

Bertrand PRUNET - Jean-Luc SOUBIROU - Jean-Yves MARTINEZ - Jacques ESCARMENT

Perforation de l'œsophage

Un diagnostic rare qu'il faut savoir évoquer ...

L'OBSERVATION : Il s'agit d'un homme de 59 ans, sans antécédent notable, hospitalisé à l'hôpital général de Douala (Cameroun) devant un tableau de douleur thoracique gauche (*sensation de point de coté à gauche*) dans un contexte d'asthénie et de fièvre. L'interrogatoire retrouve la notion d'une chute de sa hauteur la veille par maladresse. L'examen initial retrouve une altération majeure de l'état général et une pleurésie gauche qui est drainée, ramenant 3 litres d'un liquide purulent. Il est introduit une antibiothérapie intraveineuse (*céphalosporine de 3^{ème} génération associée à une fluoroquinolone*) ainsi qu'un soutien hémodynamique par amine vasopressive (*Dopamine*) devant un choc septique débutant. Le diagnostic initial est donc celui d'une pleuro-pneumopathie gauche avec pleurésie purulente. Son état permet l'évacuation sanitaire vers la France à J+4 vers le service de réanimation de l'Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes (Lyon). A l'admission, le patient est conscient mais désorienté, avec un état respiratoire très précaire. Son hémodynamique est stable sous DOPAMINE à 4 gamma/kg/min et il ne présente pas de marbrure.



Bertrand PRUNET

LA RADIOGRAPHIE PULMONAIRE

La radiographie (*photo 1*) pulmonaire de face retrouve une pleurésie gauche franche, un pneumothorax partiel gauche et un pneumomédiastin.

TOMODENSITOMÉTRIE THORACIQUE

Ce tableau atypique nous amène à pratiquer en urgence une tomodensitométrie thoracique (*photo 2*) qui objective une médiastinite majeure. L'injection de produit de contraste dans la sonde naso-œsophagienne fait le diagnostic de perforation de l'œsophage thoracique dans son tiers inférieur (*fuite du contraste dans la cavité pleurale gauche*).

LA CHIRURGIE

Le patient est confié à l'équipe chirurgicale qui réalise en urgence une exclusion bipolaire (*œsophagostomie cervicale et gastrostomie*) avec œsophagectomie par voie thoracique gauche (*photo 3*). Les suites opératoires sont lourdes, marquées par 3 séjours itératifs en réanimation et plu-



Photo 2 : Tomodensitométrie thoracique.

sieurs reprises chirurgicales pour drainage de collections médiastinales. Après 2 mois d'hospitalisation, le patient rentre à domicile et bénéficie à distance d'une coloplastie de remplacement.

LES ENSEIGNEMENTS

HISTOIRE NATURELLE ET MÉCANISME :

Les étiologies des ruptures de l'œsophage sont de deux ordres : les étiologies iatrogènes (*endoscopique, chirurgicale...*) et les non-iatrogènes (*perforation suite à l'ingestion d'un corps étranger ou d'un produit caustique, rupture spontanée*). Nous nous intéresserons ici particulièrement à l'une de ces étiologies : le Syndrome de Boerhaave. Il s'agit de la rupture spontanée de l'œsophage, laquelle survient typiquement lors d'un effort à glotte fermée. En effet, à l'occasion d'une brusque hyperpression intraluminaire produite par un violent effort de vomissement à glotte fermée, l'œsophage se rompt longitudinalement sur 3 à 8 cm, le plus souvent au niveau de son bord postéro-gauche dans sa partie inférieure juxta-diaphragmatique (*photo 4*). Il s'agit d'un véritable barotraumatisme

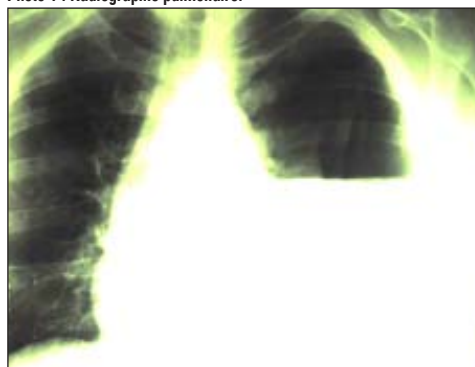
Mots clés

Perforation œsophagienne. Médiastinite. Syndrome de Boerhaave.

Résumés

La rupture de l'œsophage est un diagnostic rare mais à évoquer face à un tableau de pyo-pneumothorax associé à un pneumomédiastin. Le diagnostic positif est fait par l'injection de produit de contraste dans la sonde naso-œsophagienne (fuite intrapleurale du produit de contraste au scanner). On parle de Syndrome de BOERHAAVE face à une rupture spontanée de l'œsophage lors d'un effort de vomissement ou tout effort à glotte fermée. La sanction chirurgicale, plus ou moins lourde, est souvent de règle associée à une

Photo 1 : Radiographie pulmonaire.



Résumés (suite)

antibiothérapie à large spectre. Cette affection garde un pronostic très sombre, corrélé à la précocité du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique.

Oesophageal break off is a rare diagnosis but that needs to be evocated when faced with a patient presenting a pyo-pneumothorax associated with a pneumomediastinum. A positive diagnosis is established by injecting a contrasting product through the naso-oesophageal sound (contrasting product leaks into the pleural compartment). A spontaneous break up of the oesophagus during a vomiting effort or any other effort with a glottis closed is called BOERHAAVE Syndrome. The surgery, more or less dramatic, is very often the rule associated with a large spectrum antibiotherapy. This affection has a very negative prognosis, correlated with an early diagnosis and therapeutic care.



Photo 3 : Vue per-opératoire.

de l'œsophage. Le médiastin, et secondairement la plèvre, sont massivement inondés par du liquide gastrique et des débris alimentaires caustiques, d'où l'intensité du choc et la gravité de l'infection médiastino-pleurale. Le plus souvent, le tableau clinique est net. Il s'agit d'un homme de 40 à 60 ans, souvent gros mangeur, alcoolique, qui après un repas copieux ressent, au cours d'un vomissement ou d'un effort de vomissement, une brutale et intense douleur épigastrique haute et rétrosternale irradiant dans le dos ou à la base thoracique gauche et accompagnée d'une intolérance absolue et très douloureuse à toute tentative d'ingestion. Rapidement s'installent les signes de choc puis progressivement des signes tho-

raciques et une fièvre. On note parfois une crépitation sous cutanée à la base du cou signant la perforation médiastinale. Mais le clinicien, frappé par la brutalité et le siège volontiers épigastrique de la douleur avec, de plus, l'existence d'une certaine défense à ce niveau évoque en premier lieu la perforation d'ulcère en s'étonnant de l'absence de pneumopéritoine sous les coupoles. Un infarctus du myocarde à forme atypique peut aussi à ce stade être évoqué.

L'évolution spontanée conduit à une cellulite péri-oesophagienne et une abcédation médiastinale se compliquant d'un état de choc gravissime avec défaillance multiviscérale et décès rapide du patient.

LE DIAGNOSTIC

Cliniquement, la perforation oesophagienne peut être inapparente initialement. L'anamnèse est donc capitale. Quoi qu'il en soit, au fur et à mesure de la progression de l'infection, les douleurs thoraciques, de siège variable, la détresse respiratoire et la dysphagie augmentent. Les complications pleurales sont fréquentes. Des signes abdominaux (*douleur, défense des hypochondres*) ne doivent pas faire égarer le diagnostic. La radiographie thoracique de face est la clé du diagnostic en montrant un élargisse-

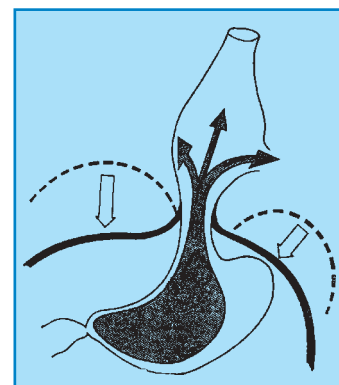
« la radiographie thoracique de face est la clé du diagnostic »



Photo 4 : Vue per-opératoire de la rupture œsophagienne.



Photo 5.



Mécanisme de la rupture dite spontanée de l'œsophage.

ment médiastinal avec pneumo-médiastin, un emphysème sous cutané, un épanchement pleural ou même un hydropneumothorax gauche. Actuellement, c'est le scanner cervico thoracique avec opacification du tractus digestif aux hydrosolubles (*injection de produit de contraste dans la sonde naso œsophagienne*) qui fait le diagnostic positif et précise l'étendue des lésions. Un transit œsophagien avec produit de contraste hydrosoluble peut également faire le diagnostic.

La rupture de l'œsophage est ainsi un diagnostic rare mais à évoquer face à un tableau de **pyo-pneumothorax associé à un pneumo-médiastin**.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Dans le cadre de la rupture spontanée, le traitement est le plus souvent médico-chirurgical. En effet, la sanction chirurgicale, plus ou moins lourde, est la règle de façon quasi systématique. L'importance du geste chirurgical varie essentiellement en fonction du délai écoulé entre l'heure de l'accident et le moment où l'on peut conduire le malade en salle d'opération après les mesures indispensables de réanimation mais est aussi affaire d'écoles plus ou moins invasives et maximalistes (*mise à plat avec drainage du médiastin qui peut être associée à d'autres gestes chirurgicaux : drainage cervical, œsophagectomie, œsophagostomie, trachéotomie, drainage pleural*).

Le versant médical du traitement associe les manœuvres classiques de réanimation chirurgicale à une antibiothérapie prolongée (*45 jours*) à large spectre (*médiastinite caractérisée par la présence*

d'une flore plurimicrobienne mixte, aérobie et anaérobie).

Une attitude thérapeutique uniquement médicale est possible pour certaines perforations notamment endoscopiques prises au stade initial, elle est en revanche insuffisante face à un tableau septique majeur comme celui décrit plus haut.

CONCLUSION

Cette affection gravissime garde un pronostic très sombre (*mortalité globale d'environ 50%*) directement corrélé à la précocité du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique (*notamment chirurgicale*). En effet, après un délai de 18 heures, la mortalité est de 57%.

Il s'agit donc de faire le diagnostic et de le faire vite si l'on veut donner une chance à ces patients. Cette pathologie justifie donc une prise en charge urgente, pluridisciplinaire dans des centres médico-chirurgicaux spécialisés.



Médecin Aspirant PRUNET Bertrand

Ecole du Service de Santé des Armées de Lyon Bron
E-mail : bertrand.prunet@wanadoo.fr

Médecin Principal SOUBIROU Jean-Luc

Spécialiste des Hôpitaux des Armées

Médecin Principal MARTINEZ Jean-Yves

Assistant des Hôpitaux des Armées

Médecin en Chef ESCARMENT Jacques

Professeur Agrégé du Service de Santé des Armées

Département Urgence Anesthésie Réanimation
Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes (Lyon)

Bibliographie

1. - H. Thouard, J.P. Platel, E. Salle : Rupture barotraumatique de l'œsophage. Médecine et Armées, 1994, 22, 5, 351-354.
2. - J.L. Trouillet : Médiastinites. Encycl Méd Chir (Ed Elsevier Paris), Anesthésie-Réanimation, 36-983-C-10, 2002, 7p.
3. - K. Slim, V. Elbaz, D. Pezet - Traitement non opératoire des perforations de l'œsophage thoracique. Presse Med, 1996, 25, 154-156.
4. - S.W. Sung, J.J. Park : Surgery in thoracic esophageal perforation. Dis Esophagus, 2002, 15 (3), 204-209.
5. - S. Landen, I. EL Nakadi : Minimally invasive approach to Boerhaave's syndrome. Surg Endosc, 2002, 16 (9), 1354-1357.
6. - K.M. Chan-Tack : Boerhaave's syndrome. Lancet, 2002, Mar 9, 359, 823.
7. - C. Dayen, H. Mishellany : Spontaneous rupture of the esophagus or Boerhaave syndrome. Rev Mal Respir, 2001, 18, 537-540.

Cet article a été soumis au comité de lecture d'Urgence Pratique et validé.