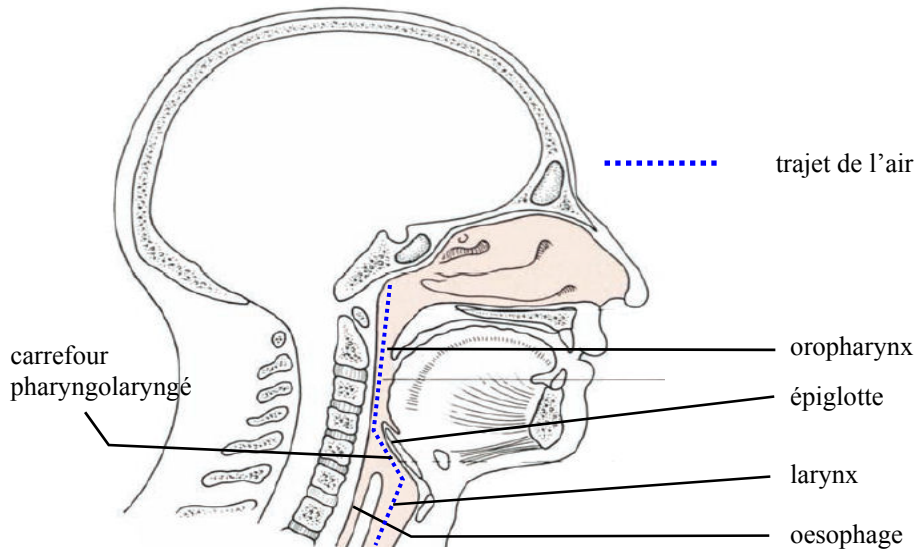


L'obstruction des voies respiratoires par un corps étranger est une urgence vitale. Plus d'une centaine de décès sont imputés chaque année à une asphyxie consécutive à une obstruction des voies respiratoires par un corps étranger avec une nette prédominance chez les enfants de moins de 1 an (objet porté à la bouche) et chez les personnes âgées de plus de 65 ans (origine alimentaire).

L'obstruction des voies respiratoires au décours d'une déglutition est due à une « erreur d'aiguillage ». Lorsque vous avalez, l'épiglotte, une lame cartilagineuse élastique en forme de cuillère, vient fermer le larynx et dirige les aliments et les liquides dans l'oesophage..



Cependant, il arrive parfois, comme lors d'un éclat de rire, que ce mécanisme d'aiguillage soit pris en défaut et qu'un aliment bascule dans le larynx. Si une substance autre que l'air pénètre dans le larynx, le réflexe de la toux se déclenche afin de l'expulser.

Dans la plupart des cas, quand une personne "avale de travers", elle va parvenir, par quelques accès de toux, à expulser le corps étranger et à rétablir la respiration. Cependant, dans certains cas, le corps étranger reste bloqué (généralement au niveau du carrefour pharyngolaryngé) et empêche tout passage d'air, menaçant à très court terme le pronostic vital.

Parfois le corps étranger, en particulier s'il est de petite taille, va poursuivre son chemin et descendre dans une bronche (le plus souvent au niveau du poumon droit). La victime va s'arrêter de tousser et reprendre une respiration normale. Cependant le corps étranger est toujours présent avec comme conséquence une infection pulmonaire à plus ou moins long terme. Son extraction sera indispensable et nécessitera une bronchoscopie.

La gravité du tableau clinique sera directement fonction de l'importance de l'obstruction : totale ou partielle.

OBSTRUCTION TOTALE

Lors d'une obstruction totale, la victime porte brutalement les mains à son cou. Elle ne peut **ni parler, ni crier (aucun son n'est audible) ni tousser, ni respirer**. Elle fait des efforts désespérés pour avaler de l'air, la bouche ouverte, et s'agite. Si aucun geste de secours efficace n'est prodigué elle se cyanose (son visage devient violacé, les veines du cou se dilatent) et elle perd connaissance.

Dans une obstruction totale, le corps étranger est très souvent bloqué dans le carrefour pharyngolaryngé.

C'est une urgence.

Dans tous les cas, il convient de vérifier la cavité buccale, afin d'ôter tout corps étranger **facilement** accessible.

Le choix des techniques de désobstruction se fait selon certains critères ; on pourra distinguer :

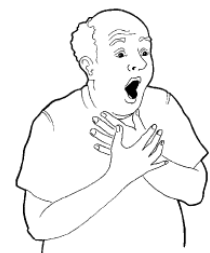
obstruction totale chez un adulte en position debout ou assise.

obstruction totale chez une personne alitée et peu mobile.

obstruction totale chez une femme enceinte (3em trimestre) ou un adulte obèse.

obstruction totale chez un nourrisson (enfant de moins de 1 an).

obstruction totale chez un enfant de plus de 1 an et moins de 7 ans.



OBSTRUCTION PARTIELLE

Une quantité d'air, plus ou moins substantielle, parvient à passer, mais la victime éprouve des difficultés à respirer. Elle peut parler et tousser avec vigueur pour libérer les voies aériennes. La respiration est en général bruyante avec un sifflement audible lors de chaque inspiration.

Une obstruction partielle peut parfois se manifester que par une toux intense.

En présence d'une victime présentant une obstruction partielle il est impératif de ne pratiquer **aucune manœuvre**.

Obstruction totale chez un adulte conscient - ne respire pas, ne tousse pas, ne parle pas.

Victime debout ou assise. Technique standard

- Je la laisse dans la position où elle se trouve.
- Si le corps étranger est visible et **facilement** accessible, j'essaie de l'extraire.
- Si je n'y parviens pas, je lui donne 5 claques vigoureuses dans le dos.
- Si échec de la manoeuvre, je fais des compressions abdominales (manoeuvre de Heimlich).

En cas d'inefficacité, je donne à nouveau 5 claques dans le dos puis je réalise 5 compressions abdominales, et je recommence ce cycle jusqu'à ce que la désobstruction soit obtenue. Si ces manoeuvres sont sans effet et que la victime perd connaissance, je l'accompagne au sol pour éviter un traumatisme et je commence sans attendre une réanimation cardiopulmonaire (cycle de 30 compressions thoraciques et 2 insufflations). Je vérifie si le corps étranger a été expulsé dans la bouche à la fin de chaque cycle de compressions et le retire s'il est accessible.

L'efficacité des manoeuvres est jugée sur :

- l'expulsion du corps étranger (je l'enlève rapidement de la bouche).
- l'apparition d'une toux (si le corps étranger est facilement accessible je l'extirpe avec les doigts sinon je ne fais rien, j'encourage la victime à tousser et je surveille la respiration).
- la reprise de la respiration (j'installe la victime dans la position où elle se sent le mieux, je desserre ses vêtements si besoin pour l'aider à respirer, je surveille sa respiration).

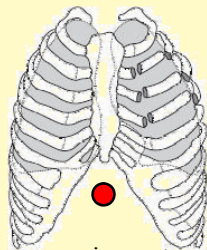


Très vite, je descends mon index le long de la joue dans la gorge. Je saisis le corps étranger par la pince pouce-index ou je l'expulse vers l'extérieur avec l'extrémité de l'index replié en crochet. Attention à ne pas le pousser plus en avant dans les voies aériennes.

- je me place sur le côté, légèrement en arrière de la victime ;
- je mets une main sur sa poitrine et penche son tronc en avant ;
- avec le plat de l'autre main, je lui donne 5 fortes claques dans le dos entre les omoplates pour provoquer une toux et débloquent le corps étranger ; j'interromps les claques dès que la désobstruction est obtenue.

je me place derrière le dos de la victime et je passe mes bras en regard de la partie supérieure de son ventre.

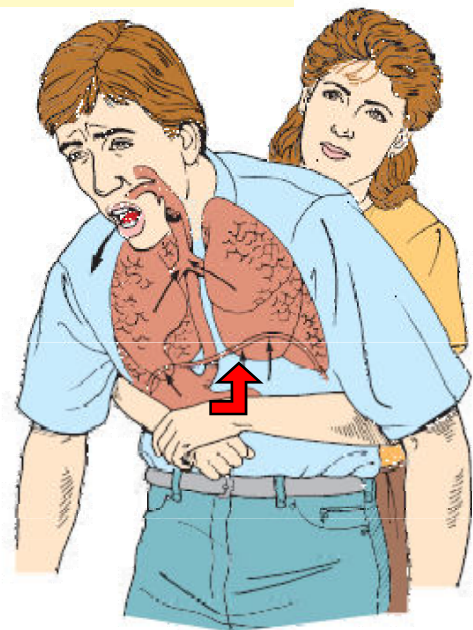
je place le poing d'une main dans le creux de l'estomac, en dessous du sternum ; poing horizontal, partie supérieure tournée vers le haut.



je place mon autre main sur la première, en prenant garde à ne pas appuyer sur les côtes avec mes avant-bras ;

j'applique une rapide et **très vigoureuse** pression en arrière et vers le haut.

si le corps étranger n'est pas délogé, je refais la manoeuvre jusqu'à cinq fois.



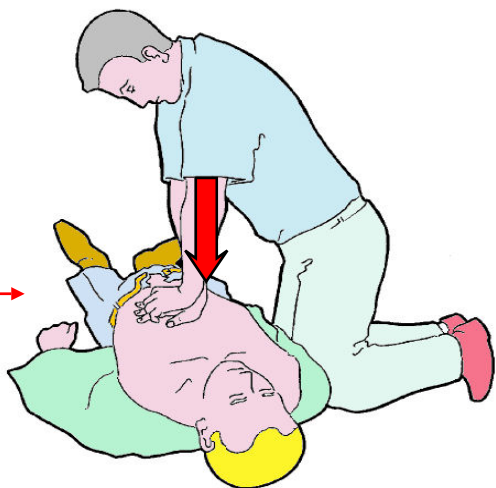
Dans le cas d'une femme enceinte ou d'une personne obèse, je ne fais pas de compressions abdominales mais des compressions thoraciques

Obstruction totale chez une personne alitée et peu mobile.

Les séquences sont identiques si ce n'est que les compressions abdominales sont remplacées par des compressions thoraciques. Chez une personne couchée, des compressions abdominales sont susceptibles de provoquer des vomissements à l'origine d'inhalation. Pour appliquer des compressions thoraciques efficaces, il est nécessaire de mettre la victime en position allongée sur le dos et sur un plan dur (sol ou interposer un plan dur entre le dos de la victime et le matelas).

- si le corps étranger est visible et **facilement** accessible, j'essaye de l'extraire.
- si c'est impossible, je tourne la victime sur le côté et lui donne 5 claques dans le dos entre les omoplates pour tenter de débloquer le corps étranger.
- si échec de la manoeuvre, je fais cinq compressions thoraciques.

En cas d'inefficacité, je donne à nouveau 5 claques dans le dos puis je réalise 5 compressions thoraciques, et je recommence ce cycle jusqu'à ce que la désobstruction soit obtenue. Si ces manoeuvres sont sans effet et que la victime perd connaissance, je commence sans attendre une réanimation cardiopulmonaire (cycle de 30 compressions thoraciques et 2 insufflations). Je vérifie si le corps étranger a été expulsé dans la bouche à la fin de chaque cycle de compressions et le retire s'il est accessible.



Je me place à genoux sur le côté de la victime.

Je place mes mains l'une sur l'autre, au milieu du thorax entre les deux seins.

Tout en gardant les bras bien tendus, j'appuie de tout mon poids pour déprimer la cage thoracique de 3 à 4 cm.

Je relâche bien entre chaque compression.

La technique des compressions thoraciques est semblable à celle du massage cardiaque. Cependant, les compressions doivent être plus puissantes et délivrées à un rythme moins rapide (1 compression toutes les 3 secondes)

Obstruction totale chez une femme enceinte, un adulte obèse. (assis ou debout)

Les séquences sont identiques à la technique standard si ce n'est que les compressions abdominales sont remplacées par des compressions thoraciques délivrés sur la victime en position debout ou assise. La technique de Heimlich est en effet difficile à réaliser chez une personne obèse ; elle est contre-indiquée au 3^{em} trimestre de la grossesse.

- Je la laisse dans la position où elle se trouve.
 - Si le corps étranger est visible et **facilement** accessible, j'essaye de l'extraire.
 - Si je n'y parviens pas, je lui donne 5 claques vigoureuses dans le dos.
- Si échec de la manoeuvre, je fais des compressions thoraciques.

En cas d'inefficacité, je donne à nouveau 5 claques dans le dos puis je réalise 5 compressions abdominales, et je recommence ce cycle jusqu'à ce que la désobstruction soit obtenue. Si ces manoeuvres sont sans effet et que la victime perd connaissance, je l'accompagne au sol pour éviter un traumatisme et je commence sans attendre une réanimation cardiopulmonaire (cycle de 30 compressions thoraciques et 2 insufflations). Je vérifie si le corps étranger a été expulsé dans la bouche à la fin de chaque cycle de compressions et le retire s'il est accessible.



Je me place derrière la victime, contre son dos.

Je passe mes bras sous ses aisselles et j'encerle son thorax.

Je mets un poing au milieu du sternum et je place mon autre main sur la première.

Je tire d'un coup sec en arrière pour exercer une forte pression.

Si le corps étranger n'est pas délogé, je refais la manoeuvre jusqu'à cinq fois.

OBSTRUCTION TOTALE CHEZ UN NOURRISSON - enfant de moins de 1 an

Chez un nourrisson âgé de moins de 1 an, le recours aux compressions abdominales est à exclure, en raison d'un risque traumatique trop élevé, en particulier au niveau de la rate et du foie.

- Si le corps étranger est visible et facilement accessible, j'essaye de l'extraire.
- Si je n'y parviens pas, je lui donne 5 claques vigoureuses dans le dos.

je mets le bébé à califourchon sur mon avant bras en soutenant sa tête avec ma main.

assis ou un genou à terre, je couche le bébé à plat ventre sur ma cuisse de façon à ce que sa tête soit plus basse que son thorax (ceci facilite l'expulsion du corps étranger et l'empêche de retomber dans les bronches) et je maintiens sa tête avec ma main, paume ouverte, sans appuyer sur la gorge.

je donne 5 claques vives et sèches dans le dos, entre les 2 omoplates avec la paume de mon autre main.



- si le corps étranger est expulsé, je l'enlève rapidement de la bouche.
- si le corps étranger reste coincé mais que le nourrisson respire, je maintiens la position dans laquelle il se trouve. Je ne fais rien d'autre et je surveille sa respiration.
- si le nourrisson ne respire toujours pas je fais 5 compressions thoraciques.



Je retourne le bébé et le mets dos contre ma cuisse, sa tête penchée vers le bas et soutenue par ma main.

Je pose l'index et le majeur sur le sternum, un peu au-dessous de la ligne mamelonnaire, et j'appuie d'un coup sec.

Je réalise la manoeuvre 5 fois de suite.

- si le corps étranger est expulsé, je l'enlève rapidement de la bouche.
- si le corps étranger reste coincé mais que le nourrisson respire, je maintiens la position dans laquelle il se trouve. Je ne fais rien d'autre et je surveille sa respiration.
- si le nourrisson ne respire toujours pas, je répète le cycle de 5 claques dans le dos et de 5 compressions thoraciques jusqu'à obtenir une désobstruction des voies aériennes. Si le nourrisson devient inconscient, je commence une réanimation cardio-pulmonaire (fiches PS9-PS10-PS11).



Une consultation médicale sera systématiquement demandée.

OBSTRUCTION TOTALE CHEZ UN ENFANT de plus de 1 an et moins de 7 ans.

Les claques dans le dos, comme chez l'adulte, sont à donner en première intention. Si cela est possible on essaiera de basculer l'enfant sur sa cuisse afin de bien le pencher en avant. En cas d'échec, la méthode des compressions thoraciques est à utiliser en deuxième intention. En cas d'échec, la méthode des compressions abdominales est un recours, mais elles seront appliquées sur une victime allongée sur le dos et non debout comme chez l'adulte.

- Si le corps étranger est visible et facilement accessible, j'essaie de l'extraire.
- Si je n'y parviens pas, je lui donne 5 claques vigoureuses dans le dos.
- Si échec de la manoeuvre, je fais des compressions thoraciques.
- En cas d'inefficacité je pratique 5 compressions abdominales.

En cas d'échec, les tentatives d'expulsion du corps étranger sont à poursuivre en alternant les 3 méthodes (claques dorsales, compressions thoraciques, compressions abdominales). Si ces manoeuvres sont sans effet et que l'enfant perd connaissance, je commence sans attendre une réanimation cardiopulmonaire (cycle de 30 compressions thoraciques et 2 insufflations). Je vérifie si le corps étranger a été expulsé dans la bouche à la fin de chaque cycle de compressions et le retire s'il est accessible.

L'efficacité des manoeuvres est jugée sur :

- l'expulsion du corps étranger (je l'enlève rapidement de la bouche).
- l'apparition d'une toux (si le corps étranger est facilement accessible je l'extirpe avec les doigts sinon je ne fais rien, j'encourage l'enfant à tousser et je surveille la respiration).
- la reprise de la respiration (j'installe la l'enfant dans la position où il se sent le mieux, je desserre ses vêtements si besoin pour l'aider à respirer, je surveille sa respiration).

Je m'assois.

Je bascule l'enfant sur ma cuisse, la tête vers le bas.

Je donne une série de 5 claques vigoureuses dans le dos entre les omoplates avec le talon de ma main ouverte.

Si cette technique n'est pas réalisable je fais comme pour l'adulte. (voir technique standard)

J'allonge l'enfant sur le dos sur un plan dur.

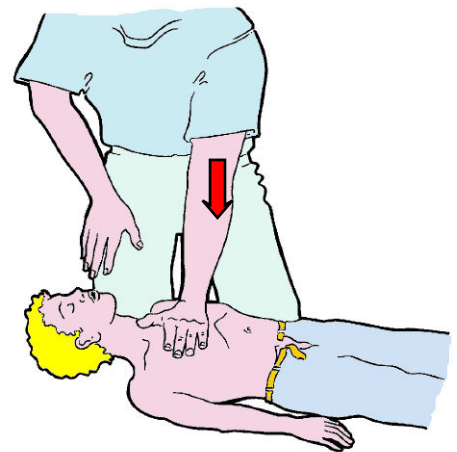
Je me place au-dessus de l'enfant, le bras à la verticale de sa poitrine.

Je pose le talon d'une main au centre de la poitrine, sur la ligne médiane, sur la moitié inférieure du sternum. Je relève les doigts pour ne pas appuyer sur les côtes.

Tout en gardant le bras bien tendu, j'appuie vigoureusement pour déprimer la cage thoracique de 3 à 4 cm.

Je relâche bien et laisse le thorax reprendre sa forme, sans décoller ma main.

Si le corps étranger n'est pas délogé, je refais la manoeuvre jusqu'à cinq fois.



Je me mets à genoux à côté de l'enfant ou à califourchon sur ses jambes.

Je place le talon d'une main dans le creux de l'estomac, en dessous du sternum.

Je place mon autre main sur la première.

J'appuie d'un coup sec pour repousser le ventre vers le haut.

Si le corps étranger n'est pas délogé, je refais la manoeuvre jusqu'à cinq fois.

OBSTRUCTION PARTIELLE - la victime peut parler, tousser, respirer.

Lorsque l'obstruction des voies aériennes supérieures est partielle, toute manoeuvre est à proscrire. Elle risque en effet d'aggraver la situation et est susceptible d'entraîner une obstruction complète. Dans la plupart des cas, la victime en toussant est capable d'expulser elle-même le corps étranger. La puissance de la toux est supérieure à celle d'une manoeuvre externe.

- J'installe la victime dans la position où elle se sent le mieux, généralement assise.
- Je ne tente aucune manoeuvre. Pas de claques dans le dos, pas de suspension par les pieds pour un enfant, je ne donne pas à boire...
- J'encourage la victime à tousser.
- Je demande un avis médical.
- Je surveille la respiration. Si la victime soudainement ne peut plus respirer, ni parler, ni tousser, je pratique les manoeuvres de désobstruction.

Après un étouffement grave, même si la situation clinique est revenue à la normale, il est nécessaire de consulter un médecin afin de vérifier l'absence d'une éventuelle complication.

