

Lésions caustiques de l'œ�ophage



QU'EST CE QU'UN « CAUSTIQUE »?

« Toute substance susceptible du fait de son pH/pouvoir d'induire des lésions tissulaires



INTRODUCTION

Urgence diagnostique et thérapeutique
PEC médicochirurgicale en unité spécialisée
Endoscopie digestive et bronchiques

Epidémiologie

- 3000 cas / an en France
- Intoxication volontaire dans 80 % des cas
- Intoxication accidentelle rare
- Bénigne dans 75 % des cas
- 10 - 20% de mortalité pour les brûlures graves

Classification

- Classification des caustiques en fonction de la rapidité de survenue de ces réactions
 - _Caustiques forts
 - _Caustiques moyens
 - 1. Acides
 - 2. Bases

CLASSIFICATION DES PRODUITS CAUSTIQUES

Produits caustiques forts **ACIDES**

☐ nécrose de coagulation des protéines ☐ lésions superficielles par constitution d'une escarre superficielle,

lésions antrales par spasme pylore

Acides forts (pH<1) : acide chlorhydrique, acide sulfurique, acide nitrique, acide fluorhydrique, acide

phosphorique

Acides faibles (pH<2) : acide acétique, acide oxalique

Aldéhydes : formol concentré.

Produits caustiques forts **BASIQUES**

☑ nécrose de liquéfaction par saponification des lipides mb

lésions profondes

Soude caustique , destop, decapfour



10

Produits caustiques **moyens**

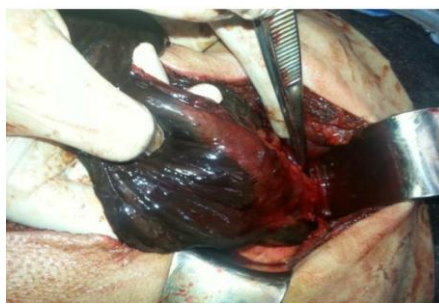
Oxydants

Eau de javel, lésions retardées

Permanganate de K+

Eau oxygénée

Sels sodiques d'acide faible (produits lave vaisselle)



ICONOGRAPHIE (+18 ANS)

SIGNES CLINIQUES

Signes cliniques mineurs

Douleur (oropharyngée, rétrosternale, abdo)

hypersialorrhée,

dysphagie,

éructations,

brûlures cutanées (péribuccale, mains), et de l'oropharynx (pas de parallélisme entre les lésions buccales et digestives)

Signes cliniques de gravité

Détresse respiratoire
Régurgitations-vomissements
Hémorragie digestive
Défense, contracture abdominale (péritonite caustique)
Agitation extrême
Choc hypovolémique
Emphysème sous cutané

PEC À LA PHASE AIGUE

- **Ne pas faire** :
- Boire (sauf caustiques moyens)
- Vomissements forcés
- SNG
- Lavage gastrique (risque de perforation)
- Antidote per os
- IOT sauf détresse vitale (IOT difficile, gêne à l'évaluation des lésions trachéales et essaimage du produit caustique)
- **QUE FAIRE** ?
- Anamnèse: Identifier le produit (forme, quantité, pH, heure d'ingestion) critère de gravité si > 150 mL
- SAMU
- Rechercher une brûlure péri-buccale, oropharyngée, nettoyer
- VVP, antalgiques, O2
- Corriger l'hypo volémie
- Rechercher des stigmates de poly-intoxication
- Service de réa, endoscopie, avis chirurgical
- Rechercher des signes cliniques de gravité

ÉVALUATION DES LÉSIONS

Critères de gravité
Évaluation des lésions digestives
Évaluation des lésions respiratoires

Évaluation des lésions digestives

Clinique

Perforation oesophagienne: emphysème sous cutané, douleur thoracique à irradiation dorsale

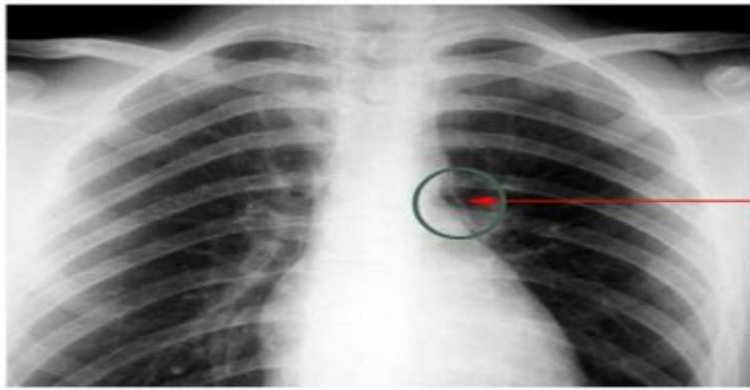
Perforation gastrique: contracture abdominale

Examens radiologique

Pas d'opacification digestive

ASP (perforation gastrique → pneumopéritoine)

RP (perforation oesophage → pneumomédiastin, inhalation)



LÉSIONS MÉDIATISNALES À LA RPS

ENDOSCOPIE




ENDOSCOPIE SYSTEMATIQUE en URGENCE ??

Bilan des lésions, conditionne le pronostic et le traitement

En dehors de l'urgence vitale, ou d'une perforation

Entre la 3 - 24ème heure. Un examen trop précoce sous-estime les lésions et doit souvent être renouvelé.

Stade I	Pétéchies ou érythème
Stade II	
II a	Ulcérations linéaires ou rondes
II b	Ulcérations circulaires ou confluentes
Stade III	
III a	Nécrose localisée
III b	Nécrose étendue
Stade IV	Perforation

STADES ENDOSCOPIQUES	
Stade I	Pétéchies, érythème 
Stade II	Ulcérations 
IIa linéaires, rondes	
IIb circulaires, confluentes	
Stade III	Nécrose 
IIIa localisée	
IIIb étendue	
Stade IV	Perforation

Classification endoscopique des lésions caustiques

ÉVALUATION DES LÉSIONS RESPIRATOIRES

Clinique

Détresse respiratoire traduisant

obstruction : œdème glottique ou sus-glottique

acidose métabolique

atteinte parenchymateuse par ingestion de caustiques volatils ou inhalation

« Pronostic vital conditionné par la nécrose de l'arbre aérien » Sarfati EMC 1990

Endoscopie trachéo-bronchique systématique dès stade II et si DR

Classification idem

TOPOGRAPHIE des lésions → mécanismes d'atteinte → choix thérapeutique

Inhalation (lésions diffuses ou à prédominance D)

Par contiguïté à partir de l'œsophage

Bilan biologique

Acidose métabolique

Insuffisance rénale

Hémolyse intravasculaire

Troubles métaboliques liés à la nature du produit incriminé (hypocalcémie et antirouille)

Recherche de toxiques

CRITÈRES DE GRAVITÉ

Nature du caustique
Ingestion massive > 150 mL
Signes de perforation digestive
État de choc
Hypoxie
Acidose
Troubles psychiques

TRAITEMENT

Place de la chirurgie en urgence

Techniques chirurgicales

Place de la chirurgie en urgence

Indications

Signes de perforation digestive

Stade 2-3 en mosaïque + signe de gravité

Stade 3 diffus pour éviter la diffusion médiastinale ou péritonéale du produit

Atteinte bronchique

Stade 3 estomac → gastrectomie totale

Œsophage stade 2-3 ou 3, la cause de mortalité est la diffusion transmurale du caustique vers l'arbre trachéobronchique

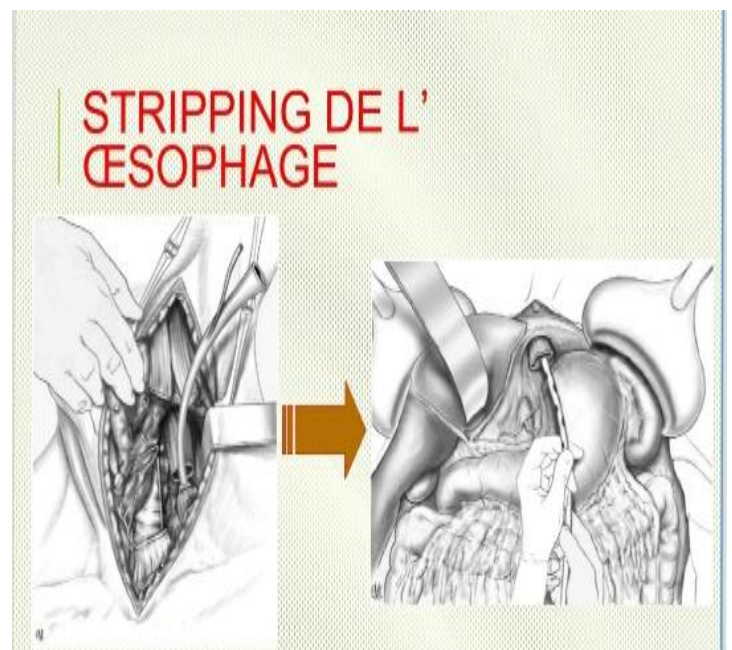
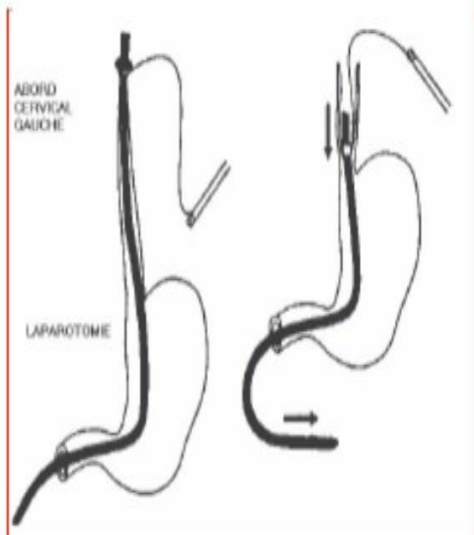
Oesophagectomie par stripping

Oesophagectomie par thoracotomie droite en cas de brûlure trachéobronchique avec interposition d'une languette pulmonaire ou lambeau musculaire

Techniques chirurgicales

Oesophagectomie par stripping

Oesophagectomie par thoracotomie



ARBRE DECISIONNEL

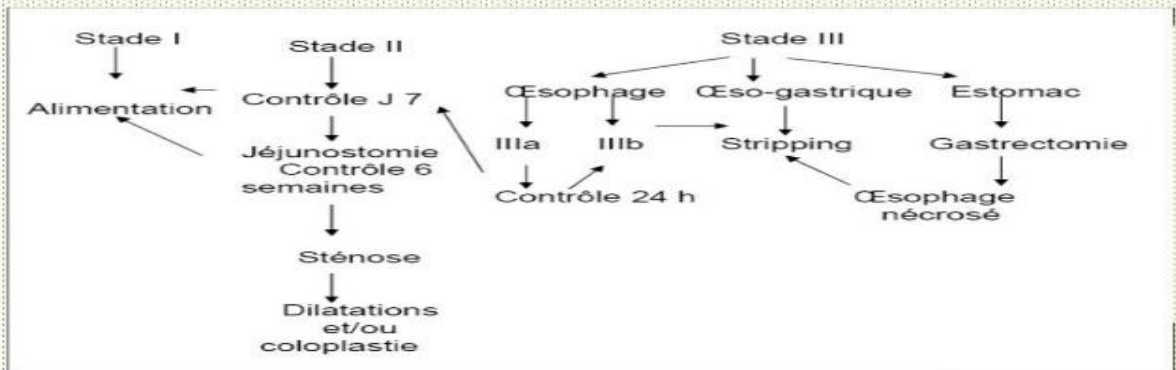


Figure 1 : Arbre décisionnel des brûlures œso-gastriques par caustiques.

ARBRE DECISIONNE

MOYEN ET LONG TERME

Psychiatrie
 Risque de récidence élevé
 Carcinome oesophagien

Complications

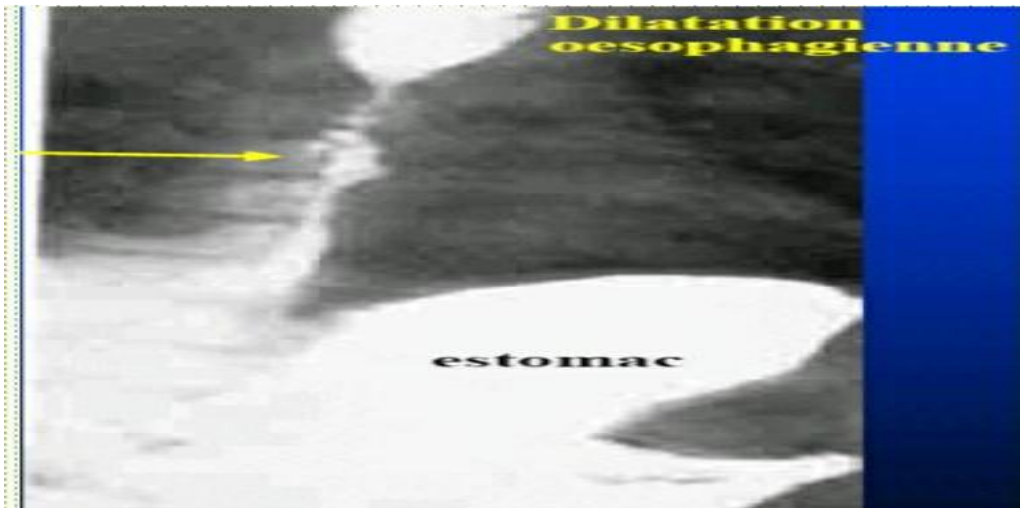
Complications différées
 Sténose caustiques avec risque néoplasique tardif
 Inhalations itérative atteinte du carrefour AD
 STÉNOSES SÉQUELLAIRES

50 % à 1 mois si lésions circonférentielles
 TOGD aux hydrosolubles
 FOGD

Traitement

- Instrumental
- Chirurgical





SÉQUELLES

PEC DES SÉQUELLES

Rétablissement de la continuité digestive
 Reconstructions chirurgicales: oesophagoplastie, pharyngoplastie
 Prévention des sténoses ? Corticoïdes non
 Dilatation endoscopique après 3 semaines
 Cancérisation des sténoses cicatricielles (latence de 40 ans)

CONCLUSION

Urgence diagnostique et thérapeutique
 PEC multidisciplinaire
 PEC psychiatrique
 Amélioration du pronostic grâce à l'endoscopie

