

# Ingestion de Caustiques

Dr C. Le Pajolec



1

## Le degré d'urgence

Selon la quantité et le type de produit ingéré, il peut s'agir d'une urgence vitale nécessitant la prise en charge par le SAMU, ou d'un risque fonctionnel (brûlure digestive) : adresser dans tous les cas rapidement à l'hôpital.



2

## Les messages

- Opposer la prise accidentelle (petite quantité, signes peu sévères) et la prise dans un but d'autolyse (grande quantité, souvent choc d'emblée).
- Essayer d'identifier le produit ingéré et la quantité (emporter le flacon si possible).
- Ne rien administrer par la bouche et laisser strictement à jeun, ne pas faire vomir.
- Examiner pour faire un bilan rapide des lésions et rechercher des signes de gravité (hypertension, bradycardie, etc.).
- Les produits les plus fréquemment en cause sont : les lessives pour lave-vaisselle et les produits pour déboucher les évier (soude caustique et différents détergents acides ou basiques). Ils provoquent des brûlures graves, les eaux de Javel dites « plus » provoquent le même type de lésion.



3

## Les médicaments, le matériel

- **Célestène** (amp inj IM, IV à 4 mg), **Solu-Médrol** (20, 40 mg IM ou IV).
- Matériel de réanimation cardiorespiratoire.



4

## La confirmation clinique du diagnostic

- Interrogatoire primordial : nature du caustique, circonstances d'ingestion, quantité ingérée supposée ?
- Examen local : recherche de brûlures (face, lèvres), d'ulcérations buccales.
- Rechercher une dyspnée (brûlure laryngée, inhalation...).
- Examen abdominal et général.



5

## Le protocole de traitement

**À domicile** : le rôle du médecin traitant est limité.

- Ne rien administrer par la bouche.
- En cas de dyspnée : **Célestène IV** 8 mg ou **Solu-Médrol** 20 à 40 mg IVL.
- En cas de choc, souvent lié à l'absorption massive dans un but d'autolyse : réanimation circulatoire avec remplissage vasculaire et prise en charge par le SAMU.
- Ne pas poser de sonde gastrique, ne pas laver l'estomac.
- Transport, au besoin médicalisé, à l'hôpital : si détresse respiratoire initiale et ventilatoire, intubation par le SAMU, traitement antalgique symptomatique.



6

## Les premiers examens paracliniques

Aucun examen n'est utile en ville.

À l'hôpital, une fibroscopie en urgence, réalisée par une équipe entraînée avec, si nécessaire, du matériel de petit calibre, fait le bilan lésionnel et permettra de poser les indications thérapeutiques :

- Lésions superficielles peu étendues : antibiothérapie simple et maintien de l'alimentation orale.
- Lésions plus profondes et étendues : pose d'une sonde œsophagienne (voire d'un calibre) lors de l'endoscopie et contrôle après 3 semaines.
- Au maximum endoscopie impossible, pas de lumière œsophagienne retrouvée, lésions nécrotiques majeures : œsophagectomie en urgence.

Un cliché sans préparation du thorax et de l'abdomen recherchera un emphysème médiastinal ou un pneumopéritoire.

Dans les formes graves, un scanner en 3 dimensions avec reconstructions et endoscopie virtuelle pourrait apporter des précisions sur les lésions.

Aux Urgences, des examens biologiques sont réalisés en attendant la fibroscopie, ils mettent en évidence (NFS, TP, TCA, GDS, iono sang, calcémie...) des désordres acido-basiques, des troubles de l'hémostase dans les formes graves.



7

## Les trucs du métier, les pièges qu'il faut éviter

### Les trucs

- Il ne faut pas négliger le bilan endoscopique même si l'examen est rassurant : dans 10 à 15 % des cas, il existe des brûlures œsophagiennes sans brûlure buccale.

### Les pièges

- Jamais de tentative de neutralisation chimique sauf pour le permanganate de  $K^+$  : utiliser hyposulfite à 20 %, 50 à 100 ml par une sonde gastrique, puis lavage gastrique au sérum tiède.



8

## Les correspondances thérapeutiques

**Solu-Médrol** peut remplacer **Célestène**.