

Ingestion de caustique : quand et que voir ?

*Caustic ingestion:
When and what to look
for?*

**Julien Lazartigues,
Dominique Lamarque**

Hôpital Ambroise Paré, Service d'hépatogastroentérologie, 9 avenue Charles De Gaulle, 92104 Boulogne Billancourt, France

e-mail : <dominique.lamarque@aphp.fr>

Résumé

L'ingestion de caustique touche huit fois sur dix la population pédiatrique (majoritairement accidentelle) et les adultes dans les autres cas (autolyse) occasionnant des atteintes plus sévères. Le bilan initial comprend l'heure de l'ingestion, les caractéristiques de l'agent caustique (pH, consistance), la quantité ingérée et le contexte d'ingestion (accidentel ou suicidaire). La prise en charge, multidisciplinaire, débute par une évaluation ORL pour le bilan des atteintes buccales et laryngée et la recherche de contre-indication à la gastroscopie. Cette dernière doit être réalisée sous anesthésie générale chez un patient intubé-ventilé avec une insufflation réglée au minimum dans les 6 à 24 heures après l'ingestion. La description endoscopique des lésions fait appel à la classification de Zargar. La fibroscopie bronchique est nécessaire en cas de nécrose au niveau des deux tiers supérieurs de l'œsophage. La place de la gastroscopie dans l'évaluation des lésions sera peut-être réduite à l'avenir où elle sera remplacée par le scanner cervico-thoraco-abdominal.

■ **Mots clés** : ingestion de caustique, endoscopie digestive, classification de Zargar, scanner cervico-thoraco-abdominal

Abstract

Caustic ingestion occurs 8 times out of 10 in the pediatric population (mostly accidents). Adults are also concerned (suicide) with more severe lesions. Initial evaluation includes the time of ingestion, the caustic agent features (pH, consistency), the ingested volume and the context of ingestion (accidental or suicidal). Patient management, multidisciplinary, begins by an ENT assessment to assess buccal or laryngeal lesions and contraindication of gastroscopy. The latter must be conducted under sedation in an intubated and ventilated patient, with minimal insufflation, between 6 to 24 hours after ingestion. Endoscopic injuries must be described according to the Zargar classification. Bronchoscopy is necessary in case of necrosis of the upper 2/3 of the esophagus. The role of gastroscopy in the assessment may be narrowed in the future and replaced by thorax and abdomen CT scan.

■ **Key words**: caustic ingestion, gastro-intestinal endoscopy, Zargar classification, neck, thorax and abdomen CT scan

Généralités

Soixante mille cas d'ingestion de caustique sont décrits en 2013 aux États-Unis et trente décès liés directement à l'ingestion [1]. Quatre-vingts pour cent des ingestions touchent la population pédiatrique avec

un pic entre deux et six ans et sont accidentelles dans la majorité des cas. Le pic de fréquence dans la population adulte survient entre 30 et 40 ans dans un contexte de tentative d'autolyse occasionnant des atteintes plus sévères que celles trouvées chez les enfants [2].

**HEPATO-GASTRO
et Oncologie digestive**

Tirés à part : D. Lamarque

Pour citer cet article : Lazartigues J, Lamarque D. Ingestion de caustique : quand et que voir ? *Hépatogastro* 2018 ; 25 : 32-37. doi : 10.1684/hpg.2018.1702

doi: 10.1684/hpg.2018.1702

“ Le pic de fréquence dans la population adulte survient entre 30 et 40 ans dans un contexte de tentative d'autolyse ”

Bilan initial minimal

Il est nécessaire de noter l'heure de l'ingestion, de chercher les caractéristiques de l'agent caustique (pH, consistance et quantité ingérée) et le contexte d'ingestion (accidentel ou suicidaire). Les lésions occasionnées selon les caractéristiques de l'agent caustique sont résumées dans le *tableau 1*. Il conviendra aussi de chercher une poly-intoxication médicamenteuse. Un volume ingéré supérieur à 150 mL est un signe de gravité [3-7].

“ Le bilan initial doit noter l'heure de l'ingestion, chercher les caractéristiques de l'agent caustique et le contexte d'ingestion ”

Les signes cliniques de gravité sont résumés dans le *tableau 2* [5, 8, 9].

Quand faire l'endoscopie digestive haute ?

La prise en charge doit être multidisciplinaire (ORL, chirurgien digestif, psychiatre et pneumologue si nécessaire) [10].

Tableau 1. Résumé des lésions selon les caractéristiques de l'agent caustique (d'après [3-7]).

pH :	
Acides forts (pH < 2) :	Lésions proximales et profondes (nécrose de liquéfaction)
Bases fortes (pH > 12)	Lésions distales et superficielles (nécrose de coagulation)
Consistance :	
Solide ou visqueux	Lésions de la cavité buccale avec difficultés à avaler et hypersalivation
Liquide	Atteinte œsogastrique préférentielle (atteinte oropharyngée modérée voire absente)
Quantité ingérée :	
< 15 mL	Lésions modérées (stade < 2)
15-30 mL	Lésions sévères (stade 2a)
> 50 mL	Lésions très sévères (stade ≥ 2b)

Tableau 2. Signes cliniques de gravité (d'après [5, 8, 9]).

Clinique :	
Généraux	État de choc, agitation
Pulmonaires	Dyspnée, tirage
Digestifs	Vomissements, défense, perforation digestive
ORL	Hypersialorrhée, brûlures intrabuccales
Paraclinique :	
Biologie	Hyperleucocytose pH < 7,22
Imagerie	Perforation digestive

L'évaluation ORL est un préalable à la gastroscopie pour permettre le bilan de l'atteinte buccale et laryngée et chercher une contre-indication à la gastroscopie (ex : nécrose bouche œsophagienne). La fibroscopie bronchique n'est pas systématiquement indiquée (seulement en cas d'atteinte pulmonaire clinique ou à l'imagerie ou de nécrose des deux tiers supérieurs de l'œsophage) [4].

Selon le consensus de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) [4], la gastroscopie doit être réalisée (en l'absence de contre-indication, notamment les signes de perforation) dans un délai de 6 à 24 heures après l'ingestion. Une évaluation trop précoce (< 6 heures) expose au risque de sous-évaluation de la gravité tandis qu'une évaluation trop tardive (> 24 heures) entraîne à un risque de perforation plus important en cas de lésions sévères. L'endoscopie œso-gastro-duodénale (EOGD) est réalisée idéalement sous anesthésie générale chez un patient intubé ventilé (notamment s'il existe une suspicion de lésions œsophagiennes sévères) [3, 4].

“ La gastroscopie doit être réalisée dans un délai de 6 à 24 heures après l'ingestion ”

Que voir en endoscopie ?

L'EOGD est réalisée avec une insufflation réglée au minimum pour prévenir des risques de perforation [4]. Les lésions sont décrites en utilisant la classification de Zargar (*tableau 3* et exemples présentés dans les *figures 1 à 5*) qui a également un intérêt pronostique et d'aide à la prise en charge ultérieure [11].

Tableau 3. Classification de Zargar (d'après [11]).

Stade	Aspect endoscopique
0	Normal
1	Erythème, œdème
2	A Ulcérations superficielles, fausses membranes, hémorragiques muqueuses
	B Ulcérations creusantes et confluentes
3	A Nécrose focale
	B Nécrose diffuse
4	Perforation

“ Les lésions sont décrites en utilisant la classification de Zargar qui a également un intérêt pronostique et d'aide à la prise en charge ultérieure [11] ”

Il est nécessaire de mettre immédiatement fin à l'examen en cas de stade 3B ou 4 [4].

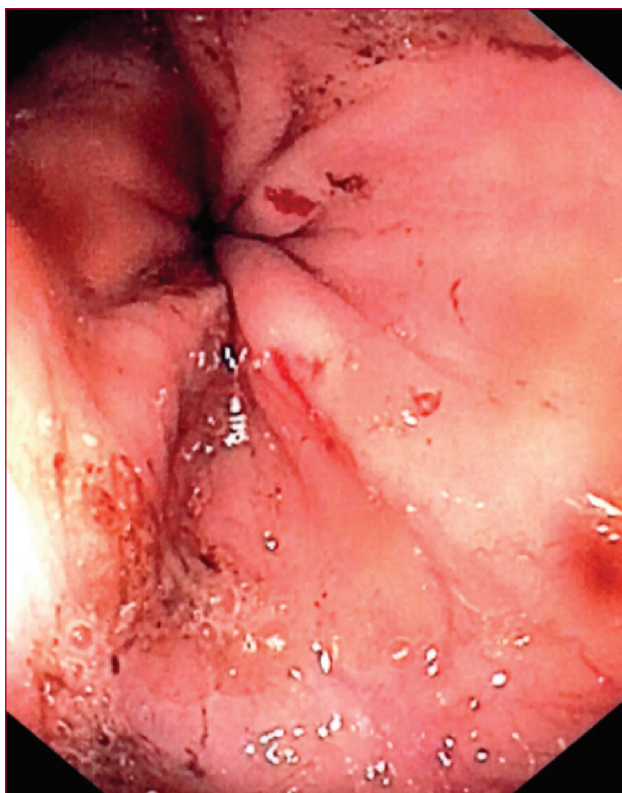


Figure 1. Érythème et œdème de la muqueuse antrale (stade I de la classification de Zargar).

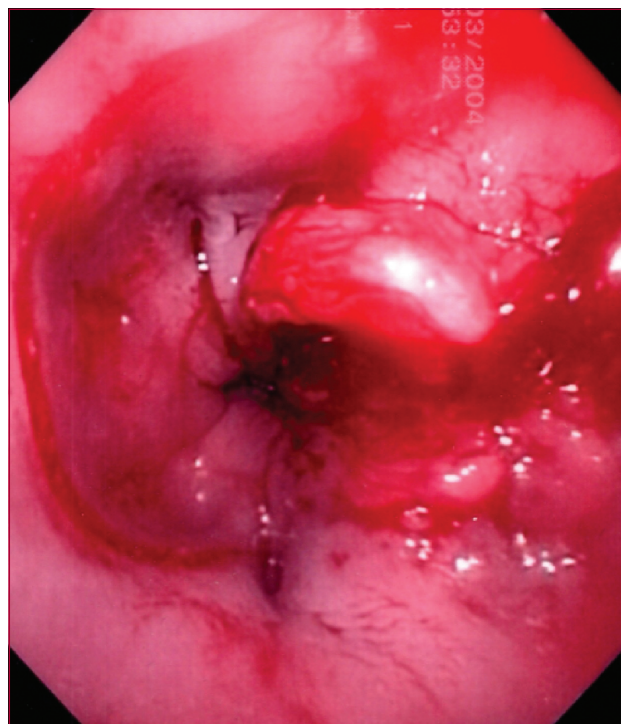


Figure 2. Lésion hémorragique de la muqueuse œsophagienne (stade IIA de la classification de Zargar).

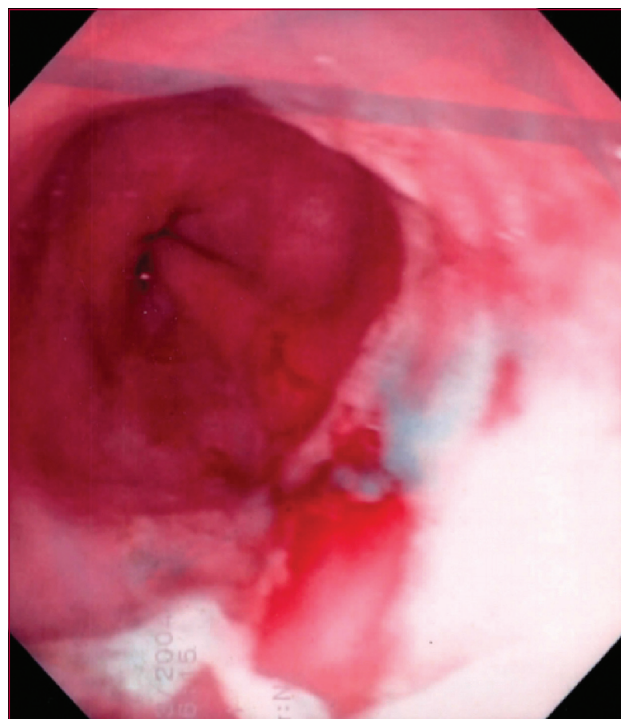


Figure 3. Ulcérations caustiques confluentes de l'œsophage (stade IIB de la classification de Zargar).

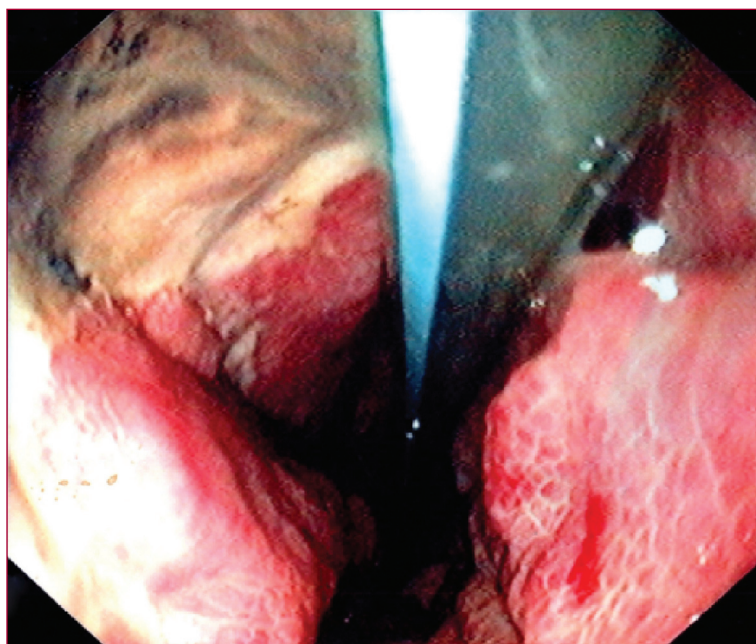


Figure 4. Nécrose focale œsophagienne (stade IIIA de la classification de Zargar).

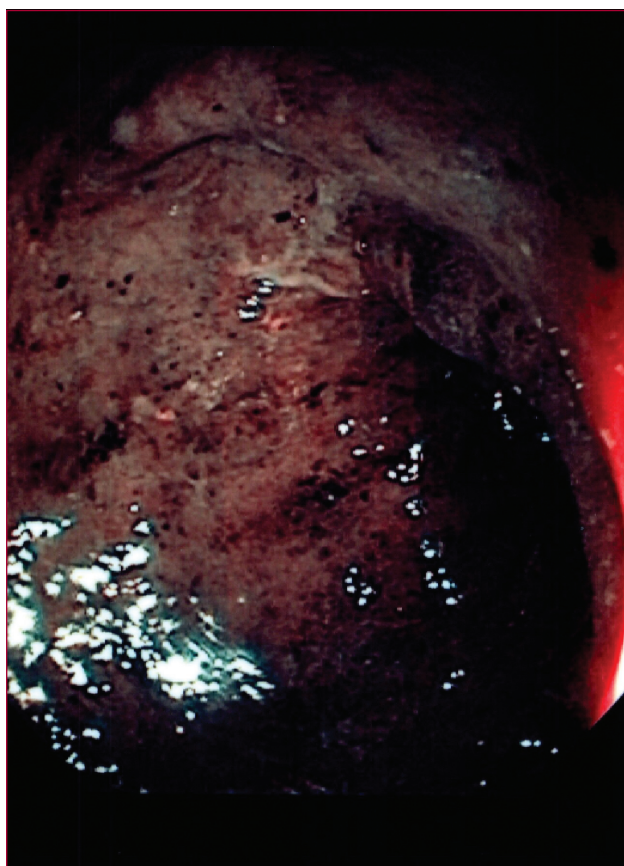


Figure 5. Nécrose étendue circonférentielle du corps gastrique (stade IIIB de la classification de Zargar).

En cas de nécrose au niveau des deux tiers supérieurs de l'œsophage, il conviendra de compléter l'EOGD par une fibroscopie bronchique pour chercher des lésions de l'arbre respiratoire (ces dernières modifiant la technique opératoire d'œsophagectomie le cas échéant) [3].

Les dernières heures de gloire de l'endoscopie digestive haute ?

La place de l'endoscopie est à redéfinir du fait des difficultés pour évaluer la présence de nécrose transmurale en endoscopie [10].

L'étude de Chirica *et al.* [12] incluant 120 patients adressés aux urgences de l'hôpital Saint-Louis à Paris entre mars 2013 et décembre 2014 montre que l'évaluation de la profondeur et de l'étendue de la nécrose œsophagienne et gastrique pourrait reposer uniquement sur le scanner cervico-thoraco-abdominal avec et sans injection de produit de contraste. Selon cette étude, l'utilisation de l'endoscopie seule aurait occasionné 20 œsophagectomies inutiles et 23 laparotomies exploratrices contre une œsophagectomie inutile et sept laparotomies exploratrices pour le scanner seul. L'association scanner et endoscopie ne modifie pas le nombre d'exams inutiles. De plus, il n'avait pas été constaté de faux positif de nécrose transmurale avec le scanner chez les patients ayant une atteinte endoscopique 1 à 3A inclus. La principale limite de cette étude est son caractère monocentrique, ces données devant être validées par d'autres centres. Cette étude a

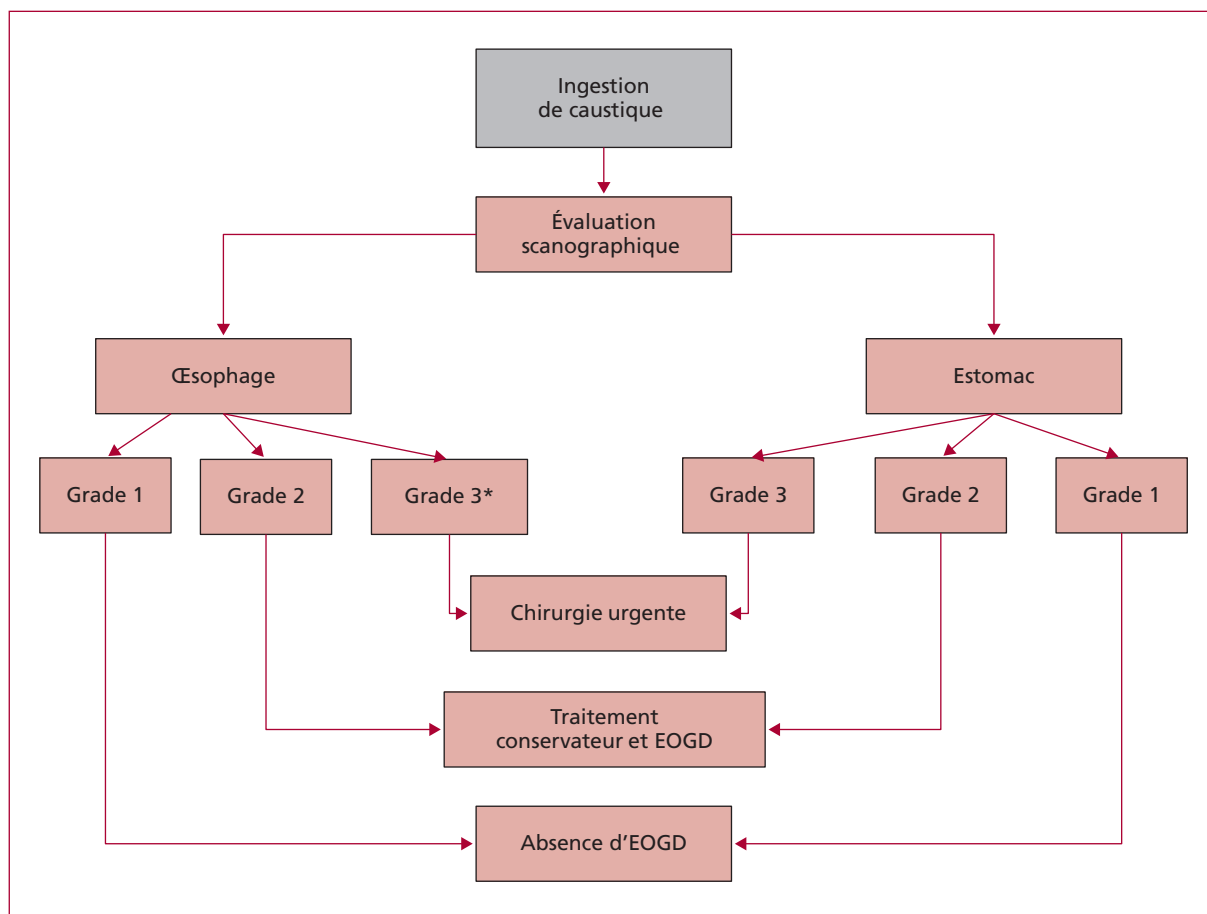


Figure 6. Algorithme de prise en charge basé sur le score de gravité scanographique décrit par l'équipe de l'hôpital Saint-Louis (Paris) [12].
EOGD : endoscopie œso-gastro-duodénale.
Retrouvez la figure animée dans les illustrations jointes sur notre site.

conduit l'équipe de Saint-Louis à proposer un score de gravité scanographique (grade 1, 2 et 3, le grade 1 correspond à un aspect scanographique normal, le grade 2 à un œdème de la paroi avec réhaussement majoré après injection et le grade 3 à une nécrose transmurale) des lésions caustiques ainsi qu'un algorithme de prise en charge basé sur ce score (*figure 6*). Cet algorithme réserve une place limitée à l'endoscopie avec 2 indications principales :

- en cas de difficultés d'interprétation du scanner avec suspicion de lésion sévère scanographique au niveau œsophagien (grade 3) ;
- avant la sortie du patient en cas de lésion modérée au scanner (grade 2) afin d'évaluer le risque de sténose secondaire.

Il convient de rappeler que cet algorithme n'est pas validé par la SFED actuellement.

“ Dans un futur proche, l'évaluation des lésions pourrait être réalisée par un scanner cervico-thoraco-abdominal, sans recours à l'endoscopie en première intention ”

Conclusion

La prise en charge initiale de l'ingestion de caustique nécessite la réalisation d'une endoscopie digestive haute entre 6 et 24 heures post-ingestion pour évaluer la sévérité des lésions selon la classification de Zargar (basée sur les recommandations actuelles de la SFED). Néanmoins, dans un futur proche, l'évaluation des lésions pourrait être réalisée par un scanner cervico-thoraco-abdominal en première intention. L'endoscopie resterait indiquée en cas de difficultés d'interprétation de l'imagerie ou en cas de lésion modérée (grade 2) pour l'évaluation du risque

Take home messages

- Les ingestions de caustiques chez les adultes entraînent des atteintes plus sévères que chez les enfants.
- Le bilan initial comprend la recherche de l'heure d'ingestion, des caractéristiques de l'agent caustique, de la quantité ingérée et du contexte d'ingestion.
- Il faut toujours chercher une poly-intoxication médicamenteuse lors d'une ingestion de caustique.
- La gastroscopie doit être faite dans un délai de 6 à 24 heures après ingestion.
- Le scanner cervico-thoraco-abdominal pourrait réduire la place de la gastroscopie dans la prise en charge des ingestions de caustique.

de sténose secondaire tandis que l'endoscopie serait rendue caduque pour les lésions peu sévères (grade 1). ■

Références

Les références importantes apparaissent en gras.

1. Mowry JB, Spyker DA, Cantilena LR, McMillan N, Ford M. 2013 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS) : 31st Annual Report. *Clin Toxicol* 2014 ; 52 (10) : 1032-283.
2. Flesch F, Rigaux-Barry F, Blanc-Brisset I. Ingestion de substances irritantes ou corrosives : étude descriptive des cas avec atteinte endoscopique enregistrés par les centres antipoison et de toxicovigilance d'avril 2009 à mars 2010. Comité de coordination de toxicovigilance. 2012. Disponible en ligne : http://www.centres-antipoison.net/cctv/rapport_cctv_corrosifs_fevrier_2012.pdf.
3. Fénéon J, Briot R. Ingestion de produits caustiques. In : *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Médecine d'urgence*. Elsevier-Masson, 2016 : 1-9.
4. Lachaux A, Mas E, Breton A, Barange K, Heresbach D, Molard BR. Consensus en endoscopie digestive : prise en charge des œsophagites caustiques. *Acta Endoscopica* 2011 ; 41 (5) : 303-8.
5. Havanond C, Havanond P. Initial Signs and Symptoms as Prognostic Indicators of Severe Gastrointestinal Tract Injury Due to Corrosive Ingestion. *J Emerg Med* 2007 ; 33 (4) : 349-53.
6. Mamede RCM, De Mello Filho FV. Treatment of caustic ingestion : an analysis of 239 cases. *Dis Esophagus* 2002 ; 15 (3) : 210-3.
7. Berthet B, Bernardini D, Lonjon T, et al. Treatment of caustic stenoses of the upper digestive tract. *J Chir (Paris)* 1995 ; 132 (11) : 447-50.
8. Cheng H-T, Cheng C-L, Lin C-H, et al. Caustic ingestion in adults : the role of endoscopic classification in predicting outcome. *BMC Gastroenterol* 2008 ; 8 : 31.
9. Gaudreault P, Parent M, McGuigan MA, et al. Predictability of esophageal injury from signs and symptoms : a study of caustic ingestion in 378 children. *Pediatrics* 1983 ; 71 (5) : 767-70.
10. Chirica M, Bonavina L, Kelly MD, et al. Caustic ingestion. *Lancet* 2017 ; 389 (10083) : 2041-52.
11. Zargar SA, Kochhar R, Mehta S, et al. The role of fiberoptic endoscopy in the management of corrosive ingestion and modified endoscopic classification of burns. *Gastrointest Endosc* 1991 ; 37 (2) : 165-9.
12. Chirica M, Resche-Rigon M, Zagdanski AM, et al. Computed Tomography Evaluation of Esophagogastric Necrosis After Caustic Ingestion. *Ann Surg* 2016 ; 264 (1) : 107-13.