Prise en charge des œsophagites caustiques

Management of caustic oesophagitis

D. Heresbach

© Springer-Verlag France 2011

Zerbib P, Voisin B, Truant S, Saulnier F, Vinet A, Chambon JP, et al.

The conservative management of severe caustic gastric injuries. Ann Surg 2011;253:684–8

Le degré de sévérité des lésions digestives initiales conditionne la prise en charge. Cette évaluation est optimale si l'endoscopie digestive haute est réalisée dans les 6 à 24 heures après l'ingestion. La classification [1] la plus pertinente comporte trois principaux stades de gravité croissante dont il est important de diviser le troisième stade en 3a et 3b :

- stade 0 : normal ;
- stade 1 : érythème, œdème ;
- stade 2a : ulcérations superficielles, fausses membranes, hémorragies des muqueuses ;
- stade 2b : ulcérations creusantes et confluentes ;
- stade 3a : nécrose focale (non circonférentielle) ;
- stade 3b : nécrose diffuse (circonférentielle).

Un quatrième stade est utilisé par certains auteurs, correspondant à une modification de cette classification : perforation.

La prise en charge initiale n'est pas consensuelle mais doit se faire en milieu spécialisé comportant un accès rapide à une structure de réanimation et à un plateau technique adapté. Plusieurs auteurs ont proposé, en présence de lésions de nécrose diffuse et circonférentielle (stade 3b), qu'une résection œsophagienne, voire gastrique, en urgence soit nécessaire pour éviter l'extension de la brûlure aux organes de voisinage ou la perforation digestive. À distance de la phase aiguë, la coloplastie rétrosternale avec ou sans exérèse de l'œsophage cicatriciel est la technique la plus répandue pour rétablir la filière digestive.

Fig. 1. Ingestion de caustique entre 2002 et 2008, $n = 70$ (18 %) stade 3

En complément du consensus de la SFED publié récemment, la publication d'une série française avec un algorithme décisionnel arrive à point nommé (Fig. 1), il confirme le bien-fondé du consensus de la SFED récemment publié [2] et surtout :

- souligne l'importance d'utiliser la classification de Zargar [1] en différenciant les stades endoscopiques 3a et 3b ;
- permet dans ces situations d'urgence ou de semi-urgence de disposer d'une évaluation chiffrée récente des risques et bénéfices de cette stratégie.

Référence

1. Zargar SA, Kochhar R, Mehta S, Mehta SK. The role of fiberoptic endoscopy in the management of corrosive ingestion and modified endoscopic classification of burns. *Gastrointest Endosc* 1991;37:165–9
2. Lachaux A, Mas A, Breton A, Barange K, Heresbach D, Richard-Molard B. Consensus en endoscopie digestive : prise en charge des œsophagites caustiques. *Acta Endosc* 2011;41:303–8

D. Heresbach (✉)

Unité d'endoscopie digestive, centre hospitalier de Cannes,
15, avenue des Broussailles, CS 50008, F-06414 Cannes, France
e-mail : d.heresbach@ch-cannes.fr