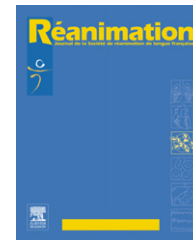




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Ingestion de produits caustiques chez l'adulte

Corrosive ingestion in adults

F. Fieux^{a,*}, M. Chirica^b, A. Villa^c, M.-R. Losser^a, P. Cattan^{b,**}

^a Service de réanimation chirurgicale, hôpital Saint-Louis, AP–HP, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

^b Service de chirurgie digestive, hôpital Saint-Louis, AP–HP, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

^c Centre antipoison de Paris, hôpital Fernand-Vidal, France

Reçu le 6 juillet 2009 ; accepté le 10 août 2009

Disponible sur Internet le 9 septembre 2009

MOTS CLÉS

Ingestion de
caustiques ;
Œsophagectomie ;
Œsophagoplastie

Résumé L'ingestion de produits caustiques est une pathologie sévère, nécessitant le recours à des techniques chirurgicales spécifiques et à une réanimation parfois lourde par des équipes spécialisées. Elle est grevée d'une mortalité immédiate et retardée de 10 % et le délai de prise en charge impacte le pronostic vital. Les produits caustiques en cause sont principalement les acides forts (pH < 2), les bases fortes (pH > 12) et les oxydants. Il n'existe pas d'antidote. Les caustiques ont une toxicité locale mais peuvent avoir aussi une toxicité systémique associée. Certaines conduites sont à proscrire afin de ne pas aggraver les lésions : mettre en place une sonde gastrique, provoquer des vomissements, tenter de neutraliser le caustique, faire boire et donner des pansements digestifs ou du charbon activé. La fibroscopie œsogastrique est l'élément diagnostique essentiel et détermine le pronostic et la prise en charge thérapeutique. Cet examen doit toujours être réalisé puisque la gravité des lésions digestives n'est ni corrélée à la sévérité des lésions oropharyngées, ni à la symptomatologie clinique. Elle détermine quels patients relèveront d'une œsogastrectomie en urgence, d'une jéjunostomie d'alimentation ou d'une simple surveillance. L'existence de lésions trachéo-bronchiques graves par contiguïté ou inhalation de caustiques est un facteur important de mortalité chez ces patients. Par la suite, les séquelles sont fréquentes à type de sténoses digestives lorsque le traitement a été initialement conservateur ou de pneumopathies d'inhalation itératives ; certains patients peuvent alors bénéficier d'une chirurgie de reconstruction par plastie colique associée ou non à une pharyngoplastie. Chez l'adulte, l'ingestion est le plus souvent volontaire dans un but d'autolyse et la stabilisation psychiatrique du patient est un élément majeur conditionnant les possibilités de reconstruction.

© 2009 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

** Co-auteur correspondant.

Adresses e-mail : fabienne.fieux@orange.fr (F. Fieux), pierre.cattan@sls.aphp.fr (P. Cattan).

KEYWORDS

Caustic ingestion;
Esophagectomy;
Esophagoplasty

Summary Massive accidental or suicidal ingestion of corrosive agents results in severe upper gastrointestinal tract injuries requiring specific surgical and intensive care management. Following caustic ingestion, mortality rate may reach 10% and is strictly related to the delay between ingestion and the introduction of adequate treatments. The most frequently involved agents are caustic soda-based strong alkali ($\text{pH} > 12$) strong acids ($\text{pH} < 2$), and oxidants. Corrosive ingestion usually leads to injuries of the aerodigestive pathways, but in some cases, systemic toxicity may occur. Provoked vomiting, nasogastric tube positioning, attempts to neutralize or dilute the corrosive agent, oral medication to protect the gastric mucosa may worsen the patient conditions and should be avoided in the emergency setting. Emergency esophago-gastric endoscopy is the key examination for subsequent management. Systematic endoscopic evaluation is required as no correlation exists between the extent of gastro-intestinal involvement and the severity of oropharyngeal injuries or clinical symptoms. Moreover, decision to perform emergency esophago-gastrectomy, jejunostomy for temporary enteral nutrition or only clinical observation relies on endoscopy findings. Concomitant injuries of trachea and/or the main bronchus due to aspiration or diffusion of the corrosive substance is an ominous finding increasing mortality rate. Emergency esophagogastric resection or the development of esophageal strictures after conservative emergency management requires reconstructive surgery to restore the digestive continuity. Reconstruction relies on esophageal replacement usually by a colonic substitute; treatment of associated pharyngeal injuries relies on colopharyngoplasty. Control of the underlying psychiatric disease is a key factor for success in patients with caustic injuries. © 2009 Société de réanimation de langue française. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les brûlures caustiques de l'appareil digestif constituent une urgence fréquente chez l'adulte (15 000 cas par an en France). Bénigne dans 75% des cas, la survenue d'une brûlure grave engage le pronostic vital et fonctionnel avec une mortalité immédiate et retardée proche de 10% [1]. Le délai écoulé entre l'ingestion et une prise en charge adaptée est un facteur pronostic important. Cette pathologie nécessite donc une prise en charge immédiate et pluridisciplinaire : médecins urgentistes, réanimateurs, gastro-entérologues, oto-rhino-laryngologistes, chirurgiens viscéraux et psychiatres.

La fibroscopie œsogastrique est l'élément diagnostique essentiel et détermine le pronostic et la prise en charge thérapeutique. Cet examen doit toujours être réalisé puisque la gravité des lésions digestives n'est corrélée ni à la sévérité des lésions oropharyngées ni à la symptomatologie clinique. Elle détermine quels patients relèveront d'une œsogastrectomie en urgence, d'une jéjunostomie d'alimentation ou d'une simple surveillance.

Les produits caustiques majeurs sont principalement les acides forts ($\text{pH} < 2$), les bases fortes ($\text{pH} > 12$) et les oxydants. L'identification du produit par l'intermédiaire du centre antipoison est capitale, ce d'autant que certains produits caustiques ont, en plus de leur toxicité locale, une toxicité systémique associée.

Produits en cause

Généralités

Parmi les substances improprement ingérées, nombre de produits ménagers qui peuvent être caustiques, irritants ou simplement moussants. Les différencier est essentiel puisque si les substances caustiques sont à l'origine de nécroses tissulaires profondes et irréversibles, les

substances irritantes n'entraînent qu'une inflammation superficielle (Tableau 1).

Dans tous les cas d'ingestion, il est important d'appeler le Centre antipoison car la composition des produits est souvent imprécise sur les étiquetages et il peut y avoir un mélange de plusieurs types d'agents corrosifs.

Les lésions rencontrées varient selon le mode d'ingestion. L'ingestion massive d'un produit de forte causticité induit des lésions diffuses et sévères ; le patient se présente en général pour une ingestion volontaire. Inversement, une absorption accidentelle donne généralement lieu à des lésions peu sévères de par la faible quantité ingérée. Les vomissements, provoqués ou associés, aggravent les lésions car ils entraînent un deuxième passage du produit sur les muqueuses.

Les lésions varient selon la forme du produit ingéré : les produits en poudre et en cristaux, difficiles à avaler, provoquent préférentiellement des lésions oropharyngées et de l'œsophage proximal. Les gels induisent un temps de contact prolongé entre le caustique et le tube digestif et entraînent des lésions en coulées de l'oropharynx et de l'œsophage. Les mousses sont ingérées en faible quantité et sont principalement responsables de lésions bucco-pharyngées ou laryngées ; en cas d'ingestion massive, une inhalation est fréquemment associée. Les produits caustiques liquides ont une progression rapide dans la filière digestive et entraînent des lésions de l'œsophage et de l'estomac. La présence d'un agent tensioactif augmente le temps de contact et aggrave les lésions.

La nature du produit entre bien entendu également en compte. Les bases fortes entraînent des lésions proximales et profondes, alors que les acides forts donnent des atteintes plus distales et superficielles (en dehors d'ingestions massives). Parmi les produits caustiques ingérés, les oxydants (eau de javel, permanganate de potassium...) sont le plus souvent en cause (38% des cas) suivis des bases fortes (34%), le plus souvent associées à un agent tensioactif (Destop®) puis des

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2612923>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2612923>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)