

Université Constantine 3, Faculté de Médecine, Département de Médecine Dentaire
Module d'Oxyologie -3ème année de médecine dentaire.
Année Universitaire 2023-2024



LES ACCIDENTS D'INHALATIONS ET D'INGESTIONS

Enseignant : Pr. KARA MOSTEFA Rafik
Maître de conférences classe « A » en Anesthésie Réanimation
Département Anesthésie Réanimation CHU BENBADIS Constantine

Pr. KARA MOSTEFA Rafik

PLAN :

I. Introduction

II. Différencier l'ingestion de l'inhalation

III. Les différents types de corps étrangers

IV. Les patients à haut risque

V. Le diagnostic clinique

1) L'asphyxie aiguë

2) Le syndrome de pénétration

3) L'ingestion

VI. La radiologie

VII. Complications

1) Les complications d'inhalation

2) Les complications de l'ingestion

VIII. Le traitement

IX. Conclusion

I. Introduction

L'inhalation et l'ingestion de corps étrangers pendant la thérapie dentaire est un cas d'urgence surtout en implantologie.

Tout retard dans la prise en charge peut entraîner des complications graves mettant en jeu le pronostic vital.

Les patients avec un risque élevé d'inhalation doivent être diagnostiqués dès l'entretien anamnestique afin de prendre les mesures préventives supplémentaires.

II. Différencier l'ingestion de l'inhalation

- a) **L'accident d'inhalation** : se définit par la projection accidentelle d'un corps étranger au sein de la filière respiratoire.

L'objet inhalé peut progresser plus ou moins rapidement dans les voies respiratoires.

Seul un examen radiographique permet de connaître sa localisation exacte.

Dans ce type d'urgence, le pronostic vital est par fois mis en jeu rapidement et nécessite une intervention immédiate.

- b) **Ingestion (déglutition)** : où le corps étranger emprunte les voies digestives, et là, il n'y a pas de gêne respiratoire, ni de toux.

III. Les différents types de corps étrangers

- ❖ Ces accidents ne sont pas rares et peuvent survenir :
 - Au cours des soins endodontiques (limes endodontiques...),
 - Au cours des soins prothétiques (tenons, fraises...)
 - Au cours des soins chirurgicaux (débris dentaires).
- ❖ Ces accidents peuvent être dus :
 - Aux mouvements du patient
 - A une accessibilité restreinte au site opératoire

- A l'absence de mesures préventives (digue, parachute, aspiration efficace)
- A la maladresse ou à la fatigue du praticien.

IV. Les patients à haut risque

Les personnes les plus exposées sont: les jeunes enfants et les adultes présentant des facteurs de risque tels que une pathologie neurologique, un abus de sédatifs, un éthylisme.

Ces facteurs peuvent rendre défaillants les mécanismes naturels de protection laryngée.

Au moindre doute il faut rechercher l'objet perdu:

- Soit l'objet est retrouvé par terre ou dans la bouche : il faut vérifier l'intégrité de l'objet.
- Soit l'objet n'est pas retrouvé : il a pu être inhalé ou dégluti.

V. Le diagnostic clinique « Trois situations cliniques »

1) L'asphyxie aiguë « Obstruction totale »

Liée au blocage du corps étranger dans la trachée ou dans le larynx.

Le malade s'agite, panique, porte ses mains à sa gorge et cyanose rapidement, il ne peut ni parler ni tousser et présente un tirage intense « Signe d'Heimlich ou Asphyxie aiguë ».

La mort survient en 4 à 5 minutes si aucun traitement efficace n'est instauré.

2) Le syndrome de pénétration « Obstruction partielle »

Liée au blocage par un corps étranger de petite taille au-delà de la bifurcation trachéale.

Le risque vital n'est pas immédiat.

Le malade présente une toux irrépressible « Syndrome de pénétration », celle-ci peut se calmer secondairement ce qui peut rassurer faussement le praticien.

3) L'ingestion « Le corps étranger emprunte les voies digestives »

Dans ce cas il n'y a pas de gêne respiratoire, ni de toux.

VI. La radiologie

1. **Radio du thorax face et profil** : localise le CE, voir TDM.
2. **Endoscopie** : indiquée si corps étranger n'est pas Radio opaque et pour le retrait du C.E (but diagnostic et thérapeutique).

VII. Complications :

- 1) **Les complications d'inhalation** : due surtout au retard dans le diagnostic ;
 - Toux chronique.
 - Hémoptysie répétitive et pneumothorax.
 - Constriction bronchique et la formation d'un granulome où le corps étranger est bloqué.
 - Pneumonie chronique et abcès du poumon.
 - Fistules broncho-pleurales.
 - Arrêt respiratoire si le corps étranger bloque tout l'oro-pharynx ou le larynx, puis arrêt cardiaque.
- 2) **Les complications de l'ingestion** : en fonction de la taille, la forme et de la localisation du corps étranger :
 - Perforation d'organes creux (péritonite) /objet pointus.
 - Occlusions intestinal ou abcès / impaction du corps étranger dans les replis des muqueuse intestinale.
 - Réctorragie.

VIII. Le traitement :

- a. **Les mesures préventives relatives au traitement dentaires** :
 - Utilisation de digue lors de mesure endodontique et les scellements.
 - Utilisation de l'aspiration (aspirer les fragments de céramique ou autre).

- Faire l'extraction et les soins des dents sous anesthésie chez les patients à haut risque.
- Fixer les instruments additionnels (tournevis- indicateurs de direction etc) avec du fil dentaire.

b. Mesures relatives au patient :

- Reconnaître les patients à hauts risques.
- Peser le pour et le contre d'un traitement sous anesthésie par intubation ou d'une adaptation du traitement pour le patient à haut risque.

c. C.A.T. proprement dite :

La tentative d'extraction du corps étranger à l'aide d'une pince est réalisable si le C.E est visible dans la partie postérieure de la cavité buccale.

NB: la toux doit être respectée, son efficacité est toujours supérieure à une manœuvre externe.

Dans tous les cas, il faut :

· Arrêter les soins

❖ En cas d'obstruction totale :

- Il faut réaliser 5 tapes vigoureuses dans le dos.

- Si cela n'est pas efficace, il faut réaliser 5 compressions abdominales en appliquant la technique d'Heimlich.

- Si cela n'est toujours pas efficace, il faut appeler le SAMU.

NB: Dans l'attente de l'aide médicalisée, il faut alterner 5 tapes vigoureuses dans le dos et 5 compressions abdominales jusqu'à la sortie de l'objet.

Le traitement de l'arrêt cardiaque :

M.C.E.

Ventilation au masque ou intubation ou trachéotomie.

Adrénaline 1mg/Kg en IV.

❖ En cas d'obstruction partielle :

o Il faut rassurer le patient.

- o L'installer en position demi-assise.
 - o Le laisser tousser.
 - o Ne faire aucune manoeuvre de désobstruction.
 - o Mettre le patient sous oxygène 9 L/min.
 - o Il faut appeler le SAMU pour transférer le malade vers une structure hospitalière afin de procéder au retrait du corps étranger.
- ❖ Si le corps étranger a emprunté les voies digestives : il n'y a pas de gravité si l'objet avalé est peu agressif ;
- Ici l'attitude est plus réservée.
 - Extraction des corps étrangers au niveau de l'œsophage pour tous types d'objet.
 - Extraction du CE. Au niveau gastro-intestinal se fait pour les CE pointus, tranchants, objet longs cela est réalisé par endoscopie flexible au rigide.
 - Si l'objet a dépassé le duodénum :
- Contrôle radiologique (1 x/semaine).
 - Contrôle de selles par le patients, une recommandation de diètes spéciales pourrait faciliter le transit du C.E, il faut renoncer à l'emploi de laxatifs !
 - S'il y'a impaction de l'objet dans la région recto sigmoïde -- Indication de la colonoscopie.
 - Traitement chirurgicale des complications.

IX. Conclusion :

- La prévention de l'inhalation ou de l'ingestion est de première importance.
- Si un objet disparaît dans l'oropharynx, il faut exclure l'éventualité d'une inhalation ou de l'ingestion par un diagnostic radiologique.

Laisser partir les patients dans un tel cas, en pensant que l'objet a été ingéré et transitera par les vois digestives doit être considéré comme une négligence et peut avoir des conséquences présentant un risque vital à court et à long terme.