

LÉSIONS CAUSTIQUES DU TUBE DIGESTIF

PR . BELAID

INTRODUCTION

- Pathologie grave
- Plus grave si brûlures trachéo-bronchiques
- 10% de mortalité
- 10% à 40% de séquelles
- Pc dépend de la rapidité de la PEC
- Collaboration multidisciplinaire
- Rôle essentiel de l'endoscopie
- CPLC . Multiples

DÉFINITION

Toutes lésions du tube digestif induites par l'ingestion accidentelle ou volontaire d'un produit corrosif.

PRODUIT CORROSIF

Toute substance du faite de son pH ou de son pouvoir oxydant d'induire par contacte directe des lésions tissulaires

POUVOIR CORROSIF

Est fonction de :

- Sa nature
- Sa réactivité chimique
- Sa concentration
- Sa forme physique (liquide, gel, poudre, mousse ...)
- Son PH

EPIDÉMIOLOGIE

❖ **Enfant : (2-8 ans)**

- Accident domestique
- 90% du total
- Produits ménagers (70%)

❖ **Adulte : (20-40 ans)**

- Tentative d'autolyse 75%
- Contexte psychiatrique
- Sex ratio : 1 homme pour 2 femmes

LES PRODUITS CORROSIFS

- 1. Bases fortes : (PH supérieur à 12)**
 - Soude (NaOH)
 - Potasse (KOH)
 - Ammoniaque (NH₃)
- 2. Acides fortes : (PH inférieur à 2)**
 - Acide chlorhydrique (HCl)
 - Acide sulfurique (H₂SO₄)
 - Acide nitrique (HNO₃)
 - Acide phosphorique (PO₄H₃)
- 3. Oxydants :**
 - Eau oxygénée (H₂O₂)
 - Eau de javel (NaClO)
 - Permanganate de potassium (KMnO₄)

Mécanisme d'action

L'étendue et la sévérité des brûlures caustiques du TD dépendent de :

- ❖ Nature du produit caustique
- ❖ Forme du produit
- ❖ Quantité et concentration du produit ingéré
- ❖ La durée de contact avec la muqueuse

Mode d'action

Acides: entraînent des lésions superficielles :

- Par nécrose de coagulation et escarre superficielle

Bases: entraînent des lésions profondes:

- Par nécrose de liquéfaction par saponification des lipoprotéines

Oxydants: entraînent des brûlures thermiques par dégagement de chaleur

EVOLUTION DES LÉSIONS

En 3 phases

1. Phase initiale (1^{er} heures)

Destruction tissulaire avec :

- *Vaso exsudation*
- *Congestion*
- *Œdème*
- *Nécrose*

EVOLUTION DES LÉSIONS

En 3 phases

2. Phase de détersion et de régénération (j2-j10)
 - *Risque de perforation*
 - *Manifestation vaso exsudative*
 - *Œdème*
 - *Régénération cellulaire*
 - *Adhésion de matériel fibro-leucocytaire*
 - *Néogènese vasculaire*

EVOLUTION DES LÉSIONS

En 3 phases

3. Phase de cicatrisation (3-4 mois)

- *Prolifération des fibroblastes (collagène)*
- *Résorption de l'œdème*

⇒ Sclérose rétractile:

- *Sténose*
- *Adhérence*

CONSÉQUENCES PHYSIOPATHOLOGIQUES

❖ Ingestions massives entraînent :

- Etat d'agitation
- Etat de choc : lié à l'hypovolémie par fuite plasmatique
- Acidose métabolique : surtout après ingestion d'acide fort concentré.
- Troubles de l'hémostase : conséquence d'une syndrome de consommation des facteurs de coagulation

ETUDE CLINIQUE

Interrogatoire :

- Notions essentielles à connaître :
 - *Circonstances : suicide ou accident*
 - *Nature du produit ingéré*
 - *Heure précise de l'ingestion*
 - *Le produit a-t-il été avalé puis recraché ?*
 - *Le patient a-t-il vomi ?*
 - *Le patient a-t-il bu Après l'ingestion ?*
 - *Connaitre la concentration, forme et le volume ingéré.*

ETUDE CLINIQUE

Tableau clinique impressionnant et dramatique :

- Patient agité et souffre horriblement
- Sensations de brûlure de la bouche avec hyper sialorrhée
- Douleurs rétro sternales et épigastriques
- Dysphagie
- Dyspnée parfois avec dysphonie
- Etat de choc modéré
- Odynophagie
- Hématémèse

EXAMEN PHYSIQUE

Retrouve :

- Une bouche brûlée et sanguinolente
- Des brûlures parfois des mains et face antérieure du thorax
- Exceptionnellement une contracture abdominale ou emphysème sous cutané

BILAN RADIOLOGIQUE

Radio thorax recherche :

- Pneumopathie d'inhalation
- Pneumothorax
- Pneumo-médiastin

ASP recherche :

- Pneumopéritoine

BILAN BIOLOGIQUE

- ❖ Ionogramme sg (Chlorémie en cas d'ingestion de HCl)
- ❖ Calcémie (en cas d'ingestion d'acide)
- ❖ Gaz du sang (pH-PaO₂-PaCO₂-reserve alcaline)
- ❖ Hémostase (TP-TH-TCK-Fibrinémie plaquette)
- ❖ Hémolyse (Hémoglobulinémie-Hémoglobininurie)

COMPLICATIONS PRÉCOCES

1. Locales :

- Perforation
 - *Péritonite-médiastinite*
 - *Brûlure des organes intra-péritonéaux*
- Hémorragie
- Œdème du carrefour aéro-digestif
 - *Dysphagie*
 - *Dysphonie*
- Œdème laryngé et du poumon
 - *Détresse respiratoire : dyspnée*

2. Générales :

- Etat de choc
- Acidose métabolique
- Hémolyse
- CIVD

CRITÈRES DE GRAVITÉ

1. Clinique (25% des cas)

- Ingestion massive
- Hématémèse (10-20% de mortalité)
- Contracture abdominale (25% de mortalité)
- Etat de choc (30% de mortalité)
- Hypothermie
- Détresse respiratoire
- Troubles neurologiques
- Insuffisance rénale

CRITÈRES DE GRAVITÉ

2. Biologiques :

- Acidose métabolique (si $\text{pH} < 7,38$) \Rightarrow 50% de mortalité
- Hypoxie
- Trouble de l'hémostase : CIVD-fibrinolyse

CRITÈRES DE GRAVITÉ

(Intervention chirurgicale en urgence)

3. Radiologiques :

- Pneumopéritoine a l'ASP
- Pneumo-médiastin au télé-thorax

AU TERME DE CE BILAN INITIAL

3 situations

1. Signes de détresse respiratoire

- *Eviter le décubitus dorsal*
- *Désobstruction Oro-pharygée*
- *Oxygénation*
- *2 voies veineuses périphériques*
- *Corticoïdes si œdème laryngé*
- *Intubation ou trachéotomie si lésions trachéo-bronchiques sévères*

AU TERME DE CE BILAN INITIAL

3 situations

2. Signes imposant une réanimation intensive et une chirurgie d'urgence
 - Etat de choc persistant
 - Présence de signes cliniques et radiologiques de perforation

AU TERME DE CE BILAN INITIAL

3 situations

3. En l'absence de signes suscites

⇒ Endoscopie digestive (FOGD)

- Apres stabilisation de l'état hémodynamique et respiratoire
- Réalisée au mieux entre la 3eme et 24eme heure
- Avant 3eme heure : lésions sous estimées
- Trop tardif : réalisation difficile
 - Œdème – hémorragie
 - Paroi fragile (risque de perforation)

EXAMEN ENDOSCOPIQUE

Classification de Di-Costanzo

Stade I Pétéchies ou Erythème

Stade II Ulcérations

A. Ulcérations linéaires ou rondes

B. Ulcérations circulaires ou confluentes

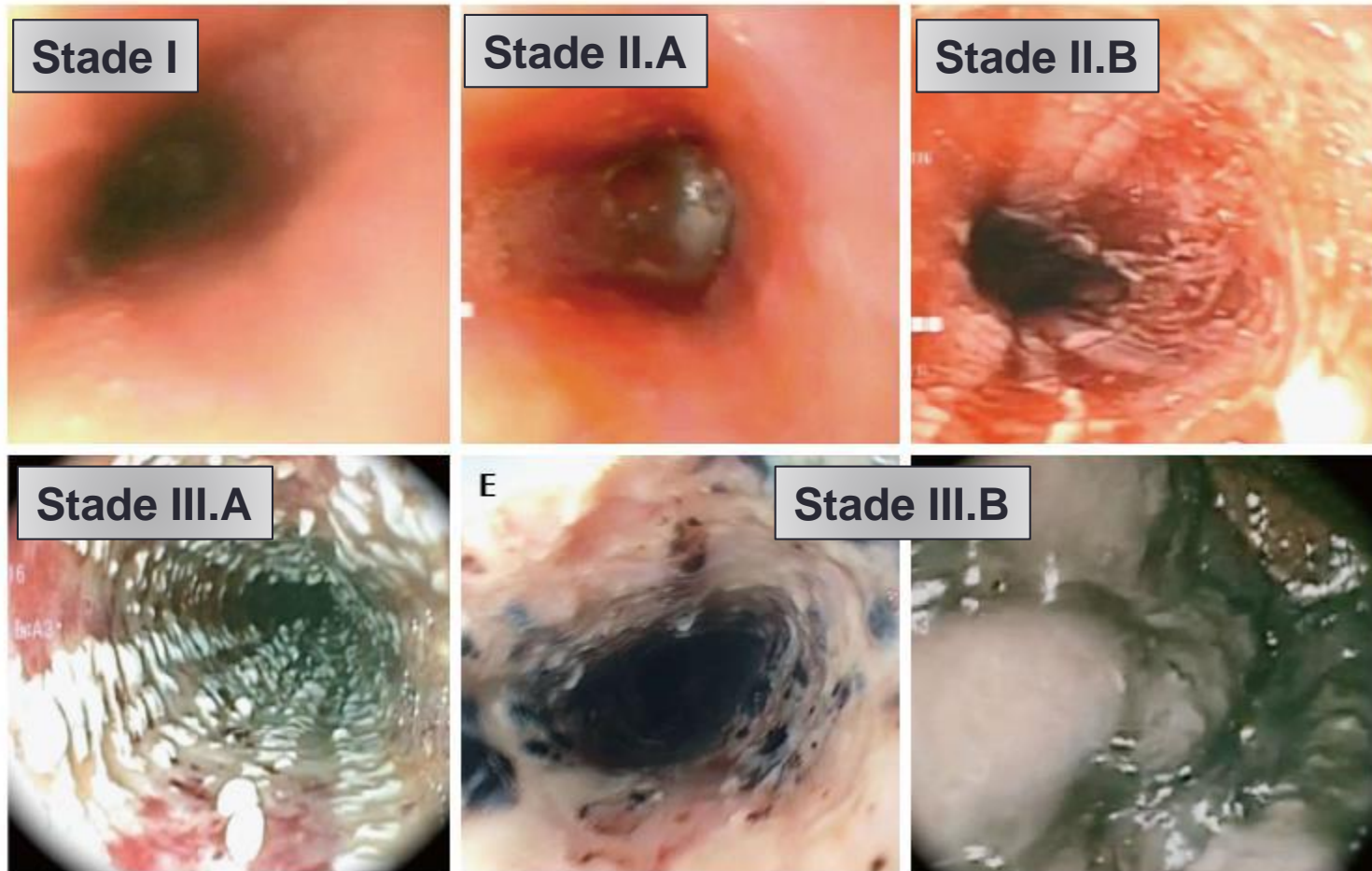
Stade III Nécroses

A. Nécroses localisées

B. Nécroses étendues

EXAMEN ENDOSCOPIQUE

Classification de Di-Costanzo



FIBROSCOPIE TRACHÉO-BRONCHIQUE

- En cas de nécrose (stade III)
- Vérifié l'intégrité ou non de la trachée
- Recherche de fistules œso-trachéo-bronchiques

LARYNGOSCOPIE

- Si atteinte ORL (40%)
- Recherche d'une atteinte pharyngée et épiglotique

ANGIOSCANNER

Si stade III B :

- ❖ Précise extension pariétale
- ❖ Recherche :
 - *Pneumothorax*
 - *Pneumo-médiastin*
 - *Pneumopéritoine*
- ❖ absence de prise de contraste de la paroi digestive (nécrose)

TRAITEMENT

Initial (geste a faire):

- Retirer le linge souillé
- Laver la peau atteinte
- A jeun (ne pas donner a boire)
- Proscrire les vomissements
- Pas de lavage gastrique
- Pas de sonde gastrique
- Eviter le décubitus dorsal
- Surveillance sous monitoring

TRAITEMENT

Médical

- Voie veineuse
- Bilan biologique
- IPP (oméprazol-ésoméprazol)
- Antalgiques
- Remplissage vasculaire si état de choc
- Corticoïdes si œdème laryngée
- Antibiothérapie
- Alimentation parentérale hypercalorique
- Oxygénation:
 - Par masque
 - Intubation oro-trachéal
 - trachéotomie

TRAITEMENT

Chirurgical

➤ Gestes de sauvetage

- *Oesophagectomie (stripping)*
- *Oesogastrectomie*

STRATÉGIE ET PRISE EN CHARGE

Deuxième bilan (2 premières semaines)

A. Evolution favorable

- **Stade I et II A (2/3 des cas)**
 - *Hospitalisation 2 a 3 jours*
 - *Alimentation immédiate*
 - *Prise en charge psychiatrique (suicide)*
 - *Guérison quasi totale et sans séquelles*
 - *Examen endoscopique au 10^{ème} jour*

STRATÉGIE ET PRISE EN CHARGE

B. Evolution défavorable

- Stade II B – III A (20-25% des cas)
 - *Formes grave secondairement*
 - *Jeun 21 jours*
 - *Surveillance : recherche de complications précoces (3^e SEM)*
 - *Surinfection pleuropulmonaire*
 - *Perforation secondaire*
 - *Hémorragie*
 - *Œdème pulmonaire*
 - *Fistules*
 - *Sténoses*
 - *Jejunostomie d'alimentation*

STRATÉGIE ET PRISE EN CHARGE

Troisième bilan (3-4 Mois)

- Complications secondaires : Sténose
 - *Dysphagie d'évolution croissante*
 - *Régurgitations*
 - *Amaigrissement*
 - *Anémie*
 - *Déshydratation*
- FOGD et TOGD => sténose
 - *Courte: Dilatation – endoprothèse*
 - *Longue ou Etagée: oesophacoplastie*