

Conduite à tenir devant une ingestion de corps étrangers

Ingestion of foreign body

Audrey Haennig⁽¹⁾, Barbara Bournet⁽¹⁾,
Olives Jean-Pierre⁽²⁾, Louis Buscail⁽¹⁾

¹ CHU Rangueil, service de gastroentérologie et nutrition, 1, avenue Jean-Poulhès, TSA 50032, 31059 Toulouse Cedex 9, France

² CHU Purpan, hôpital des enfants, unité de gastroentérologie hépatologie et nutrition, TSA 70034, 31059 Toulouse Cedex 9, France

e-mail : <Buscail.L@chu-toulouse.fr>

Résumé

L'ingestion de corps étranger est une situation clinique fréquente mais d'évolution souvent favorable et sans complication. Les populations à risque sont représentées par les enfants, les sujets âgés, les adultes ayant un trouble psychiatrique ou une affection œsophagienne sous-jacente. Devant un corps étranger ingéré, plusieurs éléments sont à prendre en compte avant de retenir l'indication d'une endoscopie : l'évaluation clinique et radiologique initiale, le terrain et la nature du corps étranger. Près de 80 à 90 % des corps étrangers traversent spontanément le tractus digestif et ne nécessitent pas de manœuvre endoscopique. Une extraction en urgence est justifiée en cas de signes cliniques d'obstruction, d'ingestion de corps étrangers tranchants ou volumineux (longueur supérieur à 6 cm, diamètre supérieure à 2,5 cm), l'ingestion de piles ou d'aimants. L'endoscopie doit être réalisée sous anesthésie générale avec un opérateur entraîné et un petit matériel adapté. En l'absence d'extraction, une surveillance clinique et radiologique rapprochée est effectuée jusqu'à évacuation. Seulement 1 % des corps étrangers ingérés sont traités chirurgicalement. La prévention reste le meilleur traitement chez l'enfant.

■ **Mots clés** : corps étranger ingéré, endoscopie en urgence, endoscopie de l'enfant, bézoard, piles plates, dysphagie

Abstract

Ingestion of foreign body is a frequent situation in current gastroenterological practice especially in paediatrics. High-risk population and/or factors include children, aged people, use of dentures, psychiatric disorders or pre-existing esophageal disorders. The initial evaluation is crucial regarding clinical examination, radiology, context and type of foreign body in order to decide or not an endoscopic extraction. Almost 80-90% of ingested foreign bodies spontaneously cross the digestive tract and do not require endoscopic intervention. An early endoscopic removal is justified in case of: signs of obstruction, large foreign bodies (greater than 6 cm long, greater than 2.5 cm diameter), sharp foreign bodies, button batteries and magnets. Endoscopy should be performed under general anesthesia, by a skilled operator and with adapted extraction materials. In the absence of extraction, a short term clinical and radiological follow-up must be set up until evacuation of the foreign body. Less than 1% of ingested foreign bodies require surgery. The best treatment in children is prevention.

■ **Key words**: ingested foreign body, endoscopy as a matter of urgency, endoscopy of the child, bezoar, flat piles, dysphagia

**HEPATO-GASTRO
et Oncologie digestive**

Tirés à part : L. Buscail

Pour citer cet article : Haennig A, Bournet B, Jean-Pierre O, Buscail L. Conduite à tenir devant une ingestion de corps étrangers. *Hépatogastro* 2011 ; 18 : 249-257. doi : 10.1684/hpg.2011.0582

L'ingestion de corps étrangers (CE) est un motif fréquent de consultation ou d'admission aux urgences. Dans 80 % des cas les ingestions accidentelles concernent des enfants avec un pic de fréquence entre neuf mois et trois ans [1, 2]. Chez l'adulte, ce sont les détenus, les patients psychotiques, de même que les sujets âgés édentés qui sont le plus à risque d'ingestion de CE. Près de 80 à 90 % des CE ingérés traversent spontanément la filière digestive sans aucun problème, seuls 10 à 20 % nécessitent la réalisation d'une extraction endoscopique et moins de 1 % le recours à une intervention chirurgicale. La mortalité reste faible, inférieure à 1 %. La nature des CE varie avec l'âge. Les enfants ingèrent le plus souvent des pièces de monnaie, des médailles, des épingles, des piles, des crayons, des parties de jouets... [2]. Les adultes ont plus fréquemment des impactions de CE alimentaires (os, arêtes de poisson...) et plus rarement ingèrent accidentellement des dentiers [1]. On trouve un facteur de risque physique dans 40 % des cas : sténose peptique, néoplasique, caustique, troubles moteurs œsophagiens, diverticules, hernie hiatale... [1, 3]. Les ingestions volontaires concernent plus fréquemment des CE acérés (aiguilles, lames de rasoir...) ou des ustensiles de cuisine (cuillères, fourchettes...). Les sites d'impaction les plus fréquents se situent au niveau de la glotte, des vallécules, du pharynx, de l'œsophage et du pylore. Plus particulièrement, à l'étage œsophagien, trois rétrécissements physiologiques sont le siège préférentiel des impactions de CE : sous la bouche œsophagienne au niveau du muscle

cricopharyngien, au niveau de l'empreinte aortique (un tiers moyen) et au niveau du cardia (sphincter inférieur de l'œsophage). Un groupe particulier d'ingestions apparu plus récemment représente une situation à haut risque de complications : le « Body Bagger Syndrome » ou « Body Packing » qui consiste, chez l'adulte, en l'ingestion de préservatifs remplis de stupéfiants et, chez l'enfant, en l'ingestion de piles électriques et d'objets aimantés [1]. Devant un CE ingéré plusieurs éléments sont à prendre en compte avant de retenir l'indication d'une endoscopie. L'évaluation initiale clinique et radiologique, ainsi que la nature du CE sont primordiales dans cette prise de décision. La conduite à tenir générale est schématisée dans la figure 1.

“ Près de 80 à 90 % des corps étrangers ingérés traversent spontanément la filière digestive sans aucun problème, seuls 10 à 20 % nécessitent la réalisation d'une extraction endoscopique et moins de 1 % le recours à une intervention chirurgicale ”

Quel est le bilan clinique et radiologique initial ?

Dans 60 à 85 % des cas, les patients consultent dans les 24 heures suivant l'ingestion mais on peut parfois observer

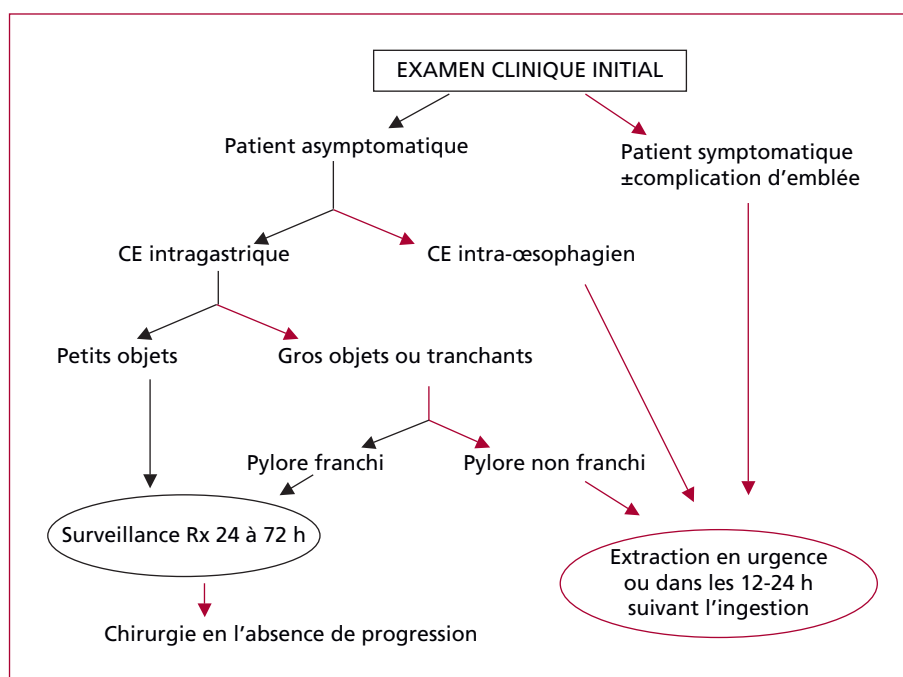


Figure 1. Conduite à tenir schématique devant une ingestion de corps étranger.

des délais supérieurs à une semaine [4]. Dans 13 % des cas, le motif initial de consultation est d'emblée une complication, révélatrice de l'ingestion du CE [5].

Il est déterminant de préciser le contexte de l'ingestion : au moment du repas ou non, si oui quel type d'aliment concerné, enfin le mode de vie, notamment la vie en institution.

L'interrogatoire va aussi permettre de guider l'enquête étiologique et la prise en charge. Il est important d'essayer de faire préciser par le sujet ou l'entourage :

- la nature du CE ;
- la taille ;
- le nombre éventuel de CE ingérés ;
- l'heure de l'ingestion ;
- l'heure du dernier repas ;
- un antécédent éventuel d'affection œsophagienne, de dysphagie ou de blocage alimentaire.

L'examen clinique cherche ensuite des signes d'obstruction et de complications. L'ingestion d'un CE peut entraîner une douleur rétrosternale, une odynophagie, une dysphagie, une hyper-sialorrhée et parfois des vomissements en cas d'obstruction complète. Chez l'enfant une dyspnée ou une toux persistante peuvent être dues à une localisation pharyngée ou une compression de la trachée si le CE est volumineux et bloqué dans l'œsophage supérieur. La douleur n'a aucune valeur localisatrice. L'examen physique doit être réalisé dès l'admission du patient :

- mesure des constantes hémodynamiques ;
- examen buccopharyngé (exploration des loges amygdaliennes, base de la langue et des vallécules à la recherche d'une plaie muqueuse) ;
- palpation de la région cervicale (douleur à la mobilisation du pharynx en cas de lésion du sinus piriforme, emphysème sous-cutané) ;
- examen abdominal et auscultation pulmonaire.

Des symptômes trachéobronchiques par œdème local peuvent être observés en cas de localisation sous la bouche œsophagienne d'un CE méconnu. Si les patients sont vus tardivement, des infections peuvent compléter le tableau clinique avec : des infections pulmonaires (elles révèlent 5 % des ingestions de CE), un abcès rétropharyngé, une médiastinite ou une cellulite qui concernent surtout les arêtes, dentiers ou les esquilles osseuses. Le saignement et la perforation se voient surtout lors de l'ingestion d'objets acérés et tranchants.

La réalisation d'une radiographie thoracique de face et d'un abdomen sans préparation est systématique et permet de localiser les CE radio-opaques, déterminer leur taille et leur nature, dépister les complications (pneumothorax, pneumomédiastin, pneumopéritoine). Il est parfois utile de s'aider d'un cliché cervical de profil en cas de difficultés à localiser un CE haut situé (*figure 2*). La

tomodensitométrie est utilisée pour la détection des CE radiotransparents et permet de plus de visualiser une possible complication associée (inflammation, abcédation). L'opacification digestive, en revanche, n'est pas recommandée car elle met inconstamment en évidence le CE et gêne l'endoscopie œsogastroduodénale réalisée secondairement. Le transit aux hydrosolubles est proposé exclusivement en cas de suspicion de perforation digestive. Enfin, le bilan radiologique ne doit pas retarder la prise en charge en cas de complication inaugurale évidente.

L'endoscopie : indications, conditions de réalisation et technique

Quelle que soit leur nature, les CE impactés dans l'œsophage doivent être retirés en urgence dans un délai de 12 à 24 heures (*figure 1*). En effet, le CE va exercer une pression responsable d'une ischémie puis d'une nécrose avec perforation ou fistule, plus particulièrement dans

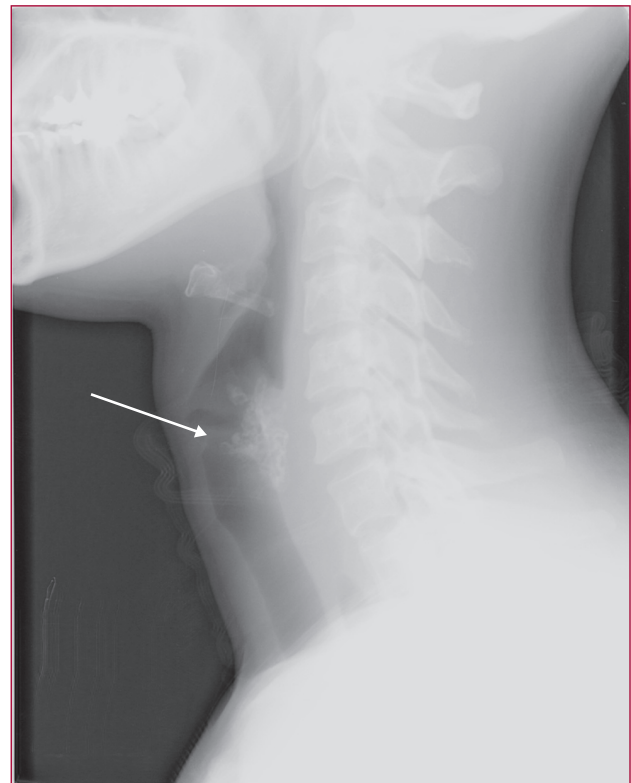


Figure 2. Radiographie cervicale de profil montrant un corps étranger alimentaire (viande) bloqué au niveau de l'œsophage cervical chez une jeune patiente adulte porteuse de troubles moteurs de l'œsophage (flèche blanche). Le corps étranger a été retiré par voie endoscopique au moyen d'une anse à filet.

l'œsophage et le duodénum. Des fistules œsovasculaires ont notamment été rapportées avec l'aorte, les carotides, l'artère sous-clavière ou encore la veine azygos. De même, les CE longs (supérieurs à 6 cm) et/ou larges (supérieurs à 2,5 cm) doivent être retirés en urgence avant le franchissement du pylore [1]. En effet, le risque de perforation dans la région de la valvule iléoœcaïcale est de l'ordre de 15 à 35 %. Les CE dangereux comme les CE acérés doivent aussi être retirés en urgence par voie endoscopique si leur localisation le permet, compte tenu du risque de perforation et du potentiel délabrant. L'ingestion de piles nécessite aussi une extraction immédiate lorsqu'elles sont situées dans l'œsophage devant le risque important de perforation. En effet, en une heure des lésions muqueuses peuvent apparaître, en deux à quatre heures des dégâts musculaires et une perforation en huit à 12 heures. Ces ingestions sont plus particulièrement fréquentes chez l'enfant [6] (cf. ci-dessous). Au total, une durée de blocage supérieure à 24 heures, un blocage œsophagien, une pathologie œsophagienne sous-jacente, l'ingestion de CE tranchants et acérés ou les piles boutons sont des facteurs de risque de complications et constituent une indication d'extraction par voie endoscopique.

“ Une durée de blocage supérieure à 24 heures, un blocage œsophagien, une affection œsophagienne sous-jacente, l'ingestion de corps étrangers tranchants et acérés ou de piles boutons sont des facteurs de risque de complications et constituent une indication d'extraction par voie endoscopique ”

L'endoscopie doit être réalisée sous anesthésie générale et il est fortement recommandé de réaliser une intubation orotrachéale, afin de protéger les voies aériennes supérieures. En ce qui concerne les endoscopes, l'endoscope souple classique à vision axiale suffit dans la plupart des cas, un appareil souple à double canal opérateur peut être utile pour l'extraction des CE difficiles. L'œsophagoscope rigide de nos confrères ORL est rarement utilisé, mais peut s'avérer utile lors de l'extraction de CE haut situé, notamment un objet acéré ou un os de volaille impacté dans la paroi œsophagienne.

Un certain nombre de pinces à CE sont disponibles, telles que pince « dent de rat » à mors recourbés, « crocodile » à mors crantés. Ces pinces peuvent être utiles pour des CE de petite taille. Pour les CE de plus grande taille, il est conseillé d'utiliser la pince tripode à griffes. Pour les CE de consistance molle, les anses à polypectomie, et surtout les anses à filet sont nécessaires. Chez l'enfant, vu la grande variété des CE ingérés, ces anses coulissantes avec filet intégré, type « filet de Roth », sont très utiles.

Le matériel de protection est indispensable pour l'extraction de CE volumineux (supérieurs à 20 mm) et les CE vulnérants. Il peut s'agir d'un capuchon de caoutchouc protecteur qui est positionné retourné à l'extrémité distale de l'endoscope. Une fois le CE capté, le frottement lors du passage du cardia à la remontée va entraîner l'expansion et l'inversion du capuchon et ainsi protéger la muqueuse digestive du CE tranchant ou acéré. Il a été aussi proposé l'utilisation d'une gaine rigide ou « Overtube » qui est glissée sur l'endoscope avant l'introduction buccale. La gaine est ensuite descendue jusqu'à l'extrémité de l'endoscope et le CE tracté à l'intérieur de la gaine. Il est enfin parfois utile, si cela est possible, lors de l'endoscopie de savoir retourner le CE pour orienter l'extrémité acérée vers le bas afin de limiter le risque d'impaction à la remontée. Dans certains cas, le médecin anesthésiste peut récupérer le CE au moyen d'une pince de Magill chez un patient intubé-ventilé après qu'il ait été remonté jusqu'au niveau de la bouche œsophagienne.

Surveillance à mettre en œuvre

Quelle que soit l'heure de l'extraction, la surveillance est tout d'abord clinique avec recherche de signes évocateurs d'une perforation : fièvre, gêne respiratoire, douleur, emphysème sous-cutané... L'instauration d'un traitement antibiotique n'est pas systématique mais est conseillée en cas d'atteinte importante de la muqueuse œsophagienne ou en cas d'incarcération prolongée d'os, arêtes ou appareil dentaire. En cas d'extraction difficile, la réalisation d'un transit œsophagien aux hydrosolubles peut être proposée à la recherche d'une perforation ou d'une fistule. Une endoscopie de contrôle immédiatement après l'extraction de piles, de CE acérés et alimentaires est de règle. Elle va permettre de réaliser le bilan lésionnel et de rechercher des facteurs favorisants comme une sténose, un cancer, un anneau de Schatzki.

“ Une endoscopie de contrôle immédiatement après l'extraction de piles, de corps étrangers acérés et alimentaires est de règle ”

Dans le cas où il est décidé de ne pas extraire le CE (CE de petit taille, non dangereux, en position gastrique) ou dans le cas de CE vus tard et ayant franchi le pylore, une surveillance clinique et radiologique est la règle (figures 3 et 4). Il est recommandé d'administrer un régime riche en fibres pour faciliter le transit et « envelopper » le CE dans la progression du bol alimentaire. La surveillance radiologique est faite par l'abdomen sans préparation surtout

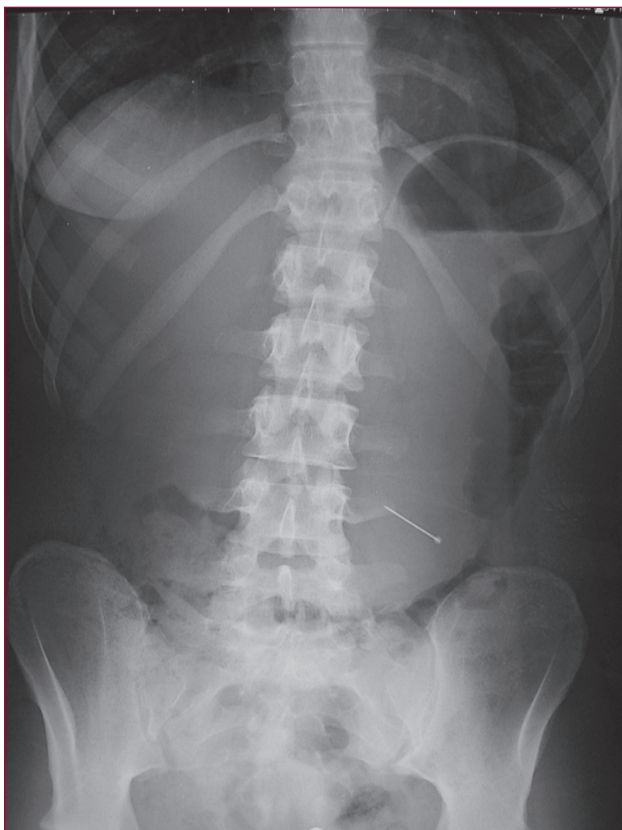


Figure 3. Radiographie de face montrant une épingle de couturière ingérée de façon accidentelle (chez cette patiente adulte, le corps étranger a franchi rapidement le pylore et une extraction endoscopique n'était plus possible ; sous un régime riche en fibres alimentaires l'épingle a été évacuée spontanément dans les selles sans signe clinique ou complication).

si le CE est pointu (*figure 3*). Le rythme des examens n'est pas codifié mais un délai de 24 heures et trois jours pourrait être proposé. L'absence de progression du CE entre deux clichés doit faire discuter une intervention chirurgicale, surtout à partir de trois jours de non progression ou en cas de signes cliniques de complications.

Les cas particuliers

Le Body Packing

Il s'agit de l'ingestion de sachets (préservatifs le plus souvent) remplis de stupéfiants. Il ne faut en aucun cas tenter de les extraire de manière endoscopique devant le risque d'effraction et d'overdose. Il est préconisé une surveillance radiographique rapprochée et une chirurgie devant un doute de perforation ou l'absence de progression après 48 heures.

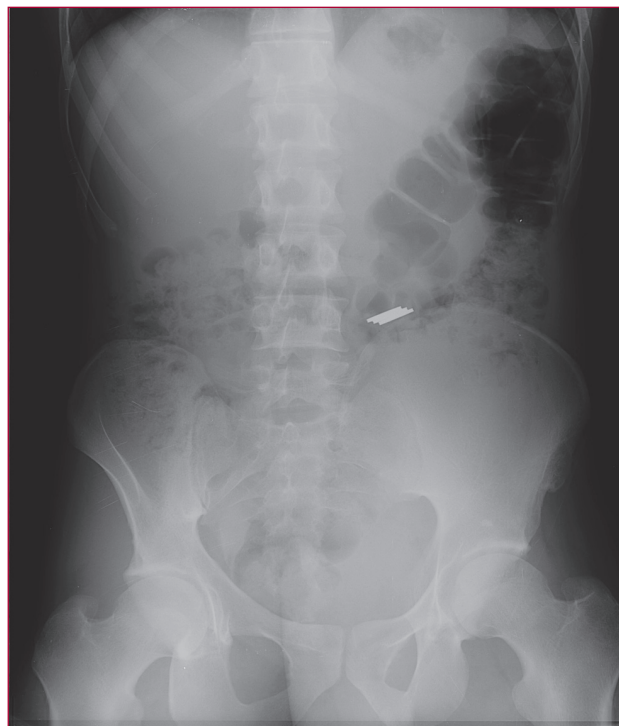


Figure 4. Radiographie de face montrant des pièces de monnaies ingérées par un patient adulte au passé psychiatrique. Les pièces ont franchi le pylore au moment du bilan clinique et radiologique puis ont été évacuées spontanément dans les selles sans signe clinique ou complication.

“ Il ne faut en aucun cas tenter d'extraire les sachets remplis de stupéfiants par voie endoscopique devant le risque d'effraction et d'overdose ”

Les bézoards

Les bézoards sont plus fréquemment rencontrés chez l'adulte édenté ou ayant des anomalies anatomiques œsophagiennes de type atrésie, diverticule de Zencker, hernie hiatale ou anneau de Schatzki. Il peut s'agir de bézoards alimentaires le plus souvent ou plus rarement de trichobézoards, amalgame de cheveux ou d'ongles (contexte psychiatrique surajouté) [1]. Il est conseillé de ne pas pousser à l'aveugle le CE vers la cavité gastrique au risque de perforer. Il faut arriver à glisser l'endoscope entre la paroi œsophagienne et le CE afin de le guider sous contrôle de la vue jusque dans l'estomac. Une fragmentation mécanique est parfois nécessaire pour permettre l'extraction (pinces tripode ou à biopsie). Enfin, il est parfois utile d'utiliser des boissons gazeuses, des solutions huileuses voire l'administration de Mucomyst® per os pour déliter plus facilement un bézoard alimentaire.

Corps étrangers ingérés chez l'enfant

L'ingestion d'un CE chez l'enfant est le plus souvent accidentelle et survient dans la moitié des cas avant l'âge de cinq ans. Dix pour cent des patients sont des « récidivistes » [7, 8]. Si la grande majorité des CE ingérés traversent le tractus digestif sans manifestation clinique ni complication, 10 à 20 % d'entre eux doivent cependant être extraits par voie endoscopique et moins de 1 % nécessite un traitement chirurgical en raison d'une complication majeure (obstruction, perforation, appendicite). L'incidence de l'ingestion de CE chez l'enfant est mal connue ; les données des centres antipoison aux États-Unis suggèrent plus de 107 000 cas d'ingestions de CE en 2000 [8].

“ Parmi les corps étrangers, 10 à 20 % des corps étrangers chez l'enfant doivent être extraits par voie endoscopique et moins de 1 % nécessite un traitement chirurgical ”

Si dans l'ensemble les symptômes sont les mêmes que chez l'adulte, l'enfant peut cependant rester asymptomatique, même en cas de CE œsophagien. L'ingestion du CE n'est pas toujours observée par l'entourage de l'enfant ; ainsi, on estime que près de 40 % des CE ingérés ne sont ainsi pas diagnostiqués. L'apparition d'une hyper-sialorrhée, d'un refus alimentaire, tout particulièrement chez un enfant polyhandicapé ou chez un nourrisson opéré à la naissance d'une atrésie de l'œsophage, fait évoquer la présence d'un CE œsophagien. La persistance d'un CE œsophagien peut être aussi à l'origine de difficultés alimentaires, de mauvaise croissance pondérale, ou de pneumopathies récurrentes.

Les pièces de monnaie sont les CE les plus fréquents. Les autres objets souvent ingérés sont les jouets ou morceaux de jouets, les objets pointus ou coupants (comme les épingles, les clous ou les lames de rasoir), les piles et plus rarement les CE alimentaires (os, arête de poisson) [7-9]. Les piles miniaturisées de format « bouton » peuvent être à l'origine de quatre types de lésions : brûlures électriques par courant de faible voltage, brûlures liées à la libération de substances potentiellement caustiques (soude, potasse, sels de métaux lourds, chlorure d'ammonium), lésions de nécrose par compression au niveau œsophagien comme pour tout CE œsophagien et enfin effets toxiques dus à l'absorption de substances contenues dans les piles [6, 8, 10] (figure 5). L'exposition prolongée de la pile au contact de l'acidité gastrique peut augmenter le risque de fuite du contenu de la pile. Sur la radiographie sans préparation d'abdomen, l'ouverture de la pile se traduit par

un halo radio-opaque ou quelques gouttelettes éparpillées [8]. Même si les complications liées à l'ingestion de piles bouton sont rares, des complications digestives sévères (perforation digestive, fistule trachéo-œsophagienne) ont été rapportées.

Les piles intra-œsophagiennes, quelle que soit leur position dans l'œsophage, doivent être extraites en urgence, en raison de la gravité potentielle des complications (ulcération et perforation œsophagienne, sténose œsophagienne cicatricielle secondaire). Pour les piles intra-gastriques, la conduite à tenir est controversée [6, 7, 10, 11]. Les piles gastriques doivent être extraites si elles restent en position intragastrique plus de 24 heures, voire en urgence en cas de symptômes cliniques. L'utilisation d'une sonde aimantée peut faciliter leur extraction, mais une endoscopie œsogastrique est de toute façon nécessaire en cas d'extraction de la pile pour rechercher d'éventuelles lésions muqueuses secondaires à la présence de la pile. En cas de localisation intestinale de la pile, en l'absence de symptôme, une simple surveillance clinique et l'inspection des selles au domicile sont proposées jusqu'à l'évacuation spontanée de la pile. Certains auteurs proposent de surveiller la progression de la pile par la réalisation de radiographies de l'abdomen tous les trois à quatre jours. Les lésions les plus importantes sont provoquées par les piles au lithium et les piles au mercure [12].

L'ingestion d'aimants ou d'objets aimantés doit être considérée avec une particulière attention. L'ingestion d'un aimant unique ne pose habituellement pas de problème particulier s'il ne reste pas bloqué dans l'œsophage [13-15]. En revanche, l'ingestion de plusieurs aimants, ingérés ensemble ou sur une période rapprochée, expose à des risques de compression des parois intestinales secondaire à l'attraction de deux aimants, pouvant conduire à des nécroses des parois du grêle, des perforations et/ou des fistules. Une observation de volvulus intestinal secondaire à l'ingestion accidentelle de deux aimants a été récemment rapportée. En cas d'ingestion simultanée de plusieurs aimants, ceux-ci doivent être extraits en urgence lorsqu'ils sont localisés dans l'estomac. Si les aimants sont localisés dans l'intestin, une surveillance clinique et radiologique est nécessaire pouvant conduire en cas de syndrome douloureux abdominal à une laparotomie.

Chez l'enfant, l'extraction d'un CE doit toujours être effectuée sous anesthésie générale avec intubation et ventilation trachéale par un endoscopiste pédiatre expérimenté [3, 8, 14] (figures 5 et 6). Les tentatives d'extraction ou de mobilisation chez un enfant vigile à l'aide des sondes à ballonnet ou aimantées avec ou sans contrôle radiologique ne sont pas recommandées.

Une éducation et une information des parents sur les dangers et les risques d'ingestion de CE chez l'enfant,

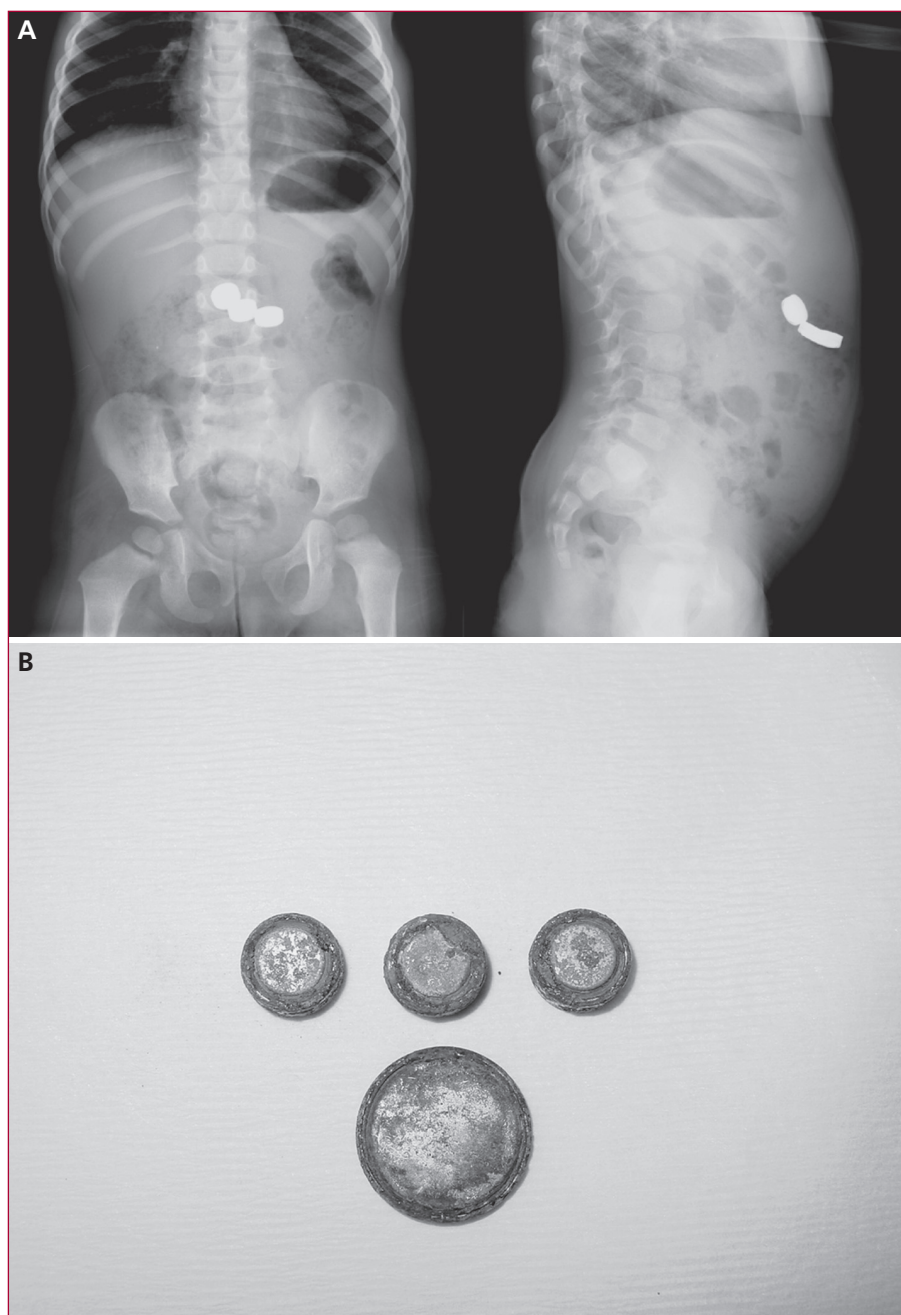


Figure 5. A. Radiographies de l'abdomen face et profil après ingestion simultanée de trois piles boutons chez un enfant qui vont être retirées par voie endoscopique. B. Vue après extraction des piles qui sont déjà oxydées.

tout particulièrement sur les piles boutons et les CE pointus ou tranchants, devraient être développées. Aucune étude longitudinale n'a été réalisée pour permettre d'évaluer l'impact d'une campagne de prévention destinée au grand public vis-à-vis des ingestions de

CE. À la page 36 du carnet de santé rénové en 2006, où les messages de prévention sont délivrés pour la tranche d'âge concernée, aucune mention n'est faite sur le risque d'ingestion de CE. Pourtant, l'ingestion de produits caustiques et l'inhalation de CE y figurent sous forme

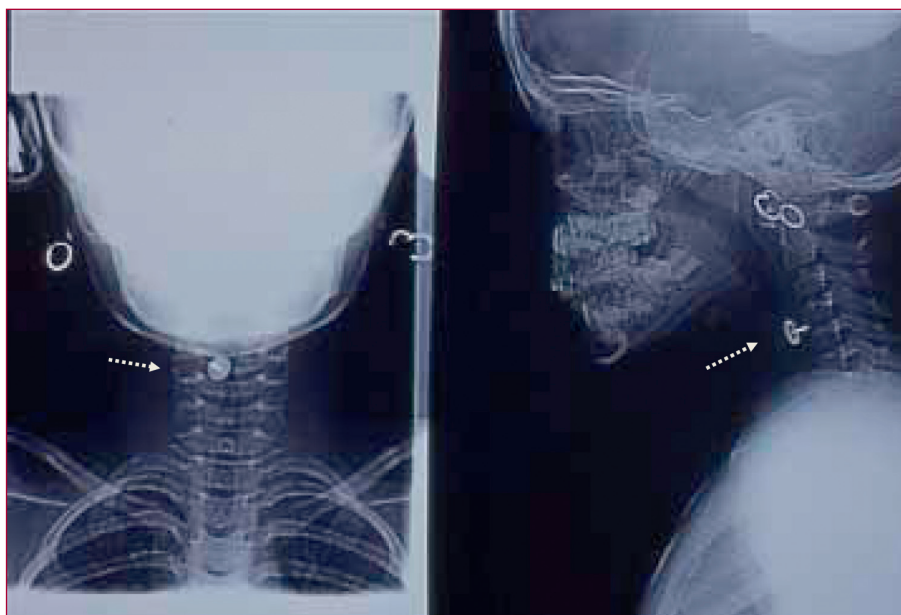


Figure 6. Radiographies cervicales de face et profil d'une jeune enfant après ingestion d'une punaise qui est bloquée dans l'œsophage (flèches blanches en pointillé) et qui a été enlevée par voie endoscopique.

d'encadré. Aucune disposition, ni mesure préventive spécifique n'est indiquée dans le fascicule intitulé : « Protégez votre enfant des accidents domestiques » écrit en partenariat avec la commission de la sécurité de consommation, le Centre européen de prévention des risques (CEPR), l'Institut national de veille sanitaire, le ministère de la Santé et des Solidarités, l'assurance maladie et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) [14]. Ces conseils pratiques de prévention et de recours aux consultations en urgence seraient pourtant indispensables.

Conclusion

L'ingestion de CE est une situation fréquemment rencontrée en gastroentérologie, en particulier en pratique pédiatrique. L'évolution est le plus souvent favorable et sans intervention endoscopique. Le rôle primordial du praticien est d'évaluer le patient au plan clinique et radiologique, afin de reconnaître les situations relevant d'une endoscopie en urgence telle que la présence de symptômes d'obstruction, l'ingestion des CE acérés ou larges, l'ingestion de piles. La surveillance clinique et radiologique doit être organisée surtout si le CE n'a pas été extrait. La prise en charge réside également sur un travail de prévention avec éducation des populations à risque et de leur entourage.

Take home messages

- L'ingestion de CE est un problème fréquent en pratique de médecine adulte mais surtout pédiatrique.
- Près de 80 % des CE ingérés traversent spontanément la filière digestive sans aucune complication, 10 à 20 % nécessitent la réalisation d'une extraction endoscopique et moins de 1 % une intervention chirurgicale.
- L'évaluation clinique et radiologique initiale va guider la conduite à tenir dans les premières heures.
- Les CE à extraire sont principalement ceux impactés dans l'œsophage, les CE volumineux et ceux qui sont dangereux tels les objets acérés, les piles, les aimants.
- L'endoscopie doit être effectuée dans des conditions optimales (anesthésie générale, intubation, opérateur expérimenté) avec un petit matériel adapté.
- Si l'endoscopie n'est pas nécessaire ou n'est plus possible, une surveillance clinique et radiologique doit être organisée.
- La prévention est le meilleur traitement chez l'enfant.

Conflits d'intérêts : aucun.

Références

Les références importantes apparaissent en gras.

- 1. Guidelines for the management of ingested foreign bodies. Gastrointest Endosc 1995 ; 42 : 622-25.**
- 2. Arana A, Hauser B. Management of ingested foreign bodies in childhood and review of the literature. Eur J Pediatr 2001 ; 160 : 468-72.**
- 3. Conway WC, Sugawa C, Ono H. Upper GI foreign body: an adult urban emergency hospital experience. Surg Endosc 2007 ; 21 : 455-60.**
- 4. MacPherson RJ, Hill JG. Esophageal foreign bodies in children diagnosis, treatment, and complications. Am J Roentgenol 1996 ; 166 : 919-24.**
- 5. Singh B, Kantu M, Lucente FE. Complications associated with 327 foreign bodies of the pharynx, larynx and esophagus. Ann Otol Rhinol Laryngol 1997 ; 106 : 301-4.**
- 6. Yardeni D, Yardeni H, Coran AG, Golladay ES. Severe esophageal damage due to button battery ingestion: can it be prevented? Pediatr Surg Int 2004 ; 20 : 496-501.**
- 7. Mas E, Olives JP. Toxic and traumatic injury of the esophagus. In: Kleinman R, Goulet O, Mieli-Vergani G, editors. Pediatric gastrointestinal disease 5. Hamilton Ontario : BC Decker; 2008**
- 8. Michaud L, Bellaiche M, Olives JP. Ingestion de corps étrangers chez l'enfant. Recommandations du Groupe francophone d'hépatologie, gastroentérologie et nutrition pédiatriques. Arch Pediatr 2009 ; 16 : 54-61.**
- 9. Michaud L. L'endoscopie digestive interventionnelle chez l'enfant. Arch Pediatr 2006 ; 13 : 399-404.**
- 10. Litovitz TL, Schmitz BF. Ingestion of cylindrical and button batteries: an analysis of 2382 cases. Pediatrics 1992 ; 89 : 747-57.**
- 11. Laugel V, Beladdale J, Escande B, et al. L'ingestion accidentelle de pile bouton. Arch Pediatr 1999 ; 6 : 1231-5.**
- 12. Olives JP, Breton A, Sokhn M. Magnetic removal of ingested button batteries in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000 ; 31(Suppl 2): S187-8.**
- 13. Wildhaber BE, Le Coultre C, Genin B. Ingestion of magnets: innocent in solitude, harmful in groups. J Pediatr Surg 2005 ; 40 : 33-5.**
- 14. Mougenot JF, Faure C, Olives JP. Fiches de recommandations du Groupe francophone d'hépatologie, gastroentérologie et nutrition pédiatrique (GFHGPN). Indications actuelles de l'endoscopie digestive pédiatrique. Arch Pédiatr 2002 ; 9 : 942-4.**
- 15. Hernández Anselmi E, Gutiérrez San Román C, Barrios Fontoba JE, et al. Intestinal perforation caused by magnetic toys. J Pediatr Surg 2007 ; 42 : E13-6.**