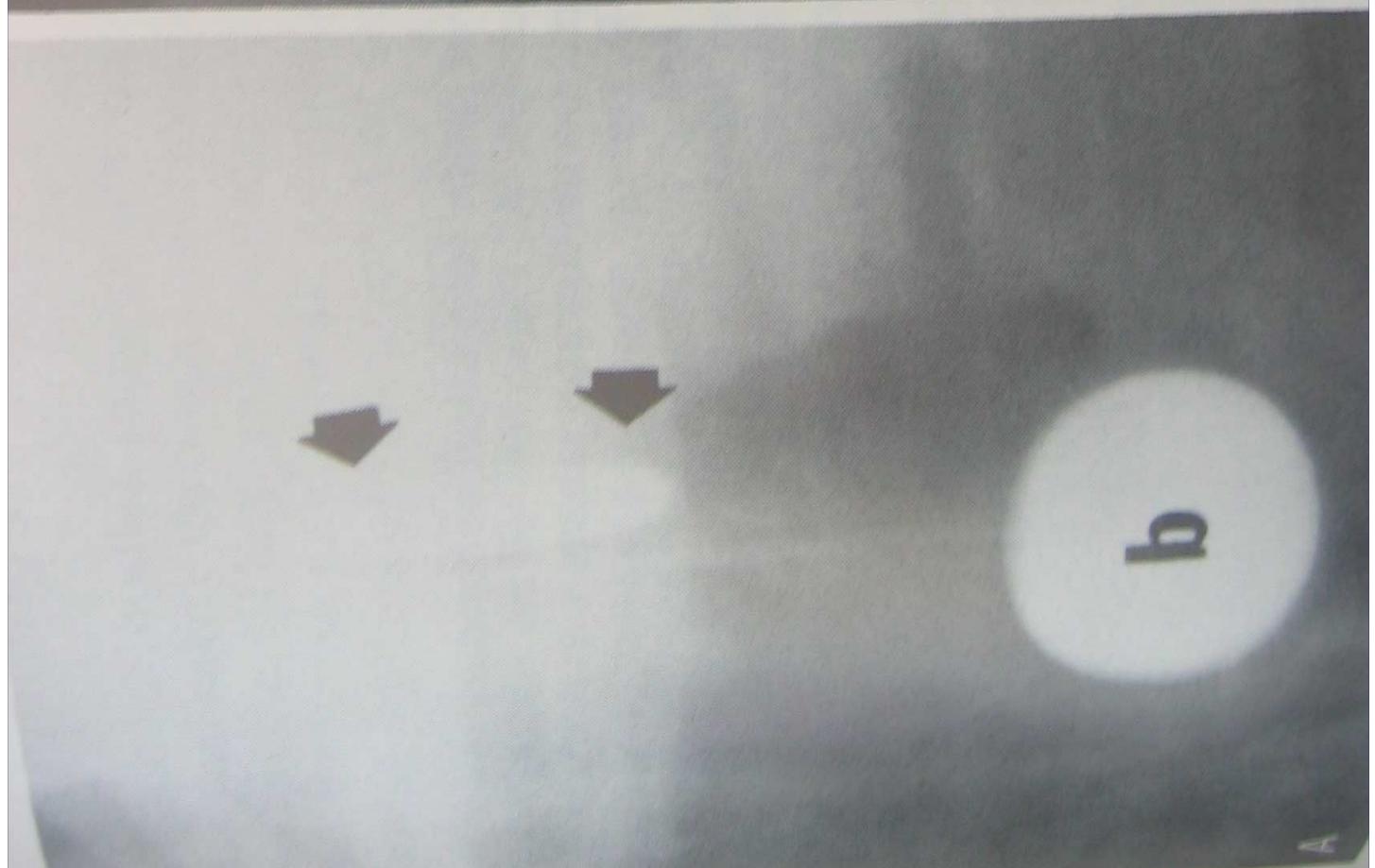
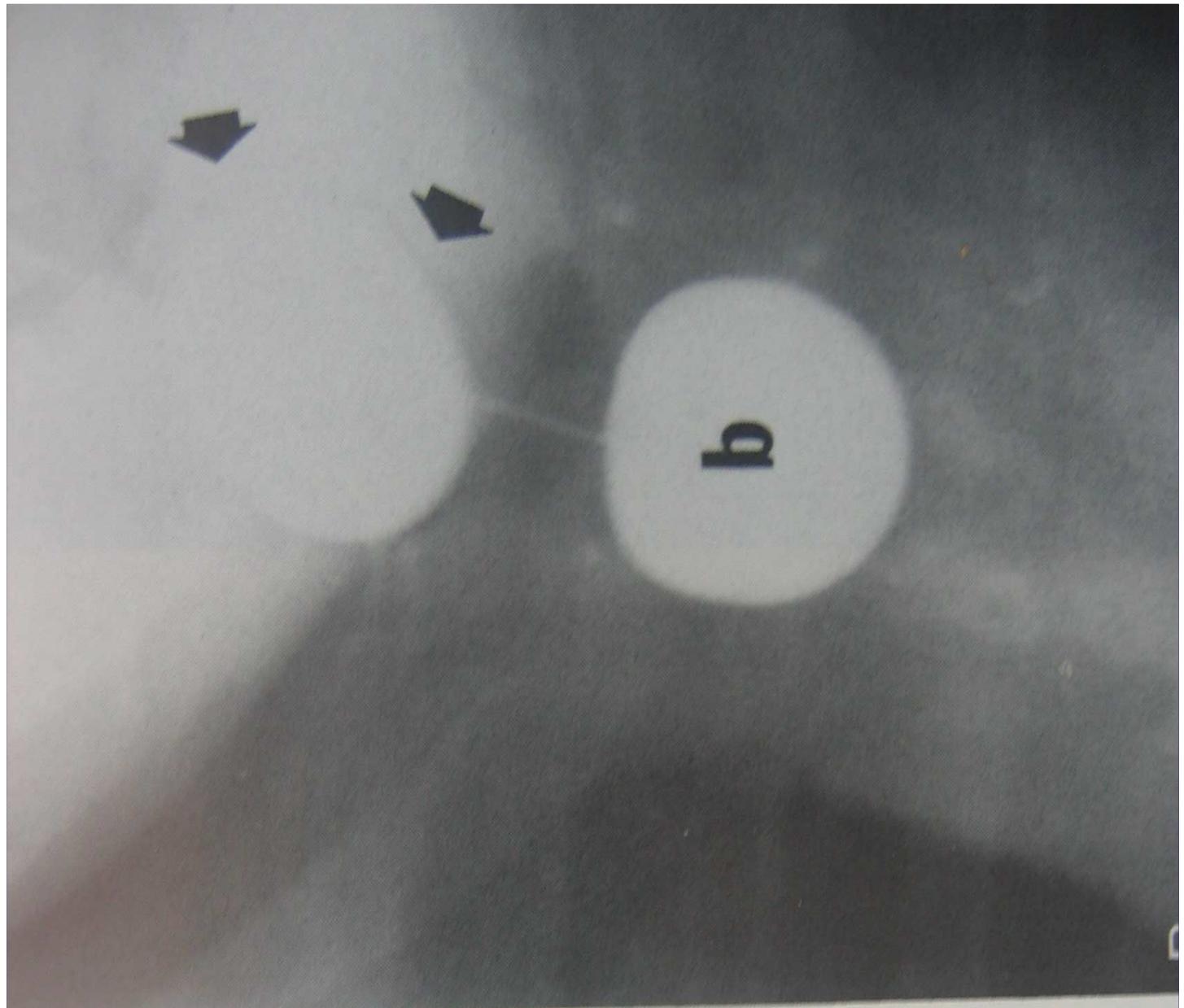
# **PRISE EN CHARGE**

- **Prise en charge initiale :**
  - Transport : position assise
  - Liberté des voies aériennes
  - Une sonde d'aspiration peut être utile pour les patients ayant une hypersialorrhée.
  - Examen de l'oropharynx par vision directe et indirecte à la recherche de CE
  - Le reste de l'examen physique : pauvre.

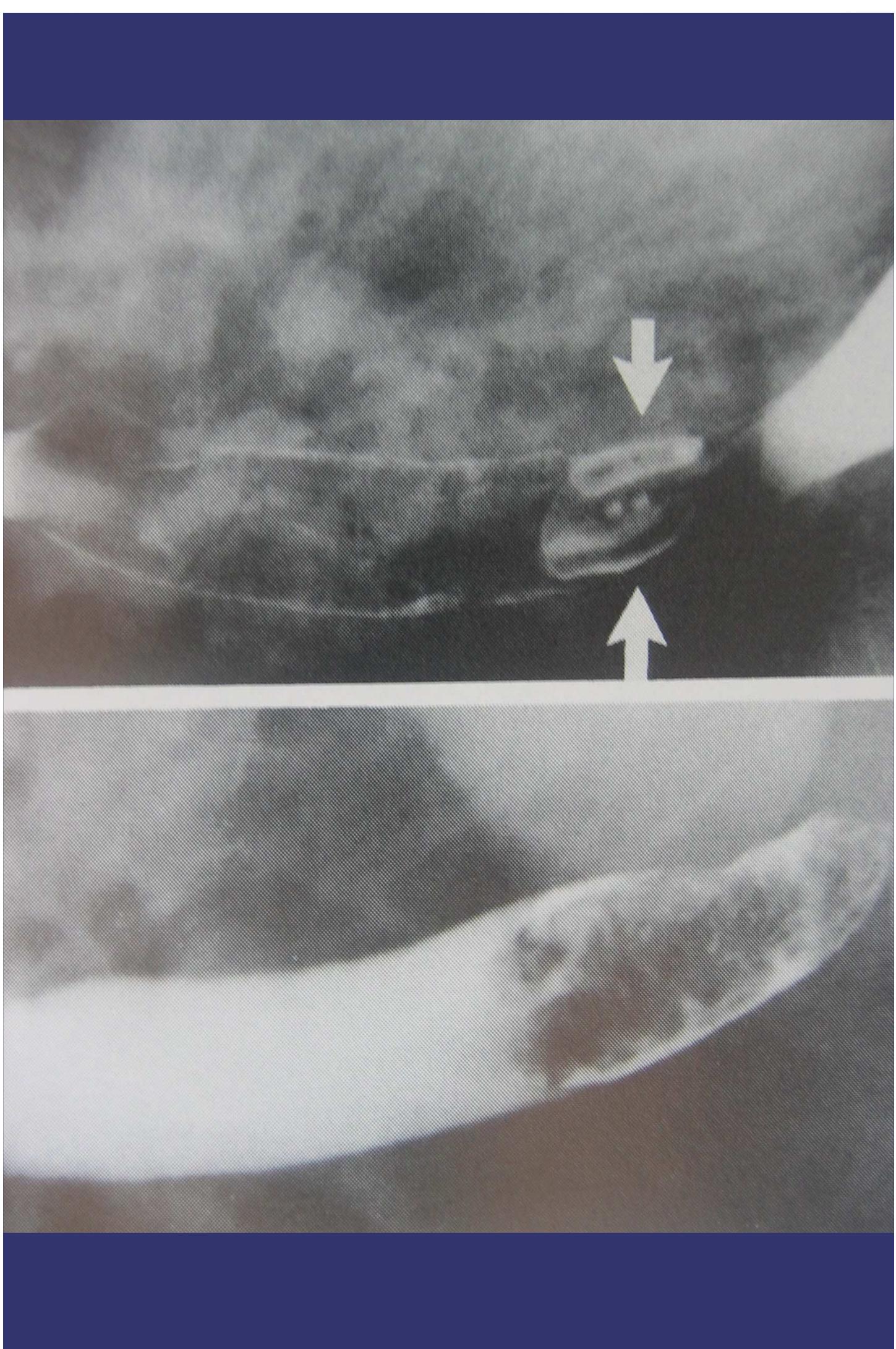
# RADIOLOGIE

- Clichés standards
  - Localisation du CE
  - Détermination de la taille et de la nature
  - Ne pas retarder les gestes urgents
  - Recherche de complications
- Une bouchée barytée :
  - CE oesophagiens
  - Gêne à l'endoscopie ?
  - suspicion de perforation (hydro-solubles)
- Scanner : sensibilité de 100 % et une spécificité de 94 % et une valeur prédictive positive de 97 %









# INDICATIONS DE L'ENDOSCOPIE

Localisation du CE Nature du CE	Œsophage	Estomac
Pièce	immédiat si symptomatique <24h si asymptomatique	<20 mm : 3 semaines >20mm : 1 semaine
Aliments	immédiat si aphagie <12h si déglutition possible	
CE acérés	immédiat	immédiat
Piles	immédiat	immédiat : pile altérée ou >20mm <48h : pile intacte et <20mm
Drogues	pas de tentative	pas de tentative

# **ENDOSCOPIE**

- Endoscopie urgente : piles, CE acrés
- Endoscopie rapide : CE en aluminium ou de prothèses dentaires.
- Endoscopie pour impaction de nourriture (recherche d'une sténose)
- Extraction des pièces localisées dans le tiers inférieur de l'œsophage par poussée de la pièce dans l'estomac où elle est saisie plus efficacement.

# ENDOSCOPIE ET ANESTHESIE

- Dans les ¾ des cas, sous simple anesthésie locale pharyngée. L'extraction se fait de préférence à jeun.
- En cas d'urgence, la balance bénéfice/risque doit être évaluée en prenant en compte l'anesthésie générale à estomac plein et les risques liés à la présence prolongée du corps étranger.

# **INDICATIONS A L'ANESTHESIE GENERALE**

- **Enfant ou sujet pusillanime**
- **CE acéré ou de grande taille**
- **Piles**
- **CE pharyngé ou tiers supérieur de l'œsophage**
- **Endoscope rigide, nécessité d'un overtube**
- **Echec de l'endoscopie sans anesthésie générale**

Gastrointest Endosc 1999 ; 49 : 243-5

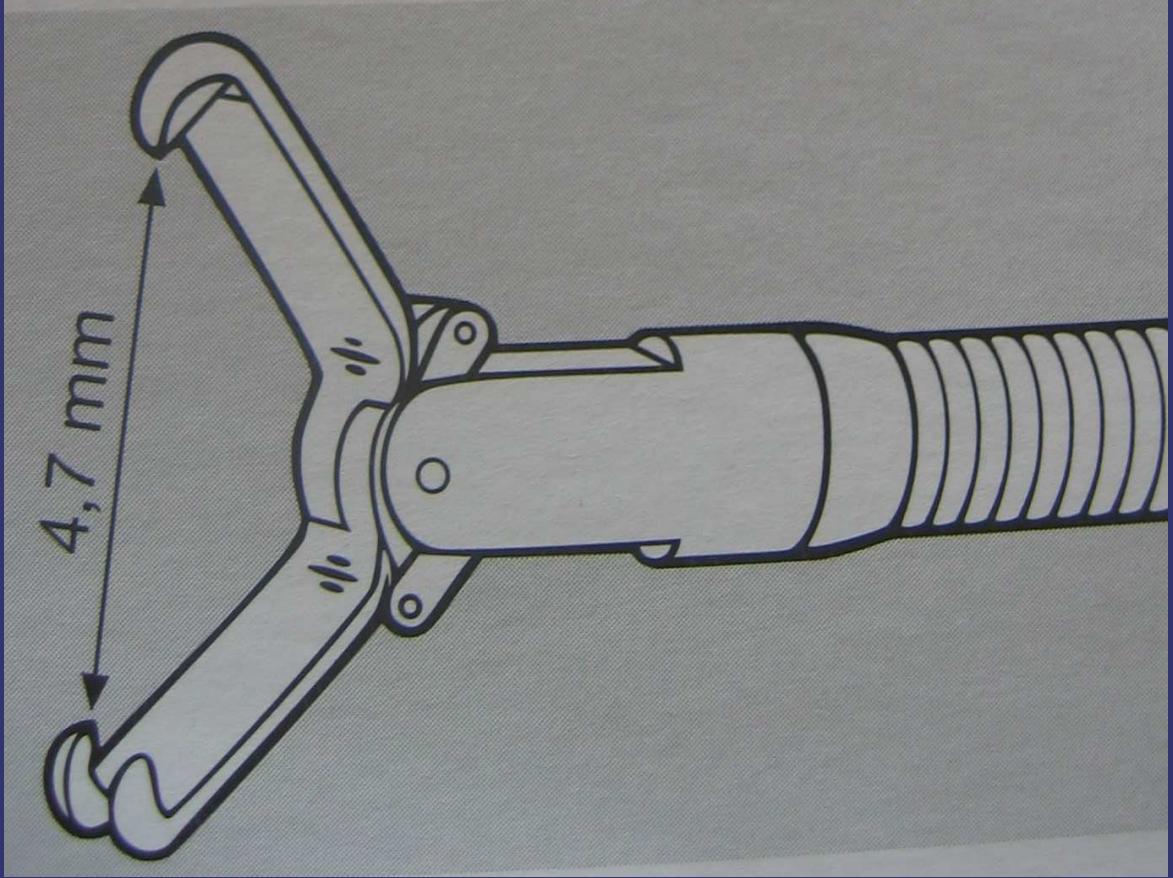
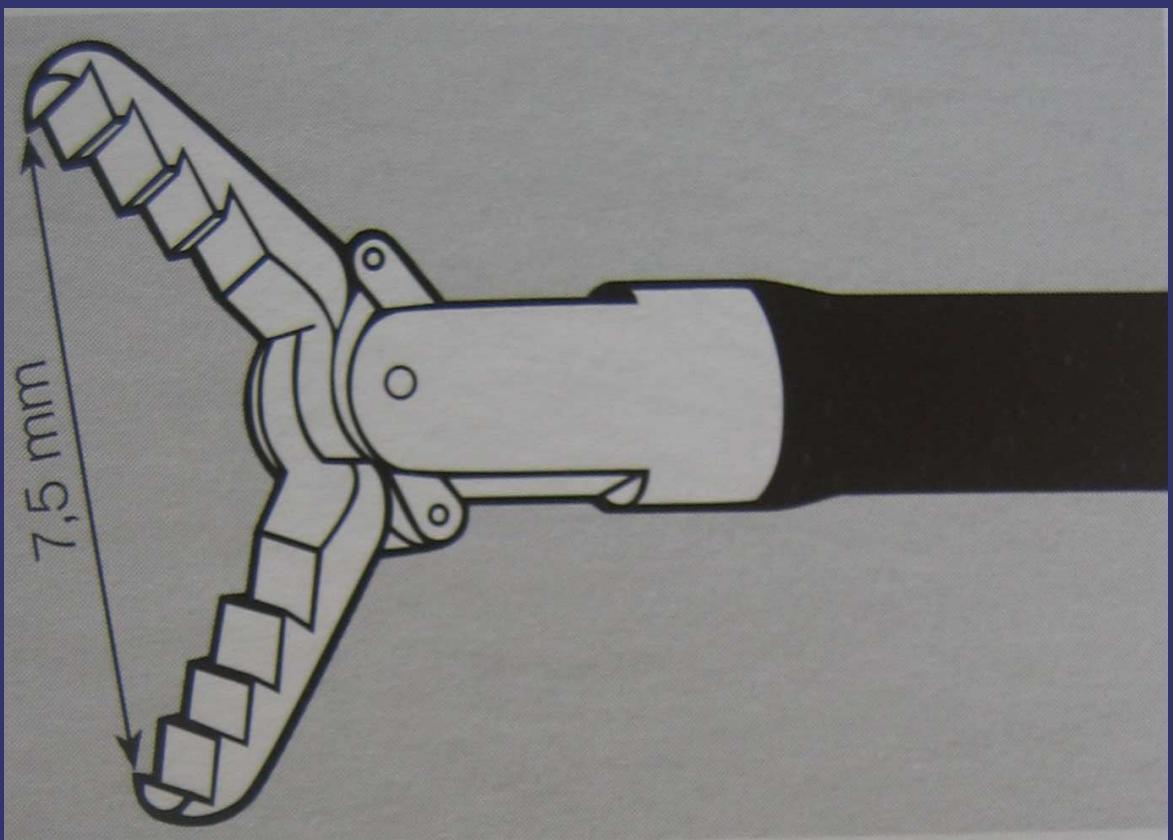
# ENDOSCOPIE

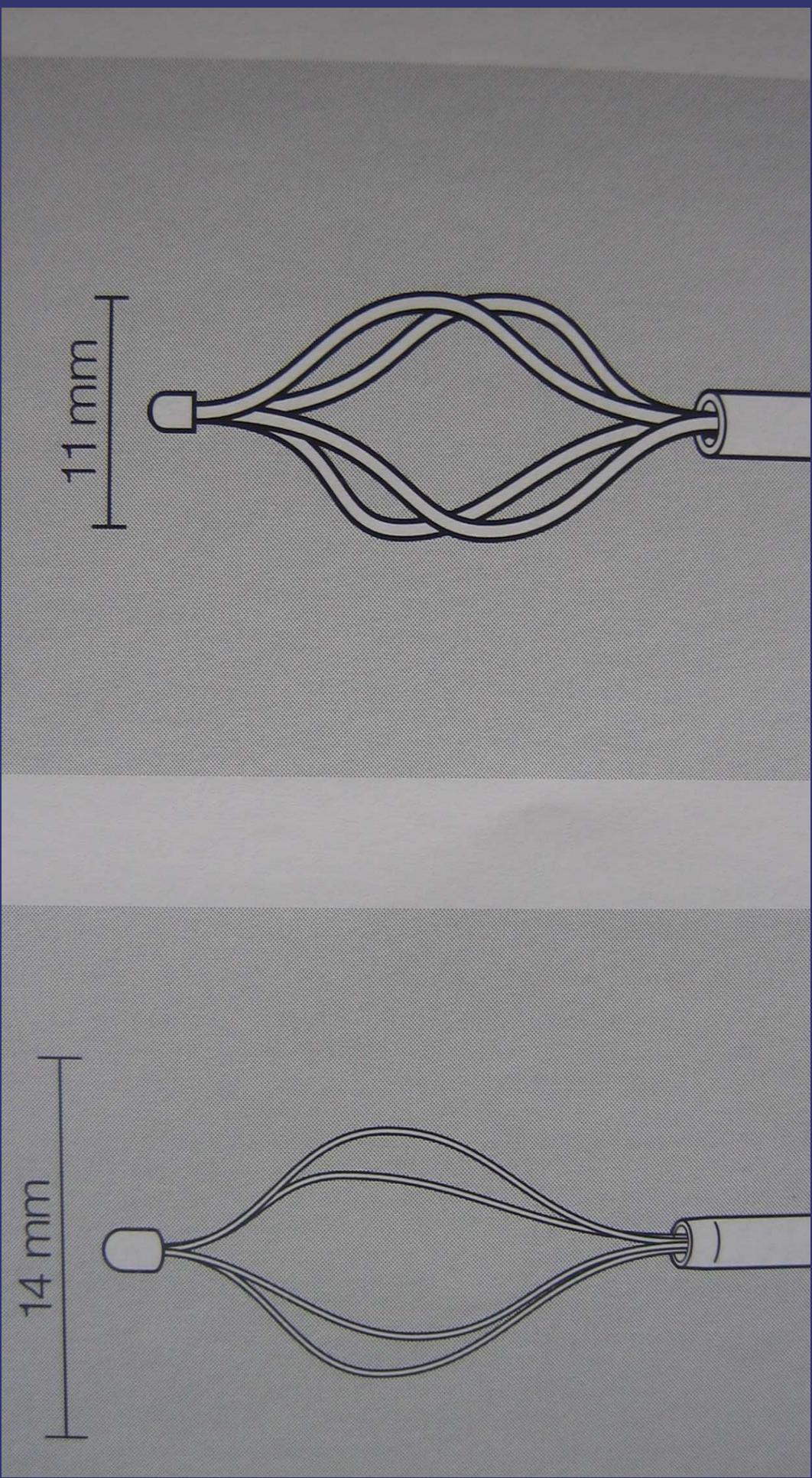
- **Laryngoscope à lame :**
  - région épiglottique
  - Arête de poisson, de pièces de monnaie ou de jouets de petite taille
- **Endoscope rigide :**
  - ORL
  - Vision permanente du CE
- **Fibroscopie souple tractus digestif supérieur**
  - Tractus digestif supérieur
  - matériel d'extraction très diversifié

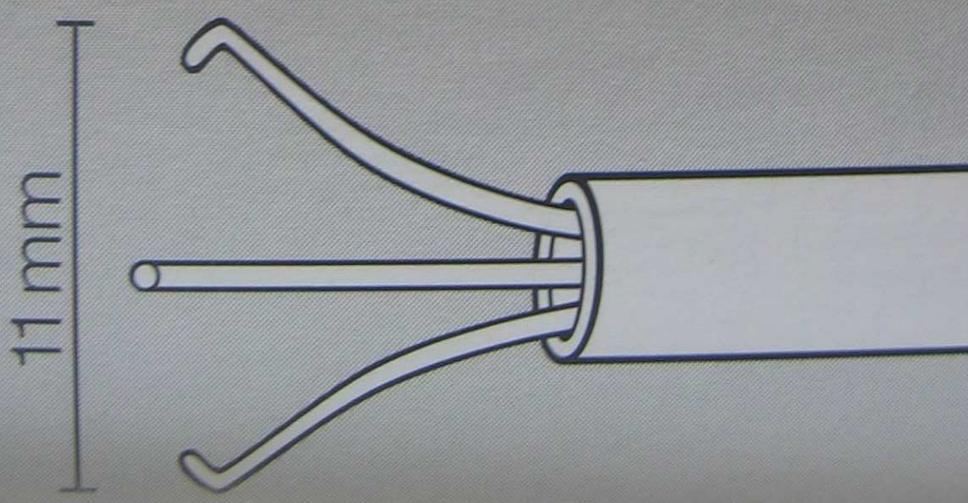
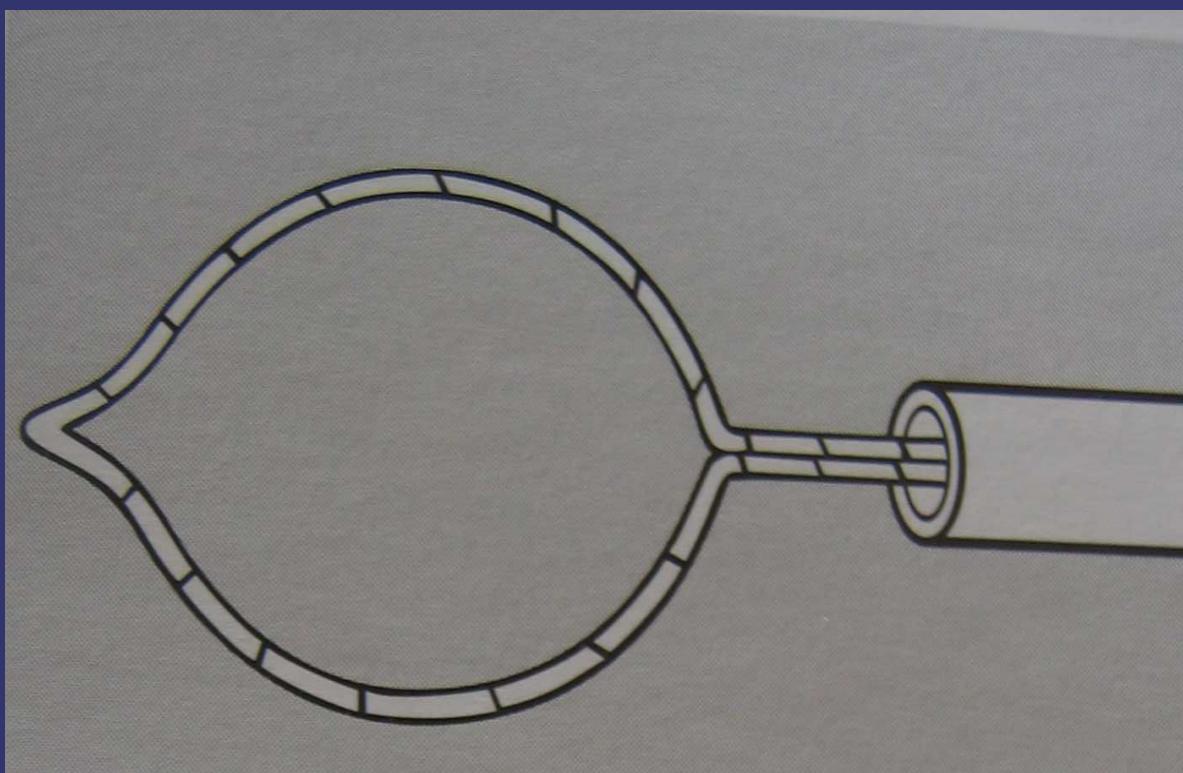
# ENDOSCOPIE

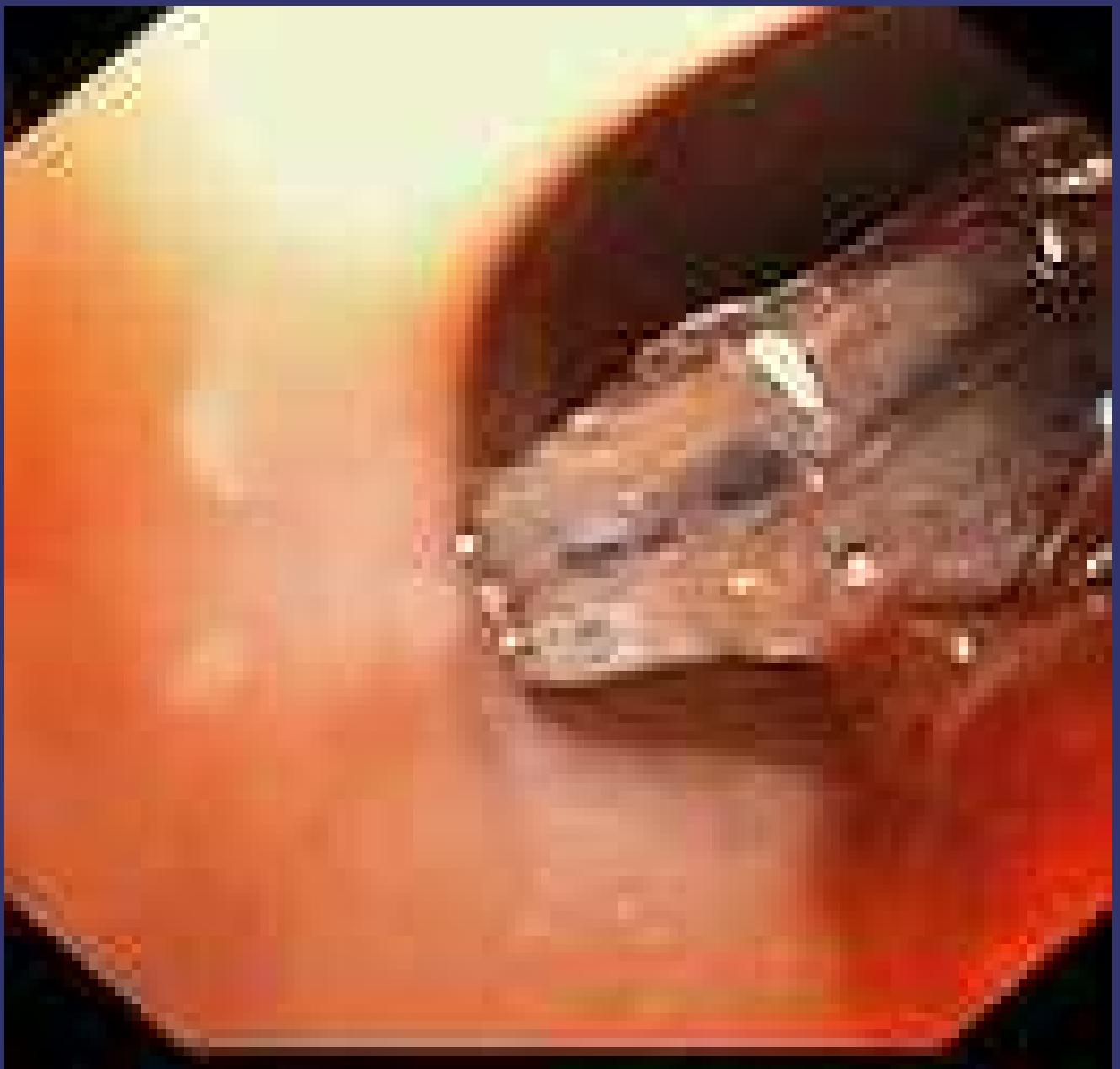
- **Matériel de protection :**
  - indispensable pour l'extraction des CE d'un diamètre supérieur à 20 mm ou des CE acérés ou vulnérant.
  - capuchon protecteur en caoutchouc positionné sur l'extrémité distale du fibroscopie
  - gaine rigide (overtube) : CE vulnérant bloqué dans l'œsophage.

Gastrointest Endosc 1997 ; 45 : 490-2









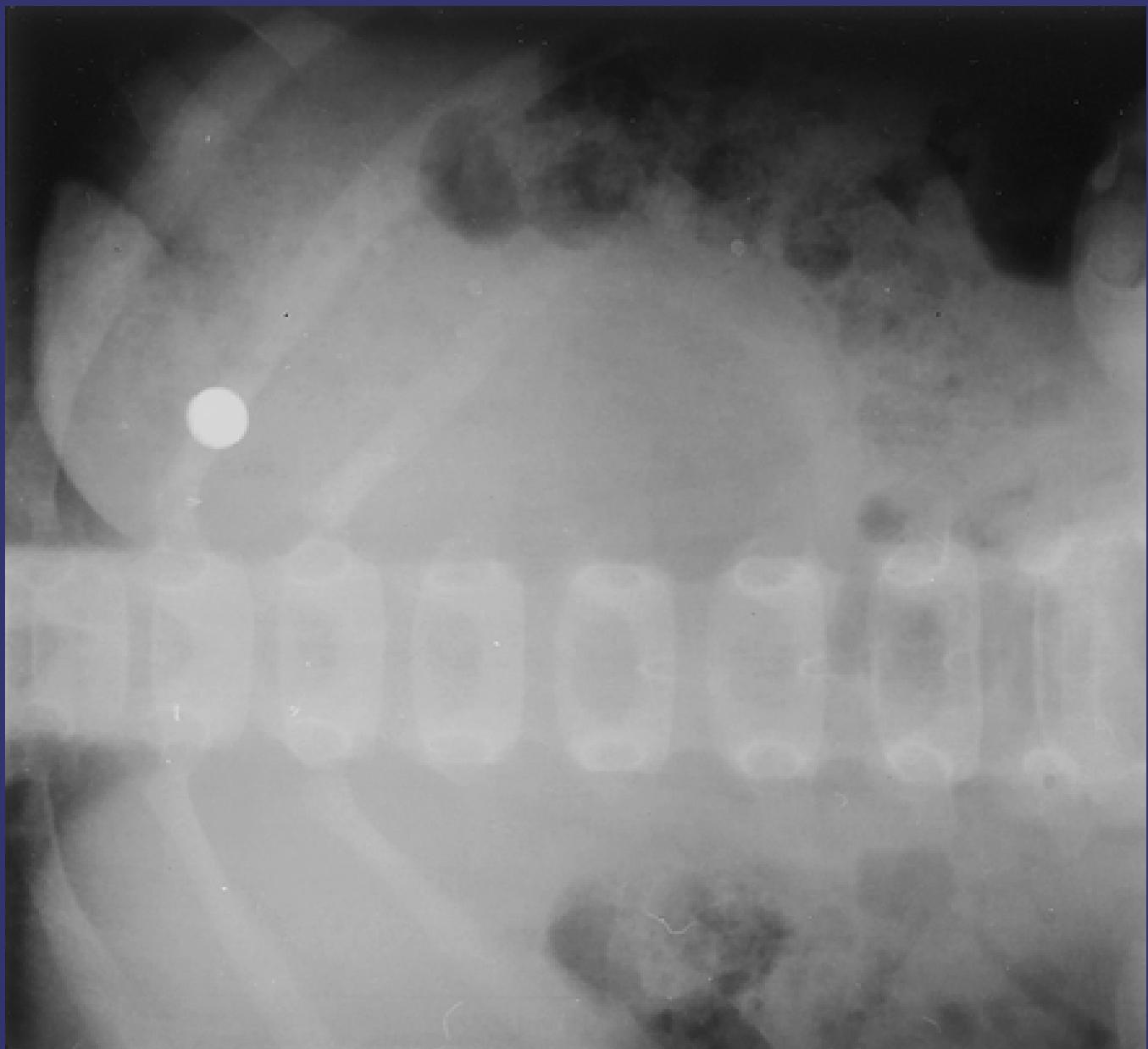


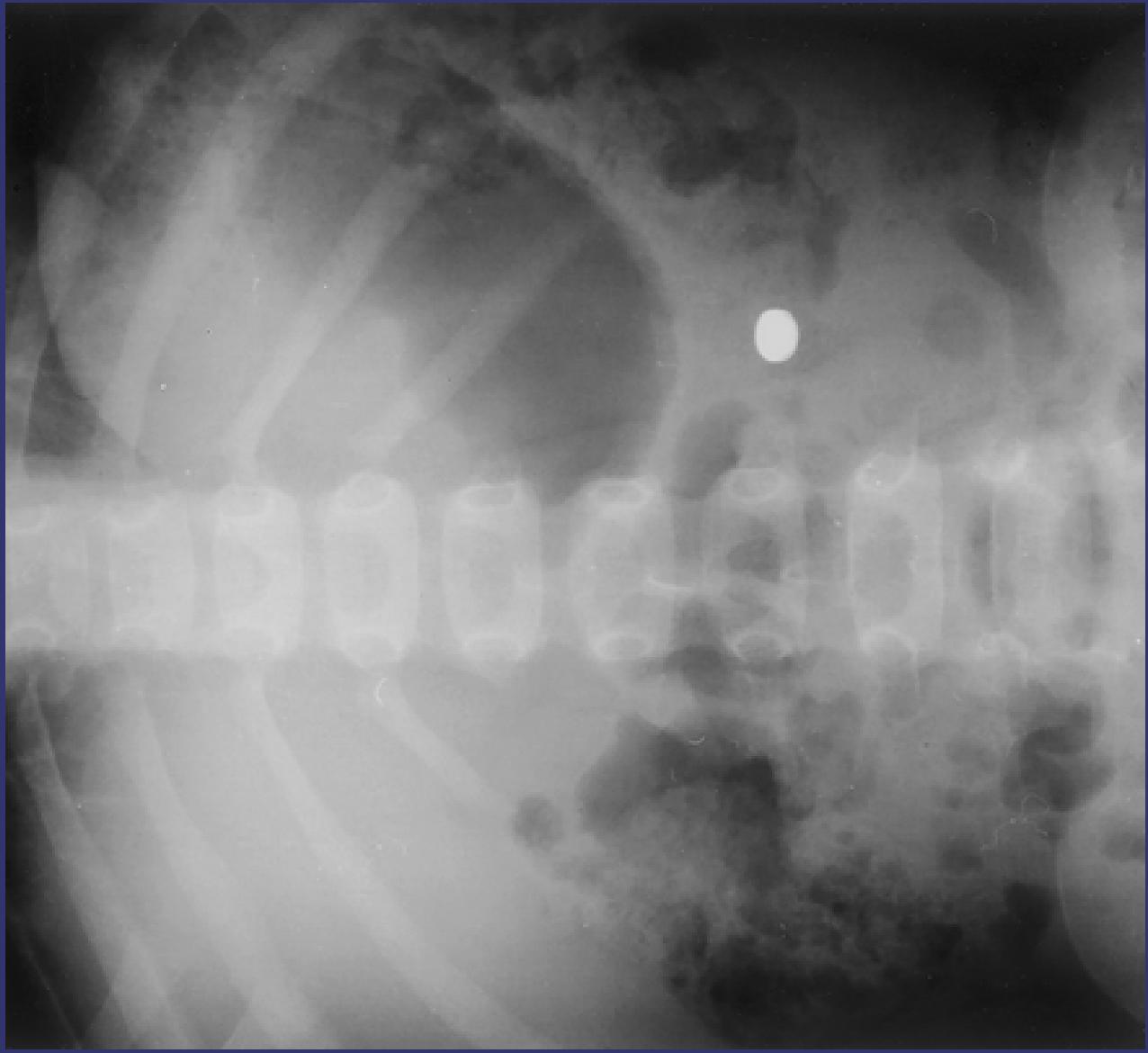
# MEDICAMENTS

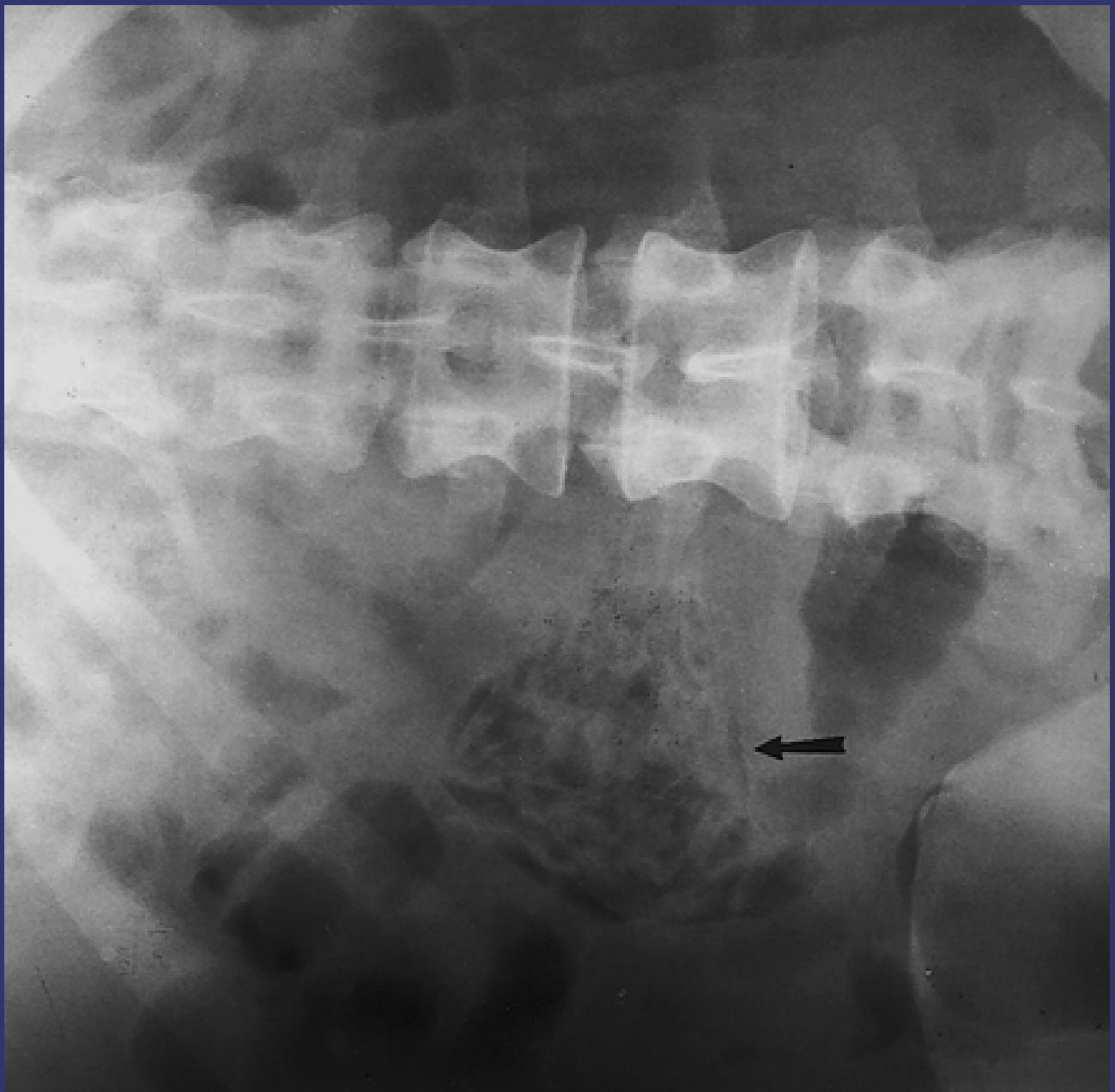
- Vomissements par Ipéca : dangereux et inefficace
- Papaïne : CE alimentaires par dégradation enzymatique
- Glucagon :
  - action relaxante du sphincter inférieur de l'œsophage.
  - CE d'origine alimentaire.
  - Efficacité pour les CE alimentaires oesophagiens a été évaluée à 50 %.
  - Cl

# SURVEILLANCE

	Hospitalisation	A jeun	Contrôle radiologique
<b>CE oesophagiens</b>	Oui	Oui	<24h
<b>CE Gastriques ou intestinaux</b>			
<b>Acérés Piles (Intestinaux)</b>	Oui	Oui	quotidienne
<b>Autres</b>	Non	Non	Hebdomadaire







# CORPS ETRANGERS RECTAUX

# EPIDEMOLOGIE

- Pic de fréquence : 20 à 30 ans.
- Impossibilité d'évacuer des objets déglutis  
introduction volontaire ou accidentelle +++
- accroissement de l'utilisation érotique des CE
- Mortalité rare
  - Hémorragie
  - Perforations
  - Infection

Dis Colon Rectum 1981; 24: 323

# CLINIQUE

- Symptomatologie : inexiste, syndrome rectal ou liée à des complications
- Les motifs de recours : douleurs abdominales ou rectorragies
- Signalement du CE rarement spontané, circonstances peu claires. impossibilité d'extraire le CE.
- Circonstances d'introduction du CE variables :
  - pratiques érotiques (objets très variés),
  - thérapeutique (massage prostatique, évacuation fécalome, thermomètre....),
  - psychiatrique (aiguille, lame de rasoir)
  - contexte carcéral ou frauduleux (objets cachés)

# INTERROGATOIRE

- Manœuvres préalables entreprises (perforation ou de dilacération)
- Durée d'insertion du CE
- Existence de douleur, de rectorragie, de fièvre
- Le type d'objet inséré, sa fragilité, son caractère acéré...

# **EXAMEN PHYSIQUE**

- Examen de la marge anale
- Toucher rectal permet de savoir si le CE est en position rectale inférieure
- Extraction aux urgences : CE non acéré, qui ne risque pas de se casser et ne sont pas friables

Emerg Med Clin North Am 1996; 14: 757-88

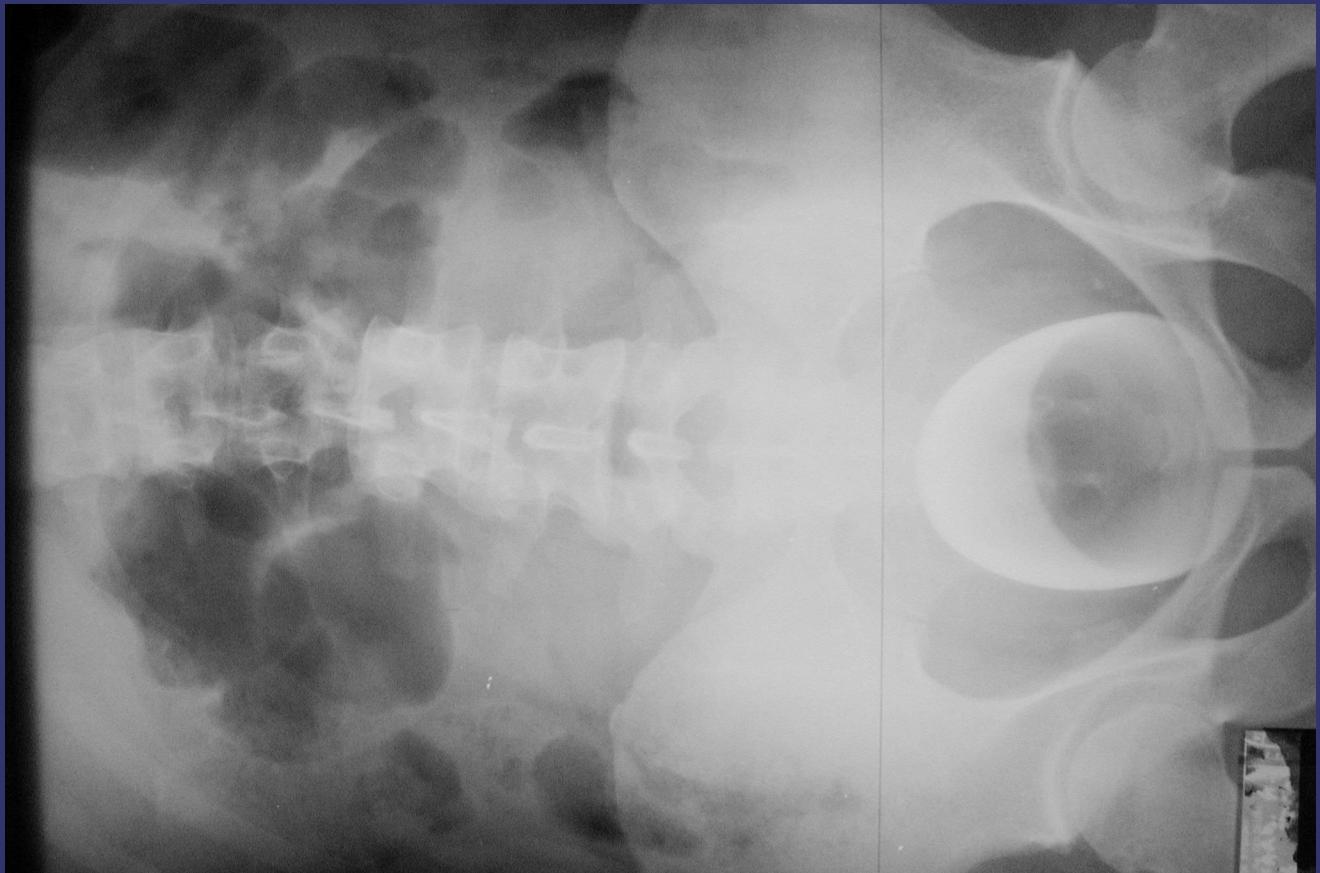
# RADIOLOGIE

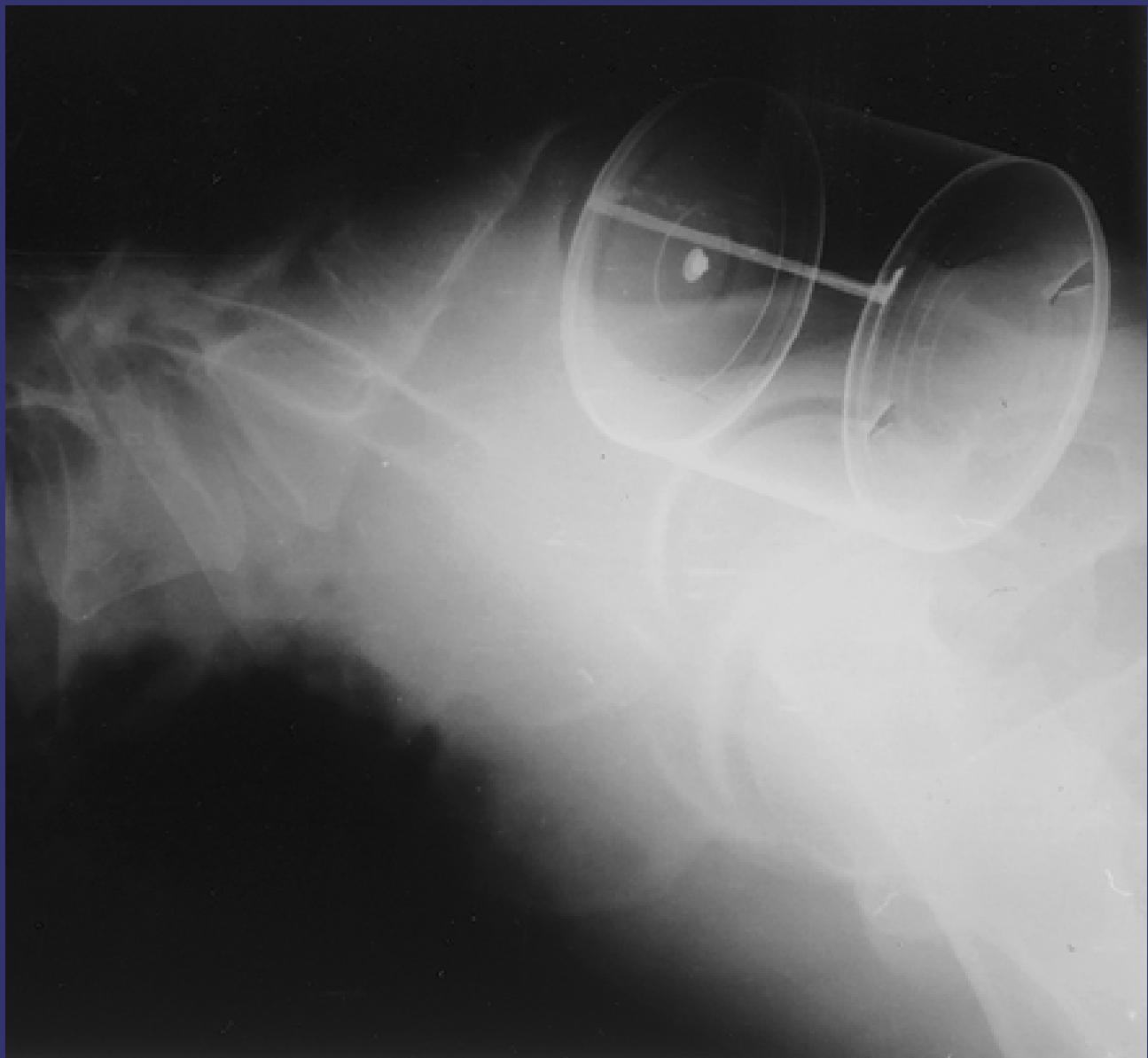
- **Clichés sans préparation de l'abdomen et du pelvis sont indiqués.**
- **Cliché de profil précise la position du CE.**
- **Coupoles : recherche de pneumopéritoine**
- **Une opacification aux hydrosolubles peut compléter les clichés sans préparation pour les objets radiotransparents.**





DRS





# **EXTRACTION**

- Extraction par voie naturelle si pas de complication
- Eléments du succès de l'extraction : visualisation endoscopique du CE et sédation.
- Réalisée sous anesthésie locale ou générale avec dilatation sphinctérienne
- Moyens utilisés adaptés aux types d'objet : doigts de l'opérateur, pinces à CE, anses à lasso, sondes à ballonnet gonflée en amont de l'objet.
- Après extraction, contrôle rectoscopique

# INDICATIONS CHIRURGICALES

- **Stigmate de perforation de dilacération ou d'infection**
- **Position rectale haute du CE ou échec d'extraction**
- **Objets en verre**
- **Objets cassables ou friables**
- **Objets acérés**
- **Objets dangereux**

Dis Colon Rectum, 1985; 28: 941-4

