

Ingestion de piles boutons chez les enfants

Amy R. Zipursky MD, Savithiri Ratnapalan MBBS PhD

■ Citation : *CMAJ* 2021 September 27;193:E1498. doi : 10.1503/cmaj.210572-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.210572

1 Les blessures causées aux enfants par l'ingestion de piles boutons sont en augmentation

Entre 1999 et 2019, la base de données nationale sur les poisons des États-Unis (United States National Poison Data System) a signalé une augmentation annuelle de l'ingestion de piles boutons de 66,7% (de 6,98 à 10,46 cas par million de personnes) et une incidence des complications multipliée par 10 (de 0,77% [$n = 76$] à 7,53% [$n = 551$])¹. Les piles boutons peuvent causer des dommages importants aux tissus dans les 2 heures suivant l'ingestion².

2 Le type et la taille de la pile ingérée influent sur la probabilité de complications

Les piles au lithium (étant donné leur haute tension) et celles mesurant 20 mm et plus de diamètre (qui sont susceptibles de se coincer dans l'œsophage) sont les plus dangereuses, particulièrement chez les enfants de moins de 6 ans². Les complications comprennent une perforation gastro-intestinale, des fistules aorto-œsophagiennes et des strictions^{2,3}.

3 L'urgence de la prise en charge dépend de l'endroit où se situe la pile

Des radiographies thoraciques et abdominales, postéroantérieures et latérales, peuvent déterminer l'endroit où se situe la pile bouton. On devrait retirer immédiatement, et de façon endoscopique, les piles coincées dans l'œsophage. La prise en charge des cas où les piles se sont logées dans la portion distale de la jonction œsophagienne inférieure dépend de l'âge du patient et de la taille de la pile. Si l'enfant a moins de 5 ans et que le diamètre de la pile mesure 20 mm et plus, un retrait d'urgence est recommandé. Sinon, les patients peuvent demeurer en observation ambulatoire afin de surveiller le passage de la pile dans les selles. Si on n'observe pas le passage de la pile ou si des symptômes se manifestent, on devrait répéter la prise de radiographies (à 48 heures si le diamètre de la pile est supérieur à 20 mm; entre 10 et 14 jours si le diamètre est inférieur à 20 mm) et considérer un retrait endoscopique³.

4 On devrait administrer du miel ou du sucralfate après l'ingestion d'une pile

On devrait administrer du miel au patient avant son arrivée à l'hôpital et du sucralfate lorsqu'il s'y présente dans les 12 heures suivant l'ingestion de la pile afin de limiter les dommages aux tissus en attendant la possible prise en charge définitive. Des études animales ont démontré que ces traitements entraînent un nombre moindre de blessures profondes et moins d'extension de la lésion⁴. On peut administrer le miel en quantité de 10 mL par intervalle de 10 minutes pour les enfants de plus d'un an (jusqu'à 6 doses) et le sucralfate, en quantité de 1 g par intervalle de 10 minutes (jusqu'à 3 doses)^{4,5}.

5 On devrait surveiller les enfants pour le risque de complications à long terme

Des lésions causées par l'ingestion de piles boutons peuvent survenir malgré le retrait de la pile; on a signalé de telles lésions, comme des strictions et des fistules, plusieurs semaines et même plusieurs mois après le retrait⁵. Les fournisseurs de soins devraient surveiller les symptômes comme les saignements gastro-intestinaux et les vomissements.

Références

1. Button Battery Ingestion Statistics. Washington (DC): National Capital Poison Center. Accessible ici : www.poisson.org/battery/stats (consulté le 28 févr. 2021).
2. Varga Á, Kovács T, Saxena AK. Analysis of complications after button battery ingestion in children. *Pediatr Emerg Care* 2018;34:443-6.
3. Kramer RE, Lerner DG, Manfredi M, et al. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Endoscopy Committee. Management of ingested foreign bodies in children: a clinical report of the NASPGHAN Endoscopy Committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015;60:562-74.
4. Anfang RR, Jatana KR, Linn RL, et al. pH-neutralizing esophageal irrigations as a novel mitigation strategy for button battery injury. *Laryngoscope* 2019;129:49-57.
5. Mubarak A, Benninga MA, Broekaert I, et al. Diagnosis, management, and prevention of button battery ingestion in childhood: a European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition position paper. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2021;73:129-36.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Division de médecine d'urgence pédiatrique (Zipursky et Ratnapalan), Hôpital pour enfants malades, École de santé publique Dalla Lana (Ratnapalan), Université de Toronto, Toronto, Ont.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution

(CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction de tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.

Correspondance : Amy Zipursky, amy.zipursky@sickkids.ca