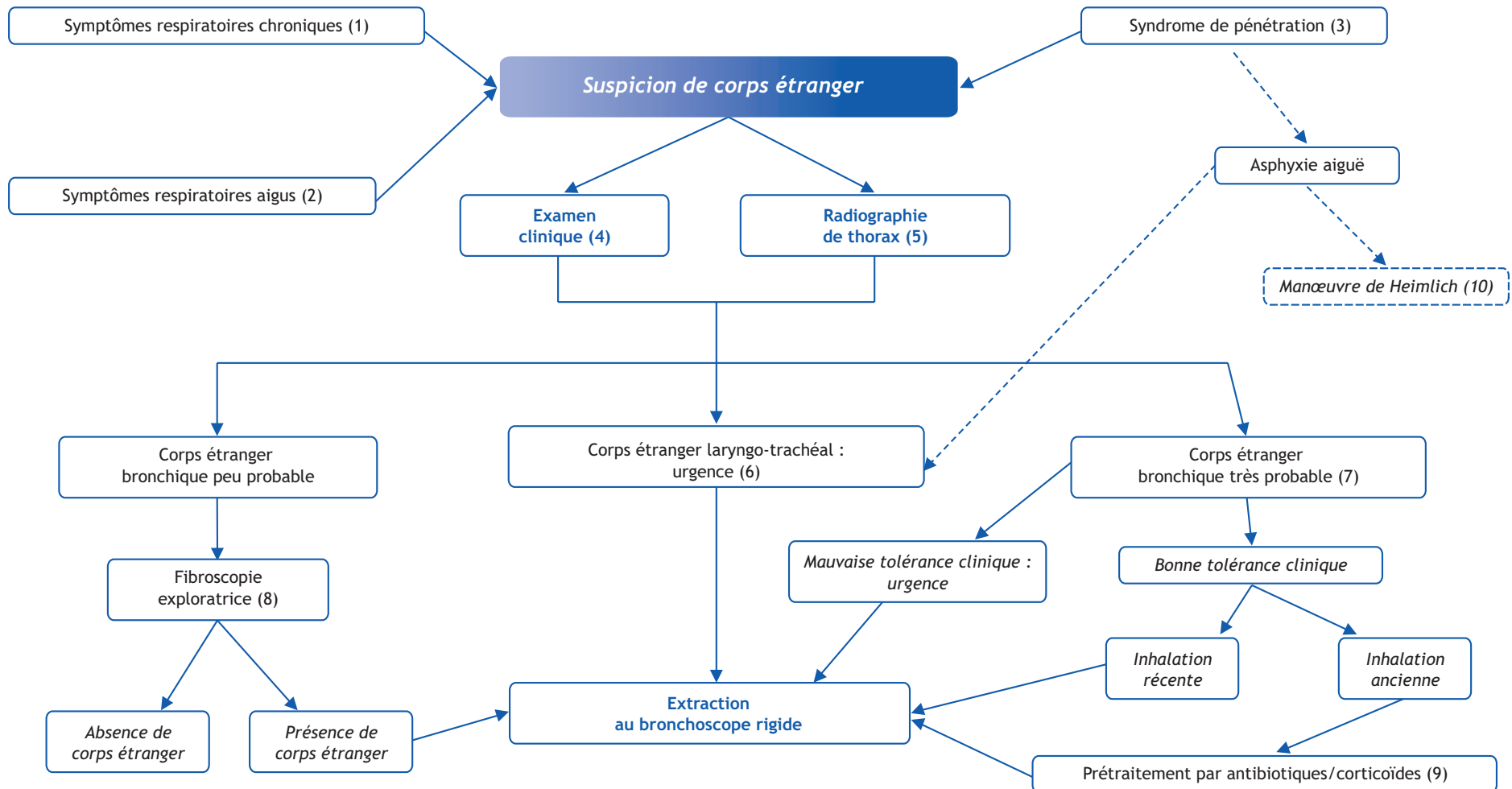


K. Arlaud^{a,*}, J.-C. Dubus^b^aService de pédiatrie, CH de Salon de Provence, 207, avenue Julien Fabre, 13300 Salon-de-Provence, France^bUnité de pneumologie et médecine infantile, CHU Timone Enfants, 13385 Marseille cedex 05, France

■ Arbre diagnostique - Commentaires

(1) Toujours penser au corps étranger (CE) bronchique et rechercher un syndrome de pénétration devant :

- pneumopathie récidivante dans le même territoire ou de présentation atypique ;
- « faux asthme » répondant mal au traitement ;
- pleuro-pneumopathie/abcès pulmonaire ;
- bronchectasie localisée.

(2) Évoquer un CE bronchique et rechercher un syndrome de pénétration devant :

- détresse respiratoire brutale ;
- toux incoercible ;
- pneumothorax/pneumomédiastin.

(N.B. : possibilité d'intervalle libre entre le syndrome de pénétration et les symptômes).

(3) Le syndrome de pénétration est un accès brutal de suffocation avec dyspnée inspiratoire, cornage, tirage et toux rauque.

(4) La symptomatologie peut aller de l'absence de signe à l'asphyxie aiguë. Elle dépend du type de CE, du niveau de son enclavement et de l'ancienneté de l'inhalation.

(5) La radiographie de thorax est réalisée au mieux en inspiration et en expiration forcée. Elle est normale dans 10 à 30 % des

cas et la fréquence d'un CE radio-opaque est inférieure à 10 % dans la plupart des séries pédiatriques.

(6) Le CE laryngé est caractérisé par une dyspnée sans intervalle libre avec une asphyxie aiguë ou un tableau de fausse laryngite. Le CE trachéal entraîne une toux rauque, classiquement un « bruit de drapeau » aux 2 temps à l'auscultation trachéale et présente un risque important d'enclavement sous-glottique secondaire.

(7) Les signes ayant la meilleure valeur prédictive positive pour la présence d'un CE sont la diminution du murmure vésiculaire ou des sibilants localisés à l'auscultation et un emphysème obstructif ou une atélectasie sur la radiographie.

(8) En cas de symptômes respiratoires non spécifiques et d'absence de signes radiologiques, une fibroscopie exploratrice première présente l'avantage d'éviter une bronchoscopie au tube rigide sous anesthésie générale. Elle est alors fréquemment négative et permet un retour rapide de l'enfant au domicile.

(9) Dans le cas d'un corps étranger ancien, une surinfection et/ou la formation d'un granulome au contact du CE indiquent fréquemment une antibiothérapie/corticothérapie (amoxicilline/acide clavulanique 80 mg/kg/j, prednisone 1 mg/kg/j) de quelques jours pour faciliter l'extraction.

(10) La manœuvre de Heimlich (ou Mofenson chez le nourrisson) est réservée à la situation d'une asphyxie complète suivant un syndrome de pénétration en milieu non hospitalier. Dans les autres situations, elle est à déconseiller devant le risque d'un enclavement sous-glottique secondaire à la manœuvre.

L'extraction par fibroscope à l'aide d'une pince ou d'un panier est pratiquée par certaines équipes sans recours au tube rigide. Le choix du bronchoscope rigide pour l'extraction semble encore actuellement le plus consensuel chez l'enfant.

La place de la tomodensitométrie et de l'endoscopie virtuelle dans la prise en charge de l'enfant n'est pas abordée dans l'arbre décisionnel. Des études complémentaires sont nécessaires pour confirmer sa valeur prédictive négative et pouvoir ainsi éviter des endoscopies inutiles. *A contrario*, la tomodensitométrie garde comme inconvénients son irradiation et la nécessité éventuelle d'une anesthésie selon l'âge... sans compter l'impossibilité d'extraction virtuelle !

Conflit d'intérêt

Aucun.

* Correspondance.
e-mail : kevin.arlaud@ch-salon.fr

■ Références

Donato L. Corps étrangers trachéo-bronchiques. *Pneumologie Pédiatrique*. Médecine-Sciences Flammarion ; 2009, p. 418-23.

Righini CA, Morel N, Karkas A, et al. What is the diagnostic value of flexible bronchoscopy in the initial investigation of children with suspected foreign body aspiration? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007;71:1383-90.

Midulla F, Guidi R, Barbato A, et al. Foreign body aspiration in children. *Pediatr Int* 2005;47:663-8.

Martinot A, Closset M, Marquette CH, et al. Indications for flexible versus rigid bronchoscopy in children with suspected foreign-body aspiration. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;155:1676-9.