

Les Brûlures Caustique de l'Œsophage.

Cours destiné aux étudiants de 4^{ème} année médecine

Les Brûlures caustique de l'oesophage.

Dr S. HACHEMI.

Maitre assistante en chirurgie pédiatrique.
CHU Batna

I- Introduction:

Malgré les progrès qui ont été fait en matière d'information des parents, et de conditionnement des produits caustique; l'ingestion du produit caustique reste un accident grave et fréquent dans notre pays. C'est une urgence médicochirurgicale, nécessitant une prise en charge multidisciplinaire.

Il n'existe pas d'antidote ni de conduite spécifique à adopter en urgence.

La priorité est la réalisation d'une endoscopie oesogastroduodénale qui dictera la stratégie et déterminera le pronostic.

Le traitement va de l'abstention avec un simple repos digestif à l'oesogastrectomie totale en urgence.

II- Circonstances de survenue:

1. Fréquence:

Aux Etats-Unis: 26000 nouveau cas/an dont 17000 enfants.

Chez l'adulte, il s'agit le plus souvent d'une tentative d'autolyse, avec une discrète prédominance féminine. Au sein de cette population, il existe une pathologie psychiatrique sous jacent dans la moitié des cas.

Chez l'enfant il s'agit le plus souvent d'accidents.

2. Produits en causes:

On considère comme caustique, toutes les substances chimiques susceptibles de créer des lésions tissulaires, du fait de leurs propriétés acides, basiques, ou oxydantes.

- Les oxydants, sont les fréquemment en cause (eau de javel, permanganate de potassium, les bases viennent en suite, et les acides fort en troisième position (acide de batterie, acide sulfurique...ext).
- Les acides provoquent, une nécrose de coagulation de la paroi digestive qui tend à limité la diffusion en profondeur.
- Les bases fortes, provoquent une saponification des lipoprotéines membranaires, permettant une diffusion en profondeur du processus destructif.

III- Evolution des lésions:

1. Sur le tube digestif:

La muqueuse est initialement oedémateuse, ulcéré, il peut exister des lésions de nécrose et parfois de perforation. Des la 24ème heures débute la prolifération fibroblastique, et on assiste à une régénération muqueuse et à la constitution d'une fibrose. La rétraction inextensible du tissu conjonctif est responsable de sténose œsophagienne.

2. Sur l'arbre trachéo-bronchique:

L'atteinte de l'arbre trachéo-bronchique est soit consécutive à une inhalation contemporaine de l'ingestion, soit consécutive à la propagation de la médiastinite à partir de la nécrose de l'œsophage laissé en place.

Les lésions trachéo-bronchiques entraînent une hypersécrétion responsable d'encombrement et d'atélectasie, des surinfections, des épanchements pleuraux réactionnels. Les fistules trachéo-bronchiques sont rares.

IV- Prise En Charge Initiale:

1. A l'arrivé:

Le malade est agité, il se plaint de douleurs retro-sternale et épigastrique, avec par fois une dysphagie. La bouche est brûlée, il existe par fois des brûlures cutanées au niveau de la face et des mains du fait de la manipulation du produit caustique.

Il n'existe pas de parallélisme entre l'intensité des lésions oesogastriques, et celle de l'oropharynx.

Dans tous les cas:

- Il faut éviter l'absorption de toute substance (eau, lait, huile d'olive ...ext).
- Il faut éviter toute tentative de faire vomir le malade.
- Il faut éviter le décubitus dorsal, pouvant augmenter le risque de vomissements, ou d'inhalation.

L'examen clinique doit rechercher:

- Une atteinte de la cavité buccale, de l'épiglotte, du pharynx, et des cordes vocales (dysphonie).
- Une détresse respiratoire.
- Une perforation oesophagienne, qui se manifeste par des douleurs thoracique, avec à la palpation un emphysème sous cutané.
- Une perforation gastrique, par la présence d'une défense ou d'une contracture abdominale.

La radiologie se limite:

- Une radiographie du thorax F/P, à la recherche d'un pneumo-médiastin, ou un pneumothorax.
- Un abdomen sans préparation, à la recherche d'un pneumopéritoine.

2. Les premiers gestes en urgence sont:

- Désobstruction oro-pharyngée par des compresses sèches.
- Mise en place d'une voie veineuse solide.
- Corriger une hypovolémie sévère.
- Adresser le malade en milieu spécialisé.

3. Endoscopie digestive haute:

C'est l'examen capital du bilan initial, elle doit être réalisée entre la 03ème et 24ème heure après l'ingestion, et totale oesogastroduodénale.

L'objectif est de recueillir les informations utiles à la décision thérapeutique.

Classification des lésions:

Stade I	Brûlures superficielles (pétéchies, érythème)
Stade IIa	Ulcérations linéaires ou rondes.
Stade IIb	Ulcérations circulaires ou confluentes.
Stade IIIa	Nécrose localisée.

Stade IIIb	Nécrose étendue.
Stade IV	Perforation.

V- Critères d'intervention chirurgicale en urgence:

1. notion d'ingestion massive d'acide fort, ou de base forte.
2. Clinique:
 - Hématémèse.
 - Une Défense abdominale traduisant une perforation digestive.
 - Un état de choc.
 - Une hypothermie.
 - Une détresse respiratoire initiale, imposant une trachéotomie en urgence.
 - Des troubles neuropsychiques.
3. biologiques:
 - Acidose.
 - Hypoxie.
 - Troubles de l'hémostase, avec CIVD.
 - Insuffisance rénale.

VI- Evolution:

1. Evolution initiale:

a. Formes graves d'emblée:

- Complications pulmonaires, avec atélectasie et encombrement bronchique.
- Perforation trachéo-bronchique.

b. Autres formes:

- Stade I et IIa: ces malades seront réalimentés immédiatement. La quasi-totalité de ces malades guérissent sans séquelles.
- Stade IIb et III: ces formes se compliquent généralement d'hémorragie digestive, de perforation digestive, et de complications infectieuses.

2. Complications secondaires: essentiellement c'est l'apanage des stades IIb et III.

- Hémorragies gastriques par chute d'escarres.
- Sténose antropylorique.
- Fistule gastro-colique.
- Perforation bouchée à l'origine d'un abcès sous phrénique.

VII- Traitement:

A- Traitement médical:

1. Mise au repos du tube digestif, jusqu'à cicatrisation totale de la muqueuse du tractus digestif supérieur.
2. L'alimentation est assurée par une nutrition parentérale.
3. Corticothérapie brève, est indiquée en cas d'oedème laryngé.
4. Antibiothérapie.
5. Anti-sécrétoires dans les formes sévères.
6. antalgiques.

7. Dans les cas sévère on doit corriger: un état de choc, une détresse respiratoire, ou une acidose métabolique.

B- Dilatacion endoscopique :

- Elle n'est indiquée qu'en phase séquellaire, c.a.d en phase de sténose oesophagienne constituée, qui peut apparaître des le 15ème jours après l'ingestion du caustique.
- La dilatation instrumentale peut être commencée entre le 28ème et 35ème jours de l'accident.
- Cette dilatation n'est pas dénuée de complications, on peut citer : Fièvre isolée, douleur thoracique, malaise vagal.
- Cependant le risque majeur de la dilatation est la perforation. Cette complication peut mettre en jeu le pronostic vital, surtout en cas de retard diagnostique.

C- Traitement chirurgical: Méthodes:

1. Oesogastrectomie totale: on réalise une oesogastrectomie totale, avec oesophagostomie latérale gauche et jéjunostomie d'alimentation, en attendant le traitement définitif, qui consiste en une oesophagoplastie.
2. Traitement des lésions trachéobronchiques: par patch pulmonaire, ou par plastie musculaire.
3. Oesophagoplastie: à distance de l'ingestion initiale, on réalise une oesophagoplastie dans le médiastin postérieur, après oesophagectomie.

Quand l'estomac est indemne, on réalise un tube gastrique.

Quand l'estomac manque, on réalise une coloplastie, en utilisant le colon transverse ou le colon gauche.

D- **Indications**: sont en fonction du stade évolutif.

1. Formes graves: oesogastrectomie totale.
2. Stade I: hospitalisation de 24 à 48 heures, alimentation liquide, avec une simple surveillance.
3. Stade IIa: hospitalisation, alimentation parentérale pendant une semaine et fibroscopie de contrôle.
4. Stade IIb et III: il s'agit d'une brûlure grave.
 - Hospitalisation.
 - Antibiothérapie, antalgique, anti-sécrétoires, et corticothérapie en cas d'œdème laryngé.
 - Alimentation parentérale est maintenue au moins jusqu'au contrôle du 20ème jours, au delà la jéjunostomie d'alimentation est justifiée.