



CAT devant une ingestion de caustique en 2013

Dr Denis DONDIA

Centre Antipoison et de Toxicovigilance

Aquitaine - Poitou-Charente



PLAN

CAS CLINIQUES / 3 situations différentes...

GENERALITES

DEFINITIONS

PHYSIOPATHOLOGIE

PRISE EN CHARGE

STRATEGIE ET TRAITEMENT

ARBRE DECISIONNEL

CAS CLINIQUE 1

- **SAMU vers CAP** : GABRIEL - 2 ans – aucun antécédent
- A goûté le bouchon d'un produit « LEADER PRICE DEBOUCHEUR LIQUIDE A LA SOUDE ». pH 12,5
- Pleurs et hypersialorrhée au bout de 15 minutes
- Admission aux urgences « petit hôpital » :
 - brûlures endo-buccales avec fausses membranes,
 - pas de raucité de la voix ni de gêne respiratoire, sat 98%,
 - Abdomen souple, non douloureux,
 - bonne hémodynamique
- A jeûn strict, IPP et transfert vers CHG avec plateau technique :
- FOGD : l'oesophage grades 2A circonférentiel ; estomac 2B
- IOT, Solumédrol IV itératif, Antibiothérapie par Augmentin
- Evolution favorable des lésions
- J7 : apparition de lésions du bas œsophage → Surveillance programmée



CAS CLINIQUE 2

- Médecin généraliste vers CAP : YOANN -22 mois - 14kg
- ATCD : fibrochondromes prétragiens opérés en 2012
- Retrouvé avec une bouteille de « AUCHAN DEBOUCHEUR GEL SOUDE ACTION CIBLEE ANTI ODEURS ».
- Pleure mais bouteille déjà vide selon le papa
- Examen : brûlure au bout de la langue.
- Admission aux urgences :
 - à jeûn pendant une heure
 - tentative de réalimentation : refus alimentaire
- FOGD : lésion dépapillée sur la face ventrale de la langue, RAS au niveau de l'œsophage et de l'estomac.
- Traitement de sortie : Doliprane.



CAS CLINIQUE 3

- **SAMU vers CAP** : Clarisse – 15 mois – 9,730 kg
- **18h** : Mise en bouche de la soude caustique à 30% (certitude)
 - pleurt +++, vomit au bout de 5 minutes, œdème langue + lèvres, bouche brûlée, hypersalivée
-> SMUR pour CHU (médecins ORL Gastro et Réa avertis par CAP)
- **Aux urgences** :
 - 2 vomissements, pleurs, mucite stade II-III, abdomen souple, Sat 98% AA, TA 106/51
 - TTT : VVP, 40mg de SOLUPRED, 20 mg INEXIUM, 150mg Perfalgan
 - H+6 : FOGD: Lésions oesophagiennes stade 2B-3A
- **H+7 : Réanimation**
 - calme non douloureuse (Nubain 2 mg), abdomen souple, T° 37°8C, Dextro 2,5g/l
 - CRP, GDS normaux, Créatinine, ionogramme plasmatique, et NFS normaux
 - TTT : à jeun strict, nutrition parentérale, Morphine 40µg/Kg/h, pas de corticothérapie, IPP, Rocéphine, Genta.
- H+48 : subfébrile 38°5C, CRP 25mg/l
- J+3: persistance de lésions oesophagiennes stade 2B-3A. Poursuite du même traitement jusqu'à J8
- J+9: persistance de lésions sévères
- Reprise alimentaire (alimentation lisse et froide) permettant l'arrêt progressif de l'alimentation parentérale (à J15). Poursuite IPP Inexium 10 mg 2/jr et Perfalgan – **sortie à J19**
- M+2 : « blocages alimentaires » avec régurgitations au moindre morceau.
- M+3 : Sténose oesophagienne serrée (15 cm AD). Dilatation jusqu'à 8mm de diamètre, rigidité des parois sous jacentes. Poursuite IPP, alimentation toujours lissée avec reprise progressive des morceaux
- M+14 : Mange bien ; TOGD sans anomalie ; consultation dans un an.



PLAN

CAS CLINIQUES / 3 situations différentes...

GENERALITES

DEFINITIONS

PHYSIOPATHOLOGIE

PRISE EN CHARGE

STRATEGIE ET TRAITEMENT

ARBRE DECISIONNEL

Classes d'âge (n=353)

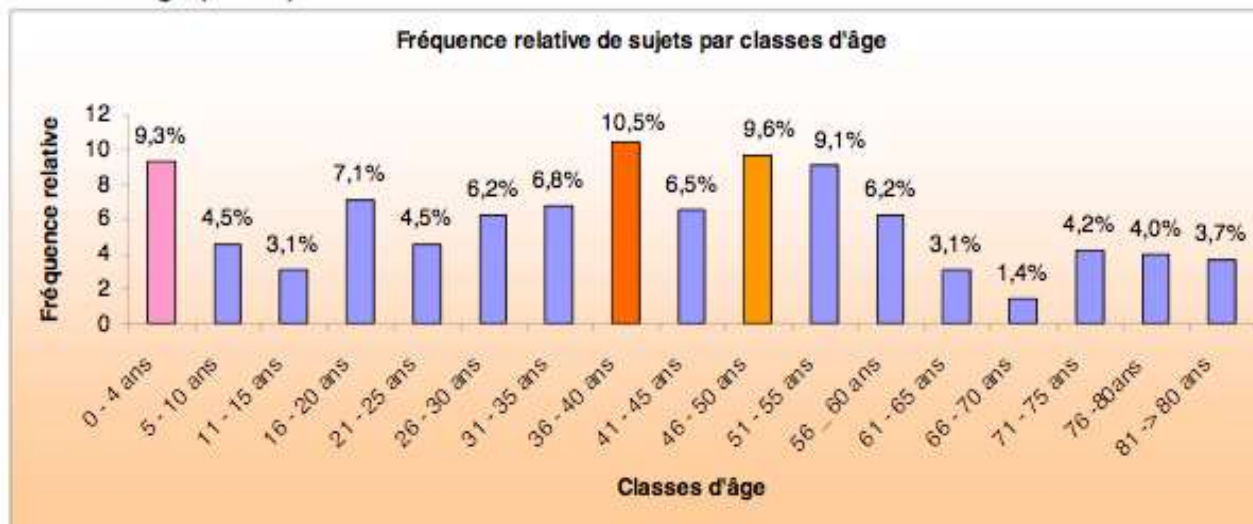


Figure 2 : Classes d'âge des sujets de la population ciblée.

Classes d'âge et circonstances

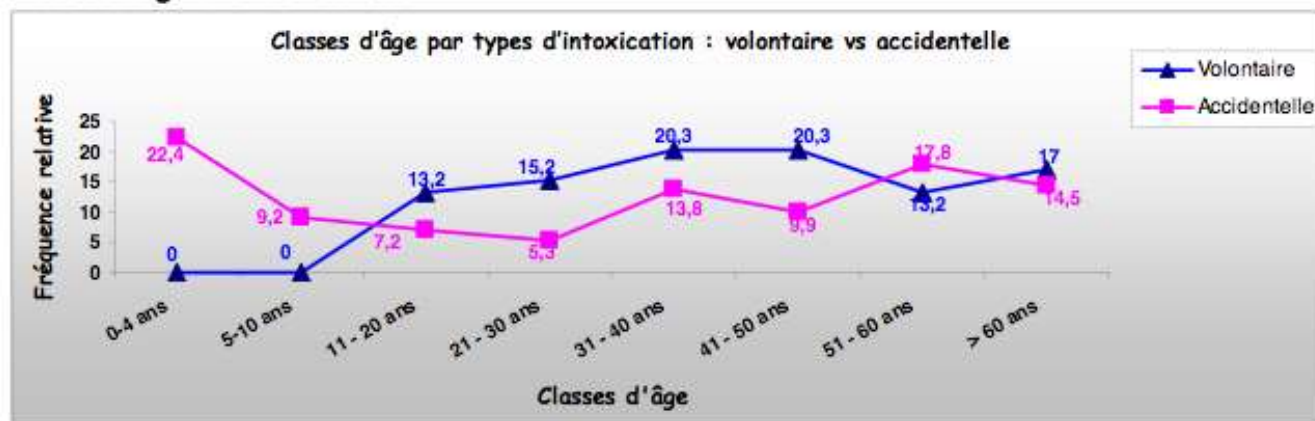


Figure 3 : Fréquence relative par classe d'âge des sujets, intoxications accidentelles (n=151) versus intoxications volontaires (n=198).



PLAN

CAS CLINIQUES / 3 situations différentes...

GENERALITES

DEFINITIONS

PHYSIOPATHOLOGIE

PRISE EN CHARGE

STRATEGIE ET TRAITEMENT

ARBRE DECISIONNEL



Une définition pas si simple...

- Corrosif : toute substance ou mélange de substances induisant une destruction ou une désagrégation tissulaire immédiate par contact direct avec une peau intacte ou des muqueuses saines.
- Pouvoir corrosif est fonction de :
 - sa nature,
 - sa réactivité chimique,
 - sa concentration,
 - sa forme physique (liquide, gel, ...),
 - son pH.
- On trouve :
 - les bases fortes (pH >12): soude (NaOH), potasse (KOH), ammoniacque,
 - les acides forts (pH < 2: acides chlorhydrique, sulfurique, nitrique, phosphorique,
 - les ammoniums quaternaires (NH₄, concentration ≥ 8 %),
 - certains oxydants hautement réactifs et concentrés : eau oxygénée, eau de Javel (30% d'hydroxyde de sodium)...,
 - les sels métalliques, de comportement alcalin en milieu aqueux.
 -
- Quel que soit le cadre de la définition du corrosif, au stade de l'évaluation du risque, c'est le contexte de l'intoxication qui est important pour déterminer le pouvoir corrosif lors d'une ingestion : dilution, dose, association avec d'autres corrosifs, état de réplétion de l'estomac...
- Les conséquences cliniques, en particulier l'objectivation par l'endoscopie constituent la matérialisation de ce pouvoir corrosif



PLAN

CAS CLINIQUES / 3 situations différentes...

GENERALITES

DEFINITIONS

PHYSIOPATHOLOGIE

PRISE EN CHARGE

STRATEGIE ET TRAITEMENT

ARBRE DECISIONNEL

Physiopathologie

- Les acides :
 - nécrose de **coagulation** de la paroi digestive.
 - le coagulum limite la pénétration vers les plans profonds sans supprimer le risque de perforation précoce (gastrique)
- Les bases :
 - Nécrose de **liquéfaction** avec saponification des lipoprotéines membranaires.
 - La pénétration intéresse toute la paroi et s'accompagne de thromboses des vaisseaux sous-séreux aggravant la nécrose tissulaire.
- Quelques particularités :
 - les produits à pH environ 14 : brûlures progressives et pénétrantes
 - Javel : fonction de la titration et de la quantité.
 - Ammoniaque liquide : base caustique volatile pouvant léser le parenchyme pulmonaire, aspect hémorragique des lésions.
 - Acide fluorhydrique (HF) : acide faible mais signes systémiques (hypocalcémies)
 - Importance de la forme (gel, paillettes, liquide, pastilles...)
- A 48 h : Destruction tissulaire -> Surinfection Bactérienne
- A 2 semaines : Elimination des tissus nécrosés, disparition de l'œdème , néovascularisation
- A 3 semaines : remaniements fibreux cicatriciels...Adhérence/Sténose



PLAN

CAS CLINIQUES / 3 situations différentes...

GENERALITES

DEFINITIONS

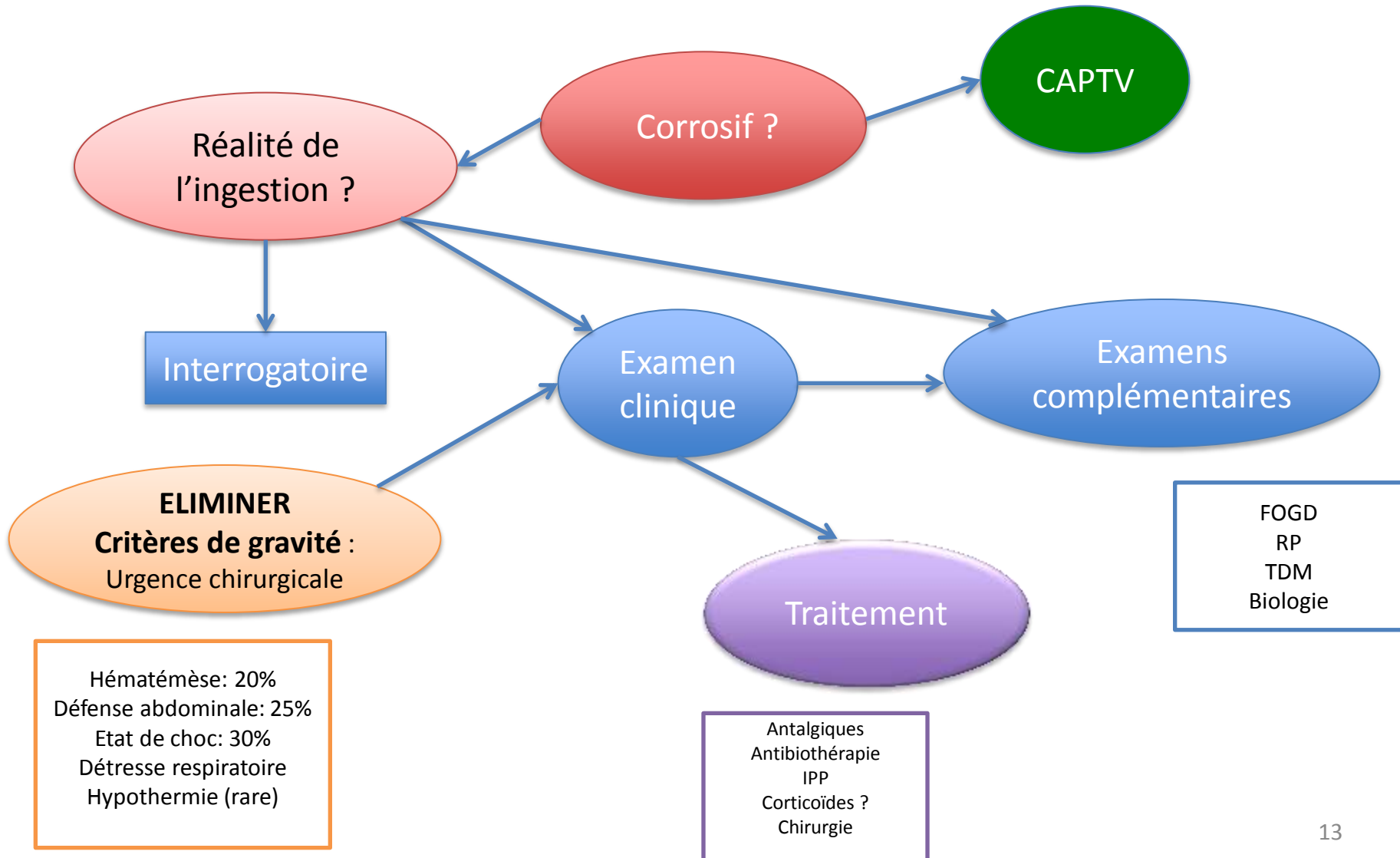
PHYSIOPATHOLOGIE

PRISE EN CHARGE

STRATEGIE ET TRAITEMENT

ARBRE DECISIONNEL

PRISE EN CHARGE





PLAN

CAS CLINIQUES / 3 situations différentes...

GENERALITES

DEFINITIONS

PHYSIOPATHOLOGIE

PRISE EN CHARGE

STRATEGIE et TRAITEMENT

ARBRE DECISIONNEL

STRATEGIE et TRAITEMENT

- initial

- Retirer le linge souillé (risque de brûlure)
- Décontamination (eau)
- A jeun (proscrire les vomissements)
- Eviter le décubitus dorsal
- Voie Veineuse, prélèvements
- Antalgiques
- IPP
- Monitoring : scope, saturation

Signes prédictifs de lésions oesophagiennes : FOGD d'emblée

Hypersialhorée
Refus alimentaire
Douleurs abdominales

RP

ASP centré sur les coupes
 TDM (pneumomédiastin?
 pneumopéritoine ?)*

Signes de gravité : Réa, chirurgie d'emblée ; VVC (éviter Sous clavière et jugulaire G)

* TDM : Indiqué au stade 3b ; extension pariétale ? VPN 87% VPP 72%



PEC : Bilan sanguin initial

- Ionogramme sanguin,
- Urée,
- Créatinine,
- CPK,
- Transaminases,
- Calcémie,
- Phosphorémie
- NFS,
- Hémostase (CIVD)
- Lactates,
- GDS artériels : Acidose /quantité d'acide ingérée/gravité brûlure base forte/ 50% DC pH<7,2
- Béta HCG pour adolescentes



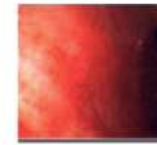
PEC : ENDOSCOPIE DIGESTIVE

- L'absence de signe clinique ne signifie pas absence de lésion endoscopique : surveillance de 2 à 3 heures avec tentatives de réalimentation (en cas de doute)
- Pas de corrélation entre la gravité des lésions endoscopiques et les lésions oropharyngées (nature du produit ?)
- Délai de réalisation : entre 6H/24H si ingestion avérée
- Sous AG ou Sédation +/- forte sous surveillance (saturation, FR, FC, TA et T°)
- Indication par Pédiatre spécialisé en gastroentérologie maîtrisant l'endoscopie ou par gastroentérologue dans le cadre d'une collaboration avec un pédiatre ou une équipe pédiatrique (SFED)
- Contre-indications : perforation digestive, état de choc, insuffisance respiratoire ou cardiaque
→ Stades de Zargar
- A distance : Contrôles répétés en fonction de l'évolution (précoces si nouveaux symptômes)

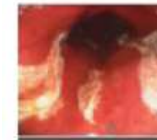
PEC : Endoscopie digestive

- Le grade des lésions endoscopiques (œsophage et estomac) est défini selon la classification de Zargar. Le grade des lésions retenues est le grade le plus sévère.

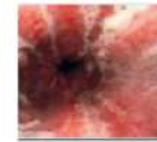
Classification	Aspects endoscopiques
Stade 0	examen normal
Stade 1	stade d'érythème sans ulcération (œdème, hyperhémie, pétéchies, érythème muqueux)
Stade 2a	ulcérations superficielles linéaires, ou rondes
Stade 2b	ulcérations profondes isolées et/ou circonférentielles
Stade 3a	nécroses localisées discontinues,
Stade 3b	nécrose extensive étendue à tout l'œsophage ou l'estomac
Stade 4	une perforation digestive ou une destruction pariétale.



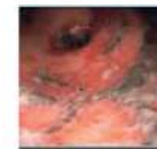
I



2a



2b



3a



3b



4

Urgences 2013 :
Ingestion de produits ménagers
(caustiques essentiellement) :
évaluation de la gravité et du
pronostic.
*F. Fieux, C. Le Gall, M. Chirica, J.-
M. Gornet, L. Jacob*



PEC : traitement pharmacologique (antalgiques et IPP)

- **Prise en charge de la douleur** de manière **précoce**
- Par Voie intraveineuse :
 - Paracétamol souvent insuffisant
 - Morphinique
- Lutter contre les effets du RGO, et antisécrétoire :
 - Oméprazole, Pantoprazole Esoméprazole
 - Dose ?
 - Durée ? 6 semaines
- A poursuivre tant qu'il persiste des symptômes de RGO.



PEC : traitement pharmacologique (Antibiotiques)

- Semblent réduire la formation des lésions sténosantes
- Antibiotiques anti-anaérobies dirigés contre les streptocoques intestinaux et entérocoques :
 - Amoxicilline /Acide Clavvulanique
 - C3G
 - Aminosides
 - Amphotéricine



PEC : traitement pharmacologique (Corticoïdes)

- Limiter l'évolution vers la sténose (principale complication)
- De 2004 à 2010 : fortes doses pour prise en charge des complications sévères (Prednisolone IV 1g/1,73m² par jour de 10 à 21 jours)
- Pas de modification de l'incidence de survenue des sténoses oesopagiennes
- Risque de fistule oesotrachéale
- Complications transitoires (HTA intolérance au glucose)
- Dexaméthasone (0,5mg/Kg/24h) : bénéfique pour les lésions de grade 2 (avant le 48^{ème} heure et pendant une semaine maximum)

PEC : traitement des complications (sténoses)

- Formation
- Dilatation répétées
- Corticoïdes : injection locale (sur le tissu fibreux sténosant)
- Mitomycine C : inhibe la synthèse du Collagène, application locale.
- Endoprothèse extractibles sinon oesophagoplastie
- **Surveillance à long terme** car risque de survenue de carcinome de l'œsophage 15 à 25 ans plus tard.



PLAN

CAS CLINIQUES / 3 situations différentes...

GENERALITES

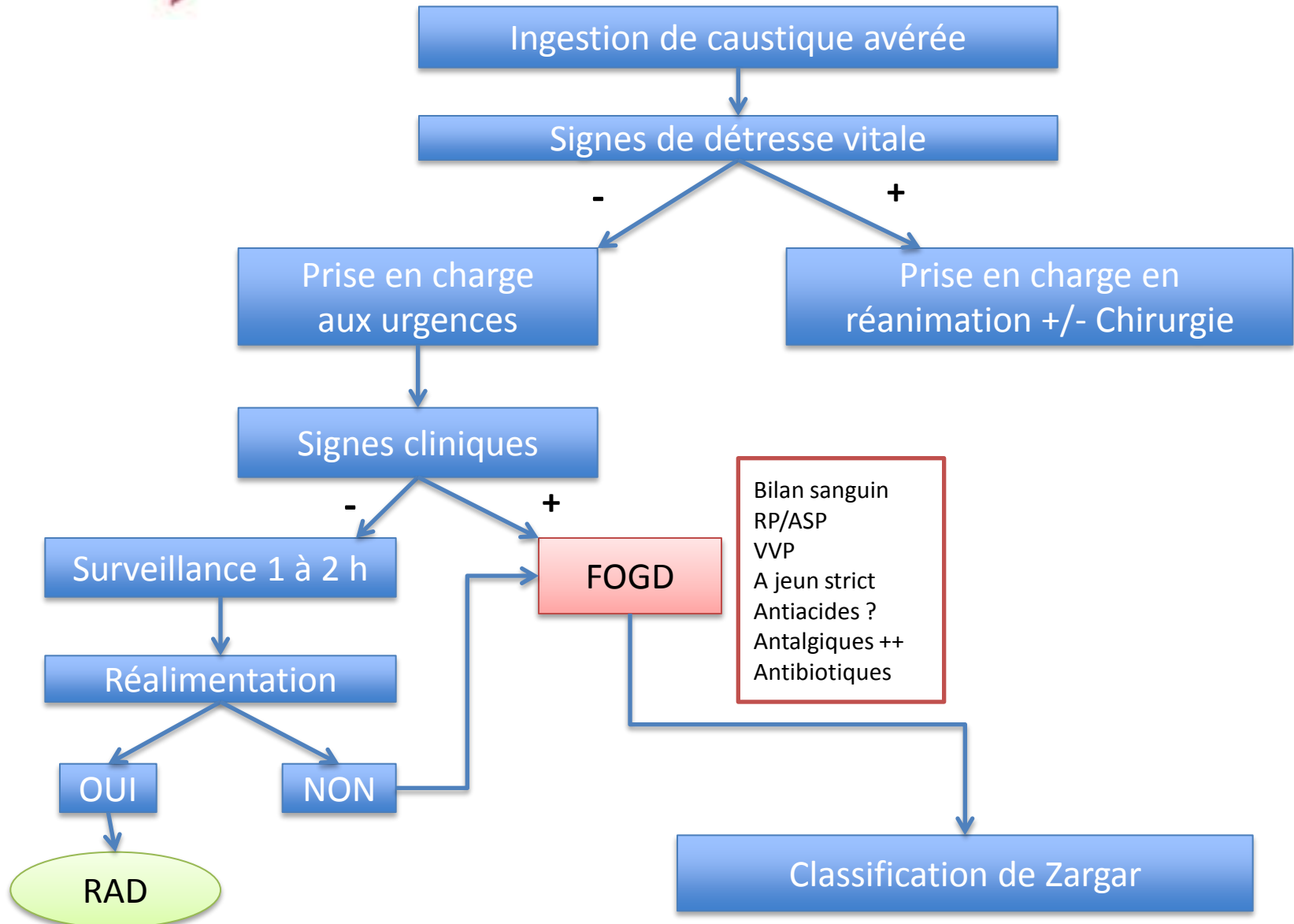
DEFINITIONS

PHYSIOPATHOLOGIE

PRISE EN CHARGE

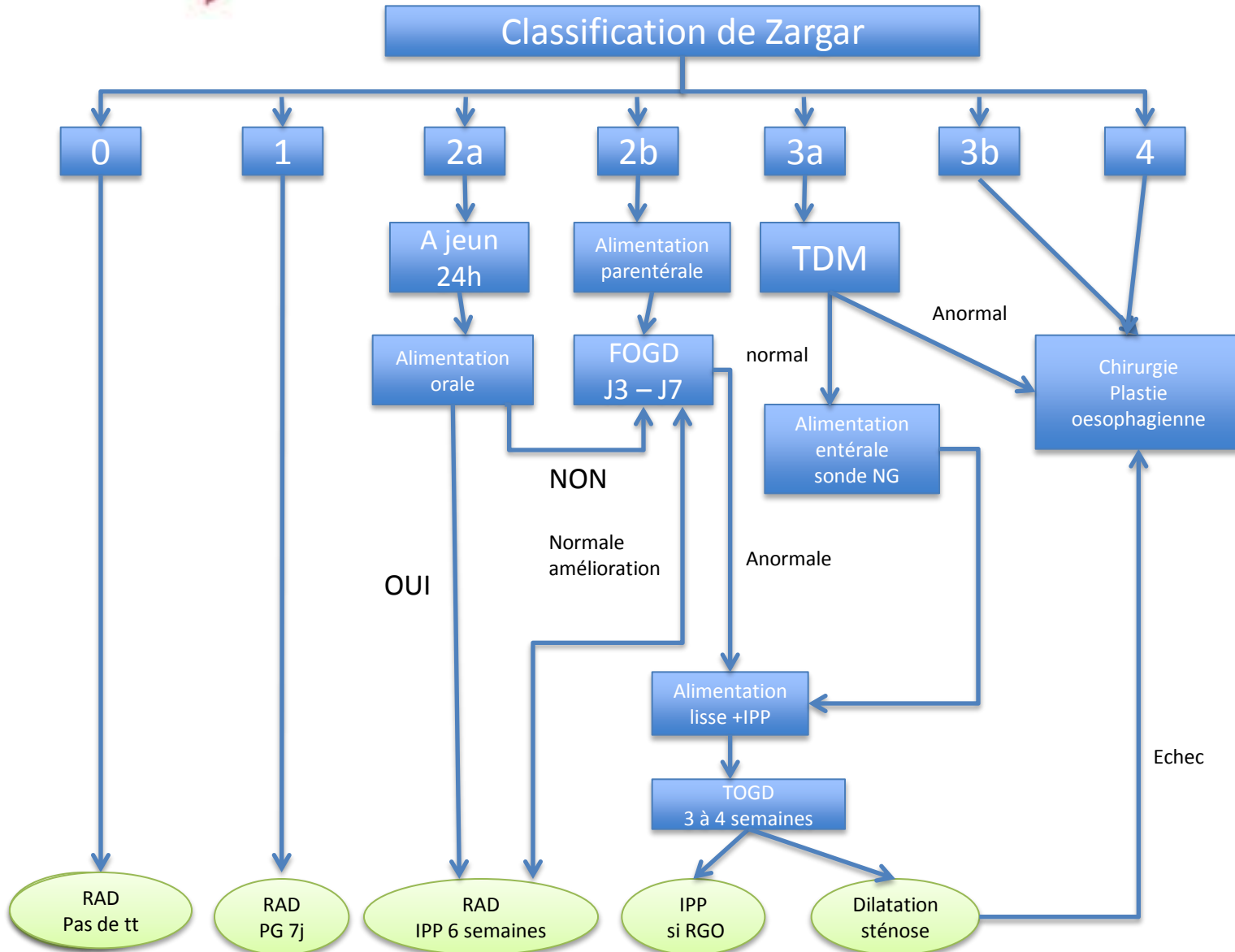
TRAITEMENT

ARBRE DECISIONNEL : Conclusion !





Classification de Zargar





Bibliographie

1. Mas E, Breton A, Lachaux A. Management of caustic esophagitis in children. Arch Pediatr. 2012 ; 19(12): 1362-8
2. Pelclová D, Navrátil T. Do corticosteroids prevent oesophageal stricture after corrosive ingestion? Toxicol Rev. 2005 ; 24(2): 125-9
3. Boukthir S, Fetni I, Mrad SM, et al. High doses of steroids in the management of caustic esophageal burns in children. Arch Pediatr. 2004 ; 11(1): 13-7
4. Lamireau T, Llanas B, Kennedy A, et al. Epidemiology of poisoning in children: a 7-year survey in a paediatric emergency care unit. Eur J of Emerg Med 2002 ; 9: 9-14
5. Lamireau T, Rebouissoux L, Denis D et al. Accidental Caustic ingestion in children: is endoscopy always mandatory ? J of Ped Gastro and Nut. 2001 ; 33: 81-84
6. Larchaux A, Mas E, Breton A, et al. Consensus en endoscopie digestive: prise en charge des oesophagites caustiques 2011 ; 41: 303-308

22 - 23 novembre 2013

Bordeaux
Hôtel Pullman Aquitania



14^{èmes} Journées d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest

