

Syndrome de Boerhaave : Management d'une présentation inhabituelle.

Boerhaave Syndrom: Management of an unusual presentation.

Nkougou S¹, Nga Nomo S¹, Ambadiang B¹, Iroume C¹, Nana A², Chobli M³.

1. Service d'Anesthésie-Réanimation du Centre Hospitalier d'Essos - Cameroun
2. Service de Chirurgie Cardiovasculaire et Thoracique du Centre Hospitalier d'Essos - Cameroun
3. Département d'Anesthésie-Réanimation. Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou - Bénin.

Auteur correspondant : Nkougou serge. Email : sergesvivier@yahoo.fr

Résumé

Le syndrome de Boerhaave ou rupture spontanée de l'œsophage est une entité clinique rare, de diagnostic difficile. Elle est due à une augmentation soudaine de la pression intra-thoracique ou intra-abdominale transmise à un œsophage non pathologique. La triade de Mackler associant vomissements, douleur thoracique et emphysème sous-cutané est évocatrice. Le diagnostic positif repose sur le transit œsophagien aux hydrosolubles et la tomodesitométrie thoracique avec opacification aux hydrosolubles. Le traitement de la perforation est chirurgical, mais le succès de la chirurgie passe par la précocité et la qualité de la réanimation péri-opératoire. Nous rapportons ici une présentation inhabituelle d'une perforation œsophagienne transmurale du tiers inférieur avec douleurs abdominales intenses et hémithorax bilatéral de grande abondance dont l'intérêt porte sur les difficultés diagnostiques en milieu défavorisé et la précocité de la prise en charge.

Mots clés : rupture spontanée de l'œsophage, choc septique, médiastinite.

Summary

Boerhaave syndrome or spontaneous rupture of the esophagus is a rare clinical entity, difficult to diagnose. It is due to a sudden increase in intra-thoracic or intra-abdominal pressure transmitted to a non-pathological esophagus. Mackler's triad of vomiting, chest pain and subcutaneous emphysema is evocative. The positive diagnosis is based on oesophageal transit to water-soluble and thoracic computed tomography with opacification to water-soluble. The treatment of perforation is surgical, but the success of the surgery depends on the precocity and quality of perioperative resuscitation. We report here an unusual presentation of a transmural lower esophageal perforation of the lower third with intense abdominal pain and bilateral haemothorax of great abundance, the interest of which concerns the diagnostic difficulties in disadvantaged environment and the precocity of the management.

Key words: spontaneous rupture of the esophagus, septic shock, mediastinitis

Introduction

Décrit dans la littérature scientifique pour la première fois en 1724 [1], le syndrome de Boerhaave est une entité nosologique rare, mais grave, entraînant des risques importants d'erreurs diagnostiques. Il désigne une rupture spontanée de l'œsophage post-émétique en l'absence d'une affection œsophagienne pré-existante [2]. Il n'existe pas de signes cliniques spécifiques, mais la triade de Mackler est évocatrice : vomissements, douleur thoracique et emphysème sous-cutané [1, 3].

Nous rapportons ici une présentation inhabituelle d'une perforation œsophagienne transmurale du tiers inférieur avec douleurs abdominales intenses et hémithorax bilatéral de grande abondance dont l'intérêt porte sur les difficultés diagnostiques en milieu défavorisé.

Observation

Il s'agit d'un patient de 49 ans, éthylique chronique, admis au service des urgences du centre hospitalier d'Essos pour des douleurs abdominales intenses associées à des nausées. Le début remontait à 10 heures avant son admission marquée par la survenue de vomissements alimentaires post-prandiaux précoces au décours d'un repas copieux. Il s'en est suivi une vive douleur thoracique à type de déchirure qui a rapidement cédé place à une douleur abdominale intense généralisée. L'interrogatoire ne relevait pas de notion de trouble du transit, ni d'hyperthermie.

L'examen clinique à l'admission notait un patient conscient et apyrétique, sans signes de choc. L'abdomen était sensible dans son ensemble avec une défense et un cri de l'ombilic. Le bilan biologique était strictement normal.

La radiographie de l'abdomen sans préparation n'était pas contributive. Le diagnostic présumé était celui de péritonite aiguë généralisée par perforation gastrique probable, sans formellement écarter un syndrome d'ischémie mésentérique. La laparotomie exploratrice sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale n'a pas décelé d'épanchement péritonéal. Les organes intra-abdominaux étaient macroscopiquement normaux. Le réveil était différé en réanimation. Les suites opératoires immédiates étaient marquées par la survenue d'une détresse respiratoire aiguë avec hypoxémie. Le scanner thoraco-abdominal réalisé à la 12^{ème} heure après l'admission retrouvait un épanchement pleural liquidien bilatéral de moyenne abondance à droite et de grande abondance à gauche, un pneumo-médiastin avec emphysème cutané cervico-thoracique faisant évoquer une rupture d'organe creux intra-médiastinal. La séquence injectée mettait en évidence une perforation œsophagienne transmurale du tiers inférieur en montrant le passage du produit de contraste vers le trajet fistuleux. Un drainage pleural a été réalisé par

le médecin réanimateur au regard de l'imagerie thoracique. L'évolution vers un état de choc septique à la 15^{ème} heure après l'admission justifiait une assistance ventilatoire mécanique et un support hémodynamique par les catécholamines de synthèse. Une reprise pour thoracotomie postéro-latérale gauche avec ouverture au niveau du 7^{ème} espace intercostal et raphie œsophagienne était réalisée. L'exploration chirurgicale laissait découvrir une collection purulente semi-cloisonnée dans la partie postéro-latéro-basale de la plèvre gauche avec épaississement de la plèvre pariétale en regard et une atelectasie basale. Le médiastin laissait entrevoir des adhérences multiples et des débris nécrotiques et alimentaires avec une perforation siégeant à 5 Cm au-dessus du hiatus œsophagien.

La raphie œsophagienne était réalisée après une toilette pleuro-médiastinale soigneuse. Le patient était transféré en réanimation sous assistance ventilatoire mécanique pour la prise en charge post-opératoire. Le décès survenait au 2^{ème} jour post-opératoire dans un tableau de choc septique avec défaillance multi-viscérale.

Discussion

La perforation œsophagienne est considérée comme la plus fatale de toutes les perforations du tractus digestif. Le syndrome de Boerhaave correspond à une rupture spontanée de la paroi œsophagienne. Il concerne l'homme dans 80% de cas, avec un âge de prédilection entre 40 et 60 ans [1]. Malgré l'évolution des techniques chirurgicales et des mesures de réanimation, le pronostic demeure sombre et dépendant de la précocité diagnostique. La mortalité est de 100% en l'absence de traitement, et jusqu'à 50% dans les séries des patients traités.

Ce syndrome a été décrit pour la première fois par Herman Boerhaave, qui relatait le cas d'une perforation qui survenait chez le grand amiral de la flotte hollandaise le Baron van Wassenaer. La perforation était apparue au décours de vomissements importants après un repas copieux et bien arrosé [2]. L'élément déclenchant est habituellement un épisode de vomissement bien que d'autres causes aient été rapportées comme la manœuvre d'Hemlich ou des efforts de soulèvement qui augmentent brutalement la pression intra-œsophagienne [1]. La perforation siège le plus souvent sur le bord postéro-latéral gauche de l'œsophage thoracique inférieur 3 à 5 cm au-dessus du hiatus diaphragmatique [2, 3].

Il n'existe pas de signes pathognomoniques de la rupture spontanée de l'œsophage [1, 3, 4], tout ce qui contribue à rendre le diagnostic tardif généralement devant un tableau de médiastinite. Mais la triade de Mackler associant des efforts de vomissement après un repas copieux, des douleurs thoraciques à irradiation dorsale et un emphysème sous cutané est fortement évocatrice du syndrome.

Le transit œsophagien aux hydrosolubles permet d'affiner le diagnostic en mettant en évidence une fuite du produit de contraste dans la plèvre et/ou dans le médiastin. La tomодensitométrie avec opacification aux hydrosolubles objective une fuite digestive extra-luminale [1, 5, 6].

Le traitement de la brèche œsophagienne est absolument chirurgical. Les mesures de réanimation médicale doivent toujours encadrer le geste chirurgical. Elles comprennent une antibiothérapie probabiliste à large spectre qui sera réorientée par l'étude bactériologique des prélèvements péro-pératoires, la correction des troubles hémodynamiques et ventilatoires, ainsi que des troubles de l'équilibre acido-basique.

Dans notre observation, nous relevons que la symptomatologie douloureuse abdominale simulant un syndrome péritonéal versus syndrome d'ischémie mésentérique, dans un contexte clinico-biologique

peu spécifique, a contribué à retarder le diagnostic de rupture spontanée de l'œsophage. Cet égarément diagnostique initial a également conduit à retarder les mesures de réanimation et donc à grever le pronostic de notre patient. Par ailleurs, la survenue du décès à la 48^{ème} heure post-opératoire, dans un tableau de choc septique laisse suggérer que la réanimation péri-opératoire occupe une place prépondérante dans le management du syndrome de Boerhaave.

Conclusion

Le syndrome de Boerhaave est une entité clinique rare, de diagnostic difficile. Le pronostic est étroitement corrélé à la précocité et à la qualité de la réanimation initiale [7]. Le traitement de la perforation est strictement chirurgical. La réanimation médicale occupe une place prépondérante dans la période péri-opératoire.

Références

1. **Dayen C., Mishellany H., Hellmuth D., Mayeux I, Aubry P., Glerant J.C.** La rupture spontanée de l'œsophage ou syndrome de boerhaave : A propos de trois cas et revue de la littérature. Rev Mal Respir. 2001 ; 18 : 537-40.
2. **Rosière A., Michel L., Scavée V., Mulier S., Khoury A.** Traitement des perforations œsophagiennes. Encycl Méd Chir. 2004 : 40-220.
3. **Gerben van der Weg, Marald Wikkelin, Maarten van Leeuwend, Ewoud ter Avest.** A rare case of oesophageal rupture: Boerhaave's Syndrome. Int J Emerg Med. 2014, 7, 27.
4. **Repák R, Rejchrt S, Tachecí I, Vykouřil L, Dvořák P, Vacek V, Bureš J.** Spontaneous rupture of the oesophagus: Boerhaave's syndrome. Folia Gastroenterology-Hepatology 2004; 2: 40 - 5.
5. **Ladislau Hecser, Katalin Palfi Siklodi, Gabor Csiki, Maria Fluștur Lungu, Harald Jung, Octavian Buda.** Boerhaave syndrome. A case report. Romanian Society of Legal Medicine 2011; 19: 283-86
6. **Herb A. Phelan, Scott C. Brakenridge, Travis J. Rutland, Carl Maltese.** Boerhaave Syndrome Presenting as Massive Hemothorax. South Med J. 2009; 102: 202-03.
7. **Laure Aebya, Yvan Fournierb.** Syndrome de Boerhaave : une histoire en deux temps. Forum Med Suisse 2014 ; 14 : 162-64.