

LESIONS CAUSTIQUES DE L'OESOPHAGE

Dr THIAM Ousmane

Assistant - Chef de Clinique

Chirurgie Générale

OBJECTIFS

- Définir une œsophagite caustique
- Citer les groupes de produits responsables d'une œsophagite caustique et donner un exemple dans chaque groupe
- Citer les mécanismes et les différents types de lésions produits par les caustiques
- Décrire les signes clinique, endoscopique et TDM des lésions caustiques de l'œsophage
- Enumérer les indications thérapeutiques des lésions caustiques de l'œsophage

PLAN

Généralités

Définition

Intérêt

Types de caustique

Anatomie pathologique

Conduite à tenir

Dans le lieu de l'accident

A l'hôpital

Clinique

Interrogatoire

Examen clinique

Paraclinique

Biologie

Endoscopie

Radiologie

Bilan ORL

Evolution

Traitement

But

Moyen

Indication

CONCLUSION

GENERALITES

DEFINITION

Produit caustique est un agent qui détruit par:

- son action chimique ou
- physico-chimique
- les tissus organiques, avec lesquels, il entre en contact.

GENERALITES

INTERET

- Adulte: 90% suicide, F > H
- Enfants: accident dans 95%
 - Urgence vitale Réanimation
- Bilan endoscopique rapide avant 6^{ième} heure
- Traitement: Médical au début
 Chirurgie : Complications et Grade IIIb

GENERALITES

Types de caustique

Les acides

➤ Mode d'action

- Nécrose de coagulation et escarre superficielle
- Viscosité faible

➤ Lésions

- Siège: bas œsophage et estomac
- Lésions superficielles
- Lésions antrales par spasme du pylore +++

➤ Exemples

- Acide chlorhydrique, acide fluorhydrique (antirouille), acide sulfurique

GENERALITES

Les bases

➤ Mode d'action

- Nécrose de liquéfaction : atteinte profonde (muscleuse)

➤ Lésions

- Viscosité importante (contact prolongé)
- Lésions profondes
- Sièges: œsophage supérieur et moyen

➤ Exemples

- Soude caustique (khémé, Destop)
- Ammoniaque

GENERALITES

Les oxydants

➤ Mode d'action

- brûlures thermiques par dégagement de chaleur

➤ Lésions

- Produits caustiques moyens
- Lésions retardées: **Estomac** +++

➤ Exemples

- Eau de javel, Permanganate de K^+ (antiseptique), Eau oxygénée, Sels de sodium (produits lave vaisselle)

GENERALITES

Anatomie pathologique

- **J1** : œdème s/muqueux avec hyperhémie
Risque : hémorragie, perforation, CIVD.
- **J2-J8** : œdème toutes les couches
Risque **perforation** +++ , surinfection pulmonaire.
- **J8-J30** : Moins d'œdème +/- fibrose
Risque : **sténose dès J8**, perforation \Rightarrow j14, hémorragie, fistule.
- **>J30** : **fibrose** +++ , si rétractile \Rightarrow **sténose** , parfois muqueuse hyperplasique \Rightarrow dysplasie.

CONDUITE A TENIR

Dans le lieu de l'accident

Il faut éviter de (à proscrire):

- Le décubitus dorsal;
- Les lavages gastriques;
- La mise en place d'une sonde nasogastrique;
- Les vomissements induits (aggravation des lésions par second passage);
- Agent neutralisant (lait: risque inhalation, réactions exothermiques ou charbon activé: coloration noire de la muqueuse);

CONDUITE A TENIR

Dans le lieu de l'accident

Ce qu'il faut faire:

- Mettre le malade en proclive à 45°;
- Assurer une analgésie; voie veineuse
- Oter vêtements souillés et laver peau atteinte
- Orienter le malade dans une structure pour une prise en charge multidisciplinaire
réanimation, chirurgie digestive, endoscopie digestive et
bronchique

CONDUITE A TENIR

A l'hôpital

Clinique

➤ Interrogatoire

Date, Heure et lieu;

Type de caustique, volume ingéré;

Emballage à conserver, à transmettre ;

Entourage;

Circonstance

Suicide: schizophrénie ou accès mélancolique

Accident

CONDUITE A TENIR

A l'hôpital

Clinique

➤ Interrogatoire

- Rechercher Signes fonctionnels

ORL: douleur et sècheresse buccale, hyper-sialorrhée, salives sanguinolentes, dysphagie, odynophagie, troubles de la déglutition

Digestive: douleurs abdominales, douleurs rétrosternale ou épigastriques, vomissements ou hématémèse

CONDUITE A TENIR

A l'hôpital

Clinique

➤ Interrogatoire

- Rechercher Signes généraux

tachycardie, fièvre, dyspnée, intoxication éthylique

➤ Examen physique

ORL et Stomatologie: bouche, pharynx

Brûlures cutanée ou oculaire associées à une phlébotomie

Pulmonaire: emphysème sous-cutané

Digestive: irritation péritonéale

CONDUITE A TENIR

Paraclinique

➤ Biologie

NFS, fonction rénale,

CPK, LDH,

Ionogramme sanguin, Calcémie, magnésémie, phosphorémie,

Béta HCG femme en âge de procréer

et gaz du sang

CONDUITE A TENIR

Paraclinique

➤ Endoscopie

A réaliser entre la 3^{ième} et la 6^{ième} heure

Hémodynamique stable, Sans sédation (risque d'inhalation)

Chirurgien et réanimateurs avertis

Insufflation minimale et aspiration maximale

Prudence dans l'introduction et le retrait de l'endoscope

CONDUITE A TENIR

Paraclinique

➤ Endoscopie

Classification de ZARGAR

Grade I: Erythème, œdème

Grade II: a= ulcération superficielle ;

b= ulcération creusante, circonférentielle et confluyente

Grade III: a= nécrose focale b= nécrose diffuse

Grade IV: Perforation

CONDUITE A TENIR

Paraclinique

➤ Endoscopie

Stade I	Erythème, œdème	
Stade IIa	Ulcérations superficielles, fausses membranes, hémorragie muqueuse	
Stade IIb	Ulcérations creusantes, confluentes, circonférentielles	
Stade IIIa	Nécrose focale	
Stade IIIb	Nécrose diffuse	
Stade IV	Perforation	

CONDUITE A TENIR

Paraclinique

➤ Radiologie

- TDM thoraco-abdominale

Indication: lésions caustique Grade IIIb / résection œsogastrique

Evalue nécrose transpariétale

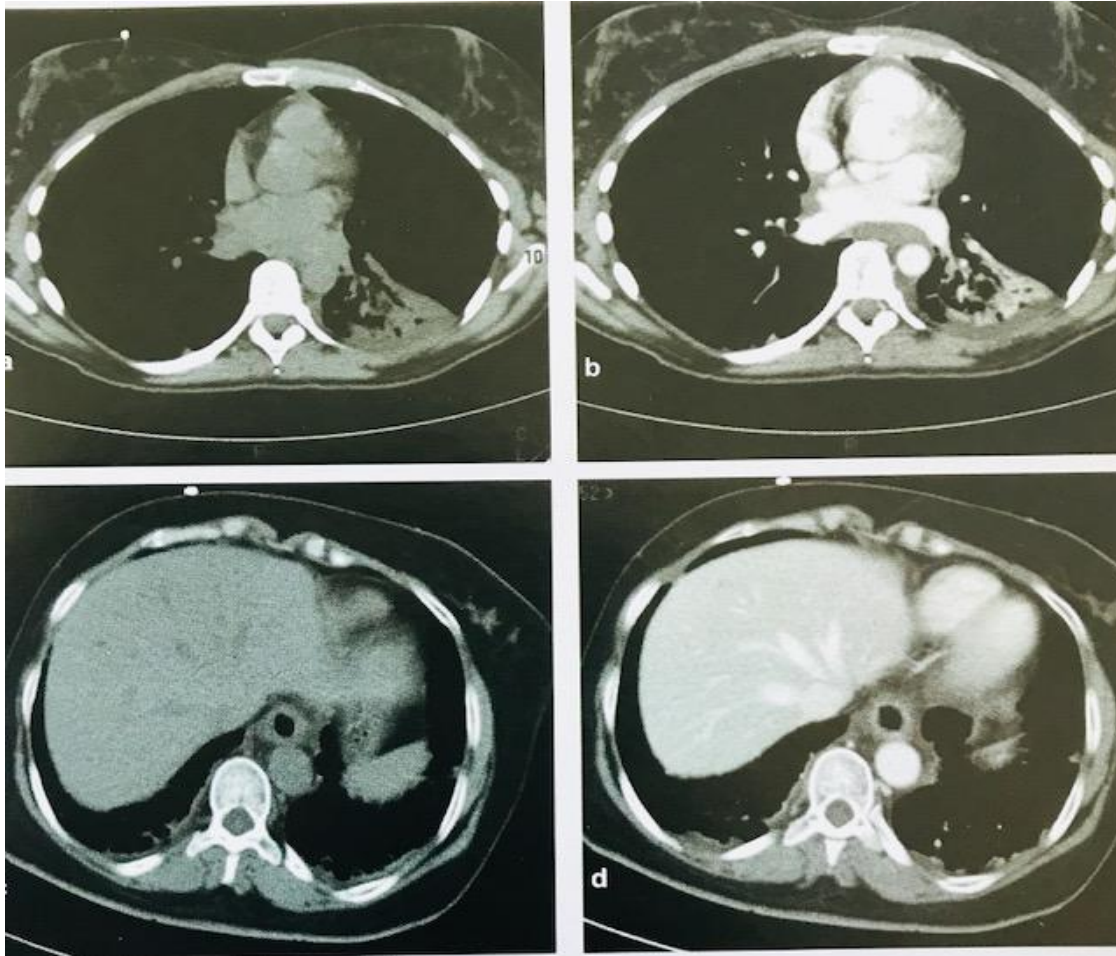
nécrose= pas de visualisation paroi œsophage et graisse péri-
œsophagienne

pas de nécrose= visualisation paroi œsophage et graisse péri-
œsophagienne

- Thorax et ASP: pneumothorax, pneumo-médiastin et pneumopéritoine

INDICATIONS

TDM Grade IIIb œsophagien



CONDUITE A TENIR

Paraclinique

➤ Fibroscopie trachéo-bronchique

si signes fonctionnels

obligatoire si œsophagectomie

CONDUITE A TENIR

BILAN ORL

- Lésions chez 40% des patients
- A réaliser aussi 3 mois après avant chirurgie de reconstruction
- Clinique
 - trouble de la déglutition,
 - dysphonie
 - dyspnée laryngée
- Fibroscopie ORL

CONDUITE A TENIR

Evolution

- Stade I: favorable
- Stade II et IIIa: Sténose et dysphagie
- Cancérisation: 6 à 30% après 30 ans

TRAITEMENT

But

- Maintenir les fonctions vitales
- Prévenir les séquelles
- Corriger les séquelles

TRAITEMENT

Moyens et Méthodes

Médicaux

Réanimation

Mise au repos du tube digestif

Corticothérapie de courte durée en cas d'œdème laryngé

Antibiotiques

Hyper-alimentation artificielle : nutrition parentérale ou jéjunostomie

Suivi psychiatrique

TRAITEMENT

Moyens et Méthodes

Chirurgicaux

Œsophagectomie par stripping ou thoracotomie (lésions trachéo-bronchiques)

Reconstruction œsophagienne : gastroplastie ou coloplastie,
œsophago-pharyngoplastie (sténose haute)

Chirurgie des sténoses laryngo-trachéales ou bronchiques

TRAITEMENT

Moyens et Méthodes

Endoscopique

Dilatation pneumatique

Dilatation aux bougies

TRAITEMENT

INDICATIONS

Grade 0-I

- Reprise de l'alimentation dès la disparition des douleurs
- Hospitalisation 24H
- Aucune séquelle digestive
- Pas de contrôle endoscopique
- Prise en charge psychologique

INDICATIONS

Grade II

Jeûne une semaine (nutrition parentérale)

Réaliser FOGD de contrôle



Cicatrisation



Réalimentation
Contrôle à 1 mois



Ulcérations persistantes
étendues (2B) :



Laisser le patient à jeûn
Jéjunostomie d'alimentation
Evaluation à 6-8 semaines

INDICATIONS

Grade III œsophagien

Grade IIIa

- réévaluer les lésions après 24h
- Si pas de progression :
surseoir à l'intervention poursuite de la nutrition artificielle par jéjunostomie

évolution vers la sténose

- Si progression : œsophagectomie après Fibroscopie bronchique

INDICATIONS

Grade III œsophagien

Grade IIIb

- pas de nécrose transmurale à la TDM: Surveillance et FOGD dans une semaine + jéjunostomie d'alimentation
- Si progression : œsophagectomie après Fibroscopie bronchique
- Si nécrose transmurale à la TDM:
 - Si Fibroscopie trachéo-bronchique normale
 - œsophagectomie par stripping
 - + jéjunostomie
 - + œsophagostomie cervicale



INDICATIONS

Grade III œsophagien

Grade IIIb

- Si nécrose transmurale à la TDM:
- Si Fibroscopie trachéo-bronchique anormale: nécrose trachéale
 - Œsophagectomie par thoracotomie
 - + jéjunostomie
 - + œsophagostomie cervicale

INDICATIONS

Grade IV: chirurgie en urgence

Fibroskopie bronchique

Voies resp. saines



Oesophagectomie par
stripping

Lésions resp.



Oesophagectomie par
thoracotomie droite

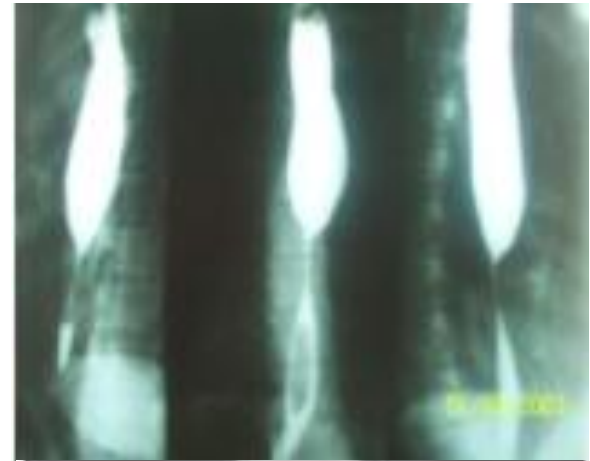


Gastrectomie totale
Jéjunostomie d'alimentation
Oesphagostomie

INDICATIONS

Séquelle: sténose œsophagienne

- Dilatations endoscopiques sous AG et contrôle scopique
- Si échec: oesophagoplastie par gastroplastie ou coloplastie



CONCLUSION: Prévention

- Respecter l'étiquetage des produits
- Utilisation des bouchons spéciaux
- Ne pas transvaser les produits
- Produits ménagers hors de la portée des enfants