

Université de Ferhat Abass,Sétif1
Faculté de Médecine
2022-2023

OESOPHAGITE PEPTIQUE ET CAUSTIQUE

Dr N ZIGHMI

GENERALITES

- Œsophagite : inflammation de la paroi œsophagienne
- Les étiologies sont multiples :
 - caustique++++
 - peptique (RGO)++++
 - bactérienne
 - virale
 - mycosique(candidose)
 - radique

OESOPHAGITE PEPTIQUE

- Inflammation débutant au tiers inférieur de l'œsophage secondaire à l'action corrosive du suc gastrique au cours du RGO

❑ Circonstances de découverte:

- ✓ Symptômes de RGO
- ✓ Hémorragie digestive
- ✓ Dysphagie
- Il n'existe aucun parallélisme entre la sévérité des symptômes et l'intensité des lésions d'oesophagite.
- Des symptômes très bruyants peuvent être présents sans lésions d'oesophagite .inversement des lésions d'oesophagite sévère peuvent être quasi asymptomatique notamment chez le sujet âgé

OESOPHAGITE PEPTIQUE

❑ Diagnostic : endoscopie digestive haute

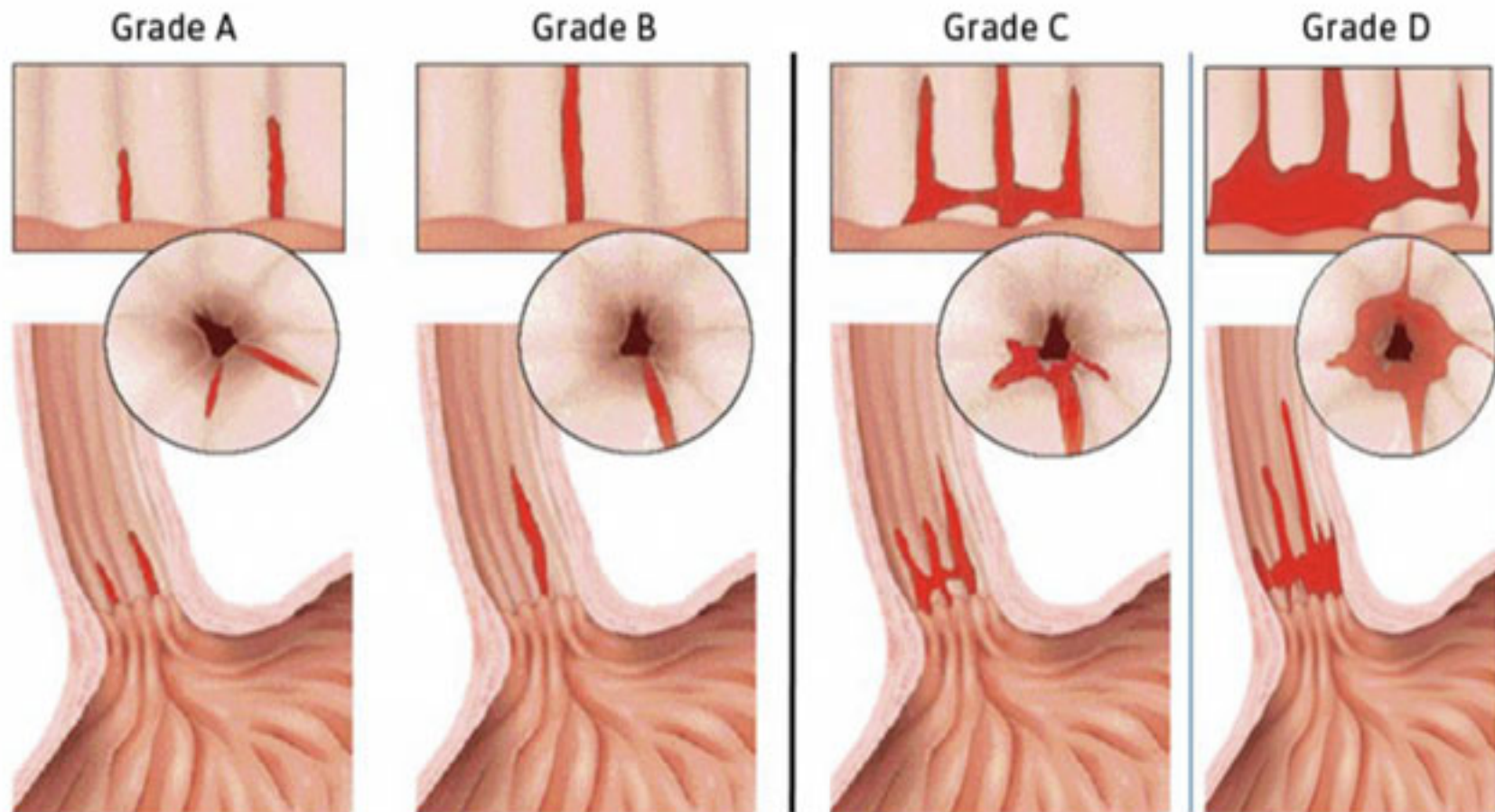
Permet de distinguer :

- les œsophagites non sévères: pertes de substance non circonférentielles
- des œsophagites sévères: pertes de substance confluentes ou circonférentielles

classification endoscopique de Los Angeles

Stade A	Une ou plusieurs lésions muqueuses d'une longueur maximale de 5 mm sans lésion muqueuse entre le sommet de deux plis
Stade B	Une ou plusieurs lésions muqueuses d'une longueur supérieure à 5 mm sans lésion muqueuse entre le sommet de deux plis
Stade C	Lésions muqueuses s'étendant entre le sommet de deux plis ou plus mais touchant moins de 75% de la circonférence de l'oesophage
Stade D	Lésions muqueuses touchant au moins 75% de la circonférence de l'oesophage

classification endoscopique de Los Angeles



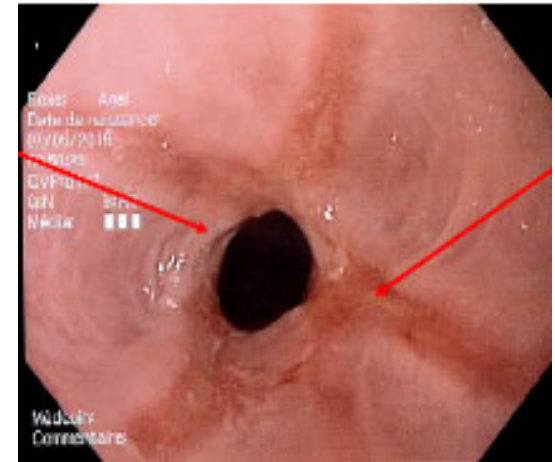
OESOPHAGITE PEPTIQUE

□ Evolution

-Les lésions d'oesophagite sévère constituent un facteur de risque de difficulté de cicatrisation, de rechute et de complications type hémorragie , sténose peptique et endobrachy oesophage (intérêt d'une endoscopie de contrôle pour vérifier la cicatrisation des lésions)

Sténose peptique

- rétrécissement permanent de l'œsophage dû à une exposition chronique à l'acidité gastrique
- une sténose du bas oesophage centrée régulière plus ou moins serrée
- Symptôme dominant dysphagie
- Il faut réaliser des biopsies pour éliminer un cancer



Endobrachyoesophage(EBO) ou œsophage de barrett

- Lié à un reflux fréquent et ancien
- Peut être pauci ou asymptomatique
- Diagnostic endoscopique et histologique
- Expose au risque de cancer (adénocarcinome de l'œsophage) après plusieurs années d'évolution
- Intérêt d'une surveillance endoscopique tous les 3-5 ans qui vérifie l'absence de dysplasie



OESOPHAGITE PEPTIQUE

□ Traitement

- Œsophagite non sévère: IPP pleine dose pendant 4 semaines
- Œsophagite sévère :IPP pleine dose pendant 8 semaines
- Endoscopie de contrôle après traitement
- Stenose peptique : IPP au long cours + dilatation œsophagienne endoscopique
- EBO : IPP au long cours
 - si dysplasie de haut grade ou cancer superficiel :traitement endoscopique

OESOPHAGITE CAUSTIQUE

- Inflammation de la muqueuse œsophagienne secondaire à l'ingestion d'un produit caustique

Un produit caustique: Toute substance susceptible du fait de son PH ou de son pouvoir oxydant d'induire des lésions tissulaires au niveau de son lieu d'application



- Les lésions tissulaires intéressent le tractus digestif supérieur mais également la sphère ORL et l'arbre respiratoire

Intérêt de la question

- L'ingestion de caustique :Accident fréquent et grave (10% de mortalité)
- Urgence médico-chirurgicale** car elle entraine des lésions pouvant mettre en jeu le pronostic vital à court terme et le pronostic fonctionnel à long terme (sténoses)
- Prise en charge est multidisciplinaire**
(gastroentérologue, chirurgiens, ORL ,réanimateurs ,pneumologues ...)

Produits caustiques

-Produits à usage domestique +++

3 types :Bases +++

Acides

Oxydants



Les acides et les bases ont une causticité liée au PH et le risque maximal de brulure survient pour un $2 > \text{pH} > 11$

Produits caustiques

Acides forts

Acide chlorhydrique
(Esprit de sel)
-Acide sulfurique
(Acide de batterie)

Nécrose de coagulation
-Atteinte superficielle
Lésions estomac+++
(caractère liquide)

Bases fortes

Déboucheurs de tuyaux
Décapant four
Ammoniac liquide(très volatil)
Olivette

Nécrose de liquéfaction avec diffusion pariétale en profondeur(médiastin)
Lésions œsophage+++
(Caractère visqueux)

oxydants

Eau de javel ,
Eau oxygénée
Permanganate de K cp
Sels de sodium(lave vaisselle)

Brûlures thermiques par dégagement de chaleur
Lésions retardées
Estomac+++
Eau de javel diluée n'est pas caustique

terrain

➤ **Enfants**: Ingestion accidentelle +++

➤ **Adultes**:

- Ingestion volontaire : Tentative de suicide, terrain psychiatrique (les lésions sont généralement plus sévères car ingestion d'une quantité importante)

- plus rarement accidentelle (produit transvasé dans une bouteille à usage alimentaire et non étiquetée)

Anatomie Pathologique

- Erythème
- Ulcération
- Nécrose
- Perforation

Conduite à tenir devant une ingestion de caustique

➤ Gestes à ne pas faire (à domicile)

- Ne pas faire vomir le patient.
- Ne pas poser de sonde nasogastrique
- Ne pas faire de lavage gastrique.
- Ne pas administrer des produits par voie orale.
- Il n'y a pas d'antidotes



Position demi assise, transfert vers un centre hospitalier multidisciplinaire(Rea, endoscopiste, chirurgien)

Interrogatoire

- **le produit** : Nature, concentration, volume, forme
- quantité ingérée
- L'heure de l'ingestion.
- Le contexte d'ingestion.
- La notion de prise de psychotrope

Examen clinique

- Etat hémodynamique, avec examen digestif, respiratoire, neurologique, ORL...
- Recherche d'une complication immédiate (Médiastinite ,Péritonite)

Les examens complémentaires

- **Téléthorax** : Recherche de pneumo-médiastin, de pneumopéritoine et d'un épanchement pleural.
- **ASP** : Recherche de pneumopéritoine.
- **bilan biologique** : Bilan rénal, gazométrie, bilan d'hémostase, ionogramme, groupage sanguin.

L'étendue et la sévérité des lésions dépendent de plusieurs facteurs :

- La nature du produit : Acide, base, oxydant...
- Forme : Liquide, solide, visqueuse, volatile...
- Quantité et concentration.
- Durée de contact : Entre le caustique et la muqueuse digestive(motilité)

Complications immédiates

Dyspnée, détresse respiratoire

**Corticoïdes forte dose
Intubation sinon
trachéotomie**

Etat de choc (Hypovolémie)

**Mesures de réanimation
Si échec chirurgie**

**Troubles neurologiques (Agitation,
confusion mentale), acidose
métabolique, CIVD ou insuffisance
rénale**

chirurgie

**Signes de perforation : à type de
douleurs rétro-sternales, défense,
contracture, pneumopéritoine,
pneumo-médiastin**

chirurgie

Formes non compliquées

1) Evaluation digestive :

Endoscopie digestive haute (prudente)

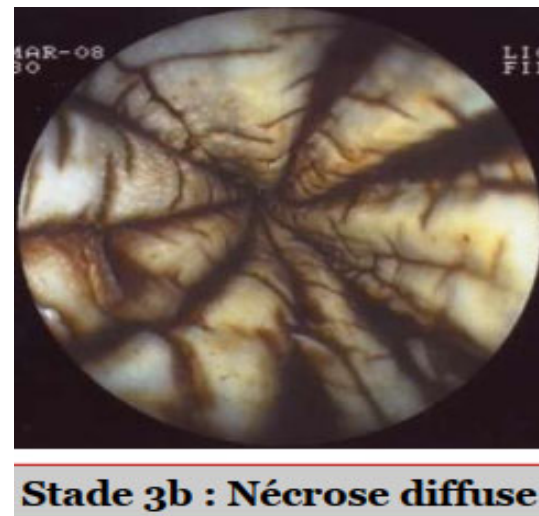
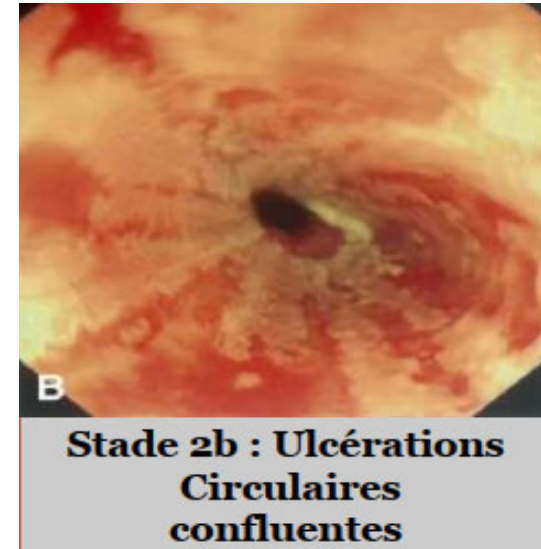
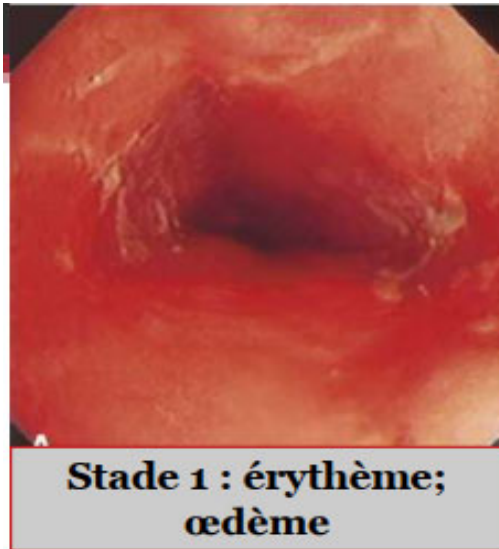
Classification, cartographie des lésions

Conditions : Etat hémodynamique et respiratoire stable

Délai 6-24h

Contre indications: perforation , détresse respiratoire, Etat de choc, Nécrose de l'hypopharynx ou l'épiglotte

Classification endoscopique de l'oesophagite caustique



La Tomodensitométrie cervico-thoraco-abdominale

- Le scanner cervico thoraco-abdominal avec injection de produit de contraste a remplacé actuellement l'endoscopie dans l'évaluation morphologique des lésions caustiques
- Permet de déceler de façon fiable la présence d'une nécrose transmuable de la paroi œsophagienne
- Améliore la sélection pour la chirurgie des patients avec lésions graves ce qui diminue le nombre de résections œsophagiennes inutiles

Formes non compliquées

2) Evaluation ORL

-rechercher des troubles de la déglutition, une dyspnée laryngée ou une dysphonie.

La présence de lésions sévères du carrefour pharyngo-laryngées peut nécessiter la réalisation d'une trachéotomie



Formes non compliquées

3) Evaluation pulmonaire

Recherche d'une détresse respiratoire

- Une endoscopie bronchique doit être systématique lors des (stade IIIb à l'endoscopie oeso-gastroduodénale)

Prise en charge thérapeutique

1) traitement conservateur

- **stades I de l'œsophage et les stades I- IIa de l'estomac**: la reprise de l'alimentation est immédiate et la sortie de l'hôpital est effectuée après consultation psychiatrique systématique.
- **stades de gravité intermédiaire (jusqu'aux stades IIIa)**: le traitement repos sur une période de jeûne plus ou moins longue en fonction de la gravité des lésions initiales
 - L'utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons est recommandée pour éviter l'aggravation des lésions caustiques par un reflux gastro-oesophagien

-Au terme de cette période de jeûne, est réalisée une FOGD de contrôle qui autorise une reprise de l'alimentation en fonction de la cicatrisation.

➤ En cas d'apparition d'une sténose, on réalise un transit œso-gastroduodénal afin de décider d'un traitement adapté :
dilatation endoscopique ou bypass chirurgical

-Ces stades intermédiaires doivent faire l'objet d'une surveillance en milieu chirurgical, au mieux pendant une période de 3 semaines en l'absence de cicatrisation précoce, afin de détecter et de traiter une éventuelle complication secondaire(hémorragie, perforation)

Prise en charge thérapeutique

traitement chirurgical

➤ stade IIIb de l'œsophage

œsophagectomie en urgence. Celle-ci est systématiquement précédée d'une endoscopie trachéo-bronchique.

- En l'absence de nécrose trachéo-bronchique de contiguïté, l'œsophagectomie est réalisée par stripping par une double voie d'abord abdominale et cervicale .
- En présence d'une nécrose trachéobronchique de contiguïté, l'œsophagectomie est réalisée par thoracotomie droite et un patch pulmonaire est utilisé pour couvrir la zone de nécrose trachéale .

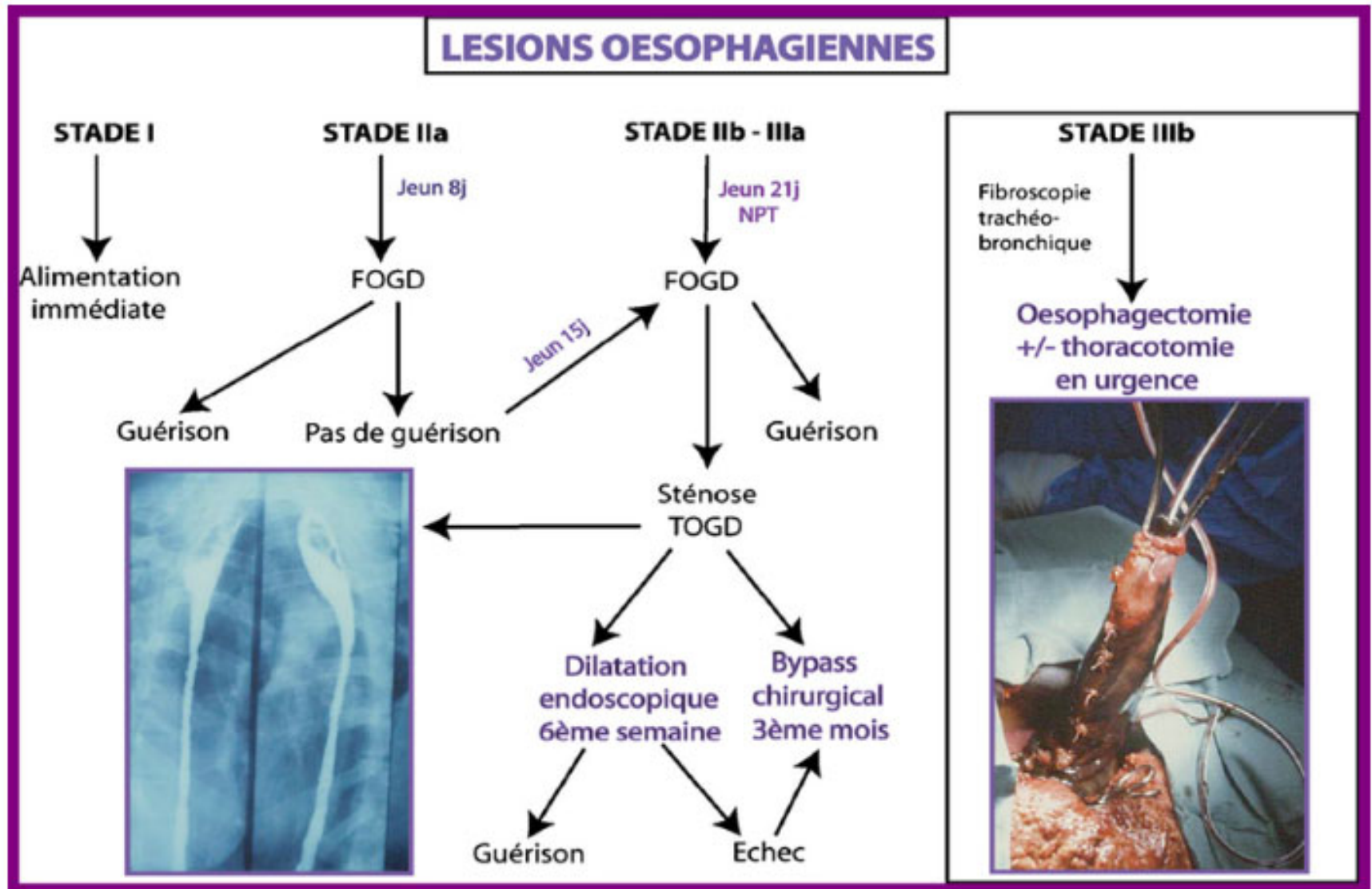
➤ **stade IIIb de l'estomac:**

une laparotomie exploratrice est réalisée. Elle consiste à rechercher une nécrose trans-murale de la paroi gastrique qui conduit à la réalisation d'une gastrectomie totale avec anastomose œso-jéjunale dans le même temps opératoire en l'absence de lésions œsophagienne sévères .

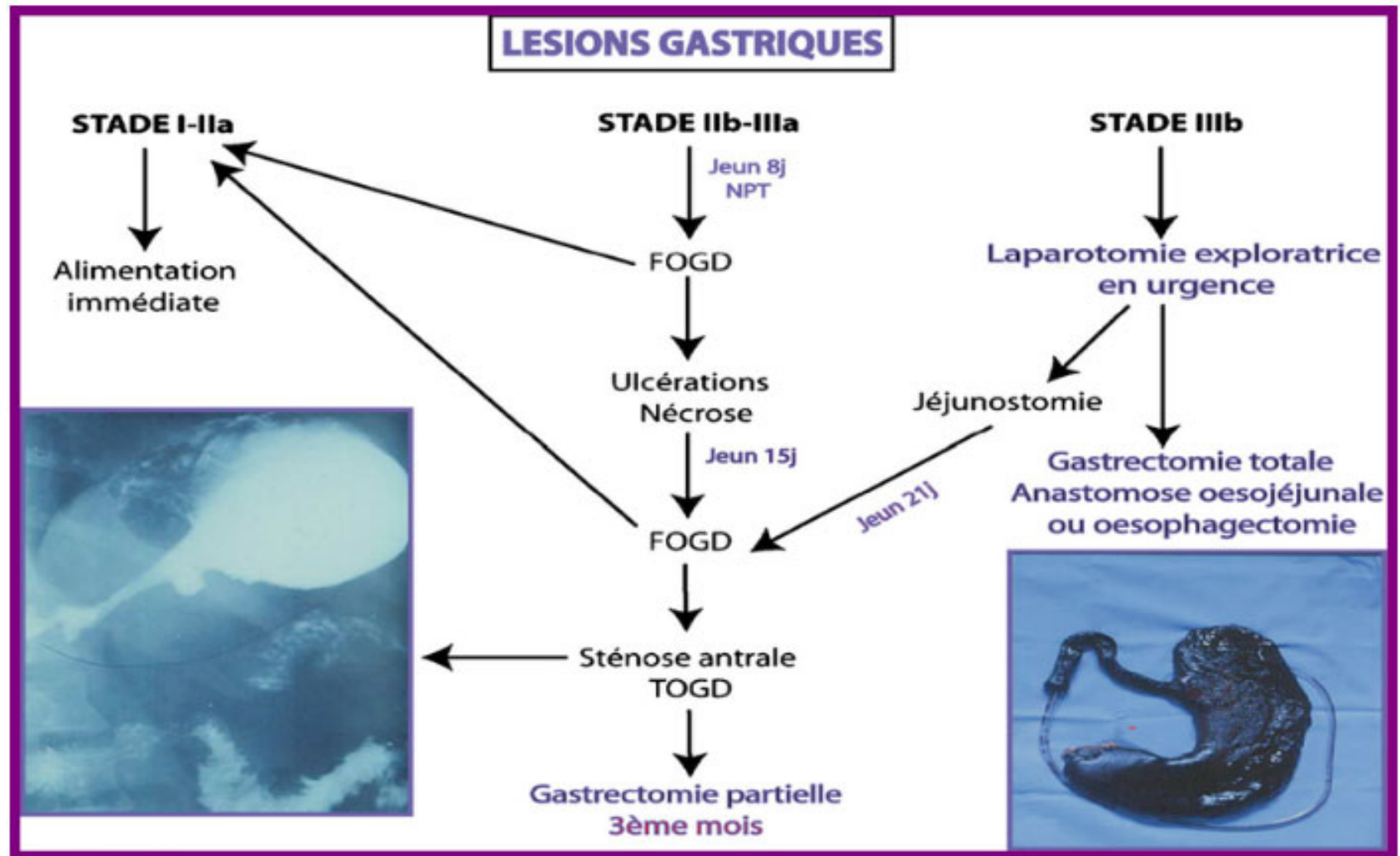
-Cependant, une œsophagectomie est le plus souvent associée et réalisée dans le même temps.

-une jéjunostomie d'alimentation est mise en place, permettant la nutrition du patient

Prise en charge thérapeutique



Prise en charge thérapeutique



Evaluation

- Evaluation des séquelles : 3-4mois
- Clinique : nutritionnel, dysphagie
- FOGD
- TOGD

Prise en charge des séquelles

- Sténose œsophagienne (stades II et III ,base > acide)



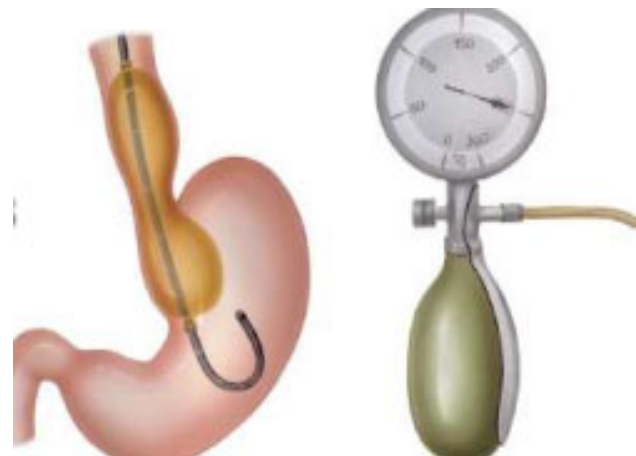
Traitement endoscopique des sténoses caustiques de l'oesophage

➤ Dilatation endoscopique

1) Bougies de Savary



2) Dilatation pneumatique



Traitement chirurgical des sténoses caustiques de l'oesophage

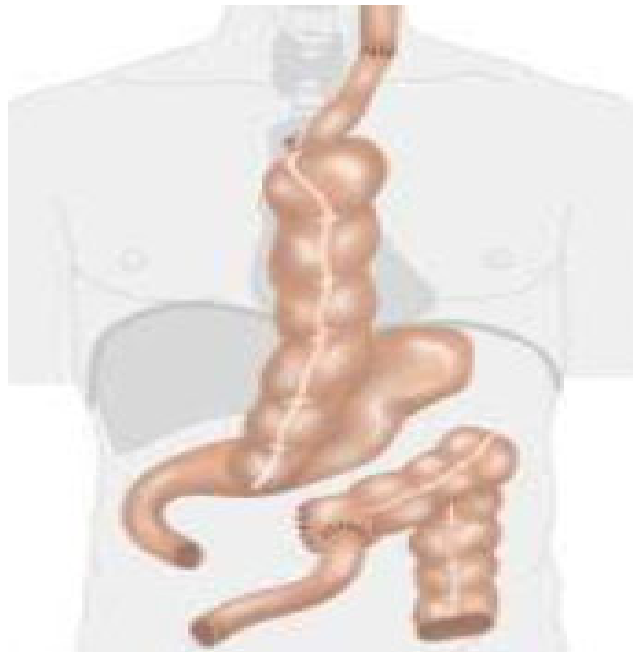
➤ Oesophagoplastie (reconstruction œsophagienne)

-Après œsophagectomie en urgence ou en cas de sténose non dilatable de l'œsophage, une reconstruction œsophagienne est nécessaire pour rétablir une filière digestive.

-Cette reconstruction peut être réalisée avec l'iléo-colon, le côlon gauche(plastie colique), exceptionnellement l'estomac (s'il a été préservé initialement et s'il n'est pas le siège d'une sténose) ou l'intestin grêle

réalisée 3-6 mois après l'ingestion de caustique

Plastie colique



Complication tardive

➤ Néoplasie oesophagienne

-Après 20-40 ans

-Facteur favorisant :dilatation des sténoses

