


Syndrome de Boerhaave: une histoire en deux temps...

Laure Aeby^a, Yvan Fournier^b



Hôpital intercantonal de la Broye, Payerne;

^a Département de médecine interne, ^b Service des urgences

Présentation du cas

Un patient de 57 ans consulte les urgences en raison de fortes douleurs épigastriques associées à une difficulté à avaler la salive et des efforts de vomissement depuis plusieurs heures suite à l'ingestion d'un repas. Il est connu pour une cirrhose hépatique Child B d'origine éthylique, un éthylo-tabagisme chronique, une encéphalopathie de Wernicke et un état dépressif. Hormis des vomissements incoercibles, le status est sans particularité, de même que la radiographie du thorax (fig. 1 ). L'œsogastroduodénoscopie sous anesthésie générale met en évidence une impaction alimentaire au niveau de l'œsophage distal. Un morceau de saucisse est poussé dans l'estomac. L'examen endoscopique de l'œsophage ne révèle pas de sténose ou d'œsophagite mais un saignement mineur superficiel de la muqueuse à l'endroit de l'impaction. Le patient est hospitalisé pour surveillance et rentre à domicile le lendemain.



Six jours plus tard, le patient est amené aux urgences par l'ambulance suite à des douleurs rétrosternales associées à une asthénie marquée. L'anamnèse est peu contributive en raison d'un état d'agitation et de désorientation. L'état général est diminué. La pression artérielle est de 110/70 mm Hg et la fréquence cardiaque à 110 bpm. Le patient est fébrile à 38,5°C, tachypnéique à 28 par minute et saturé à 90% sous 3 litres d'O₂. L'auscultation pulmonaire révèle des râles grossiers inspiratoires à la base gauche. Le status cardiaque et abdominal n'est pas contributif. Les examens sanguins montrent une leucocytose à 20,4 G/l avec une déviation gauche à 23%, une CRP à 230 mg/l, une bilirubine totale à 37 µmol/l, une bilirubine conjuguée à 23,8 µmol/l, des G-GT à 76 U/l, une lipase à 124 U/l et un TP à 47%. La gazométrie artérielle montre un pH à 7,21, une pO₂ à 73,7 mm Hg, une pCO₂ à 74,8 mm Hg, des HCO₃⁻ à 28,8 mmol/l et des lactates à 1,3 mmol/l.

Une collection aérique au niveau du rétrocarde est visible sur la radiographie du thorax (fig. 2 ). Le CT thoracique montre un pneumo-médiastin sur une probable perforation de l'œsophage distal avec de larges collections aériques diffusément réparties dans le médiastin, un abcès para-médiastinal gauche de 4,5 cm avec un niveau hydro-aérique ainsi qu'un emphysème sous-cutané mineur à la base du cou (fig. 3 ). Le patient reçoit une antibiothérapie à large spectre par pipéracilline-tazobactam puis est transféré dans un centre universitaire pour suite de prise en charge.

Le patient est intubé et bénéficie de la mise en place endoscopique d'une sonde d'aspiration placée dans l'œsophage proximal et d'un drain médiastinal passant par

la brèche œsophagienne. Une sonde jéjunale est également placée pour l'alimentation entérale. Le patient est extubé après 15 jours et retourne à domicile après un mois d'hospitalisation. Le diagnostic retenu est une médiastinite secondaire à un syndrome de Boerhaave consécutif à des vomissements incoercibles liés à une impaction alimentaire dans l'œsophage distal.

Discussion

La médiastinite est une pathologie grevée d'une importante morbidité et mortalité. Les causes de médiastinite sont résumées dans le tableau 1 . Parmi celles-ci, la plus fréquente est la perforation œsophagienne qui peut être classifiée en 5 catégories (tab. 2 .

La présentation clinique d'une rupture de l'œsophage est extrêmement variable et souvent non spécifique, avec un premier diagnostic erroné dans 60% des cas [1]. Les symptômes initiaux ouvrent souvent un diagnostic différentiel large d'infarctus du myocarde, de dissection aortique, d'ulcère perforé, de pancréatite aiguë, de pneumothorax spontané ou encore de pneumonie. La triade de Mackler décrite comme spécifique à la rupture œsophagienne, et comportant: vomissements, douleurs thoraciques et emphysème sous-cutané, n'est présente que dans 26% des cas [1]. Les symptômes les plus souvent décrits sont les vomissements (84% des cas), les douleurs thoraciques (79% des cas), la dyspnée (53% des cas), les douleurs épigastriques (47% des cas) et la dysphagie (21% des cas) [1, 2].

Le diagnostic de perforation de l'œsophage et de médiastinite repose essentiellement sur les examens radiologiques. La radiographie du thorax est un moyen simple qui peut mettre en évidence les signes de perforation œsophagienne et de médiastinite. Ces signes sont un élargissement et une perte de netteté du contour du médiastin, la présence d'air de manière focale ou diffuse dans le médiastin ou encore la présence de collections liquidiennes focales médiastinales. La radiographie permet également de mettre en évidence un pneumothorax, un emphysème sous-cutané ou un pneumopéritoine [2]. En présence de l'un de ces signes ou d'une forte suspicion clinique, le bilan est complété par un CT thoracique qui reste l'examen de choix pour le diagnostic de perforation œsophagienne et de médiastinite. Le CT permet de poser un diagnostic définitif avec une grande sensibilité (92–100%), d'identifier la cause de la médiastinite et la localisation d'une éventuelle rupture œsophagienne [2]. L'endoscopie œsophagienne présente également une excellente sensibilité pour la détection d'une rupture de

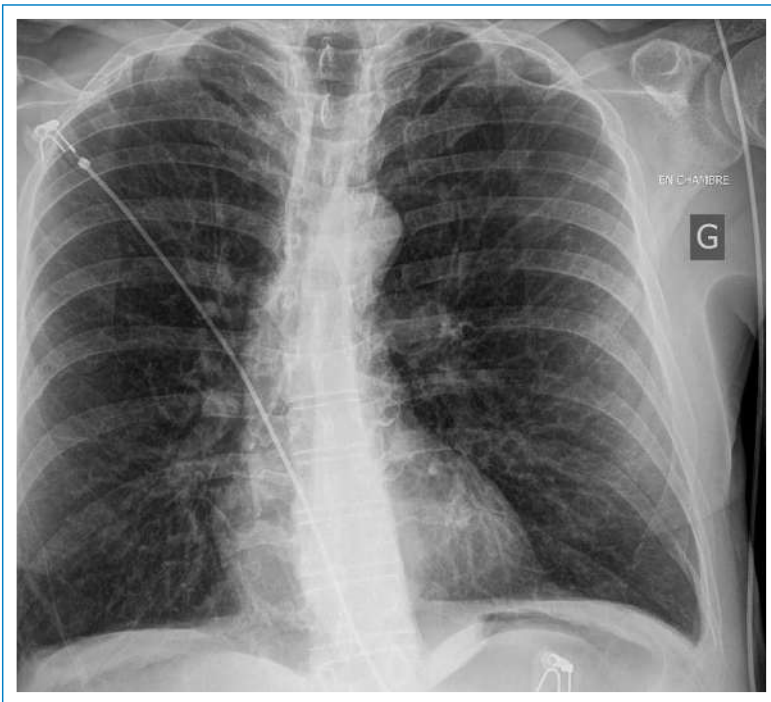


Figure 1
Radiographie du thorax normale.

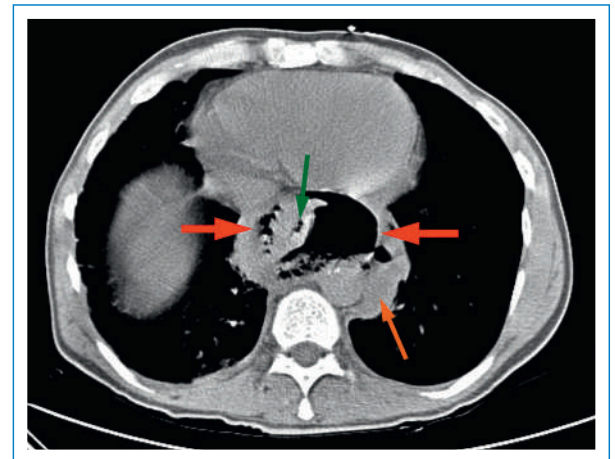


Figure 3
CT thoracique: un pneumo-médiastin sur une probable perforation de l'œsophage distal (flèche verte) avec de larges collections aériques diffusément réparties dans le médiastin, un abcès para-médiastinal gauche de 4,5 cm avec un niveau hydro-aérique (flèche orange) ainsi qu'un emphysème sous-cutané mineur à la base du cou.

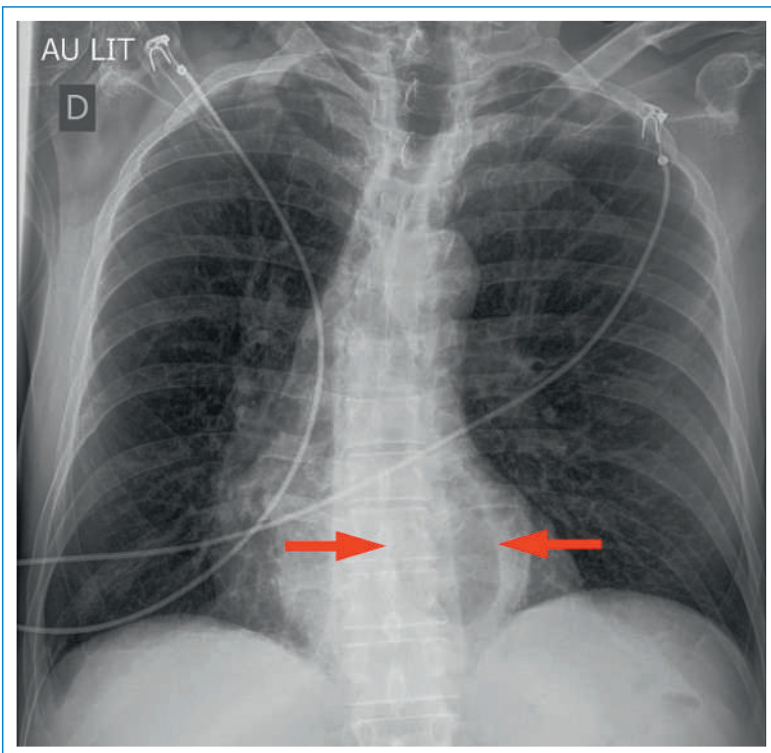


Figure 2
Collection aérique au niveau du rétrocarde.

l'œsophage, mais avec de grands risques d'augmentation de la lésion au moment de l'insufflation de l'air utilisé dans cet examen. L'utilisation à but diagnostique de cet examen reste donc controversée [2].

De multiples possibilités existent pour le traitement d'une rupture œsophagienne avec médiastinite, allant de l'attitude médicale conservatrice à diverses options chirur-

gicales. Les objectifs principaux du traitement sont de traiter et prévenir la propagation de l'infection, restaurer la continuité du tractus digestif et assurer une nutrition précoce du patient. La prise en charge médicale initiale comprend une antibiothérapie à large spectre couvrant les germes aérobies et anaérobies, l'administration d'un inhibiteur de la pompe à protons et une éviction complète de l'alimentation per os. Le traitement médical peut être associé à des gestes interventionnels tels que des drainages percutanés sous guidage CT ou par voie endoscopique des collections médiastinales et pleurales. Lors d'un diagnostic précoce, des endoprothèses ou des clips peuvent être mis en place par endoscopie pour les perforations œsophagiennes de petite taille (<10 mm), afin d'éviter la poursuite de la contamination infectieuse des tissus environnants [2]. Cette technique est particulièrement utilisée sur de petites brèches effectuées de manière iatrogène lors d'examen endoscopique. La chirurgie reste cependant incontournable pour un bon nombre de cas. Elle permet un débridement des tissus infectés et nécrotiques ainsi que la suture de la brèche et une reconstruction ou une résection de l'œsophage selon la situation. La mise en place d'une jéjunostomie peut également être effectuée, afin de permettre la reprise d'une alimentation entérale [2, 3].

Le pronostic d'une rupture œsophagienne est influencé principalement par le délai entre la perforation et le traitement. Un diagnostic précoce est par conséquent crucial. Le taux de mortalité d'une médiastinite sur rupture œsophagienne est de plus de 90% si le délai entre la lésion et la prise en charge dépasse les 48 heures [4]. La mortalité dépend également de la localisation de la perforation, avec un taux plus élevé de mortalité si la rupture survient au niveau thoracique plutôt que cervical ou abdominal [2].

Tableau 1

Étiologies principales de la médiastinite (d'après [4, 5]).

Secondaire à une perforation œsophagienne
Complication infectieuse post-opératoire
Extension d'une ostéomyélite d'une structure adjacente
Extension d'une infection cervicale ou ORL
Dissémination hémotogène
Secondaire à un traumatisme pénétrant

Conclusion

Ce cas permet de rappeler que la rupture œsophagienne se présente cliniquement avec des symptômes peu spécifiques évoquant un large diagnostic différentiel. La recherche attentive de signes de perforation œsophagienne et de médiastinite sur la radiographie de thorax peut orienter vers le diagnostic bien que le CT scan soit l'examen radiologique de choix. Les causes de perforation œsophagienne sont multiples, mais les lésions iatrogènes sont actuellement les plus fréquentes. Le pronostic vital dépend essentiellement de la rapidité du diagnostic, de l'initiation précoce du traitement de la médiastinite et de la perforation œsophagienne.

Correspondance:

Dr^{esse} Laure Aeby
Hôpital intercantonal de la Broye
Case postale 192
CH-1530 Payerne
[aebyl\[at\]yahoo.fr](mailto:aebyl[at]yahoo.fr)

Références

- 1 Griffith EA, Yap N, Poulter J, Hendrickse MT, Khurshid M. Thirty-four cases of esophageal perforation: the experience of a district general hospital in the UK. *Diseases of the Esophagus*. 2009;22:616–25.
- 2 Chirica M, Champault A, Dray X, Sulpice L, Munoz-Bongrand N, Sarfati E, Cattani P. Esophageal perforations. *J Visc Surg*. 2010;147:e117–28.
- 3 Ramond DP. Management of non-iatrogenic traumatic esophageal perforation. *UpToDate*. 2012. Version 6.0, topic last updated 23.10.2013.
- 4 Katabathina VS, Restrepo CS, Martinez-Jimenez S, Riascos RF. Non-vascular, Nontraumatic Mediastinal Emergencies in Adults: A Comprehensive Review of Imaging Findings. *RadioGraphics*. 2011;31:1141–60.
- 5 Sexton DJ. Postoperative mediastinitis after cardiac surgery. *UpToDate*. 2012. Version 12.0, topic last updated 13.06.2013.

Tableau 2

Étiologies principales de la perforation œsophagienne (par ordre de fréquence) (d'après [2, 3]).

Causes	Mécanisme
Iatrogène (59%)	Lésion lors d'endoscopie, peropératoire
Spontanée (15%)	Syndrome de Boerhaave consécutif à une augmentation subite de la pression intra-œsophagienne à la suite d'efforts de vomissement
Corps étranger (12%)	Impaction
Post traumatique (9%)	Traumatisme pénétrant, barotraumatisme, après manœuvre de Heimlich, brûlure caustique sur ingestion de toxique
Pathologie pré-existante (1%)	Erosion par néoplasie, diverticule, œsophage de Barrett