

Lésions caustiques du tractus digestif haut

Présenté

Par

Dr A. Hebbar

24/09/2024

Service des UMC de l'EHU d'Oran

Plan du cours:

- Définitions
- Intérêt de la question
- Objectifs pédagogiques
- Physiopathologie
- Clinique et prise en charge initiale
- Traitement
- Complications
- Conclusion

Définitions

□Produit caustique:

Toute substance susceptible du fait de son PH ou de son pouvoir oxydant d'induire des lésions tissulaires.

□Brûlures caustiques du tube digestif:

Lésions tissulaires secondaires à la prise accidentelle ou volontaire d'un produit caustique, intéressant le tractus digestif supérieur mais également la sphère ORL et l'arbre respiratoire(brûlure grave).

Objectifs pédagogiques

- 1) Comprendre les mécanismes d'action des produits caustiques responsables des brûlures,
- 2) Décrire les lésions anatomopathologiques observées au cours des lésions caustiques et leurs évolutions,
- 3) Apprécier la gravité des brûlures caustiques à la phase initiale,
- 4) Etablir la prise en charge d'une œsophagite caustique,
- 5) Enumérer les différents gestes à proscrire lors de la prise en charge d'une œsophagite caustique récente.

Intérêts de la question

- ❖ **Accident fréquent**
- ❖ **Urgence diagnostique et thérapeutique** nécessitant une **prise en charge multidisciplinaire** en milieu spécialisé.
- ❖ **En urgence, l'évaluation initiale** repose sur la tomодensitométrie avec injection de produit de contraste et non plus sur l'endoscopie digestive haute (Celle-ci ne doit garder sa place que chez l'enfant et dans les situations où l'administration de produits de contraste est déconseillée (insuffisance rénale avancée, allergie)).

Intérêts de la question

❖ Pronostic:

à court terme: pronostic vital

à long terme:

Pronostic fonctionnel +++

Dégénérescence = **état précancéreux**

❖ **L'utilisation de la TDM pour guider l'indication opératoire a amélioré le pronostic vital et fonctionnel des patients.**

❖ **La résection chirurgicale engage les pronostics vitaux et fonctionnels.**

Intérêts de la question

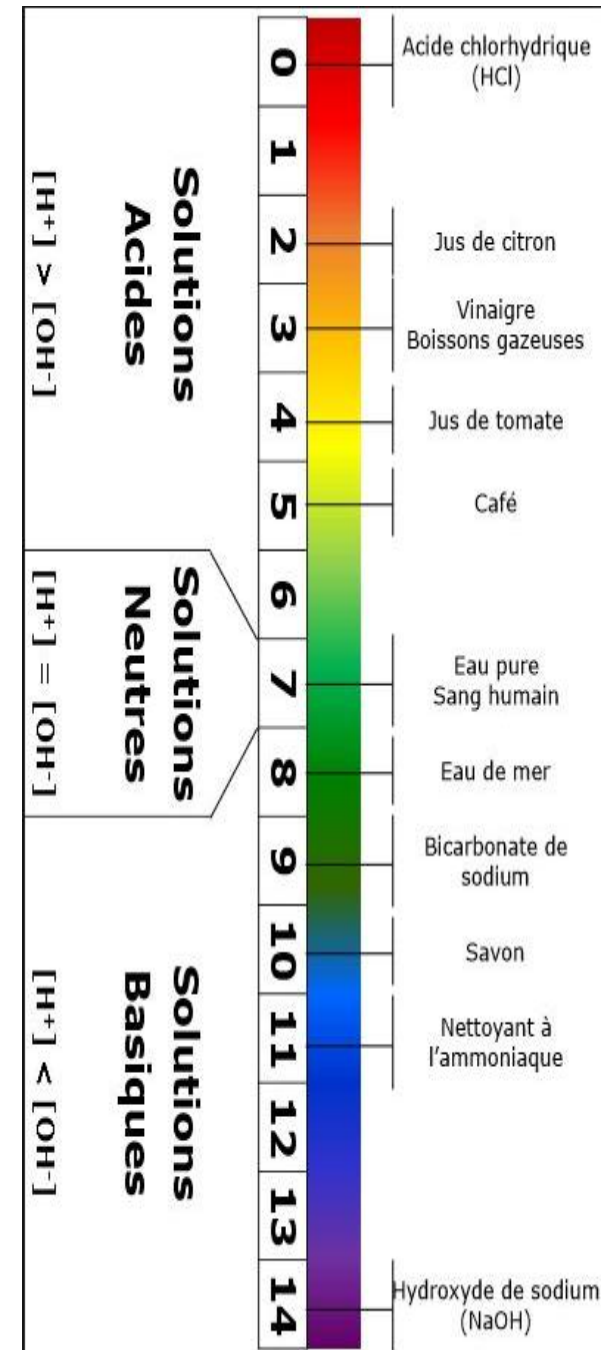
❖ **L'étendue et la sévérité des lésions** dépendent de plusieurs facteurs:

- **Nature du produit:** acide, base, oxydant, autre
- **Forme:** liquide, visqueuse, volatile
- **Quantité et concentration**

❖ **Terrain et étiologie:**

Enfant → Ingestion accidentelle
Adulte → Ingestion volontaire

- ❖ 9/10 tentative de suicide
- ❖ Affections psychotiques franches: schizophrénie, accès mélancolique
- ❖ Prédominance féminine



Physiopathologie

- Les produits en cause: acides, bases, oxydants
- Leurs mode d'action
- Complications

Les produits en cause: acides, bases, oxydants

- Les adultes peuvent ingérer 30 à 50 ml de liquide lors d'une gorgée normale tandis qu'une grande gorgée lors d'une ingestion volontaire peut atteindre 60 à 90 ml ;
- L'ingestion de plus de 50 ml d'agents forts entraîne inévitablement des lésions digestives très graves

Bases


Décapants four, Déboucheurs de canalisation

- Soude
- Ammoniac
- Potasse

- Les bases fortes (Destop®) ont un pH > 13 et induisent des brûlures sévères, même après ingestion en faible quantité.
- Nécrose de liquéfaction avec saponification des lipoprotéines membranaires
- Extension en profondeur .
- Le caractère visqueux → contact prolongé
- Atteinte surtout de l'oropharynx et l'œsophage

Acides

- **Acide sulfurique(esprit de sel)**
- **Acide chlorhydrique**

- **Les acides fort ont un pH <1 et les formes concentrées ont une causticité semblable à celle des bases fortes**
- **Nécrose de coagulation superficielle avec escarres qui limite l'extension en profondeur**
- **Atteinte surtout gastrique (provoque un spasme pylorique qui protège le duodénum ,mais favorise les lésions antrales)**
- **L'ingestion massive  Complication : perforation précoce.**

Oxydants

- Eau oxygénée
- Eau de Javel concentrée

- **Dénaturation des protéines** notamment par la transformation des acides aminés en aldéhydes
- **Malgré leur faible causticité** (rester vigilant) **car ils peuvent entraîner de la nécrose**

Clinique

Premier bilan :

- Tableau impressionnant et dramatique

Diagnostic évident devant:

- Agitation, nausées et efforts de vomissements
 - Bouche brûlée sanguinolente
 - Brûlures cutanées
 - Douleurs rétro-sternales
 - Dysphagie absolue
- **Absence de parallélisme entre les lésions de la bouche et des lésions œsogastriques**

Prise en charge initiale

```
graph TD; A[Prise en charge initiale] --> B(Eviter les manœuvres intempestives); A --> C(Interrogatoire); A --> D(Examen clinique); A --> E(Examens complémentaires); B --> B1[• Faire vomir  
• Lavage gastrique  
• SNG  
• Antidotes?]; C --> C1[• Heure  
• Circonstances  
• Type caustique  
• Concentration  
• Quantité  
• Psychotrope?]; D --> D1[• Etat hémodynamique  
• Abdominal  
• ORL  
• Pleuropulmonaire  
• Neurologique]; E --> E1[• ASP, TT,  
• ECG  
• Biologie: FNS, bilan rénal, Ionogramme,  
• Hémostase(CIVD)];
```

Eviter les manœuvres intempestives

- Faire vomir
- Lavage gastrique
- SNG
- Antidotes?

Interrogatoire

- Heure
- Circonstances
- Type caustique
- Concentration
- Quantité
- Psychotrope?

Examen clinique

- Etat hémodynamique
- Abdominal
- ORL
- Pleuropulmonaire
- Neurologique

Examens complémentaires

- ASP, TT,
- ECG
- Biologie: FNS, bilan rénal, Ionogramme,
- Hémostase(CIVD)

1^{ère} situation

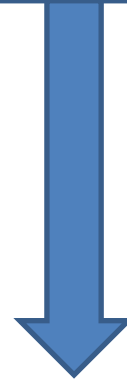
Complications immédiates

- **Dyspnée et détresse respiratoire** : obstruction du carrefour oropharyngé par la brûlure et l'œdème
- **Etat de choc**: par hypovolémie liée à la fuite plasmatique
- **Acidose métabolique**: par ingestion d'H⁺
- **Etat d'agitation** consécutif à la douleur, l'état de choc et l'acidose
- **Perforation**: défense, contracture, pneumopéritoine, pneumo médiastin.

**2^{ème}
situation**



Absence de complications



Faire un Bilan lésionnel

Jusqu'à 2016 l'Endoscopie digestive haute (FOGD)



Systematique sauf si Indication chirurgicale en extrême urgence

Intérêt:

- **Diagnostic**
- **Classification de Di Costanzo: 4stades**
- **Cartographie des lésions**
- **Indication thérapeutique**

Délai : [6h-24h]

Stade 0



normal

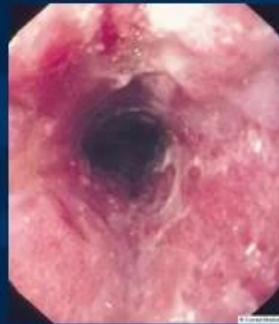
Classification endoscopique

Stade I



Érythème/
pétéchies

Stade IIa



Ulcérations
linéaires
ou arrondies

Stade IIb



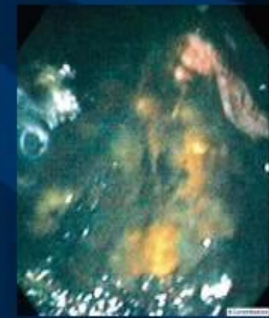
Ulcérations
Circulaires/
confluentes

stade III a



Nécrose
localisée

Stade IIIb



Nécrose
diffuse

Lésions oro-pharyngées

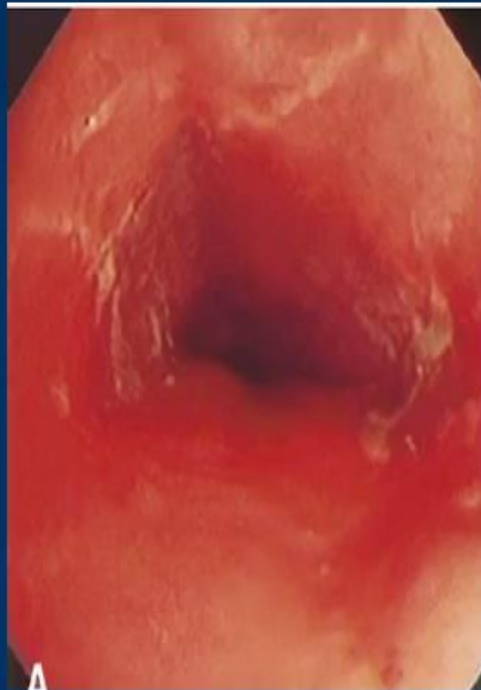


Lésions œsophagiennes

Stade 0



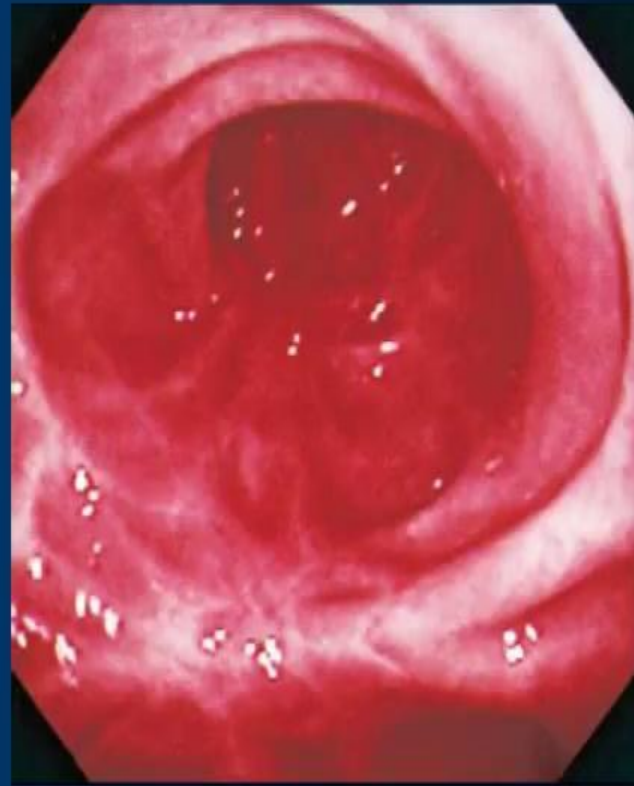
Stade I



Stade II



Lésions gastriques IIb J1-J60

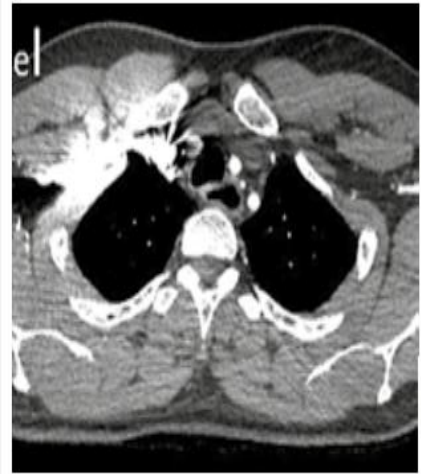


Nécrose œsogastrique IIIb



Actuellement: La Classification des lésions caustiques de l'œsophage et de l'estomac est basée sur la tomодensitométrie

Lésions de l'œsophage

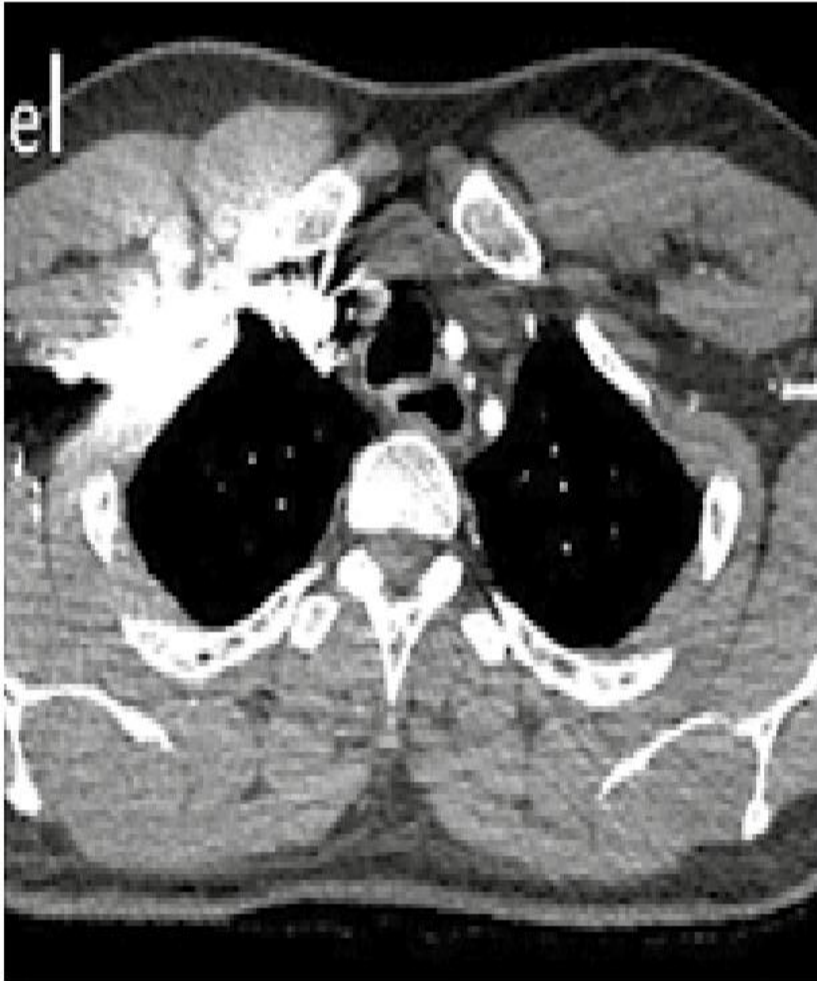


Lésions gastriques



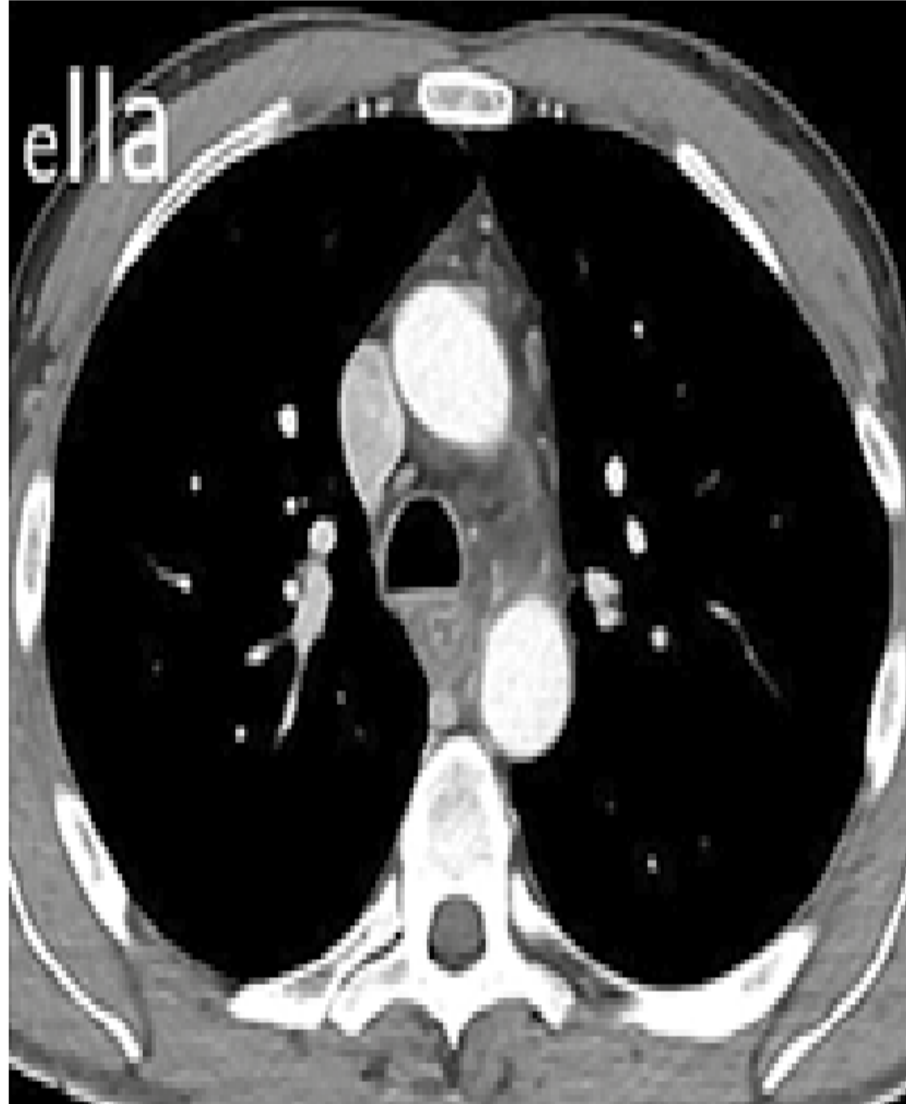
Lésions de l'œsophage

Grade I correspondent à des lésions minimales



- L'aspect radiologique est 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 IIa montrent un aspect « en cocarde »



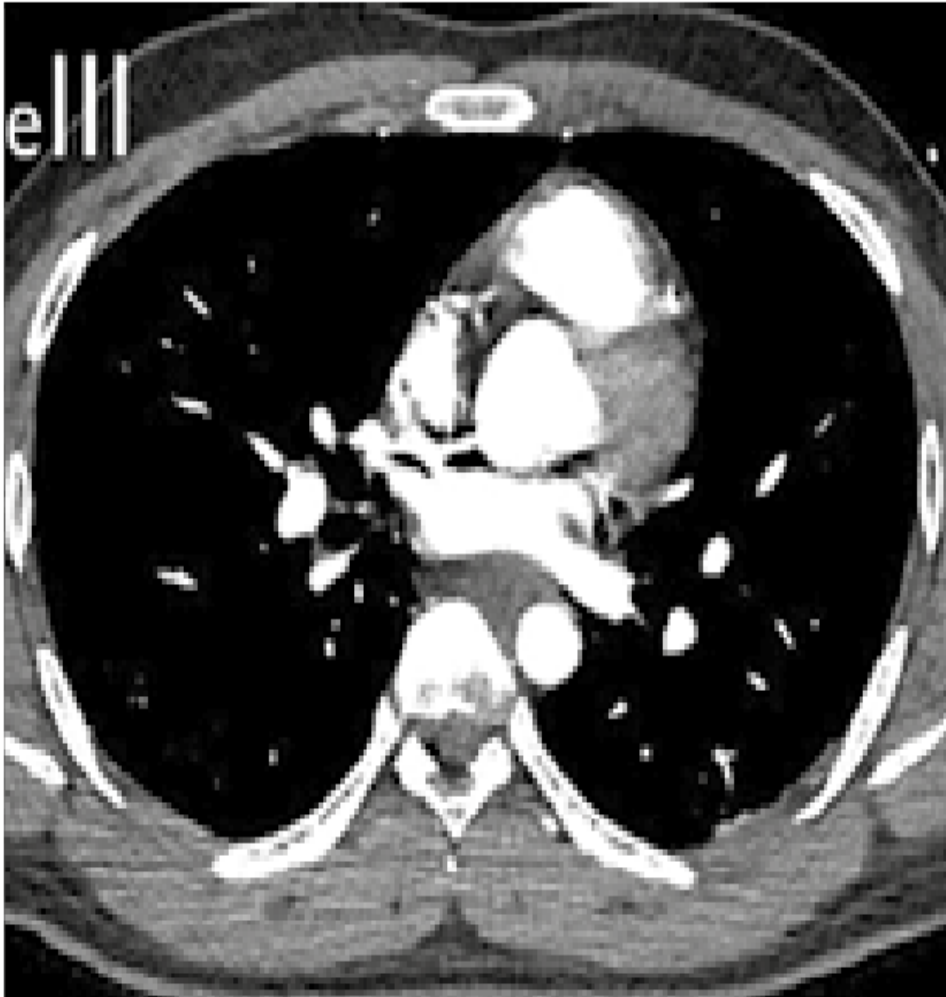
- Une prise de contraste interne correspondant à une muqueuse inflammatoire mais pas complètement nécrosée
- Une prise de contraste externe correspondant à la musculature œsophagienne.
- Il peut s'y associer une infiltration de la graisse péri-œsophagienne

Grades IIb montrent



- Une prise de contraste externe fine de la paroi de l'œsophage qui est dilaté, rempli par la muqueuse nécrosée qui ne prend plus le contraste.
- L'infiltration de la graisse péri-œsophagienne est constante

Grade III correspondent à des lésions de nécrose transmurale



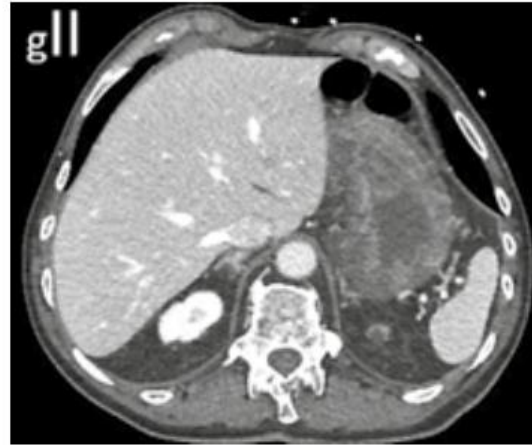
- Absence de prise de contraste de la paroi œsophagienne localisée ou étendue.
- La lumière œsophagienne est souvent dilatée et augmentée de volume.
- Une infiltration tissulaire et/ ou un épanchement péri œsophagien sont habituellement associés.

Lésions gastriques

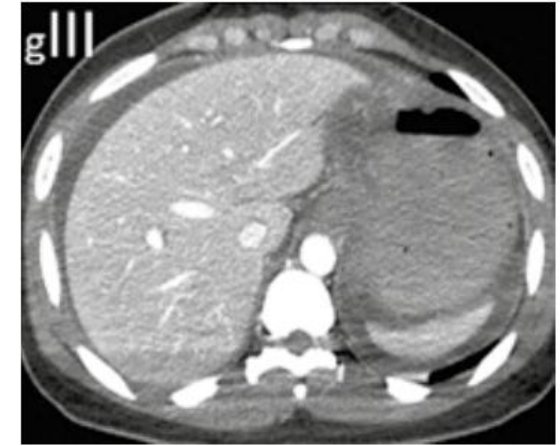
Lésions gastriques



Les lésions gastriques de **Grade I** se caractérisent par l'**absence d'anomalie** gastrique

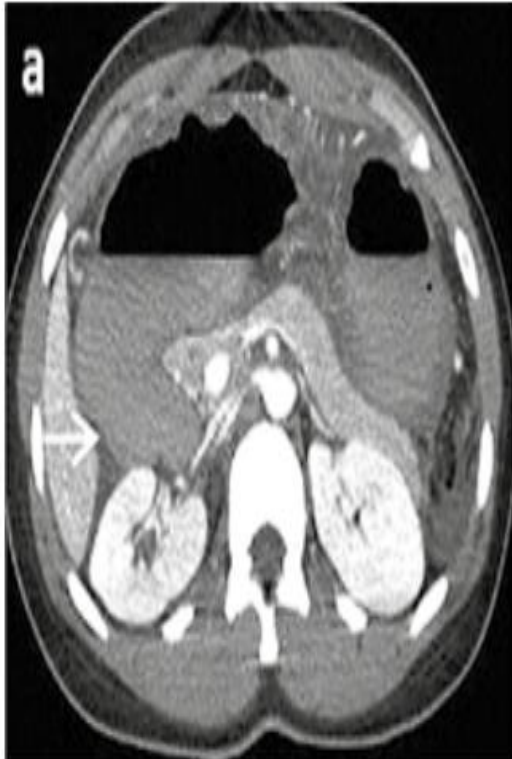


Les lésions de **Grade II** se caractérisent par un **œdème marqué de la paroi gastrique** et une **prise de contraste pariétale conservée**. L'estomac a un aspect franchement pathologique



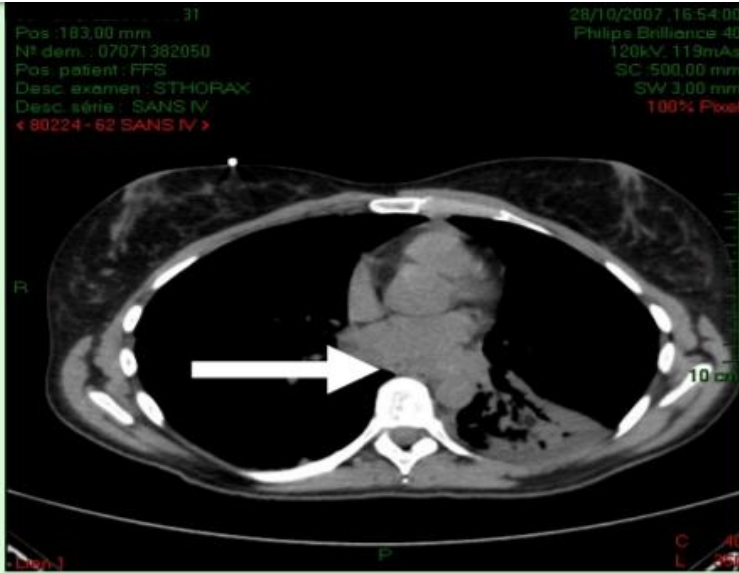
Les lésions **Grade III** sont définies par une **absence de prise de contraste limitée ou étendue de la paroi gastrique** associant de manière quasiconstante une infiltration et/ ou un épanchement péri gastrique

**Ingestion massive de caustique provoquant des lésions de
nécrose:
du duodénum (a), de l'intestin grêle (b), et de la rate (c)**



Signes Scanno-graphique de nécrose transmurale imposant une indication opératoire en urgence:

1. Absence de visualisation de la paroi œsophagienne ou de la graisse péri-œsophagienne au temps sans injection du produit de contraste.
2. Absence de prise de contraste de la paroi œsophagienne après injection.

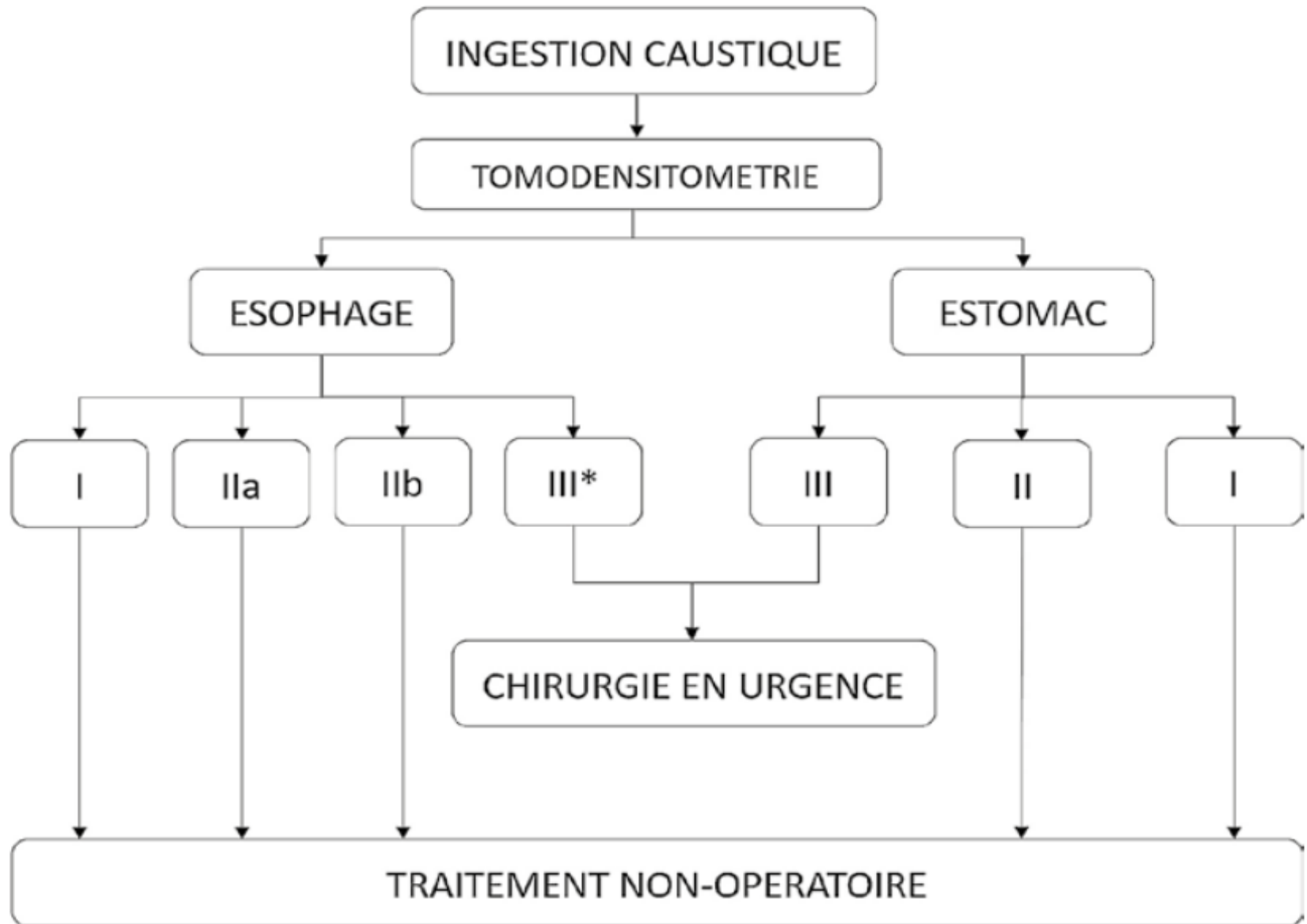


Sans injection



Avec injection

Algorithme de prise en charge en urgence des ingestions caustiques



* Traitement non-opérateur si lésions gastriques Grade I-II

Endoscopie bronchique


- **Indication:** En cas de lésions digestives sévère
- **Intérêt:** Peut modifier la stratégie chirurgicale
- **Résultats:** 3 stades:
 - I. Érythème muqueux +++ hypersécrétion
 - II. Ulcérations et fausses membranes
 - III. Plages de nécrose

Critères de gravité d'une brûlure caustique

☐ Clinique:

- ✓ Ingestion massive (>150 ml) d'un acide ou base forte
- ✓ Etat de choc, hypothermie, hématemèse,
- ✓ Défense, contracture,
- ✓ Détresse respiratoire
- ✓ Troubles neuropsychiques

☐ Biologique:

- ✓ Acidose métabolique (PH < 4,2  mortalité à 50%)
- ✓ Hypoxie et troubles de l'hémostase

☐ Radiologique:

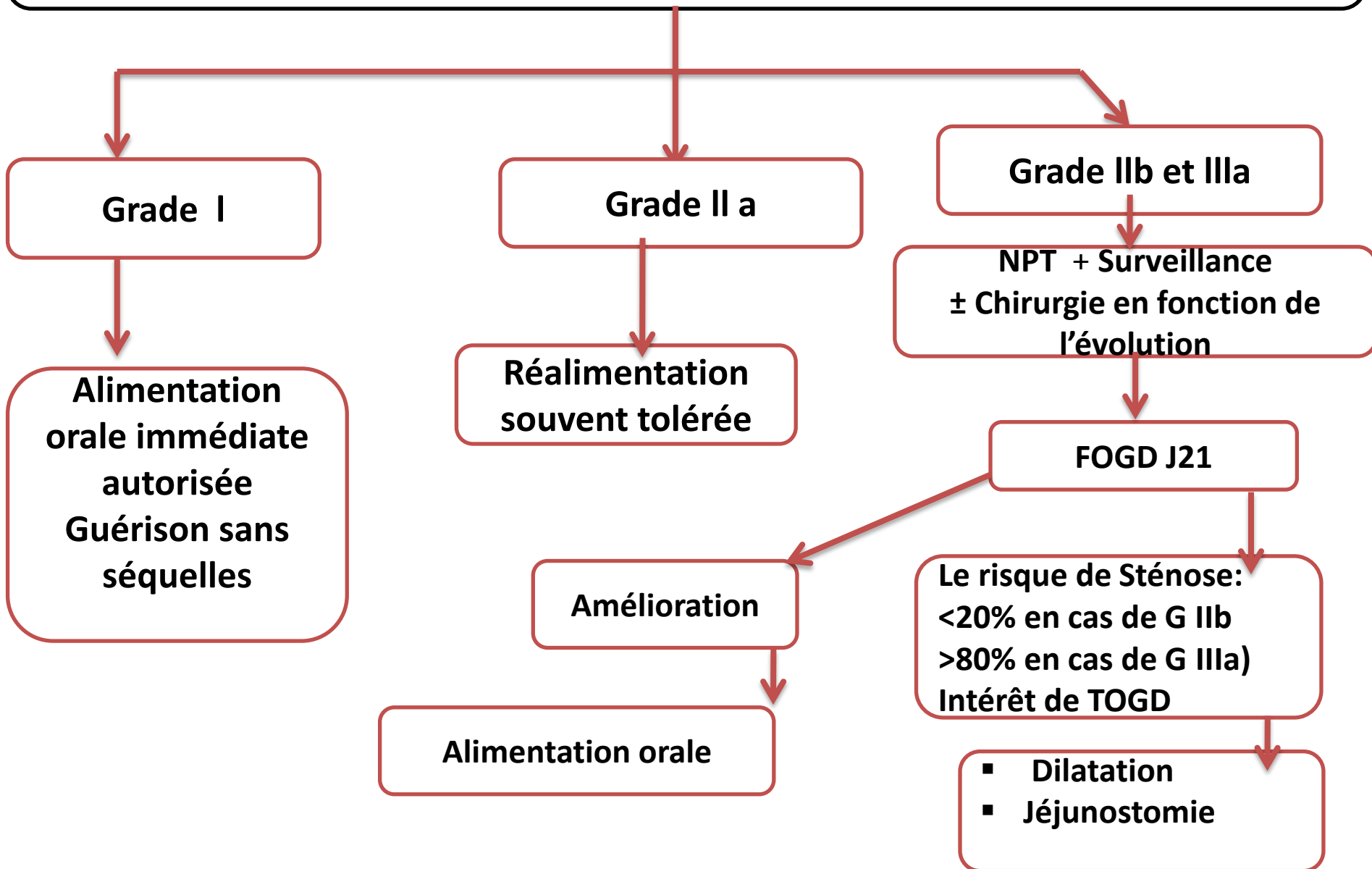
- ✓ Pneumopéritoine
- ✓ Pneumo-médiastin

Traitement

La prise en charge immédiate , pour être efficace , doit être stéréotypée

- ✓ **Le malade est placé en position demi-assise**
- ✓ **VVP**
- ✓ **Une compensation par la perfusion de macromolécules d'une éventuelle hypo volémie**
- ✓ **Une oxygénothérapie , le plus souvent au masque, est instituée en cas de dyspnée**
- ✓ **L'intubation peut être nécessaire en cas de détresse respiratoire**
- ✓ **Nettoyage avec des compresses sèches des lésions stomatologiques**
- ✓ **Mise au repos du tractus digestive jusqu'à cicatrisation des lésions**
hyperalimentation parentérale ou entérale par jéjunostomie en cas de lésions graves
- ✓ **Antibiothérapie systématique**
- ✓ **Traitement antalgique**
- ✓ **Antisécrétoires gastriques(IPP)**

Stratégie thérapeutique et nutritionnelle



Stratégie thérapeutique Grade III b

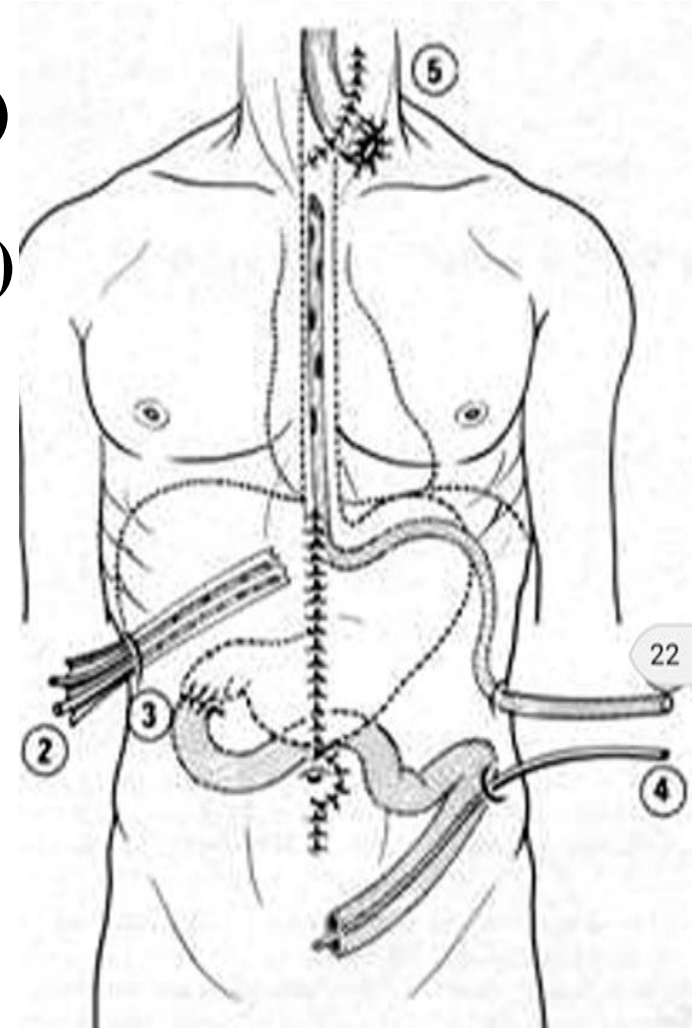
Une laparotomie exploratrice est indiquée en urgence, après la mise en œuvre de la réanimation respiratoire et circulatoire:

- ✓ **Assurer les fonctions vitales** : intubation pour maintenir la fonction ventilatoire
- ✓ **VVC droite**: restaurer une volémie efficace par les solutés de remplissage
- ✓ **Assurer l'homéostasie**

Fibroskopie trachéo-bronchique trouve son indication

Si lésions œsogastriques

- **Œsogastrectomie totale (Stripping)**
- **Fermeture du moignon duodénal(3)**
- **Drainage médiastinal postérieur et hypochondre(2)**
- **Jéjunostomie d'alimentation(4)**
- **Une œsophagostomie cervicale(5)**



Endoscopie bronchique



**Présence de lésions
sévères**

Thoracotomie droite : Patch pulmonaire (lobe de Nelson)



**Absence de
lésions sévères**

Thorax fermé : Stripping



**Si lésions gastriques et discrètes
lésions œsophagiennes :**

**Gastrectomie totale et rétablissement de la continuité par
anse en Y (3à4 mois plus tard)**

Complications secondaires

Infections

**Pleuro pulmonaires
septicémie**

**Perforations
secondaire**

œsophage

**médiastinite
pyopneumothorax**

gastrique

bouchée

**Sd infectieux
abcès sous phrénique**

hémorragies

**chute d'escarre
=10 jour**

fistules

**gastro-colique
gastro-duodénale
œso-trachéale
œso-bronchique**

Péritoine libre

péritonite généralisée

Complications tardives

1

Sténose

Œsophagiennes courtes,
régulières

Dilatation bougies
Savary
Moment: 6 semaine

Succès

Surveillance

Echec

Oesophagiennes
longues, irrégulières,
multiples

chirurgie

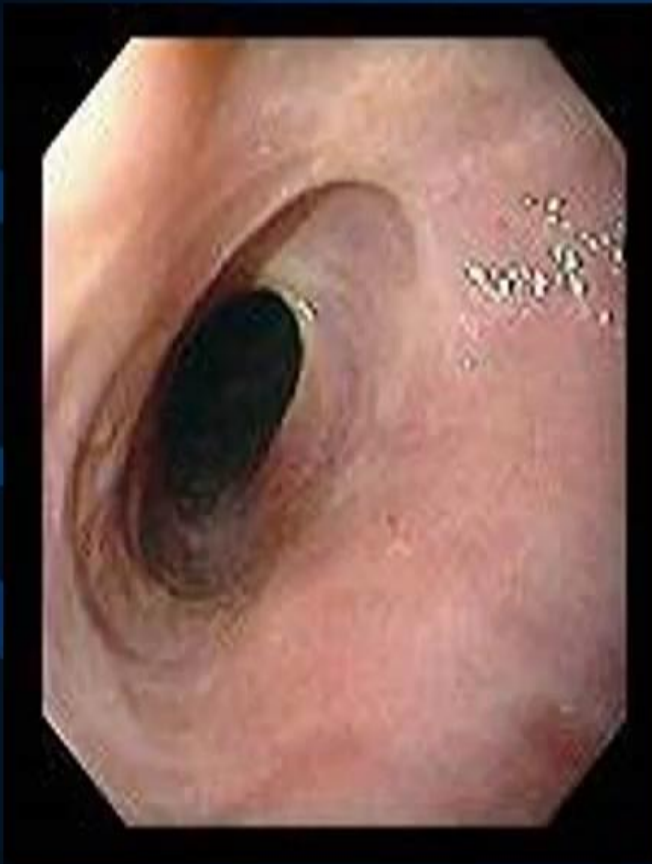
Plastie oesopagienne:
Transplant
colique (iléocolon droit)

gastrique

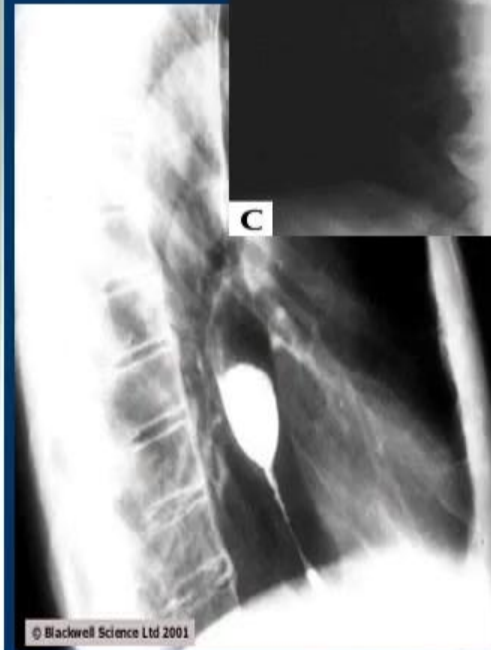
chirurgie

Gastrectomie
Partielle /totale

Sténoses œsophagiennes



Sténoses œsophagiennes courtes et régulières



Dilatation aux bougies de Savary



Sténoses œsophagiennes longues/irrégulières

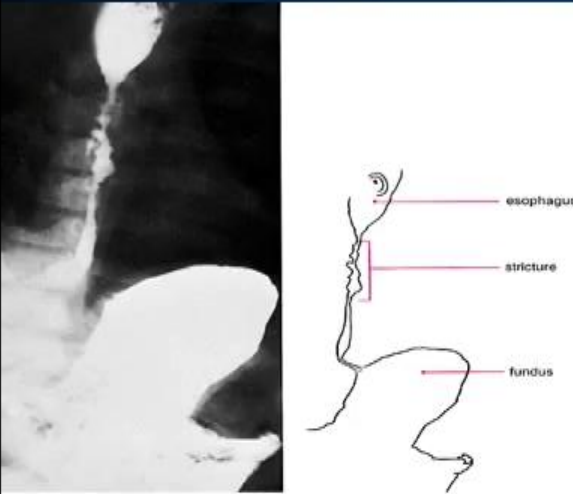
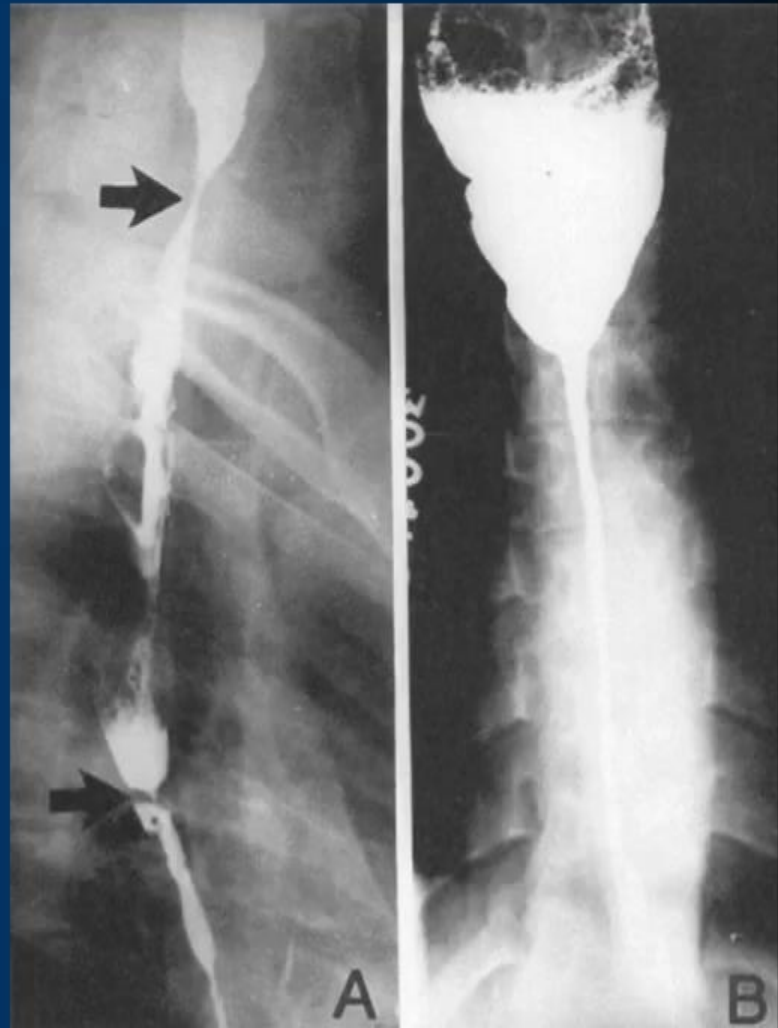


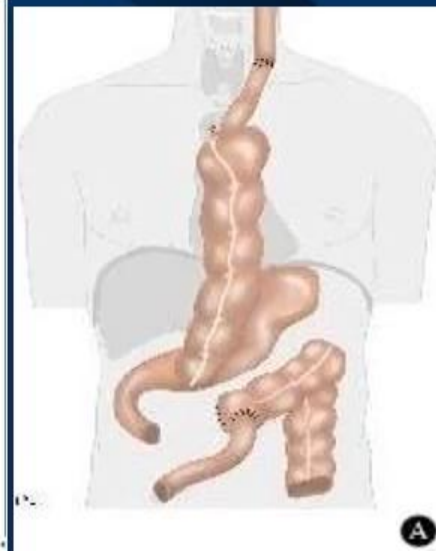
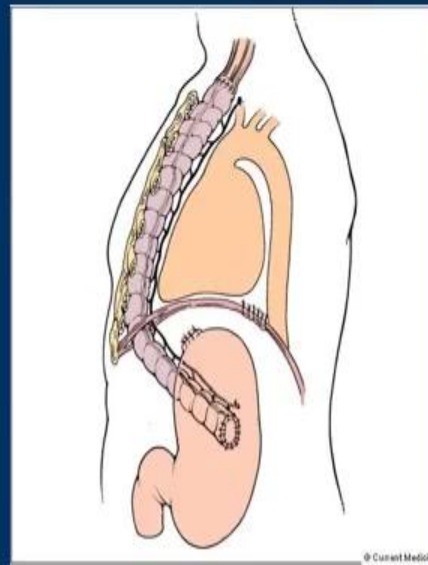
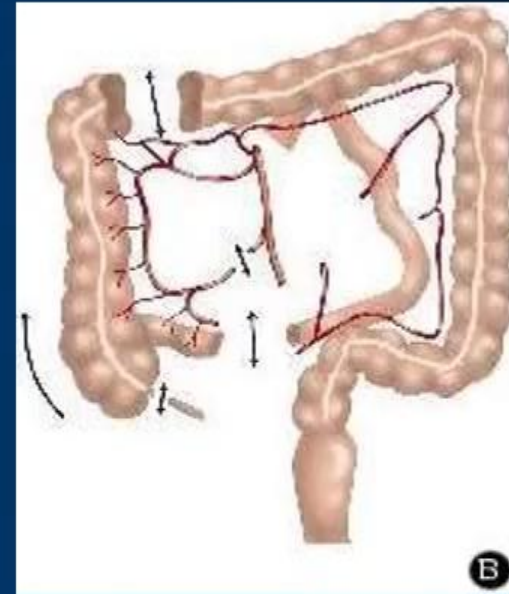
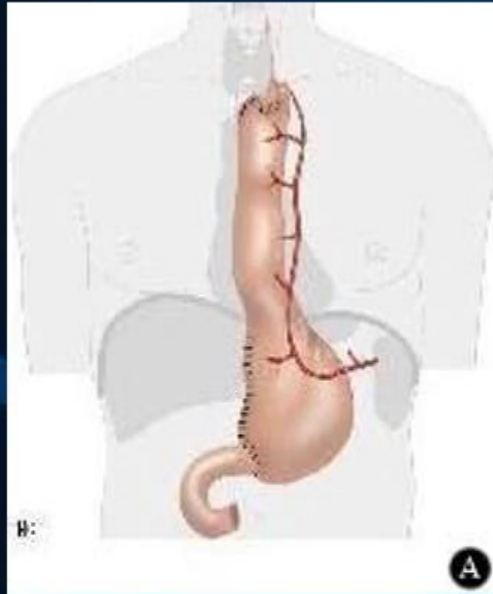
Figure 18-6. Esophageal stricture caused by caustic injury to the esophagus.



Sténose gastrique



Ösophagoplastie



Complications tardives

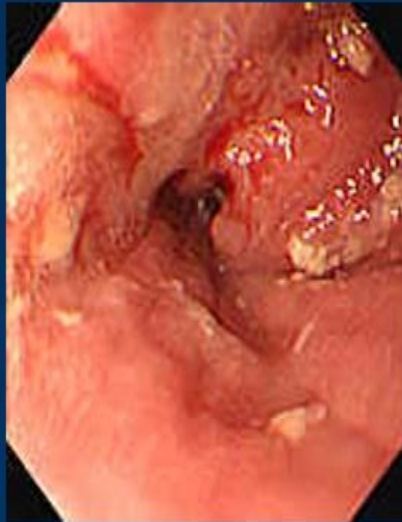
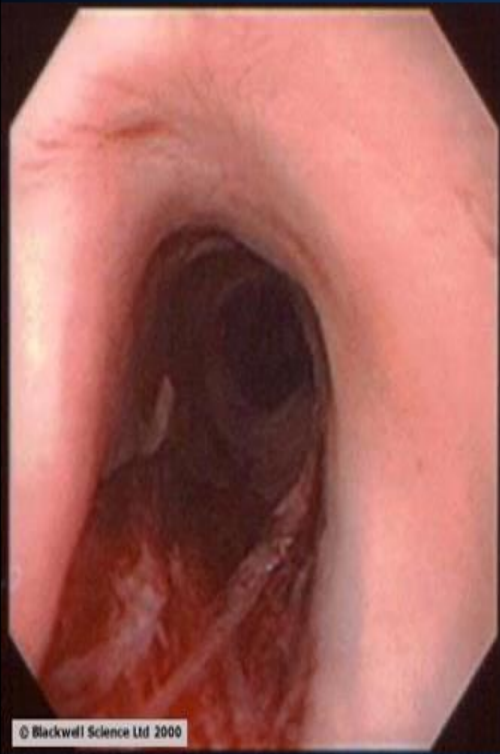
2



Cancer de l'œsophage

- Risque x1000/population générale
- Survient 40 ans après l'ingestion notamment en cas de sténoses et lésions sévères
- Facteur favorisant: dilatation répétée
- Carcinome épidermoïde
- Surveillance régulière après 20 ans: recherche de lésions de dysplasie

Cancer de l'œsophage



Conclusion:

- **L'ingestion de produits caustiques constitue un événement dramatique**
- **Seule une prise en charge médicale et chirurgicale adéquate peut diminuer la mortalité**
- **Le bilan initial tomодensitométrique permet de faire l'inventaire des lésions digestives et respiratoires qui conditionnent le pronostic et commandent la stratégie thérapeutique**

- **La chirurgie d'exérèse en urgence s'impose en cas de lésions nécrotiques étendues ou de complications**
- **Le traitement de séquelles est long et délicat**
- **La prise en charge psychiatrique s'impose en cas d'ingestion volontaire**
- **La prévention** reste le véritable traitement efficace

Fin