

39e CONGRÈS ANNUEL DE L'ADARPEF



25 & 26 MARS 2022 MONTPELLIER Le Corum

AUCUN CONFLIT D'INTÉRÊT

Corps étrangers digestifs

- Chrystelle SOLA -
PÔLE FEMME - MÈRE - ENFANT
CHRU MONTPELLIER

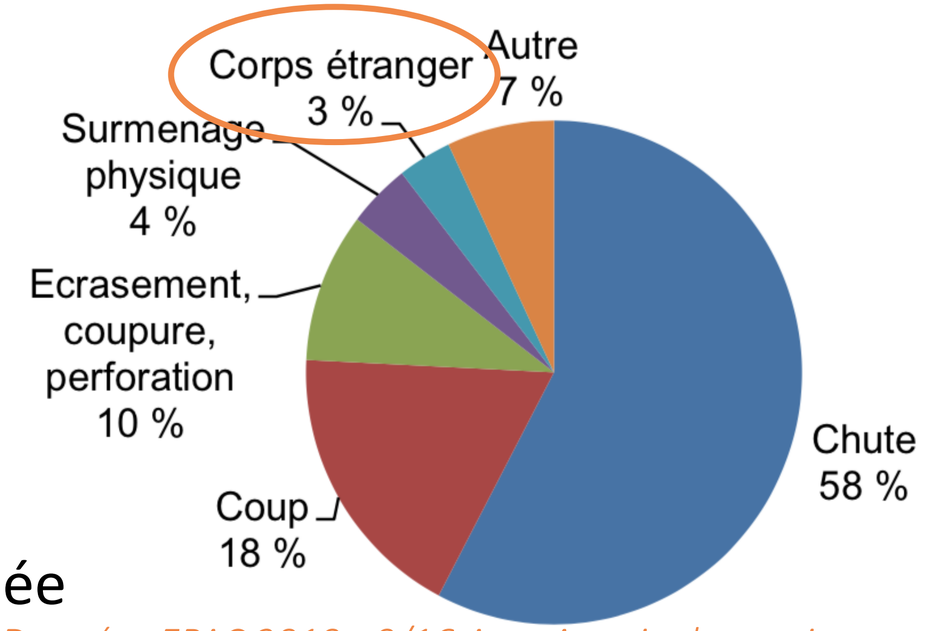
FEMME, MÈRE, ENFANT
CHU MONTPELLIER CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

UNIVERSITÉ MONTPELLIER

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ADARPEF

Epidémiologie



Données EPAC 2010 - 0/16 Ans- Acc vie domestique

- Pic de fréquence → 6 mois – 3 ans (70%)
- 20% des 1 - 3 ans → au moins une sorte de CE ingéré
- 75% des ingestions de CE surviennent chez les < 5 ans

- Probablement très SOUS ÉSTIMÉE ≈ 40 % non diagnostiquée
- 80 à 90 % de passage/évacuation spontané

- 10 à 20 % d'extraction endoscopique
- < 1% de TTT chirurgical
- Mortalité < 1%



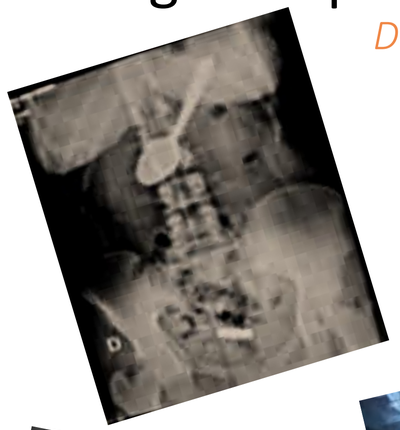
PIÈCES DE MONNAIE +++

60 - 70 % des cas

1994 – 2003 États-Unis :

→ 250 000 ingestions et/ou inhalations

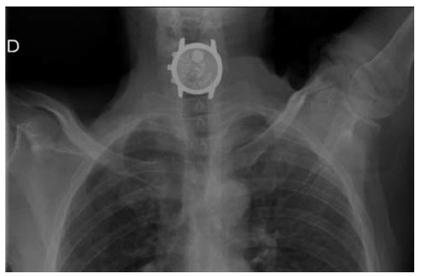
→ 20 décès











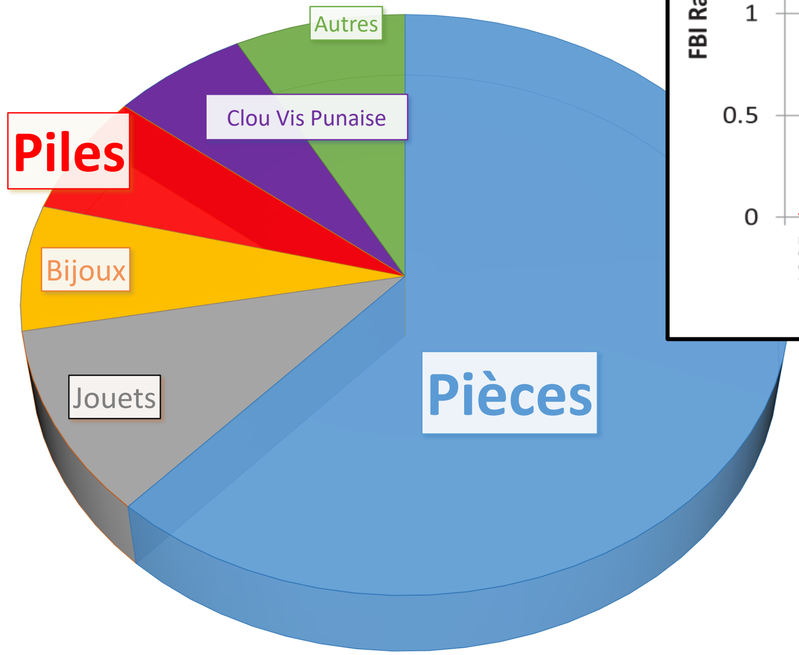
Epidémiologie

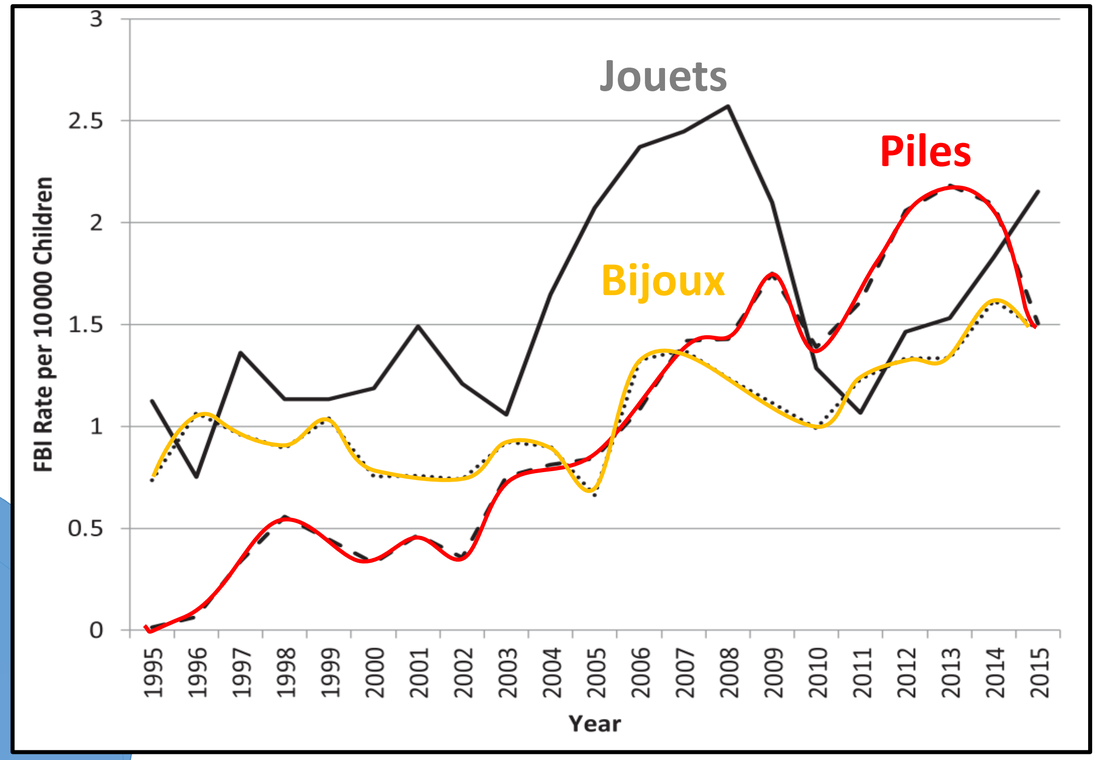
Foreign-Body Ingestions of Young Children Treated in US Emergency Departments: 1995–2015 *Pediatrics. 2019*

< 6 ans

Admis aux URG entre 1995 et 2015

	Actual	National Estimate (%)[a]
Total	29 893	759 074





800 000 cas

40 000 cas / an

1 – 3 Ans = 70 %

↗ 93,3 % sur 21 ans

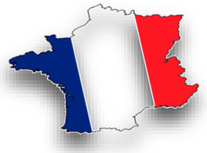
↗ annuelle de 4,4 %

Hospitalisation = 10%

Piles : X 150

sur les 20 ans d'analyse

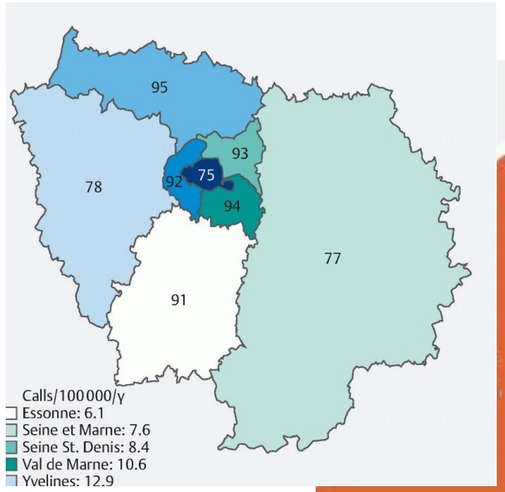
Epidémiologie

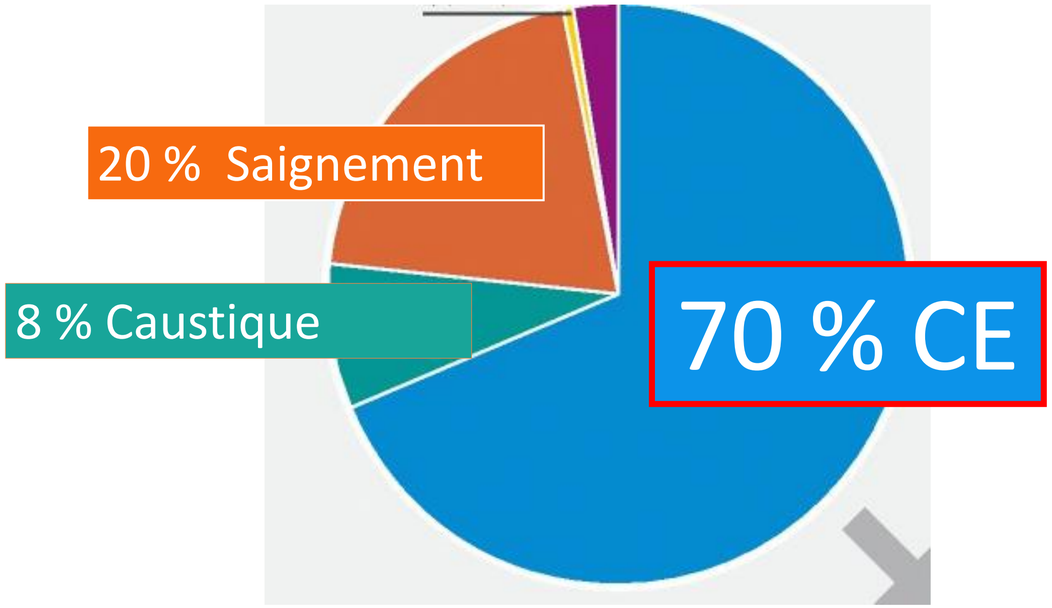


Urgent endoscopy in children: epidemiology in a large region of France *Endoscopy International Open 2020*

6 Mois d'enquète: Février à Juillet 2017
Tous appels pour endoscopie URG pédiatrique

237 Appels sur 6 mois
soit 15 appels/100 000 enfants/an
Soit 10 appels/sem → **<u>3 endoscopie URG /sem</u>**

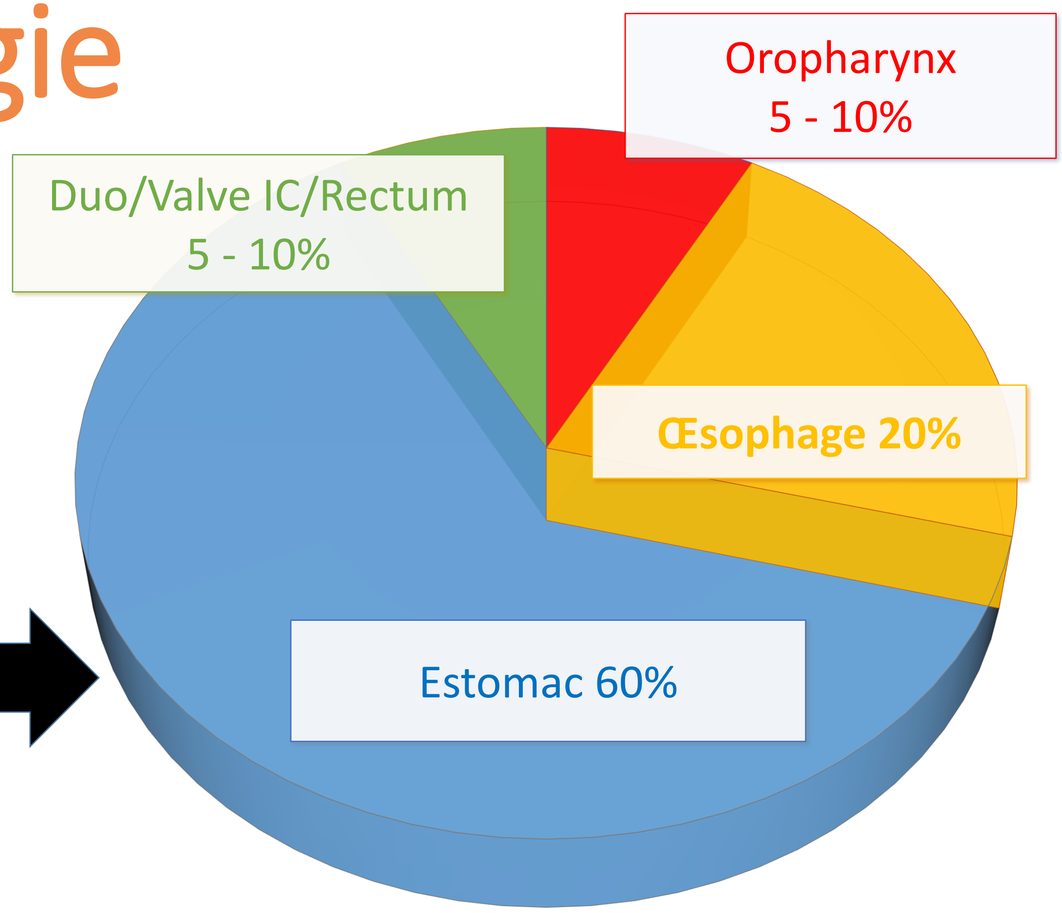




Symptomatologie

Va dépendre …

- Age
- ATCD Médico-Chir
  → Atrésie Oeso, Sténose peptique, fundoplicature …
- Taille
- **Localisation**
- Complications II^aires



Asymptomatique 50%

les + fréquents → Hypersialorrhée / Vomissements / déglutitions incessantes

Dysphagie aigüe / refus alimentaire → **même après migration de CE**

Toux / Dyspnée / Détresse respi (compression trachéale)

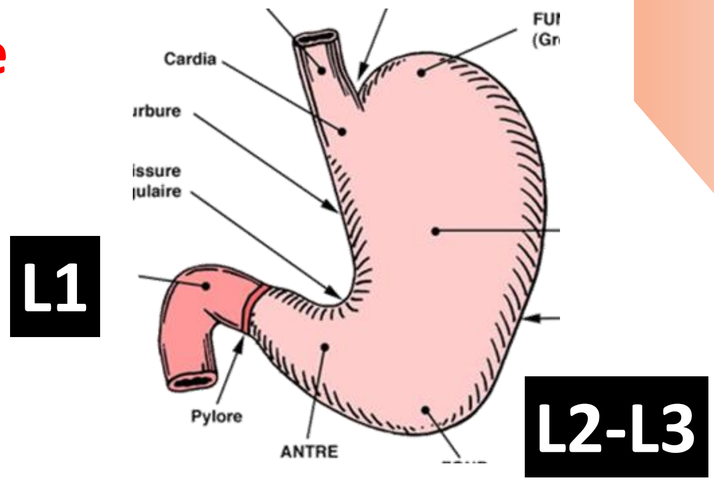
Zones de Blocage des CE

→ ANATOMIQUEMENT → ZONES PREFERENTIELLES

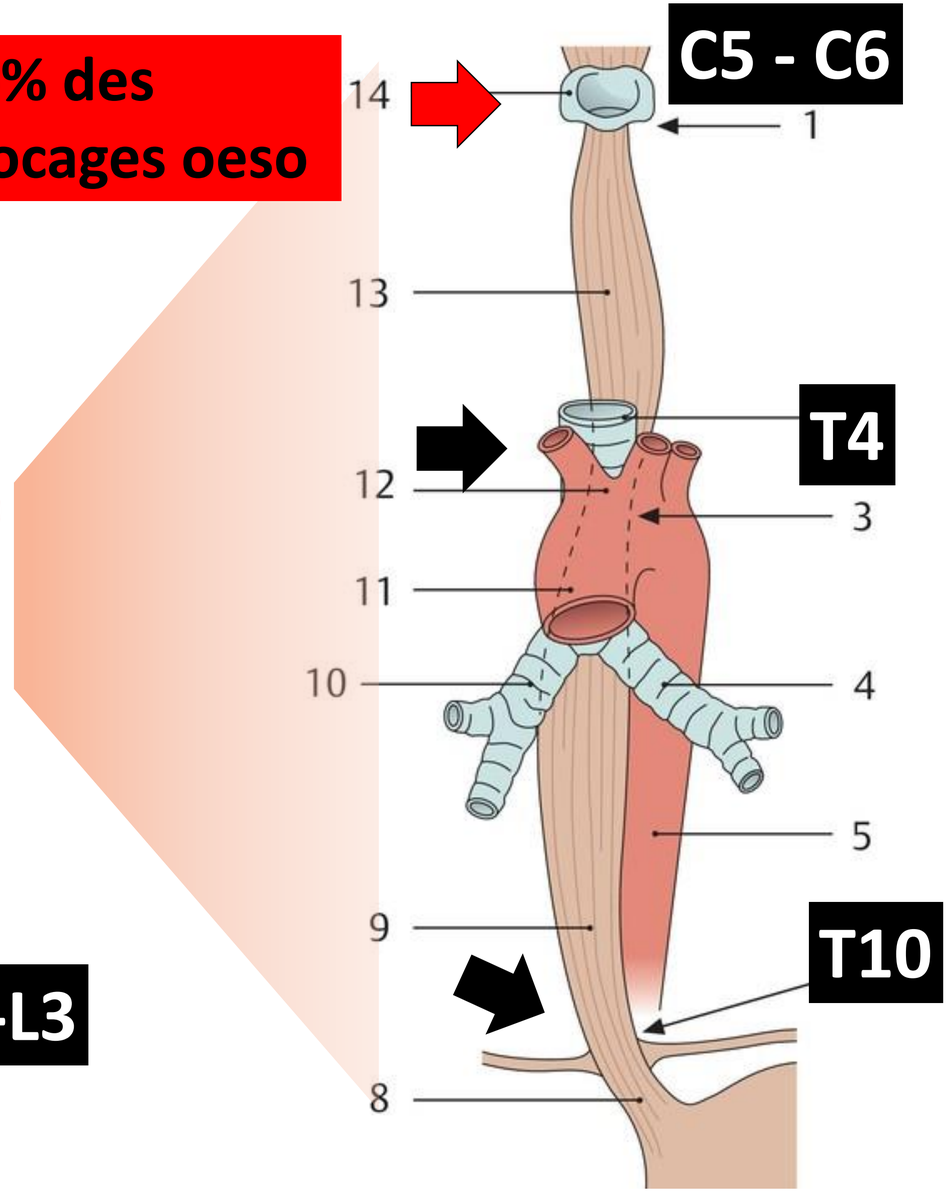
Amygdales pharyngées : visibles à l'abaisse langue
Sinus piriformes : risque respiratoire majeur

OESOPHAGE = 3 rétrécissements anatomiques +++
- **Bouche oesophagienne (cricoïde et m.cricopharyngien)**
- **Empreinte aortique**
- **Sphincter inf - Diaphragmatique**

ESTOMAC :
- Fond gastrique
- Pylore (épaisseur ou ø > 20 mm)
- Longueur > 6 cm (Enfant)
  > 3 cm (Nourrisson)



60% des blocages oeso



Duodénum / valve IC / Appendice / Rectum

Complications secondaires

En fonction de la LOCALISATION du CE	
Oropharynx	Abcédation, dyspnée, détresse respiratoire
Œsophage +++	Nécrose ischémique / Ulcération / sténose / Pneumothorax / Médiastinite /Hématémèse
Estomac	Gastrite / Perforation / Péritonite / Hématémèse



En fonction de la NATURE du CE	
Piles	Brulures / Perforation / Fistules
Objets tranchants	Perforation
Aimants	Occlusion / Péritonite / Volvulus
Caustiques	Ulcération / Nécrose / Perforation



Conduite à tenir - Généralités



- **<u>Interrogatoire / Examen clinique</u>** :

→**Nature - Taille - Nombre de CE +++ :**

émoussé, tranchant / pointu , aimant, pile, Aliment, caustique

→ **Heure ingestion** et dernier repas ??

→**Symptomes** Sd de pénétration ?/ Sd Oesophagien? /autre ?

→**ATCD** pathologie Digestives : Atrésie, Sténose, Fundoplicature, etc…

→Exam bucco pharyngé et cervical :

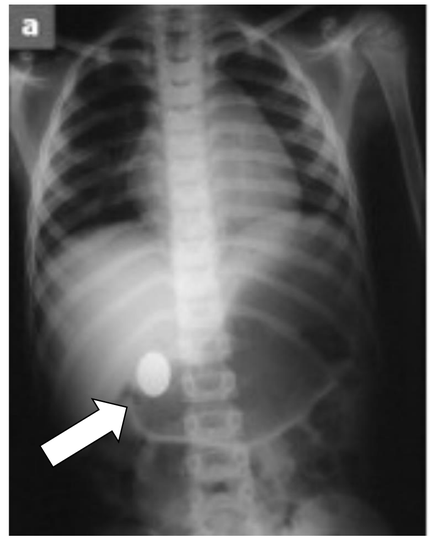
lésion muqueuse /emphysème …

<u>Rx Thorax</u> élargie du cou au bassin :

→ 60 à 90 % des CE sont radio-opaques

→Localisation / Complication





Conduite à tenir – Endoscopie ? Quand?

ADARPEF

Management of Ingested Foreign Bodies in Children: A Clinical Report of the NASPGHAN Endoscopy Committee **2015**

Pediatric gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) **2017**

Urgence < 2h	Urgence relative (< 24h avec respect jeune)	Non Urgent
Obstruction Oeso QQ soit le CE Si Symptome (stase salivaire+++)	O A sy	
Piles « bouton » - Oeso avec/sans symptome - Gastrique + symptome	Pil As - Ag - Ø	
Objet tranchant/pointu Oeso / gastrique Symptomatique	Obj Oes Asyn	
Aimant Oeso/ gastrique Symptomatique ou multiples	Aima Asym	
	Pièce Oeso Asympto ou Gastrique + symptome	Pièce Gastrique Asympto.

Endoscopie en URGENCE +++

Obstruction Œsophagienne

Pile Bouton Œso ou Gastrique Symptomatique

Aimant Œso/gastrique ou Multiple

CE tranchant ou pointu

CE symptomatique

Recommandations

RX MÊME SI SUSPICION ET ASYMPTO
ANS sympto
semaines
» gastrique → Asympto = surveillance → Retrait si encore présente à 48h
Pile cylindrique unique gastrique → surveillance J7 et J14 → Retrait si non évacuation

Piles « Boutons »



Physiopathologie : Lésions multiples & Rapides

- Caustique (libération d'électrolytes alcalins)
- Mécanique (nécrose par compression de la muqueuse)
- *Toxique (absorption local de substances: lithium, mercure)*
- **Électrique (brûlure → courant entre la muqueuse et la pile)**



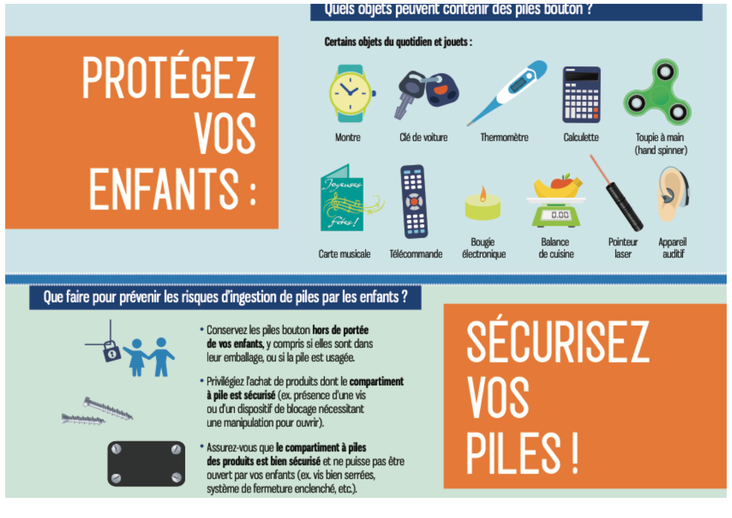
Génération d'un courant électrolytique externe →hydrolyse les fluides tissulaires
et produit des ions hydroxydes <u>au pôle négatif de la batterie</u> ($2H_2O + 2\ e^- \rightarrow H_2 + 2\ OH^-$)



7 à 12 mm :
- alcalines (LR)
- oxyde d'argent (SR)

16 à 30 mm : lithium (BR/CR)

1,5 à 3 Volts



Piles « Boutons »

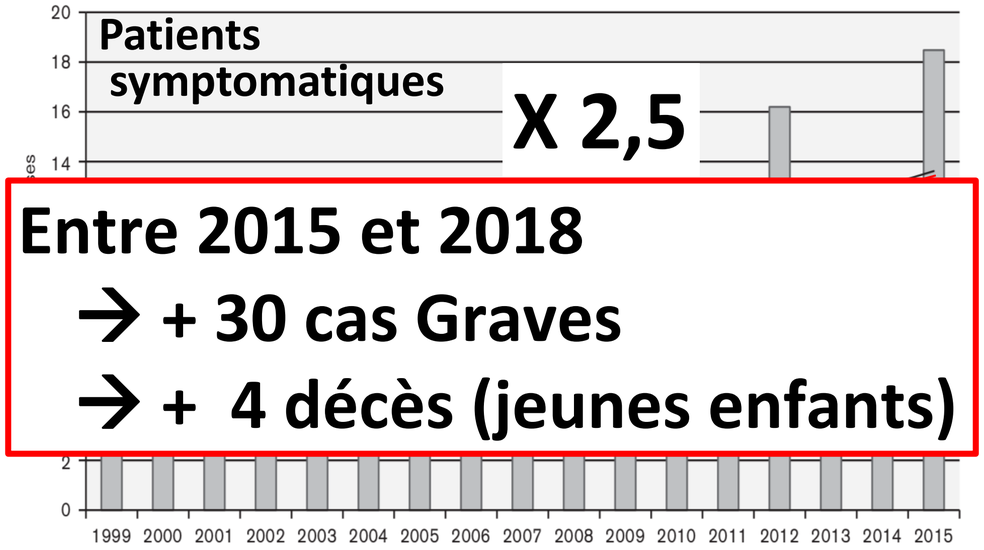


Severity of button batteries ingestions data from French Poison Control Centres 1999 to 2015

Labadie M et al.

4030 cas - 266 ± 98,5 cas/an

65,5% ≤ 5 Ans – Age moyen 2 Ans



Entre 2015 et 2018

→ + 30 cas Graves

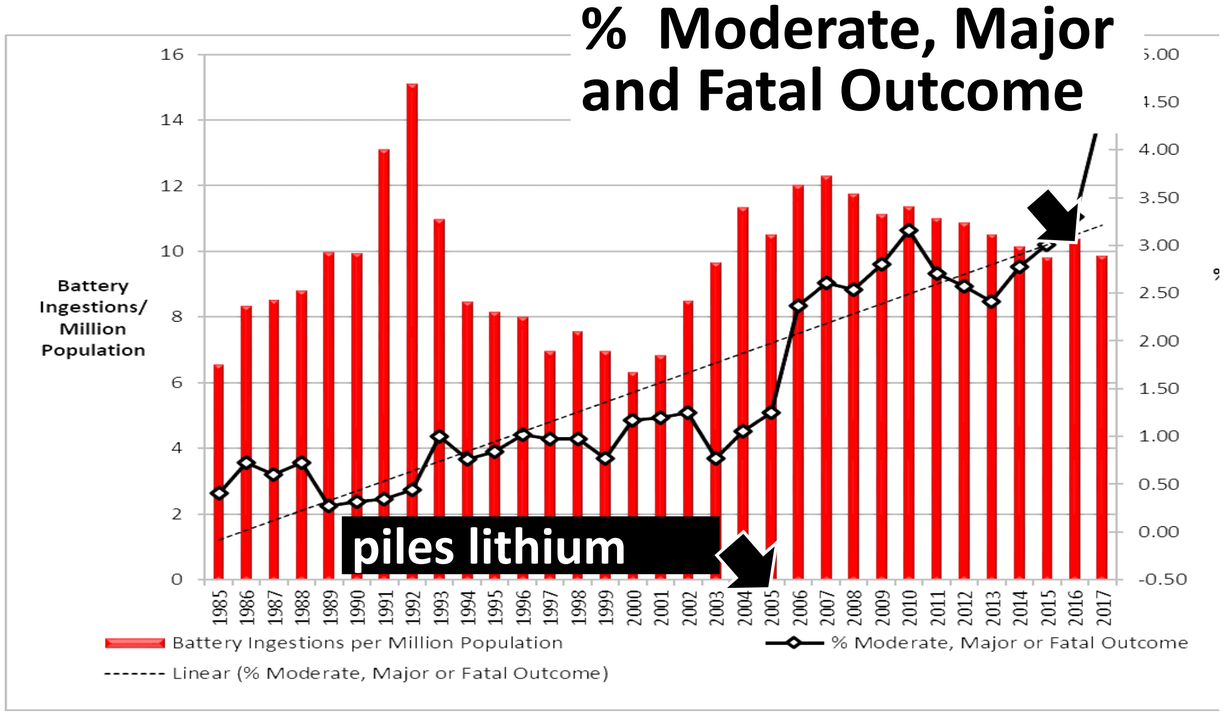
→ + 4 décès (jeunes enfants)

21 cas graves et **2 décès**

↗cas symptomatiques :

→7% en 1999 à 18,2% en 2015

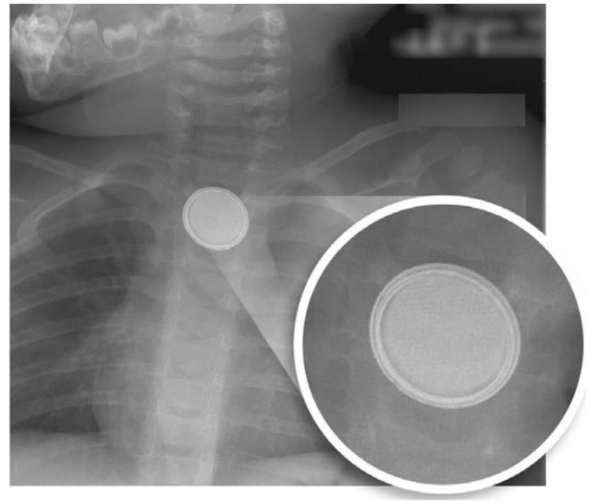
→utilisation +++ piles lithium



En 2019 – moins de 6 ans

1843 ingestions – 3 décès

Piles « Boutons »



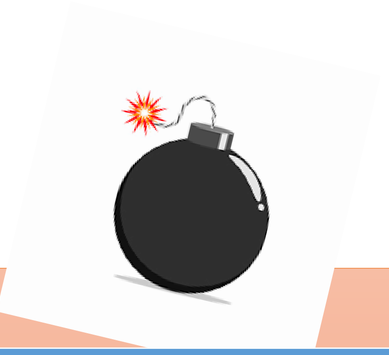
Facteurs de risque de gravité

- **Taille ≥ 15 -20 mm**
- Voltage 3 V.

} **Piles Lithium**



- **Age ≤ 5ans**
- Durée d'exposition tissulaire : lésions dès 15 min et jusqu' à plusieurs semaines
  y compris si extraction/évacuation → **Nécrose de liquéfaction**
- Localisation de l'impaction (Œsophage +++)
- Orientation : Pôle négatif = **3 Ns "negative pole, narrowest, necrosis"**



Complications

- **Ulcération et sténoses**
- **Perforation - érosion structures adjacentes**

Respi / Vasculaire / Médiastinale / Médullaire

- **Hémorragiques = 79% des cas fatals**

Anode (-) en Antérieur	Anode (-) en Posterérieur
Fistule Oeso-trachéale Détresse respiratoire	Fistule Oeso-aortique Hémorragie cataclysmique

Piles « Boutons »

PRÉVENTION de la Sévérité des lésions ???



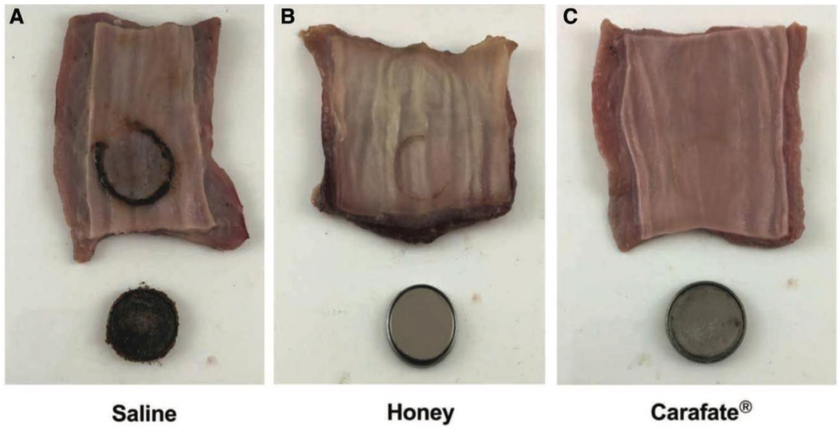


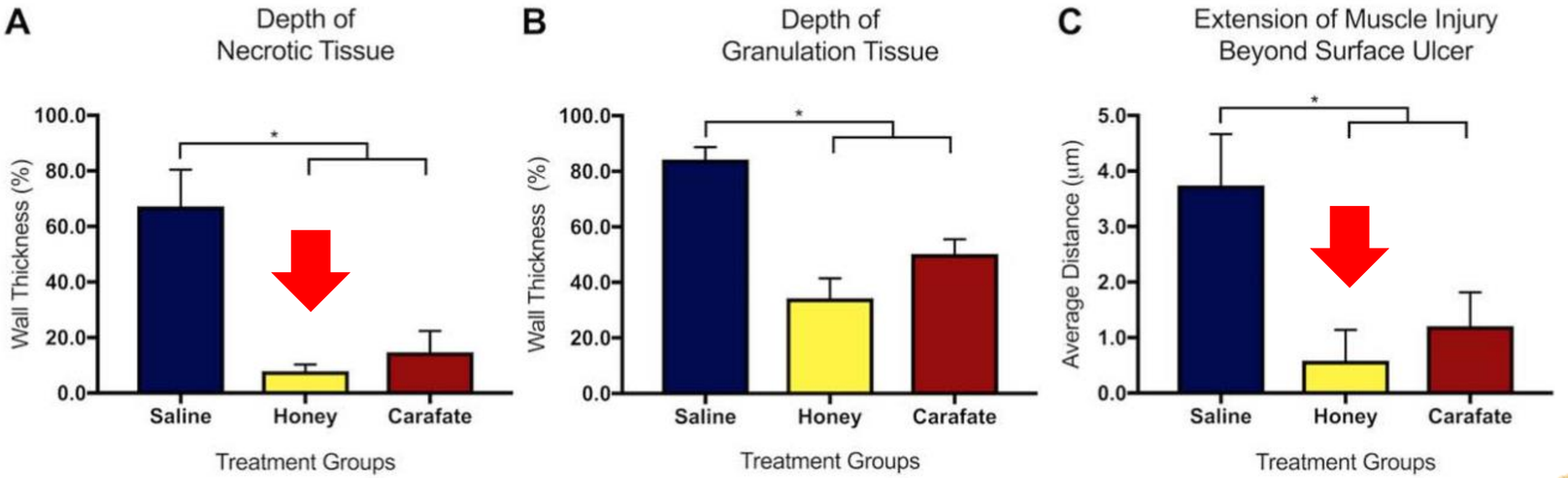
Piles « Boutons »

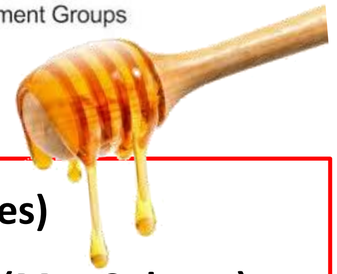


PRÉVENTION des lésions sévères

pH-Neutralizing Esophageal Irrigations as a Novel Mitigation Strategy for Button Battery Injury *R. Anfang et al. the laryngoscope 2018*







Avant Arrivée aux URG Si ingestion < 12h , Age > 12 mois → <u>Miel 10 ml PO / 10 min</u> (Max 6 doses)

Avant Endos Si Pile Oeso et ingestion < 12h → <u>Miel</u> 10 ml PO / 10 min ou <u>Sucralfate</u> 1g /10 min (Max 3 doses)

Si lésions Oeso SANS Perforation → irrigation 50 à 150 ml <u>Ac Acétique 0,25%</u>

POISON CONTROL
National Capital Poison Center

ADARPEF

Piles « Boutons »



Diagnostic et prise en charge des enfants ayant ingéré une pile bouton ou une pile plate

Recommandation de bonne pratique labellisée par la Haute Autorité de santé

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

SOCIÉTÉ DE TOXICOLOGIE CLINIQUE

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

16 Février 2022

I. Repérage

Quand suspecter l'inge enfant ?

Quelle est la prise en c que ?

Doit-on hospitaliser d'er n d'ingestion ?

Faut-il réaliser des radiog e, et radiographie de l'abdomen sans prépa-ration) systématiques che gestion d'une pile bouton et dans quel délai ?

Faut-il réaliser une endos gestive systématique chez tous les enfants suspects d'ingestion d'une pile bouton et dans quel délai ?

Endos ?

Quand ?

II. Prise en charge

Préciser les conditions de réalisation de cette endoscopie

Quelles sont les modalités de sur

- s'il existe une lé
- si la pile est dan
- si la pile a franch

Surveillance ?

Quelle est la place de l'endoscopie de contrôle lorsqu'il existe une lésion initiale ?

Quelle est la place de l'angioscanner et de l'IRM dans la prise en charge de ces ingestions ?

Quelles sont les options thérapeutiques proposées en cas d'atteinte médiastinale menaçante ?

Quels sont les risques toxiques liés aux métaux contenus dans la pile ?

Avis du Collège de la HAS – 16 Février 2022

Piles « Boutons »

Facteurs de risque

- ≤ 5 Ans
- ≥ 15 mm
- > 2h post ingestion
- Saignement sentinelle

Diamètre ? Lithium? Sd de pénétration? Symptomes digestifs ?

Rx F+P Thorax élargie cou / abdo

CE Œsophagien

Saignement Sentinelle
Détresse respiratoire
(Ingestion >12h ou
Absence de Témoin)

Fistule Oeso-Aortique ?
CI à l'extraction 1ière

Angio-TDM
Si HD stable

Lésions Sévères / Saignement

Salle Hybride
KT / Fibro / ECMO
→ PEC Médico-Chirurgicale
CTCV / Viscéral /ORL

RECOMMANDATION

Diagnostic et prise en charge des enfants ayant ingéré une pile bouton ou une pile plate

SOCIÉTÉ DE TOXICOLOGIE CLINIQUE

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



« Scanner Thoracique pertinent à la phase aigue
Suspicion lésions vasculaires
Diagnostique Retardé > 12h
Phase de suivi (lésions initiales sévères) »

Piles « Boutons »

ADARPEF

Diamètre ? Lithium? Sd de pénétration? Symptomes digestifs ?

Facteurs de risque

- **≤ 5 Ans**
- **≥ 15 mm**
- **> 2h post ingestion**
- **Saignement sentinelle**

Rx F+P Thorax élargie cou / abdo

CE Œsophagien

Saignement Sentinelle
Détresse respiratoire`
(Ingestion >12h
Absence de Témoin)

Absce de signe de gravité (< 12h)

Si > 1 Ans
Considérer Miel/Sucralfate

FIBRO < 2H

Fistule Oeso-Aortique ?
CI à l'extraction 1ière

Angio-TDM
Si HD stable

Lésions Sévères

Lésions Sévères / Saignement

Salle Hybride
KT / Fibro / ECMO
→ PEC Médico-Chirurgicale
CTCV / Viscéral /ORL

Hospitalisation +/- SC
IPP +/- ATB
Nutrition parentérale
J7: FIBRO +/- TDM

Lésions Modérées

Symptomatique
OUI NON

Surveillance à Domicile

Lésions légères
Pas de Lésions



Piles « Boutons »

ADARPEF

Facteurs de risque

- ≤ 5 Ans
- ≥ 15 mm
- > 2h post ingestion
- Saignement sentinelle

Diamètre ? Lithium? Sd de pénétration? Symptomes digestifs ?

Saignement Sentinelle
Détresse respiratoire
(Ingestion >12h ou
Absence de Témoin)

Rx F+P Thorax élargie cou / abdo

CE Gastrique

Co-injestion
(Piles, aimant +++)
ATCD Dig sténosant

> 2h

< 2h



Angio-TDM

Symptomatique

Asymptomatique

Lésions Sévères

Bilan lésionnel

≤ 5 ans et ≥ 15 mm

Contrôle Rx (2 à 7-10j)
J4 si Ø ≥ 15 mm et 5 – 12 Ans
J10 - 14 si < 15 mm et/ou ≥ 12 ans

si tjrs gastrique

Salle Hybride
KT / Fibro / ECMO
→ PEC Médico-Chirurgicale
CTCV / Viscéral /ORL

FIBRO URG
SANS DELAIS

FIBRO < 24H

Piles « Boutons »

Diamètre ? Lithium? Sd de pénétration? Symptomes digestifs ?

Facteurs de risque

- ≤ 5 Ans
- ≥ 15 mm
- > 2h post ingestion
- Saignement sentinelle

CE Post pylorique

Symptomatique
Co-ingestion Aimant

FIBRO pour Bilan lésionnel

Avis Chir Et Gastro

Asymptomatique

Suivi à Domicile
Régime / Activité
Tamisage selles

EVALUER SURVEILLER

Symptomatique

PAS D'EXPULSION

Progression ??

ASP à 48h si ≥ 20 mm
ASP à 10-14j si < 20 mm

FIBRO pour Bilan lésionnel

Avis Chir Et Gastro

Mitigating Risks of Swallowed Button Batteries: New Strategies Before and After Removal

ESPGHAN and NASPGHAN 2020

Witnessed or suspected button battery ingestion

Esophageal

Gastric or beyond

Stable: whi
ray confirm
endoscopic
honey (ove
every 10 m
sucralfate
up to 3 dos



Clinical instability: Active bleeding, possible mediastinitis, sepsis
Endoscopic removal in OR with ENT, general and cardiothoracic surgery/ECMO available

Symptomatic

Asymptomatic

Immediate endoscopic evaluation of any esophageal or gastric injury and removal of gastric battery

Assessment
Laryngoscop

If suspicion
injury with

Adı

nsider
tient
tion on
case
riteria
ılfilled[2]

-rays in
ays,
der
if still
stric.

Location of injury in proximity to great vessels:
Consider CT Angiography or MRI to evaluate for vascular injury

Honey: 10 mL of honey by mouth every 10 min up to 6 doses to children over the age of 12 months.

Sucralfate: sucralfate suspension, 1g/10 mL, 10 mL orally every 10 minutes up to 3 doses. No age criteria.





Si lésions proches des gros vaisseaux

Angio-TDM ou IRM (Pile extraite +++)

No significant injury to surrounding tissue or proximity to aorta or other vascular structures

Demonstration of injury close to aorta

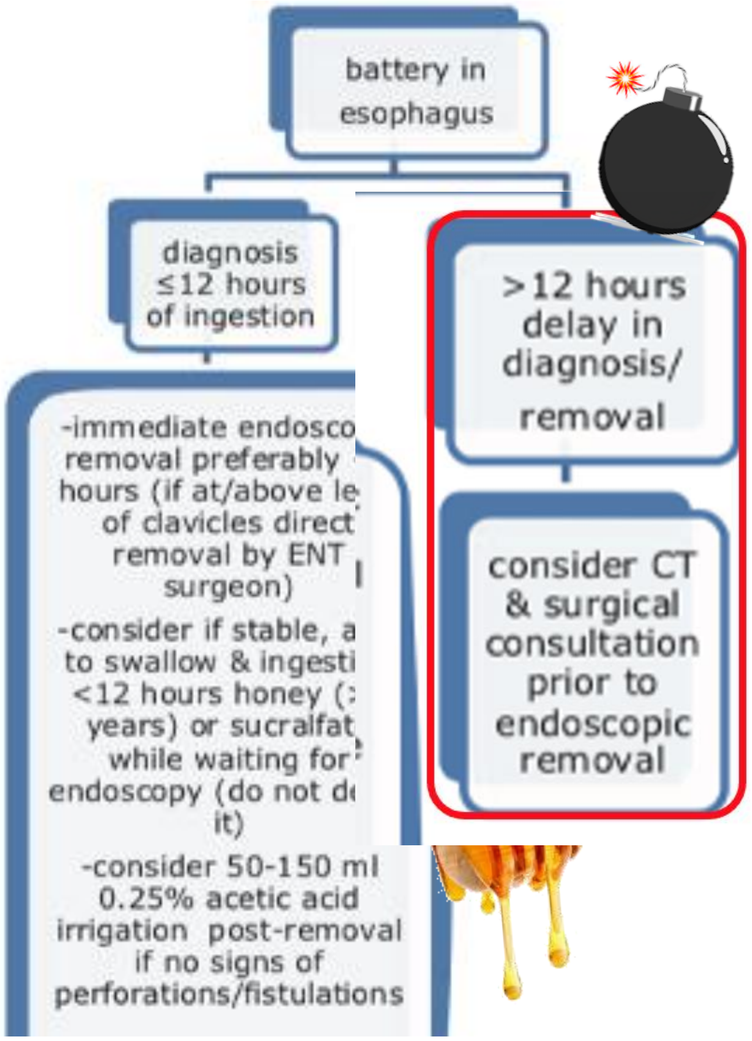
Esophagram to exclude leak and advance diet as tolerated

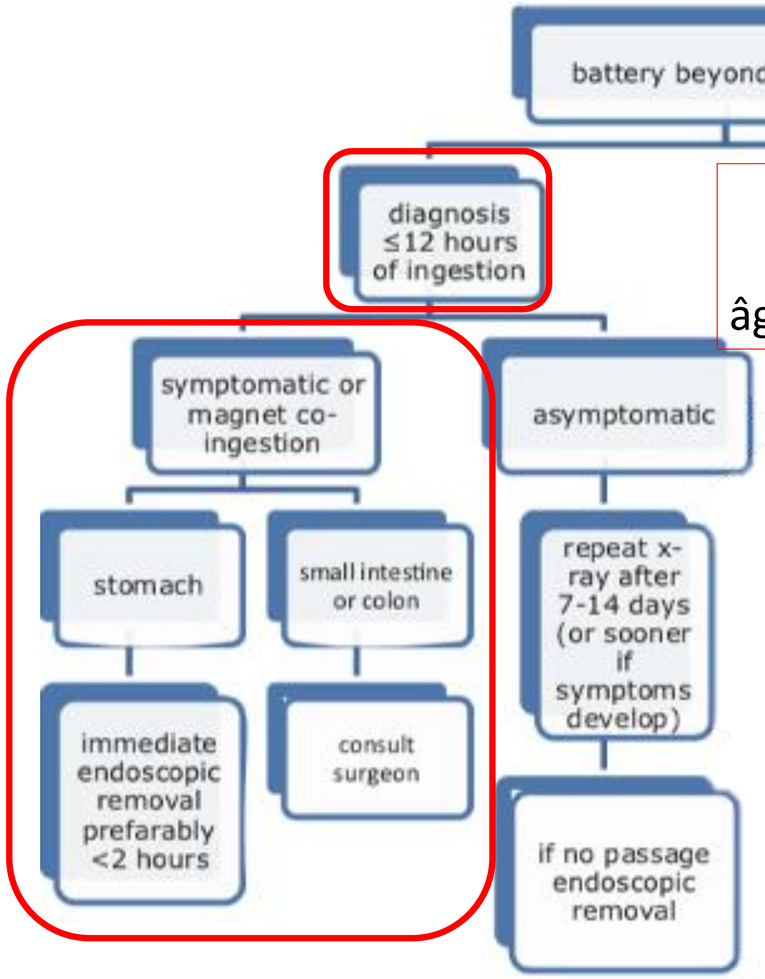
Consult Cardiothoracic Surgery. Continue NPO and ABX and consider serial MRI until injury seen to recede from aorta

Consider repeat esophagram to evaluate for stricture.
If presence of hematemesis or UGI bleeding assume aorto-enteric fistula and emergently prepare for thoracotomy with CT surgery/ECMO

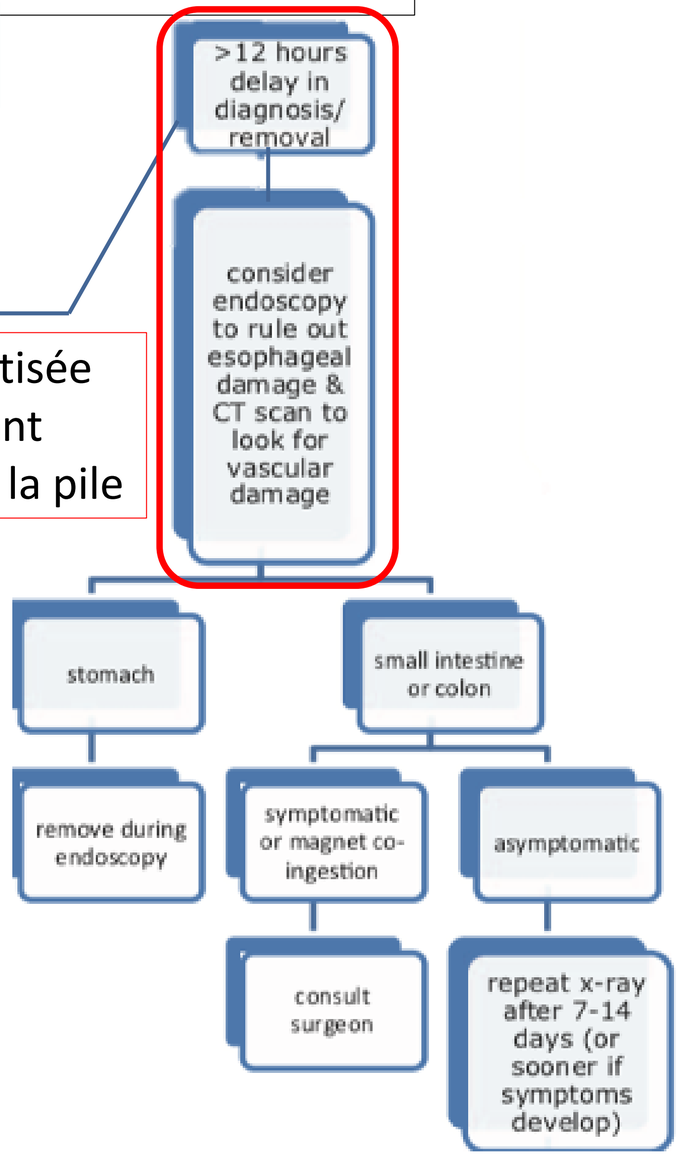
Diagnosis, Management, and Prevention of Button Battery Ingestion in Childhood: A European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition Position Paper

Recommandations 2021





PEC Systématisée
Indépendant
âge et taille de la pile



Piles « Boutons »



Anesthetic Implications of the New Guidelines for Button Battery Ingestion in Children

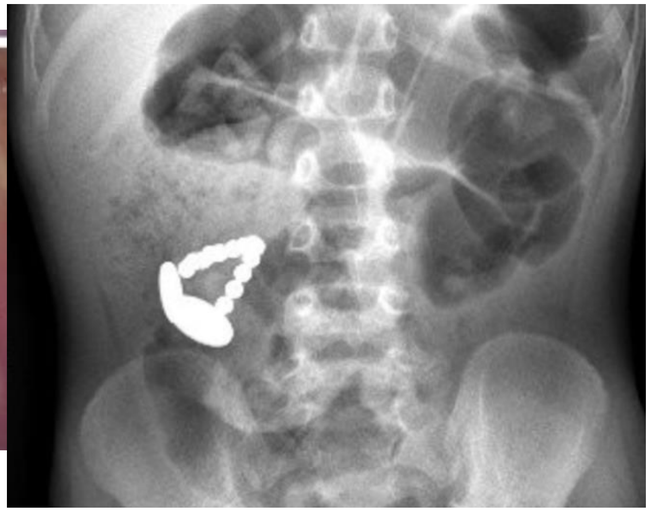
Pediatric Anesthesiology
2020

Considérations Anesthésiques	
Evaluation du Risque +++++++++	**Élevé : < 5 A, ø > 20 mm, impaction Oeso en T4, pole négatif en postérieur, saignement** **Intermédiaire:** Autre Pile Bouton Oeso-gastrique **Bas:** ø < 20 mm gastrique ET asympto ET > 5 A sans ATCD de patho Oesophagienne
Ressources	Plateau ET compétences technique adéquates : Risq/Benef CEC vs Transfert ?? Conditionement: **Larges VVP, Produits sanguins disponibles**
Gestion Per Op	Induction séquence rapide Vigilance armée durant geste endoscopique notamment Airway Bronchoscopie à discuter (→ AG/VS) Anticipation instabilités hémodynamique ou respi
Gestion Post op	Niveau + durée surveillance fonction des lesions Oesophagiennes Possible anesthésies itératives (Imagerie/endos de contrôle)

Abords vasculaires +++
Salle op KT/ECMO
Gastro - ORL
Chir Viscéral, Cardio-Thoracique, Vasculaire interventionnel
Réa

Aimant(SSSS)



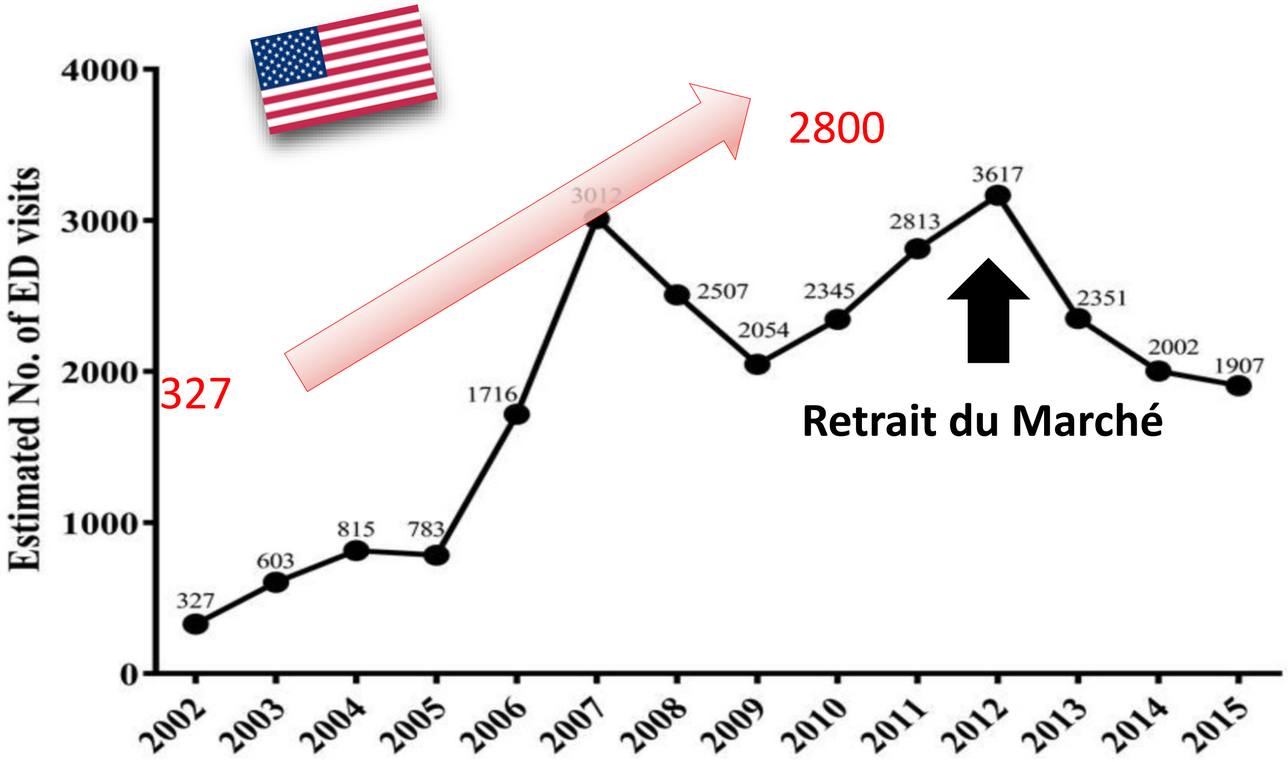


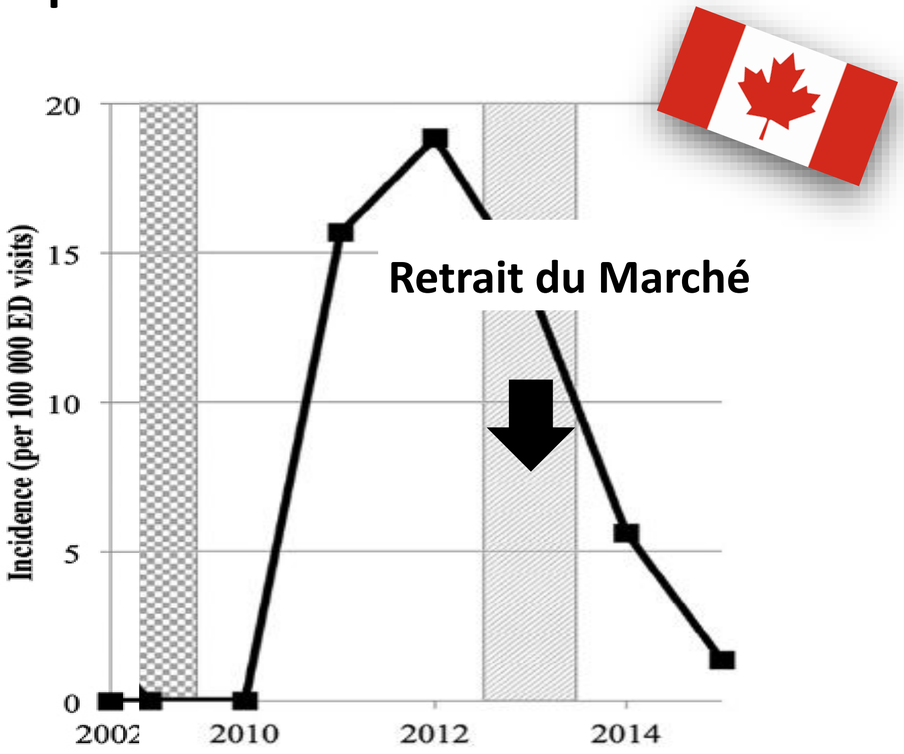
Épidémio

2 % des ingestions de CE en pédiatrie

3,75/10 000 enfants 2002 - 2011.

2002 – 2011 US : incidence X 8,5 - ↗75 % par an





Aimant(SSSS)

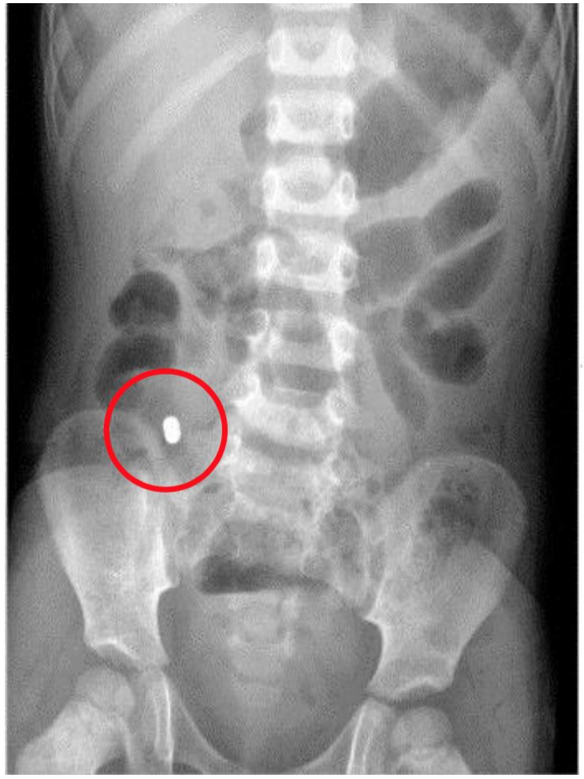


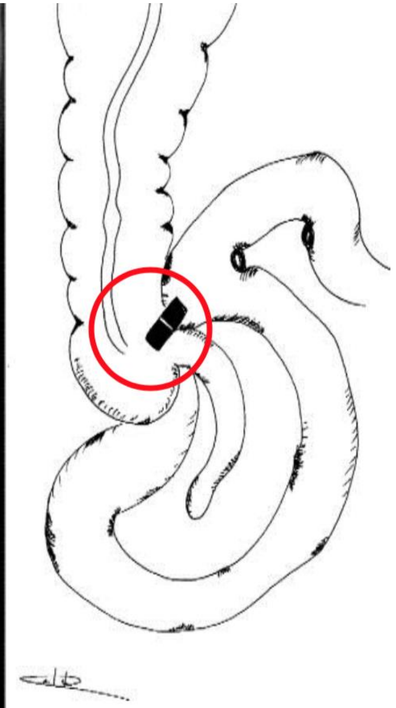
Risque

Aimants **MULTIPLES ou co-ingestion métallique**

→ **Neodymium: force attractive +++**

→ **FR +++ de Recours à Chir dig → OR : 12,9**



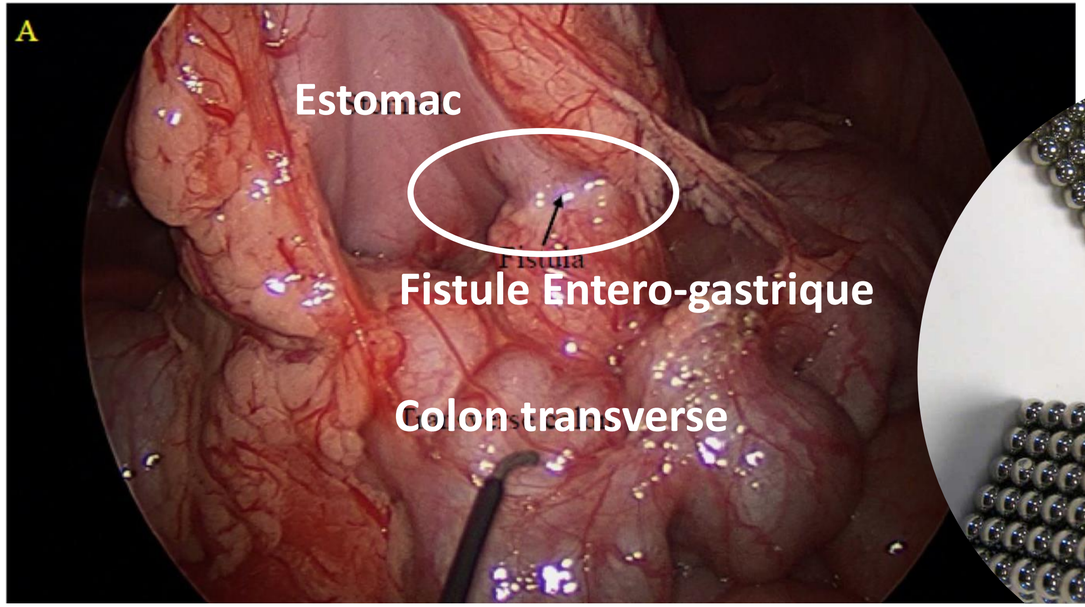


Complications

Nécrose murale, perforation,

Fistule entéro-entérique

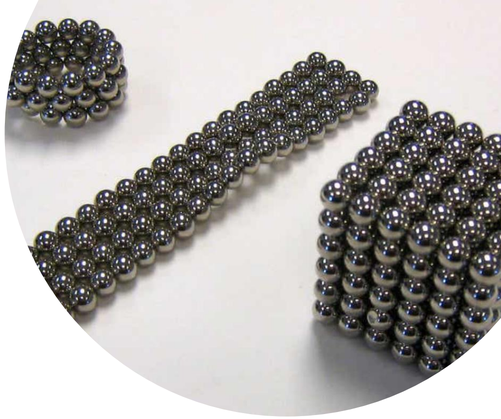
Obstruction , volvulus, péritonite …







Aimant(SSSS)



Ingestion/suspicion – Nombre +++ ?
Sd de pénétration? Symptomes digestifs ?

RX F+P Thorax élargie cou / abdo

Œsophagien Gastrique

Unique

Multiples
Co-injestion métallique

Asymptomatique

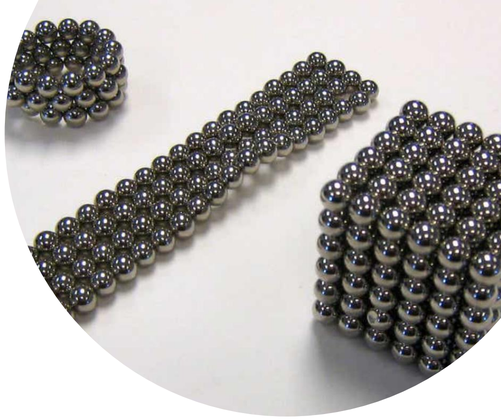
Symptomatique

FIBRO
En Urgence différable

FIBRO EN URG
Sans délais



Aimant(SSSS)



Ingestion/suspicion – Nombre +++ ?
Sd de pénétration? Symptomes digestifs ?

RX F+P Thorax élargie cou / abdo

Unique

Post pylorique

Multiples
Co-injestion métallique

Education parentale
Retrait objet métallique de l'environnement de l'enfant

Surveillance
Domicile

Hospitalisation

laxatif
Tamisage selles
Rx Itératives

Asymptomatique

Symptomatique

Non progression
Ou Symptomatique

Avis chir
Extraction

Corrosifs (caustiques)



Corrosive substances ingestion: a review

CRITICAL REVIEWS IN TOXICOLOGY

2019

Enfant dans ~ 80 % des cas → Accidentel (# volontaire/psy)

Symptomatologie et examen clinique peu prédictifs des lésions



Hypersalivation
Lésions buccales sévères
GB > 20 000

→ **FR de lésion sévères (> 2b) du tractus gastro-intestinal**

DROOL score ≤ 4 = FR sténoses oesophagiennes
→ Se 100% de sensibilité ; Sp 96,63%;
→ VPP 85% ; VPN 100%



Uygun et al. (2012)

Component of acronym	Signs and Symptoms	Score of 0	Score of 1	Score of 2
Drooling	Drooling saliva	≥12 hours	<12 hours	No
Reluctance	Reluctance to eat or dysphagia or food intolerance	≥24 hours	<24 hours	No
Oropharynx	Oral and oropharyngeal burns	Severe lesions*	Oedema hyperaemi	No
Others	No. of other signs/symptoms: Persistent fever, hematemesis, abdominal tenderness, retrosternal pain and dyspnea	≥2	1	No
Leukocytosis	High white blood cell count	≥20,000	<20,000	No

* Friability, haemorrhage, erosion, blisters, whitish membrane, exudates, ulcer or necrosis

Corrosifs (caustiques)



Sévérité des lésions = MULTIFACTORIELLES :

- **Durée du contact**
- **Force corrosive** : pH (acides/bases) - potentiel d'oxydation - concentration chimique.
- **Viscosité** : substances plus visqueuses qui augmente la durée du contact
- **Volume ingéré**
- **Vacuité gastrique**

- **Oxydants** : Javel, peroxyde d'hydrogène (eau oxygénée), permanganate de potassium
- **Bases**: soude caustique (NaOH), la potasse (KOH) et l'ammoniaque (NH4OH)
  → produits ménagers, blanchissants, nettoyants pour four, déboucheur, lessive/vaiselle …
- **Acides** sulfurique, nitrique, chlorhydrique, formique, fluorhydrique
  → nettoyants toilettes / piscine, anti-rouille, batteries voiture..
- **Solvants**: white spirit ou formaldéhyde.

Pouvoir lésionnel



Corrosif Alcalin

→ Nécrose De Liquéfaction (Saponification)

→ Sans Coagulum/Escarre

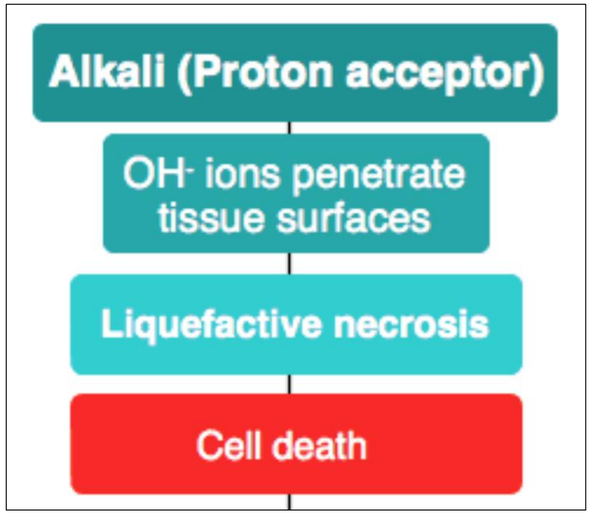
→ Atteinte En Profondeur

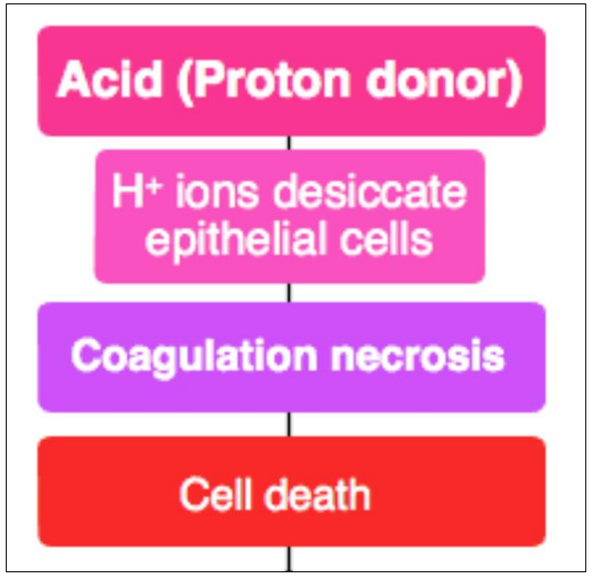
Corrosif Acide

→ Nécrose De Coagulation

→ Formation Escarre

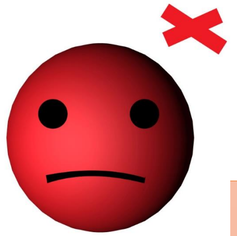
→ Limite Lésion En Profondeur





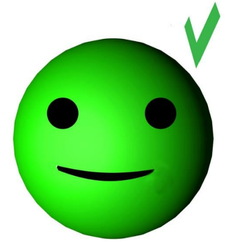
Incidence de carcinome oesophagien X 1000. Délais ~ 40 Ans
3 % carcinome de l'œsophage ont ATCD d'ingestion de caustiques

Corrosifs : Ingestion/suspicion?



- Ne pas faire boire
- Pas de vomissement
- Pas de lavage gastrique
- Pas de neutralisation/antidote
- Pas de sonde nasogastrique
- Pas de pansement gastrique
- Pas de voie jug ou sous-clav Gche (abord chir cervical)
- Pas de FOGD si suspicion de perforation digestive

Corrosifs : Ingestion/suspicion?



- Position demi-assise / ôter vêtements
- Lavage à l ’eau zones exposées
- Nettoyage bouche (paillettes !)
- Poser une voie veineuse
- IOT si détresse respi / trbles conscience
- Corriger l’état de choc
- Penser à éventuelle toxicité générale / acidose

Anamnèse	Faire préciser : heure, nature, concentration, volume ingéré
Clinique	- Détresse respi : ORL / épiglotte ++ / Atteinte pulmonaire ou trachéo bronchique - Digestif : perforation (emphysème sous-cutané, défense / contracture abdominale) - Douleur - Dysphagie - hypersialorrhée - salive sanguinolente - vomissement - hématémèse
Biologie	NFS - Iono + Ca/Mg (ac fluorhydrique) - GDS + lactates - Bilan foie rein pancreas
Imagerie	Radio de thorax + ASP : Perforation dig / Pneumomediatin / SDRA +/- TDM si signe de gravité: nécrose trans pariétale ?
Endoscopie	Digestive +++ / ORL / Trachéobronchique

Endoscopie - **délais** 6 à 24h

- Délai de réalisation (6 à 24ème heure)

- trop tôt : sous-estimation des lésions
- trop tard : → risque de complications

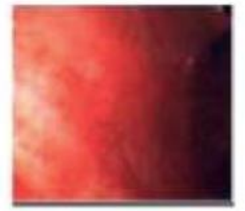
- Eviter insufflation – rétrovision
- Aspiration +++

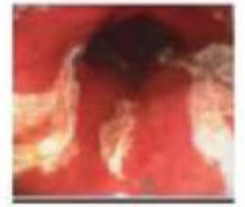
Risque d' inhalations

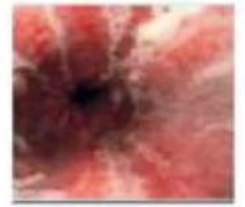
ISR / IOT

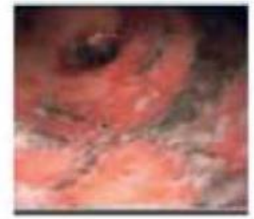
Grade	Aspect endoscopique	Aspect Clinique
Grade 0	Pas de lésion objectivée	Tolérance Alimentaire
Grade 1	Erythème sans ulcération (œdème, hyperhémie, pétéchies, érythème muqueux)	Dysphagie temporaire Pas de séquelle à long terme
Grade 2a	Ulcérations superficilelles, phlyctènes, fausses membranes	Cicatrisation sans séquelle à long terme
Grade 2b	2a + lésions confluantes ou circonférentielles Ulcérations profondes	Risque faible de perforation Cicatrisation avec risque de sténose
Grade 3a	Nécrose localisée / éparse	Risque de perforation Haut risque de sténose
Grade 3b	Nécrose étendue	Risque important de perforation Haut risque de sténose

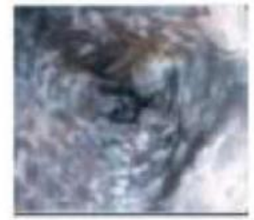
ZARGAR


I


2a


2b


3a


3b

CAT et PEC multidisciplinaire médico chir

- Inhibiteurs pompe à proton – Minimum 6 Semaines
- **Antibioprophylaxie par C3G si Grade ≥ 2b**
- **Corticostéroides ?**

→ à visé ORL = OK

→ à visé DIG = Encore très controversé +++

(prévention sténoses - stade 2b ? ↗perforations digestives ?)

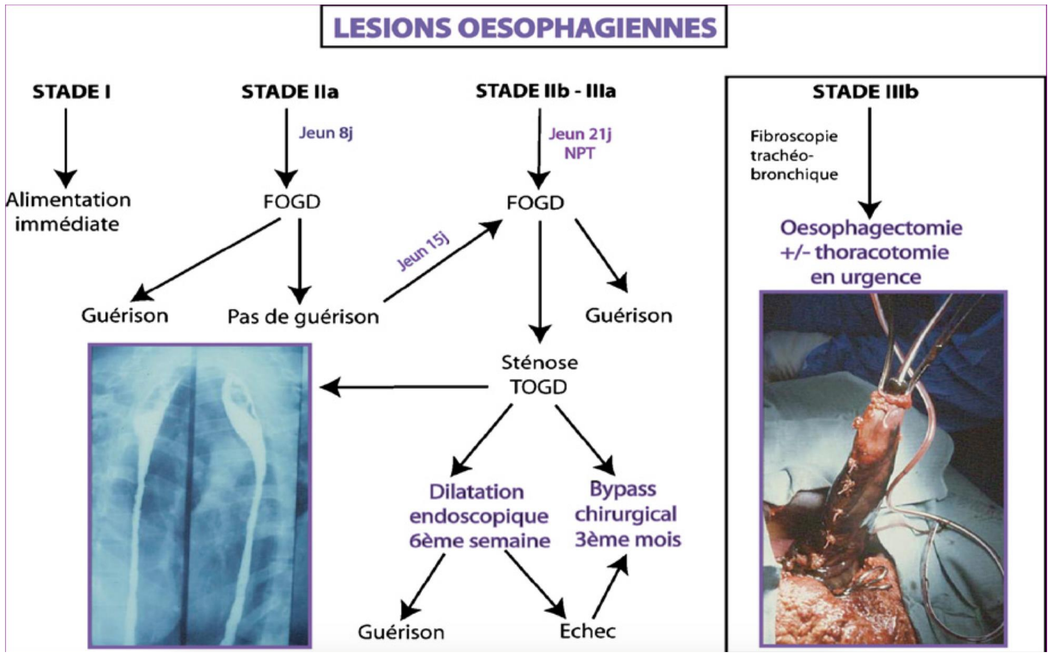
Antalgique Systémique & Topique

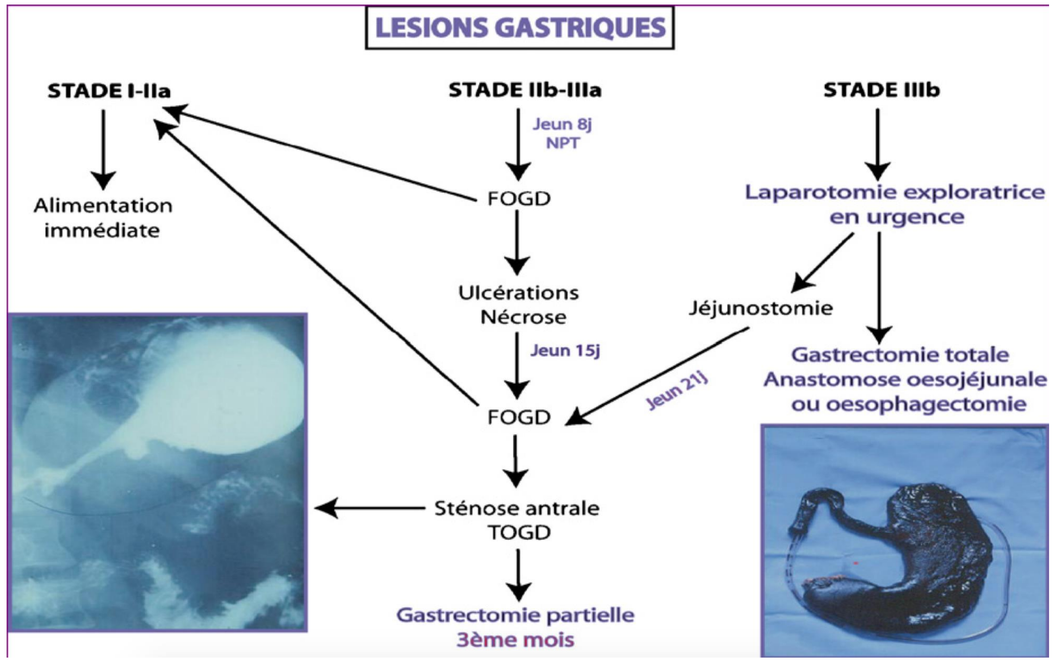
VVC

Nutrition entérale ?!?

SNG +/- transpylorique (sous contrôle endoscopique)

Gastrostomie / Jéjunostomie





*Algorithme ADULTE Réanimation (2009) **18**, 606—616*

Take Home Messages

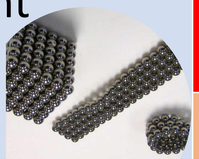


IOT +/- ISR





Un réel problème de Santé Publique

	Œsophage	Gastrique
Pile Bouton	URG < 2H	Symptomatique co ingestion aimant → URG < 2 H
		Asymptomatique → URG différable
CE Tranchant CE Pointu	URG Non différable (sans attendre le jeune)	
CE «mousse» CE Alimentaire	Obstruction complète ou Symptomatique → URG Non différable (sans attendre le jeune)	
	> 6cm ou 20-25 mm de Ø → URG différable	
		Non progression → Electif
Aimant 	Multiple ou co ingestion métallique → URG Non différable (sans attendre le jeune)	
	Unique et Asymptomatique → URG différable	

Corrosif

→ Endoscopie / diagnostic

Entre la 6ième et la 24 ième h

Symptomatologie et clinique non prédictif des lésions digestives

Adapté de S. Oliva, C. Romano and P. De Angelis et al. - Digestive and Liver Disease 52 (2020)

AUCUN CONFLIT D'INTÉRÊT

Merci de votre attention !