



PROTOCOLES THERAPEUTIQUES INHALATION DE CORPS ETRANGER CHEZ L'ENFANT

DEFINITION :

Passage accidentel d'un corps étranger (CE) dans les voies aériennes

DIAGNOSTIC :

Anamnèse : **syndrome de pénétration**, caractérisé par un accès brutal et bref de toux avec cyanose et agitation, signes de lutte

Signes de gravité :

Syndrome asphyxique, cyanose, silence auscultatoire, bradycardie, coma

PIEGES :

Etre le **moins invasif** possible envers l'enfant, pour ne pas risquer de mobiliser le CE

Pas de désobstruction manuelle si conscient : risque de vomissements, ou d'enfoncement du CE dans la trachée => obstruction complète

Ne pas suspendre par les pieds : risque de remontée du CE en région sous-glottique => obstruction complète

TRAITEMENT :

Oxygénothérapie : MHC QSP $SpO_2 \geq 95\%$

VVP (intérêt des corticoïdes, mais évaluer le bénéfice/risque par rapport au délai de PEC)

Solumédrol® 4 mg / kg en IV ou IM

ENFANT CONSCIENT ET RESPIRE

= **CE incomplètement obstructif, plutôt trachéal bas ou bronchique**

Soit détresse respiratoire mal supportée (asphyxie) :

- Manœuvre d'expulsion (1 à 2 essais) : **Heimlich** (grand enfant) ou **Mofenson** (nourrisson)
= placer le NRS à plat ventre à califourchon sur la cuisse, la tête dépassant du genou avec une main surélevant le menton du bébé et tenant sa bouche ouverte, et l'autre main frappant à plat dos sur le bas des omoplates

- Si échec, IOT sous ISR

Soit détresse respiratoire absente ou modérée (dyspnée laryngée, sifflements) :

- pas de gestes invasifs
- rechercher une asymétrie à l'auscultation pulmonaire

ENFANT INCONSCIENT ET NE RESPIRE PAS

= **CE complètement obstructif, plutôt trachéal haut ou laryngé** (région sous-glottique étroite chez l'enfant)

Manœuvres d'expulsion (idem décrite) et/ou tentative de **désobstruction manuelle**

Si échec, **laryngoscopie directe** sans délai :

- Soit CE visible : l'extraire à la **pince de Magill**
- Soit CE non visible : **intuber** l'enfant en enfonçant la sonde le plus loin possible pour pousser le CE de la trachée **dans une bronche**, puis retirer la sonde et la replacer en position trachéale
- Si CE enclavé dans la trachée, obstructif et non mobilisable : manœuvres de sauvetage par pose d'un cathéter 14 G ou minitrachéotomie par **Minitrach**® ou sur sonde d'intubation n° **3,5** ou **4** toujours sous le cartilage thyroïde dans la membrane cricothyroïdienne

TRANSPORT :

Surveillance : paramètres vitaux, SpO_2 , FC, FR

Position : toujours en position **assise**, pour éviter la mobilisation du CE en sous-glottique

ORIENTATION :

Hospitalisation systématique en hôpital pédiatrique : bloc opératoire **ORL** pour réalisation d'une endoscopie trachéobronchique en urgence, voire urgences ou réanimation si bien stable