

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE



# Prise en charge de l'œsophagite caustique chez l'enfant

---

Dr ZERAIRIA.A - Pr CHABANE.H - Pr AKIL.S

Service de Réanimation pédiatrique, CHU ANNABA

# Sommaire

---

1. Objectifs
2. Introduction
3. Epidémiologie
4. Physiopathologie
5. Diagnostic
6. Classifications
7. Prise en charge thérapeutique
8. Patients et Méthodes :
9. Cas clinique
10. Discussion
11. Conclusion
12. Bibliographie

# Objectif

---

- Mettre le point sur l'aspect clinique, endoscopique, thérapeutique et évolutif des enfants ayant présenté une ingestion accidentelle de produit caustique.

# Introduction

---

- L'ingestion de produit caustique fait partie des accidents domestiques qui demeurent fréquents chez l'enfant. Elle est souvent involontaire.
- Les complications dépendent de la nature et de la quantité du produit ingéré, pouvant engager le pronostic vital avec le risque majeur d'évolution vers la sténose sévère.
- Le principal volet de la prise en charge est le traitement préventif qui consiste en l'information et l'éducation de la population sur les dangers associés au stockage inapproprié de produits dangereux déconditionnés.

# Epidémiologie

---

- 80% des ingestions caustiques chez les enfants (Age de prédilection 2-6 ans)
- Cause accidentelle chez l'enfant
- Cause volontaire chez l'adulte et l'adolescent
- Prédominance féminine
- Mortalité de 4.8/100'000 cas
- Carcinome épidermoïde (40 ans plus tard)

# Physiopathologie

---

- Bases fortes :
  - ✓ Nécrose de liquéfaction de l'épithélium et de la sous-muqueuse, saponification des lipoprotéines, absence d'escarre, pénétration en profondeur, perforation tardée
- Acides forts :
  - ✓ Nécrose de coagulation, formation d'escarre, limite la pénétration en profondeur, perforation précoce

# Diagnostic

---

- Anamnèse ou catamnèse
- Examen buccal
- La présence d'une hyper sialorrhée, de brûlures de la muqueuse buccale et d'une hyperleucocytose est habituellement associé à de lésions œsogastriques supérieur au stade 2b
- Dysphagie
- Vomissements
- Dyspnée
- Choc
- Pas de corrélation entre l'intensité des symptômes et la gravité des lésions
- 30% de lésions œsophagiennes isolées sans lésions ORL

# Bilan initial




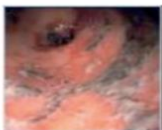


---

- Biologique :
  - ✓ FSC, CRP, pH, Na, K, Cl, Ca, Mg, urée, créatinine, LDH, CK, ASAT, ALAT, lactate, OH.  
(recherche acidose métabolique, leucocytose, coagulopathie de consommation, hémolyse)
- Scanner thoraco-abdominal (staging) : meilleure performance du scan injecté comparé à l'endoscopie pour le jugement de la profondeur de la nécrose.
- FOGD : De préférence en AG avec intubation pour prévenir le risque lié à l'inhalation.

# Classifications

---

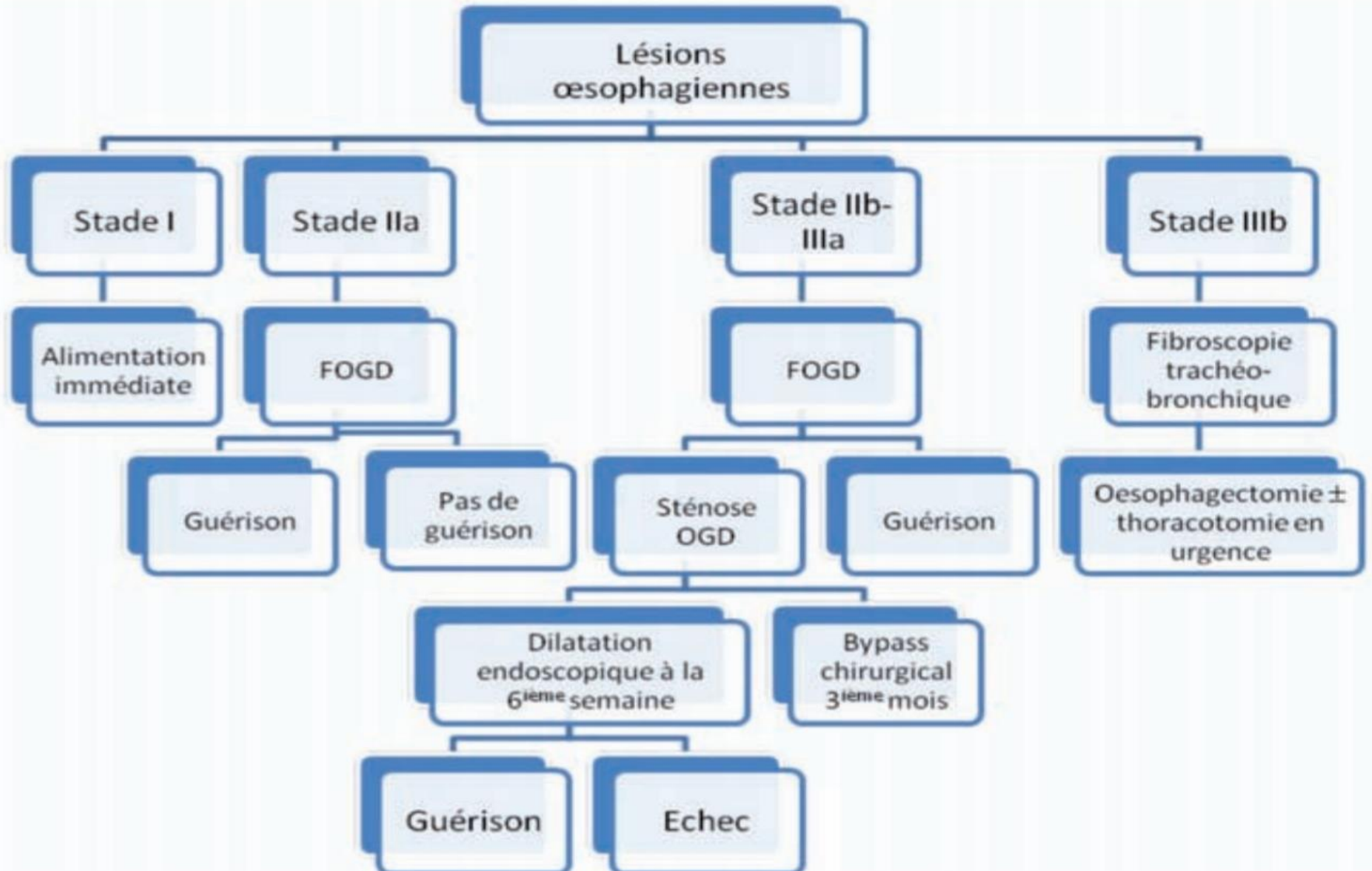
## Endoscopique selon Zargar

Stade I	Érythème, 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	

## Selon le scanner

- Stade 1: organes normales, correspond au Zargar grades 0-2a ;
- Stade 2 : oedème de la paroi avec altération inflammatoire des organes dans l'entourage avec prise de contraste augmentée, correspond au stade endoscopique 2b-3b, sans nécrose transmurale ;
- Stade 3 nécrose transmurale, pas de prise de contraste, correspond au grade

# Algorithme thérapeutique pour les lésions œsophagiennes






# Patient et Méthode :

---

- Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective à propos d'un cas d'ingestion de produit caustique colligés au service de réanimation pédiatrique,
- Clinique pédiatrique; Saint Thérèse, CHU Annaba, hospitalier le 18/10/2022.
- Le type de produit, le délai de consultation, les symptômes observés, les données cliniques, endoscopiques, thérapeutiques et évolutives ont été enregistrés.

# Cas clinique

---

- Patient B.Z âgé, de 20 mois, admis en réanimation pédiatrique, suite à l'ingestion de produit caustique type olivette, quantité indéterminée.
- ATCDs : 03 bronchiolites,
- Examen clinique :
- œdème labial, lingual, gorge rouge œdématiée, hyper sialorrhée, dysphonie, toux rauque, râle d'encombrement bronchique, SpO2: 100 % sous O2
- Stable sur le plan hémodynamique,
- Digestif : Hématémèse, abdomen souple indolore,
- 1ere FOGD: œsophagite III b, gastrite III a, bulbite II a,
- Bilan biologique GB  /CRP+ /Hypo Na +/- TGO TGP  /anémie / CPK+ LDH 
- Bilan radiologique : Rthx infiltrats bilatéraux para hilaires
- TDM thoracique: épanchement liquidien pleurale + péritonéale de faible à moyenne abondance,

# Cas clinique

---

- CAT : admission MNI cathéter veineux central sonde urinaire sonde à oxygénothérapie,
- Arrêt d'alimentation orale + alimentation parentérale type Aminoplasma,
- Antibiothérapie: Claforan, Flagyl, Gentamycine,
- Mopral en PSE, Perfalgan,
- Nébulisation: Pulmicort + Adrénaline (détresse respiratoire)
- Évolution : Aggravation de la DR+ intubation oro-trachéale, ventilé, sédaté, branché au respirateur pendant 02 j puis le patient a bien évolué et on a pu l'extuber,
- Le patient a bénéficié d'une Jéjunostomie d'alimentation avec qlq complications type: J non fixée, orifice: peau friable et enflammée, plaie chir infectée avec déhiscence centrale,
- 2eme FOGD: sténose caustique infranchissable + éviscération au niveau de l'incisure médiane d'où son transfert en service de chirurgie infantile pour PEC spécialisé et suivi par un gastro pédiatre (sténose caustique ),

# Discussion

---

- Chez l'enfant, l'ingestion de produits caustiques, acides ou alcalins est souvent d'origine accidentelle, favorisée par un stockage inapproprié de produits déconditionnés. Les premiers soins consistent à retirer les habitudes souillées, rincer à l'eau, proscrire les vomissements et laisser à jeun. L'ingestion de produits caustiques de pH inférieur à 2 ou supérieur à 12 provoque des brûlures du tractus oesogastro-duodéal, imposant la réalisation d'une endoscopie entre 12 et 24 h pour l'évaluation des lésions. La soude caustique entraîne des lésions œsophagiennes sévères par nécrose de liquéfaction avec une pénétration en profondeur des produits.

# Discussion

---

- La PEC de ces malades doit être réalisée dans des centres ayant un plateau technique médico-chirurgical et endoscopique adapté. La principale complication est la sténose œsophagienne ;
- Aucun traitement préventif (corticoïdes) n'est actuellement validé.
- Les sténoses apparaissant après la 3 semaine, justifiant une opacification oesogastro-duodénale à la fin du 1 mois. Comme ces sténoses sont souvent multiples, longues et tortueuses, leur dilatation endoscopique est difficile (risque important de perforation et faible taux de succès). Pour limiter les récurrences, l'application locale de mitomycine C ou l'injection de triamcinolone peut être discutée. En cas d'échec, l'oesophagoplastie peut se faire par une coloplastie ou un tube gastrique. Une surveillance endoscopique 15 à 20 ans après l'ingestion est justifiée pour dépister un cancer épidermoïde de l'œsophage plus fréquent chez ces malades.

# Conclusion

---

- Si la meilleure prise en charge de ces pathologies caustiques passe par la prévention, elle concerne aussi bien les industriels (mise aux normes des emballages de produits toxiques) que les parents en les informant des dangers de ces produits et l'intérêt dans notre contexte d'une consultation immédiate lors de toute ingestion de produit caustique même en l'absence de toute symptomatologie. Le traitement initial à la phase aiguë ainsi que les dilatations précoces réduisent le recours à la chirurgie.

# Bibliographie

---

- Fieux, F, Chirica M., Villa A. et al. Ingestion de produits caustiques chez l'adulte. Réanimation 2009 ; 18 :606-616.
- C. Vallet, N. Halkic, F. Mosimann. Lésions caustiques oeso-gastriques : rôle de l'endoscopie. Rev. Med Suisse 2001 ;3 :21460.
- Chirica M, Bonavina L, Kelly MD et al. Caustic ingestion. Lancet 2017; 389:2041-2052.
- Ingestion de caustiques Pr Fabienne Saulnier, Service de Réanimation Médicale, Hôpital Calmette, CHRU Lille

Je vous remercie de votre attention

---