

UNIVERSITE DJILLALI LIABES DE SIDI BEL ABBES
Faculté de médecine

CAT DEVANT UNE OESOPHAGITE CAUSTIQUE

GASTROENTEROLOGIE
Pr TABECHE
Service de chirurgie générale

I.DEFINITION – GENERALITES:

- L'ingestion de produits caustiques est l'absorption par voie orale de substances ayant la capacité de détruire les tissus avec lesquels elles entrent en contact.
- Il s'agit d'un accident fréquent et grave qui peut être accidentelle ou volontaire (Acte suicidaire).
- Elle réalise une urgence diagnostique et thérapeutique, qui relève d'une prise en charge médicochirurgicale pluridisciplinaires en unité spécialisée.
- Elles sont responsables d'un taux de morbi-mortalité très élevé. Elles mettent le pronostic vital en jeu dans l'immédiat en cas de

lésions sévères et le pronostic fonctionnel par le biais des sténoses.

II. EPIDEMIOLOGIE :

1. Fréquence : accident fréquent ;

15000 / an en France

26000 / an au USA dont 17000 enfants

2. Age :

- Enfants : Il s'agit presque toujours d'une ingestion accidentelle.

- Adulte : Il s'agit le plus souvent d'une ingestion volontaire (tentative de suicide).

3. Sexe : prédominance féminine.

III. LES PRODUITS CAUSTIQUES :

- On définit comme produit caustique toute substance susceptible du fait de son pH ou de son pouvoir oxydant d'induire des lésions tissulaires.
- L'étendue et la gravité de la brûlure dépendent de 03 facteurs :
 - La nature du produit caustique.
 - La quantité et la concentration du produit.
 - La durée du contact avec la muqueuse digestive.

1. **Les Acides Forts** : acide sulfurique, acide nitrique, acide chlorhydrique(HCL).
2. **Les Bases Fortes** : Na-OH soude caustique (decapfour, décapant, desktop, déboucheur), K-OH (potasse), N-H₃ Ammoniaque.
3. **Les Oxydants** : Eau de javel surtout, permanganate de potassium, ou l'eau oxygénée.

IV.LESIONS ANATOMIQUE :

1. Lésions digestives :

- la muqueuse digestive peut être le siège ; œdème, érythème, hémorragie, ulcération, nécrose et perforation.
- La classification **de DI COSTANZO** : Il s'agit d'une classification endoscopique qui reconnaît 4 stades selon l'importance et l'aspect des lésions

- L'association entre ces différents stades est fréquente donnant l'aspect en **mosaïque** des brûlures caustiques.
- L'évolution des lésions peut se faire soit vers la cicatrisation (restitution ad-integrum) soit vers la sclérose
- Rétractile (10em et 20em jours) et la **sténose digestive** (3em mois)

Endoscopie digestive

Examen capital : il précise les lésions , leurs intensités et leurs topographies

Stade I : Pétéchies ou érythèmes Stade II :

Ulcérations : a: Linéaires ou rondes b: Circulaires
ou confluentes Stade III : Nécroses : a:

Localisées

Stade IV: b: Etendues
 Perforations

Classification Selon: DI-COSTANZO

Stade 0



DI-COSTANZO Classification endoscopique

normal

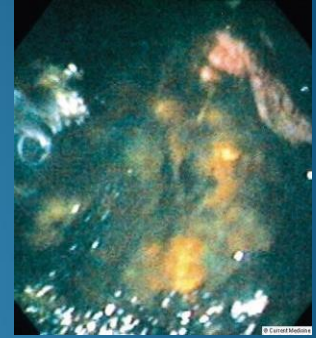
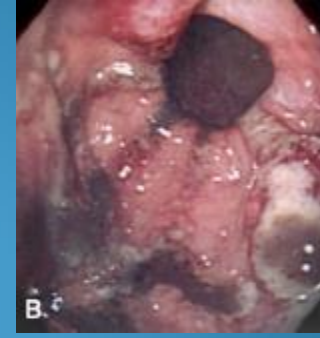
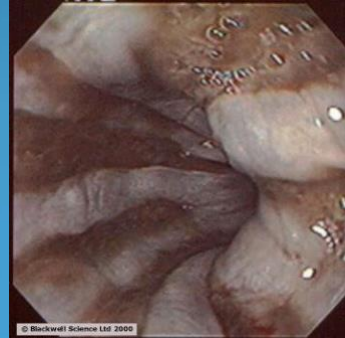
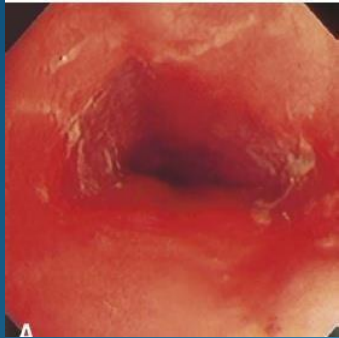
Stade I

Stade IIa

Stade IIb

stade III a

Stade IIIb



Érythème/
pétéchies

Ulcérations
linéaires ou
arrondies

Ulcérations
Circulaires/
confluentes

Nécrose
localisée

Nécrose
diffuse

2. Les lésions associées:

- Lésions bucco-pharyngées:
- Lésions Tracheo-bronchique



3. Autres : main, cou, partie supérieur du thorax.
(Due à la manipulation du produit).

V. CONSEQUENCE PHYSIOPATHOLOGIQUE :

L'ingestion massive est responsable de manifestation générale qui sont des indices de gravités :

- Etat de choc : hypovolémie par fuite plasmatique
- Acidose métabolique et hypoxémie
- Troubles de l'hémostase : conséquence d'un syndrome de consommation des facteurs de coagulations
- Etat d'agitation : par bas débit cérébrale, l'acidose et la douleur.

VI. DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE :

A. PHASE INITIALE :

- Tableau clinique :

Il est impressionnant et dramatique :

Etat d'agitation, douleurs buccales, retro-sternale, et épigastriques et de dysphagie avec efforts de vomissements, parfois sanglants. Avec des lésions de la cavité buccale.

Il n'existe pas de parallélisme entre l'intensité des lésions buccales et celles de l'œsophage et l'estomac.

- Interrogatoire: Précise

Caractéristiques du produit : nature, concentration, quantité.

Circonstances d'ingestion : accidentelle, volontaire

Horaire de l'ingestion et état de réplétion gastrique

Antécédents du patient : terrain psychoaffectif particulier

- Examen clinique: Il précise
 - État de conscience, hémodynamique et respiratoire
 - Examen abdominal, bucco pharyngé et ORL
 - Evaluer l'état cardio-vasculaire et respiratoire : pools, TA, FR, Dyspnée, Tirage, Cyanose, Dyspnée laryngée....
 - Recherche des signes de perforation œsophagienne (emphysème sous-cutané, douleur thoracique à irradiation dorsale) ou gastrique (contracture abdominale).

- Ce qu'il ne faut pas faire :

- Absorption de produits neutralisants: (lait, médicaments...
- Essayer de faire vomir le patient.
- La sonde naso-gastrique : elle peut entraîner ou aggraver des lésions des voies aériennes par reflux), • Le lavage gastrique. • Le décubitus dorsal

- Ce qu'il faut faire :

- Nettoyer la bouche avec des compresses sèches.
- Placer une voie veineuse périphérique (ne pas toucher à la sous-clavière ou jugulaire gauche ; risque de gêner une cervicotomie gauche en urgence).
 - Corriger l'hypovolémie des cas sévères
- Assurer la liberté des voies aériennes et mettre le patient en position demiassise.

- Diriger le patient vers une structure spécialisée vers ou une prise en charge multidisciplinaire est possible : anesthésie-réanimation, chirurgie viscérale et endoscopie digestive et bronchique.

- Endoscopie digestive :

- En dehors d'une détresse vitale et en l'absence de signe de perforation une Fibroscopie oeso-gastro-duodenale(FOGD) doit être réalisée de façon précoce.
- C'est un examen capital, doit être réalisée entre la 3eme et 24eme heure et par un endoscopiste entraîné :
 - Trop tôt (avant la 3eme heure elle sous estime les lésions).
 - Trop tard (après la 24eme heure, elle est difficile, et risque de perforation). Au mieux avant la huitième heure.
- L'exploration doit être complète :œsophage, estomac, duodénum et la description des lésions doit être précise.

- Cette exploration endoscopique permet de préciser le **type** des lésions, leurs **sièges** et leurs **étendues**.

Classification de DI COSTANZO (voir plus haut)

- Le bilan initial endoscopique permet de faire l'inventaire des lésions digestives et respiratoires qui conditionnent le pronostic et commandent la stratégie thérapeutique.

La Tomodensitométrie avec injection

- L'endoscopie a été progressivement remplacé par la tomodensitométrie qui est devenue l'examen de choix .
- -permet de façon fiable la présence d'une nécrose trans-murale de la paroi œsophagienne .

- -permet d'améliorer la sélection pour la chirurgie des patients avec des lésions œsophagiennes graves .
- -doit être pratiquée 3 à 6 h après l'ingestion du produit caustique .

- CLASSIFICATION TOMODENSITOMETRIQUE DES
LÉSIONS CAUSTIQUES DE L'ŒSOPHAGE ET DE L'ESTOMAC :

- Les lésions œsophagiennes sont classées en 4 grades de gravité croissante

- Grade 1 : lésions minimales aspect radiologique normal avec un œsophage non dilaté ayant des parois parfaitement visibles sur les coupes sans injection et prenant le contraste de façon homogène .
- Il n'y a pas d'infiltration ou d'épanchement péri-œsophagien.
- Grade 2 : prise de contraste interne de la muqueuse et prise de contraste externe de la musculature ;
- Infiltration de graisse péri-œsophagienne.
- Grade 2b : prise de contraste externe et fine de la paroi de l'œsophage localisée qui est dilatée remplie par la muqueuse nécrosée qui ne prend plus de contraste .

- Infiltration de la graisse péri-œsophagienne est constante.
- Grade 3 : lésions de nécrose trans-murale et se caractérise par l'absence de la prise de contraste .de la paroi œsophagienne localisée ou étendue.
- La lumière œsophagienne est souvent dilatée et augmentée de volume.
- Une infiltration tissulaire et/ou un épanchement péri-œsophagien sont associés.
- Lésions gastriques :
- Grade 1 : absence d'anomalies gastriques.

- Grade 2 : œdème marqué de la paroi gastrique t une prise de contraste pariétal conservé.
- Grade 3 : absence de prise de contraste limitée ou étendue la paroi gastrique avec une infiltration et/ou épanchement péri-gastrique.

Stade o



DI-COSTANZO Classification endoscopique

normal

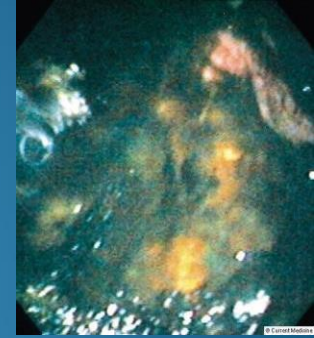
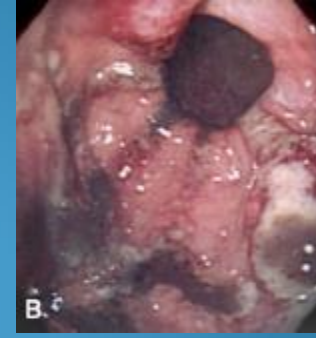
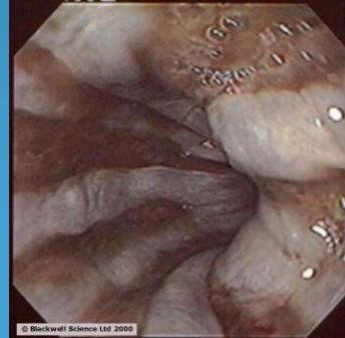
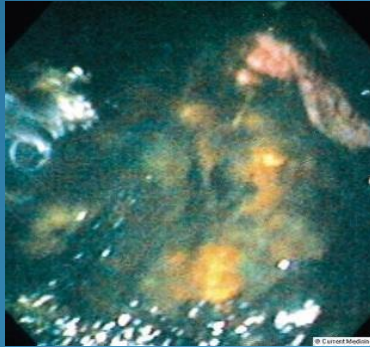
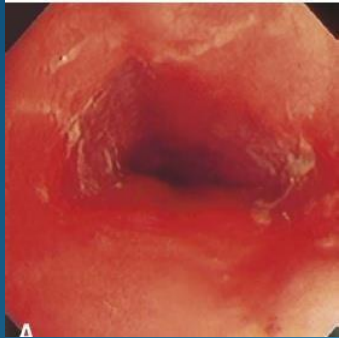
Stade I

Stade IIa

Stade IIb

stade III a

Stade IIIb



Érythème/
pétéchies

Ulcérations
linéaires ou
arrondies

Ulcérations
Circulaires/
confluentes

Nécrose
localisée

Nécrose
diffuse

- Autres Examens :

- - **Biologie :** -- Bilan standard – gazométrie

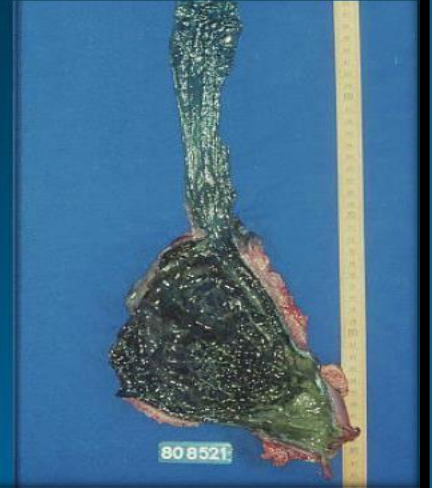
- - **Radiographies du thorax et ASP** : A la recherche dans les formes graves :
 - Pneumo médiastin - Pneumothorax – Pneumopéritoine
- - **Examen O.R.L et Endoscopie Tracheobronchique** : Réalisée dans les cas graves notamment en cas de détresse respiratoire et devant des lésions digestives stade IIb
- - **Scanner cervicothoracique**:

Au terme de ce bilan
3 situations :

1- Forme grave d'emblée :



Nécrose oeso-gastrique totale



1- **Forme grave d'emblée** : véritable urgence Medico-chirurgicale

- Critères de gravité:

- Une ingestion massive (> 150 mL) d'un acide ou d'une base forte.
- Des signes de péritonite et de perforation d'un organe creux
- Un état de choc • Hypothermie.
- Une acidose ; une hypoxie
- Des troubles psychiques (confusion, agitation).
- Emphysemesous cutané ou pneumomediastin.
- Les critères endoscopiques de gravité restent bien entendu les critères majeurs.

- **Traitement Médical** : Réanimation

- **Traitement Chirurgical:** Gastrectomie – Oesophagectomie par stripping

2 - Forme bénigne : pas de gravité clinique ni endoscopique (stade I , IIa)

- L'évolution est toujours favorable
- Une reprise progressive de l'alimentation : Stade I : 72h
Stade IIa : 7eme jour
- Les patients quittent l'hôpital après un contrôle endoscopique à j10-15 pour vérifier l'absence de sténose et confirmer la guérison.

- Prise en charge psychiatrique.

3 – Formes de moyennes gravite : (stade IIb, III)

- Traitement Médical : antalgique, antibiothérapie prophylactique, psychotropes, anti-secretoire, alimentation parentérale.
- Arrêt de l'alimentation orale (03 semaines).
- Surveillance : des complications secondaires à type de perforation gastrique ou œsophagienne par chute d'escarre, d'hémorragies et des complications infectieuses sont possibles dans les 3 semaines suivant l'ingestion.

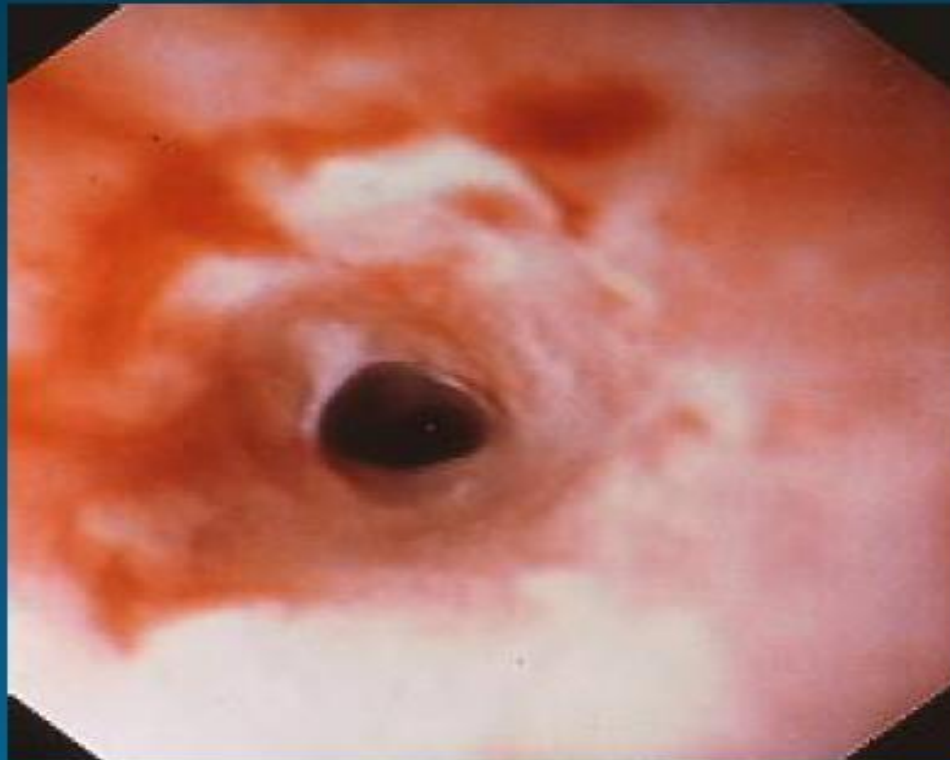
- En l'absence de ces complications, un 2eme contrôle endoscopique à la fin de la 3eme semaine
- L'évolution peut se faire soit vers la guérison soit vers la sténose digestive cicatricielle.

B- PHASE SECONDAIRE :

- Elle concerne Les patients qui ont développé une sténose œsophagienne et/ ou gastrique confirmé par l'endoscopie faite a j 21 et ceux qui ont eu une résection œsogastrique pour des lésions graves des la phase initiale.
- Cette phase dure 3 à 9 mois jusqu'à la stabilisation des lésions, c'est-à-dire la phase de séquelles imposant une chirurgie réparatrice.

- Cette période d'attente nécessite:
 - Un apport nutritionnel par jéjunostomie d'alimentation.
 - Un soutien psychologique.
 - Une Endoscopie a la fin du 3eme mois.

Lésions caustiques
Sténose ulcérée de l'oesophage





TOGD : sténose œsophagienne



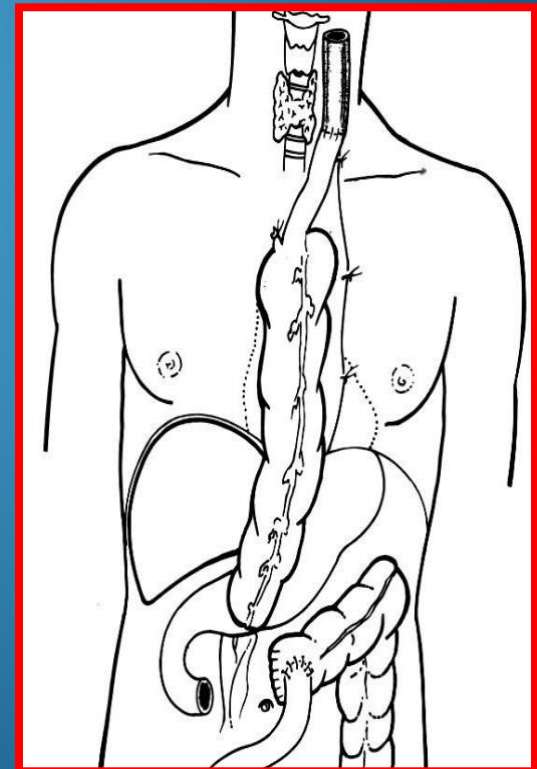
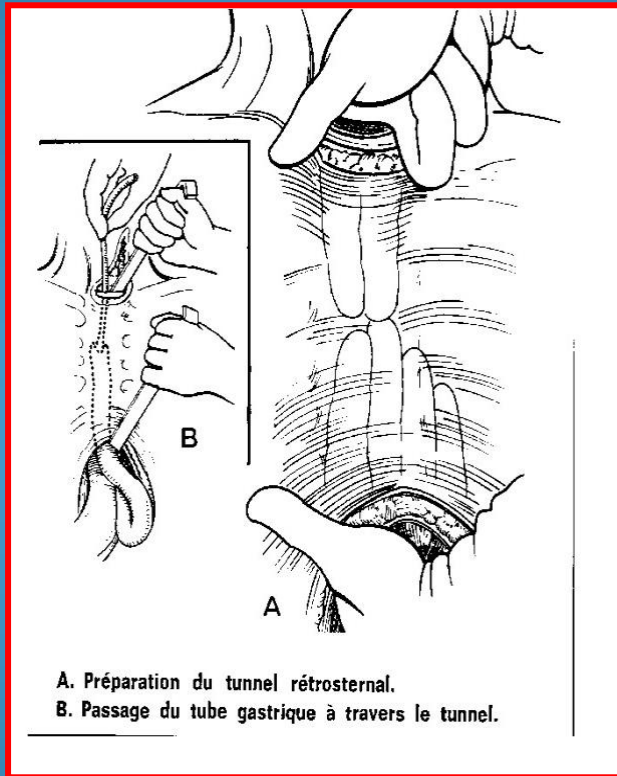
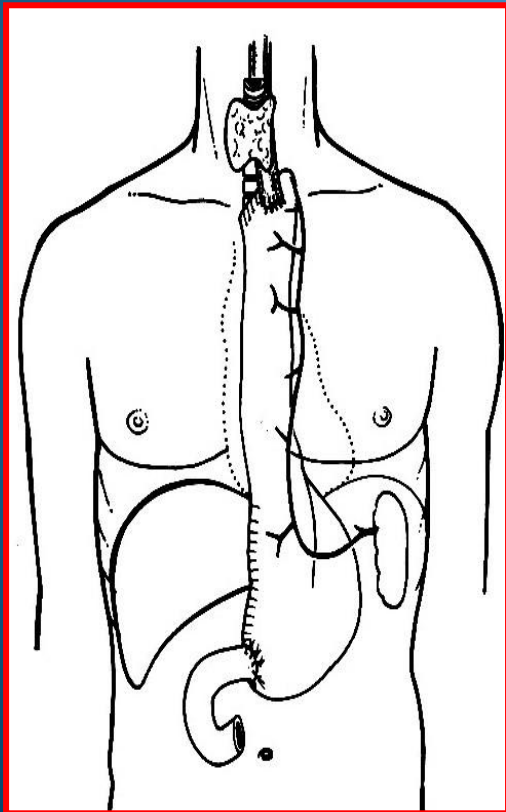
TOGD : sténoses gastriques

C- PHASE DE SEQUELLES : (Bilan du 3eme mois)

Fibroscopie et Transit oesogastroduodenal (FOGD et TOGD)

- Etat du moignon œsophagien chez les patients avec une résection œsogastrique en urgence.
- Sténose œsophagienne son siège (limite supérieure), sa longueur et son diamètre.
- Sténose gastrique.
- Traitement Endoscopique : Dilatation Endoscopique d'une éventuelle sténose œsophagienne.
- Traitement chirurgical des séquelles :
 - Sténose œsophagienne : Oesophagoplastie colique (coloplastie).
 - Oesophagoplastie gastrique (gastroplastie).

Sténose gastrique : Gastrectomie partielle ou totale, pyloroplastie, Gastro-entero-anastomose(GEA).



TRANSPLANT GASTRIQUE



Greffon colique



Conclusion

- le développement de la prise en charge médicale et chirurgicale de ces accidents a permis une diminution de la mortalité et une amélioration du pronostic fonctionnel
- Urgence diagnostique et thérapeutique
- Prise en charge multidisciplinaire
- Prise en charge psychiatrique

- Place essentielle de l'endoscopie digestive dans le bilan lésionnel et la stratégie thérapeutique