

Rupture spontanée de l'oesophage. A propos de quatre observations



FA Hunald*¹, AF Rakototiana², HN Rakoto-Ratsimba³
N Razafimanjato³, M Rakotovao³, Y Laborde⁴

¹ Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

² Service d'Urologie, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

³ Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

⁴ Service de Chirurgie Viscérale, Hôpital François Mitterrand 64046 Pau Cedex, France

Résumé

La rupture spontanée de l'oesophage (RSO) représente une urgence chirurgicale rare et grave. Nous en rapportons quatre cas observés et traités au Centre Hospitalier de Pau de janvier 1986 à janvier 2007. L'objectif est de montrer les difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Si le diagnostic est facile dans sa forme classique, il doit être évoqué dans sa forme atypique devant l'association d'une symptomatologie abdominale et pleuro-pulmonaire, d'une douleur basithoracique et de vomissements. La radiographie thoracique, l'oesophagographie et la tomodensitométrie constituent la clé du diagnostic. Quant à la prise en charge chirurgicale, une suture associée à une fistulisation dirigée et une exclusion oesophagienne semblent être les gestes les mieux adaptés.

Mots-clés: Oesophage; Exclusion oesophagienne; Fistulisation dirigée; Rupture spontanée

Esophagus spontaneous rupture. Report of four cases

Summary

Esophagus spontaneous rupture is an uncommon and serious surgical emergency. We report herein four cases observed and treated in Pau's Hospital from January 1986 to January 2007 aiming to show diagnosis and treatment difficulties. Diagnosis is easy in the most common type. In atypical forms, there is an association of abdominal and pleuropulmonary symptoms, basithoracic pain and vomiting. Pulmonary x-ray, barium meal and CT scan are the key of diagnosis. Surgical management combining suture, directed fistulization and esophagus exclusion would be recommended.

Keywords: Directed fistulization; Esophagus; Esophagus exclusion; Spontaneous rupture

Introduction

La rupture spontanée de l'oesophage (RSO) a été décrite pour la première fois par Boerhaave en 1924. C'est une déchirure habituellement longitudinale intéressant la totalité de la paroi d'un oesophage sain survenant le plus souvent au décours d'un effort de vomissement [1]. Cette affection est rare mais grave et reste encore grevée d'une lourde morbi-mortalité. Nous en rapportons quatre cas observés et traités au Centre Hospitalier de Pau de janvier 1986 à janvier 2007. Notre objectif est de montrer les difficultés diagnostiques et thérapeutiques, en particulier dans les formes atypiques, à travers une revue de la littérature.

Observation

Cas 1

Mme B..., 48 ans, était hospitalisée pour abdomen suraigu et vomissements. Le diagnostic de RSO était suspecté 26 heures après son admission par les images radiologiques et scannographiques montrant un épanchement pleural, un pneumomédiastin ainsi qu'un emphysème sous cutané cervical (Figure 1). Il était confirmé par un transit aux hydrosolubles qui objectivait une fuite au niveau du tiers inférieur de l'oesophage. Par thoracotomie gauche première, une exclusion uni-polaire distale par agrafage à la TA55, une fistulisation dirigée par un drain de Kehr mis dans l'oesophage au-dessus de la rupture et sorti à rétro et

une suture de l'oesophage étaient pratiquées. Une laparotomie permettait de réaliser une gastrostomie de décharge et une jéjunostomie d'alimentation. Les suites opératoires étaient marquées par une longue période infectieuse avec séquelles pleurales sans retentissement fonctionnel. La reperméabilisation digestive était spontanée à J+31 avec survenue d'une sténose serrée sur la ligne des agrafes à J+39 nécessitant quatre séries de dilatation endoscopique. L'évolution était marquée par un reflux gastro-oesophagien rapidement résolutif sous traitement médical.

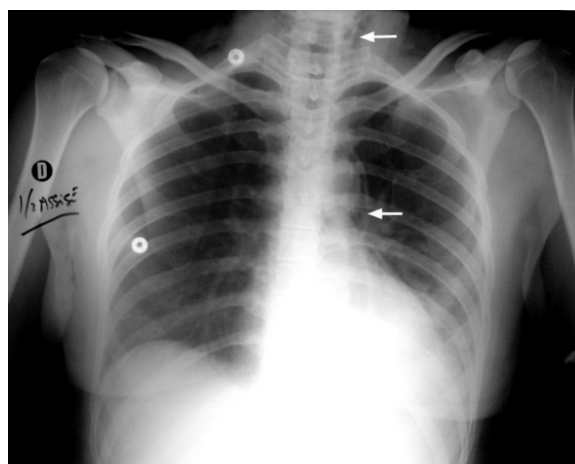


Fig. 1: Radiographie pulmonaire: pneumomédiastin et emphysème sous cutané cervical

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: allenhunald@yahoo.fr (FA Hunald).

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU-JRA Ampefiloha, BP 4150 101 Antananarivo, Madagascar

Cas 2

Madame E..., 81 ans, était hospitalisée dans un état général altéré associant une détresse respiratoire aiguë, un syndrome infectieux majeur et un syndrome d'épanchement pleural bilatéral. Un double drainage pleural bilatéral était mis en place ramenant un liquide purulent des deux côtés. L'évolution était marquée par le non tarissement de l'épanchement et une aggravation du syndrome infectieux. Onze jours après son admission, le transit œsophagien montrait une fistule œso-pleurale gauche au niveau de la jonction œso-cardio-tuberositaire (Figure 2). Le diagnostic de RSO était posé. L'état général et les antécédents de la patiente, et la difficulté à contrôler le sepsis ne permettaient pas de réaliser un traitement chirurgical. C'est dans ce contexte qu'un scanner thoracoabdominal avec injection et avec transit œsophagien à la gastrograffine avait été réalisé à J+12. Cet examen confirmait que le drain pleural gauche était bien en regard de la rupture et drainait la fistule œso-pleurale gauche. Par ailleurs, aucune tumeur du bas œsophage ou du cardia n'était constatée. La patiente décédait rapidement par la suite d'un choc septique.



Fig. 2: Transit œsogastrique: fuite du produit de contraste au niveau du tiers inférieur de l'œsophage

Cas 3

Madame I..., 64 ans, était hospitalisée pour une pleurésie purulente gauche enkystée avec médiastinite. Un drainage thoracique permettait une amélioration transitoire mais une RSO était évoquée devant plusieurs arguments : une pseudo fausse route avec vomissements retrouvée à posteriori par l'interrogatoire, une présence d'air en rétro-thyroïdien à la tomodensitométrie (Figure 3) et la nature des germes trouvés dans le liquide de drainage (origine ORL ou œsophagienne). La thorcotomie gauche indiquée 11 jours après son admission montrait une médiastinite globale sur toute la longueur de l'œsophage associée à un empyème antéro-supérieur droit. L'injection de bleu de méthylène en per-opératoire et la fibroscopie post-opératoire n'avaient pas permis de visualiser la lésion. Le traitement était une simple décortication. L'évolution était longue, marquée par une médiastinite suppurée mais la guérison était obtenue à J+125.

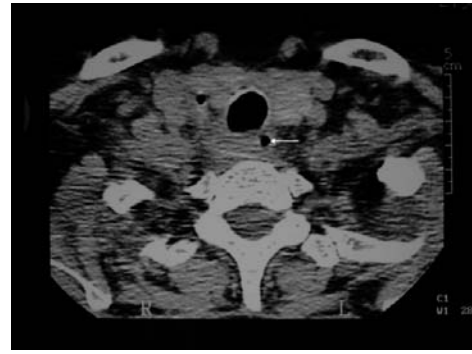


Fig. 3: Tomodensitométrie cervicale et thoracique : présence d'air en rétro-thyroïdien

Cas 4

Un homme de 57 ans, éthylique, était admis au service des urgences pour un thorax aigu après un effort de vomissement survenant à la suite d'un repas copieux. La radiographie et la tomodensitométrie (Figure 4) confirmait une RSO en montrant une image d'hydro-pneumothorax gauche et un pneumomédiastin. Le délai diagnostique était de quatre heures. Par thorcotomie gauche première, une médiastinite très avancée était constatée. Un lavage, un parage et une suture sur un drain de Kehr mis au dessus de la lésion étaient réalisés. Une laparotomie permettait d'effectuer parallèlement une exclusion œsophagienne distale à l'aide d'agrafe TA 55, une gastrostomie de décharge et une jéjunostomie d'alimentation. Les suites opératoires étaient simples. La réimperméabilisation spontanée était obtenue à J+12 avec un séjour hospitalier de 16 jours.



Fig. 4: Transit œsogastrique: fuite du produit de contraste au niveau du tiers inférieur de l'œsophage

Discussion

La RSO est de diagnostic facile dans sa forme classique [2] mais certaines formes dites « atypiques » posent des problèmes diagnostiques. Ainsi, elles intéressent les sujets de sexe masculin, éthyliques, âgés de 40 et 60 ans [3]. Cette situation n'est retrouvée qu'une seule fois (observation 4) dans notre étude. La littérature évoque également des cas survenant chez des sujets jeunes et des nourrissons [4,6]. Sur le plan lésionnel, il s'agit d'une rupture pan murale portant sur le tiers inférieur de l'œsophage. La confirmation de ce type de lésion n'a pas pu être faite chez deux de nos patientes : chez l'une d'elles, l'état clinique n'avait pas permis un traitement chirurgical (observation 2) ; chez l'autre (observation 3), la lésion

n'était pas vue lors de la thoracotomie alors que tous les éléments cliniques et para cliniques étaient évocateurs. Il s'agissait probablement d'une RSO cervicale bouchée, forme cervicale évoquée par certains auteurs se cicatrisant au bout de 10 jours de traitement médical [1]. Du point de vue physiopathologique, la RSO est liée à une augmentation brutale de la pression intraluminaire de l'œsophage, supérieure à 200 mmHg, laquelle s'observe habituellement au décours des vomissements [6,7]. Nos quatre observations confirment cette étiologie. Récemment, le rôle de la structure anatomique des fibres musculaires du bas œsophage a été évoqué [8]. Cliniquement, la triade de Mackler associant vomissement, douleur thoracique et emphysème, très spécifique d'une RSO, est rarement retrouvée [7]. Pour notre part, la douleur est constante mais les circonstances sont variées : abdomen aigu conduisant à une urgence chirurgicale (cas 1) ou tableau de thorax aigu qui égare vers une pathologie pleuropulmonaire (cas 3 et 4). Le diagnostic peut n'être constaté qu'en post-mortem [6]. Dans les formes typiques, les examens para cliniques confirment le plus souvent le diagnostic. La radiographie pulmonaire standard montre souvent des signes indirects médiastinaux et pleuro-pulmonaires [7] : pneumomédiastin, emphysème sous cutané, pneumothorax, pleurésie, pneumopathie de base. Le transit œsophagien aux hydro-solubles est l'examen essentiel [7]. La tomodynamométrie peut redresser le diagnostic en cas de transit normal, de RSO vu tardivement ou de tableau abdominal en montrant des signes indirects : oedème péri-œsophagien, pneumomédiastin ou médiastinite [9]. La fibroscopie est inutile et souvent contre indiquée car risquant aggraver les lésions et augmenter la contamination médiastinale dans les cas vus précocement. Elle n'a d'intérêt que dans les formes vues tardivement [7]. La thoracoscopie n'est indiquée que dans les cas difficiles ou de doute diagnostique mais paraît rarement concluante et débouche le plus souvent vers une thoracotomie. L'attitude thérapeutique est variable et souvent controversée [7,10]. Le traitement non opératoire a une place limitée [11]. Le traitement chirurgical conservateur est proposé par certains auteurs quel que soit le délai thérapeutique [12]. Pour d'autres, l'indication de la réparation primaire dépend de la viabilité de la paroi de l'œsophage, de l'importance de l'infection médiastinale et pleurale en tenant compte du terrain et du délai diagnostique et thérapeutique [13,14]. Le traitement endoscopique est aussi d'actualité [15]. Une chirurgie non conservatrice d'œsophagectomie pourrait être dans certains cas le seul recours [13,16]. Le traitement de choix dans les formes vues dans les premières 24 heures est la suture directe malgré un taux important de fistule et une mortalité de 19% [10]. La fistulisation dirigée sur un drain en T est proposée pour les formes tardives avec une mortalité de 25 à 54% [10]. L'exclusion œsophagienne est également proposée afin d'éviter les reflux gastriques [17]. Dans nos observations, le traitement chirurgical a été adapté à chaque cas. L'association suture directe, fistulisation dirigée sur drain de Kehr et exclusion du bas œsophage était indiquée dans les cas associés à médiastinite sévère. Dans tous les cas, un diagnostic précoce et une prise en charge médico-chirurgicale rapide conditionnent les chances de survies du patient [18]. L'évolution à long terme de cette pathologie est marquée dans la majorité des cas par la

survenue d'un reflux gastro-œsophagien [19]. Ceci a été constaté dans l'une de nos observations (Cas n°1) au recul de 12 mois. Par contre aucune récurrence n'a été notée.

Conclusion

La RSO est une pathologie grave. Si le diagnostic est facile dans sa forme typique, certaines difficultés peuvent apparaître liées à son polymorphisme clinique. Les signes spécifiques sont parfois absents ou ignorés et il convient d'en évoquer le diagnostic devant une douleur basithoracique avec vomissement ou une douleur abdominale associée à une symptomatologie pleuro-pulmonaire. Malgré un traitement chirurgical associant suture directe, drainage dirigé et exclusion œsophagienne, la morbi-mortalité demeure élevée.

Références

- 1- Lavalou JF, Leprince B, Le Gall G, Galand A, Le Clech G, Bourdinière J. Les perforations spontanées de l'œsophage cervical (à propos de deux cas). *J Fr Oto-Rhino-Laryngol* 1986; 35: 325-8.
- 2- Gignoux M, Damme A, Salame E, Maurel J, Bonvalot S, Segol P, et al. Le traitement chirurgical des ruptures spontanées de l'œsophage thoracique. *Lyon Chir* 1994; 90: 409-13.
- 3- Abbott OA, Mansour KA, Logan WD, Hatcher CR, Symbas PN. Atraumatic so-called « spontaneous » rupture of the esophagus. A review of 47 personal cases with comments on a new method of surgical therapy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1970; 59: 67-83.
- 4- Henderson JA, Péloquin AJ. Boerhaave revisited : spontaneous esophageal perforation as a diagnostic masquerader. *Am J Med* 1989; 86: 559-67.
- 5- Anthony JHA, Poeze M, Heurn EV. Boerhaave's syndrome in children : a case report and review of the literature. *J Pediatr Surg* 2006; 41: 1620-3.
- 6- Clément R, Bresson C, Rodat O. Spontaneous esophageal perforation. *J Clin Forensic Med* 2006 ; 13 : 353-5.
- 7- Mutter D, Evrard S, Hemar P, Keller P, Schmidt C, Marescaux J. Le syndrome de Boerhaave ou rupture spontanée de l'œsophage. *J. Chir* 1993; 130: 231-6.
- 8- Korn O, Onate JC, Lopez R. Anatomy of the boerhaave syndrome. *Surgery* 2007; 141: 222-8.
- 9- Dayen C, Mishellany H, Hellmuth D, Mayeux I, Aubry P, Glerant JC, et al. La rupture spontanée de l'œsophage ou syndrome de Boerhaave. *Rev Mal Respir* 2001; 18: 537-40.
- 10- Cadranet JF, Gripon P, Pariente D, Hagiage M, Luciani F, saigot T, et al. Perforation œsophagienne spontanée. Diagnostic radiologique. *J Radiol* 1988; 69: 45-7.
- 11- Cheynel N, Arnal E, Peschaud F, Rat P, Bernard A, Favre J-P. Perforation et rupture de l'œsophage : prise en charge et pronostic. *Ann Chir* 2003; 128: 163-6.
- 12- Jougou J, Mc Bride T, Delcambre F, Minniti A, Velly J-F. Primary esophageal repair for Boerhaave's syndrome whatever the free interval between perforation and treatment. *Eur J Cardiothorac surg* 2004; 25: 475-9.
- 13- Muir AD, White J, McGuigan JA, McManus KG, Graham AN. Treatment and outcomes of esophageal perforation in a tertiary referral centre. *Eur J Cardiothorac surg* 2003; 23: 799-804.
- 14- Foroulis NC, Desimonas N. Delayed rupture of a primary esophageal repair for Boerhaave's syndrome. *Eur J Cardiothorac surg* 2004; 26: 870.
- 15- Petruzzello L, Tringali A, Riccioni ME. Boerhaave's syndrome : treatment with temporary self-expandable plastic stent. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 608-12.
- 16- Omar AK, Clifford WB, David FW, Khalid MA. Recurrent spontaneous esophageal rupture. *Eur J Cardiothorac Surg* 2005; 28: 178-9.
- 17- Grosdidier J, Boissel P, Bresler L, Vidrequin A. Exclusion œsophagienne par agrafe en « autosuture » Son intérêt dans le traitement des ruptures spontanées de l'œsophage. *Chirurgie* 1987; 113: 689-93.
- 18- Pourriat JL, Josse P, Kierzek G, Dumas F, Benadadgi S. Syndrome de Boerhaave : urgence aux urgences. *Ann Fr Anesth Réanim* 2007; 26: 381-8.
- 19- D'journo XB, Doddoli C, Avaro JP, Lienne P, Giovannini MA, Giudicelli R, et al. Long-term observation and functional states of the esophagus after primary repair of spontaneous esophageal rupture. *Ann Thorac Surg* 2006; 81: 1858-62.