



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Le pneumomédiastin spontané, un diagnostic différentiel rare et bénin du syndrome de Boerhaave. À propos d'un cas



Spontaneous pneumomediastinum, a rare and benign differential diagnosis of Boerhaave's syndrome. A case report

M. Lebecque^a, F. Michelin^a, M. Vial^{a,*},
A. Taifas^b, T. Guerin^a

^a Service d'accueil des urgences – SMUR, centre hospitalier de Roanne, 28, rue de Charlieu, 42300 Roanne, France

^b Service de radiologie, centre hospitalier de Roanne, 28, rue de Charlieu, 42300 Roanne, France

Reçu le 18 novembre 2013 ; accepté le 19 décembre 2013

Disponible sur Internet le 6 mars 2014

MOTS CLÉS

Pneumomédiastin ;
Emphysème
sous-cutané ;
Vomissement ;
Syndrome de
Boerhaave

Résumé Nous rapportons un cas de pneumomédiastin spontané (PMS) survenu chez un homme jeune au décours d'un effort de vomissement. Avec une incidence comprise entre 0,01 et 0,001 % des patients vus à l'hôpital, le PMS est l'un des rares diagnostics différentiels des perforations digestives et notamment du syndrome de Boerhaave ; son évolution est cependant spontanément favorable. Nous avons ainsi été amenés à exclure l'existence d'une atteinte digestive afin de confirmer le diagnostic et d'adapter notre prise en charge. Dans la discussion, nous passons en revue les éléments cliniques, biologiques et radiologiques disponibles à partir des quelques séries de cas publiées de PMS ; nous proposons enfin un arbre décisionnel pour la prise en charge de cette pathologie.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Pneumomediastinum;
Subcutaneous
emphysema;

Summary We report a case of spontaneous pneumomediastinum (PMS) on a young man, following vomiting. With an incidence of 0.01 to 0.001% of in-hospital patients, PMS is one of the rare digestive perforation's differential diagnosis and can easily be mistaken for a Boerhaave's syndrome. Its evolution, however, is always benign. So we had to exclude a digestive injury in

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : michael.vial@laposte.net (M. Vial).

Vomiting;
Boerhaave's
syndrome

order to confirm the diagnosis and then adapt our management. In the discussion, we review the clinical, biologic and radiologic information available from the few reported cases of PMS; finally, we propose an algorithm for the management of this disease.
© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le pneumomédiastin spontané (PMS) est une entité pathologique rare et peu connue des services d'urgences. Sa présentation clinique associe emphysème sous-cutané, douleurs thoraciques et dyspnée; son principal risque est par conséquent d'être confondu avec un tableau de fistule aéro-digestive, conduisant parfois à la réalisation d'investigations et de mesures thérapeutiques inutiles, voire délétères. Son évolution est pourtant spontanément favorable et autorise une hospitalisation courte et une simple surveillance. Le cas de PMS que nous décrivons est survenu chez un homme jeune au cours d'un effort de vomissement.

Observation

M. J.B., âgé de 21 ans, a été admis le 10 mars 2013 au service des urgences de Roanne en raison d'une douleur thoracique atypique, associée à une dyspnée et un emphysème sous-cutané cervical. Le patient avait présenté la veille plusieurs épisodes de vomissements non sanglants dans un contexte d'alcoolisation festive. Ses antécédents sont essentiellement marqués par un asthme allergique.

À l'admission dans le service d'urgence, l'examen clinique retrouve un patient calme, sans signe de choc; les constantes physiologiques sont dans les limites de la normale. M. B. se plaint essentiellement d'une douleur thoracique rétrosternale modérée, non constrictive, majorée par l'inspiration profonde, sans réelle irradiation ainsi que d'une discrète polypnée superficielle. L'échelle visuelle analogique de la douleur est cotée à 5/10, la fréquence respiratoire mesurée à 21 par minute. L'auscultation cardiaque met en évidence des bruits surajoutés difficilement caractérisables et qualifiés de « frottements péricardiques ». On retrouve à la palpation du cou un emphysème sous-cutané cervical antérieur étendu avec crépitations neigeuses caractéristiques. Le reste de l'examen est normal. Une discrète hyperleucocytose à 14 G/L ainsi qu'une CRP subnormale à 14 mg/L complètent le tableau clinicobiologique.

L'hypothèse d'une rupture œsophagienne au décours d'efforts de vomissements (ou syndrome de Boerhaave) amène à la réalisation sans délai des examens d'imagerie cervicothoracique. La radio-thoracique de face confirme l'existence d'un pneumomédiastin associé à un emphysème cervical sous-cutané. Le scanner cervicothoracique injecté confirme la présence d'air sur toute la hauteur du médiastin associée à un pneumorachis et à un emphysème sous-cutané des parties molles cervicales; il n'est en revanche pas noté d'atteinte de la paroi œsophagienne ni trachéale (Fig. 1A, B, C).

Les avis du gastro-entérologue ainsi que du chirurgien viscéral de l'hôpital sont sollicités pour organiser la suite

de la prise en charge: devant l'absence de signe de gravité immédiate, il est décidé de tenter un traitement médical conservateur avec surveillance rapprochée: mise à jeun, hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée pour les 24 premières heures puis en service de gastro-entérologie sous couvert d'un traitement antibiotique par amoxicilline-acide clavulanique. La notion de vomissements conduit à la réalisation d'un transit œsogastrique à la gastrograffine associé à un scanner avec injection d'hydrosolubles. Aucun signe de fistule digestive ni de collection périœsophagienne ou périgastrique n'est mis en évidence (Fig. 1D).

Devant l'absence de perforation œsophagienne et la régression spontanée des symptômes, le diagnostic de syndrome de Boerhaave est finalement écarté au profit de celui de pneumomédiastin spontané au décours d'efforts de vomissements. Au sixième jour, M. B. quitte l'hôpital asymptomatique et sans traitement particulier.

Discussion

Avec une incidence comprise entre 0,01 et 0,001% des patients vus à l'hôpital [1–4], le PMS est une entité rare dont la présentation clinique initiale peut évoquer celle d'une perforation œsophagienne ou trachéale [5,6]. Son évolution, toujours bénigne, autorise une prise en charge minimale et la distingue des tableaux de fistule aéro-digestive (notamment le syndrome de Boerhaave) dont la mortalité oscille aujourd'hui encore autour de 25% [7]. Le diagnostic sera affirmé au terme d'une exploration adaptée, visant en particulier à éliminer l'existence d'atteinte digestive.

La possibilité même d'une fuite aérienne provenant des alvéoles pulmonaires en l'absence de rupture trachéobronchique ou œsophagienne a d'abord été mise en doute par Laënnec dans son *Traité de l'auscultation médiate* [8]. En 1939 Hamman évoque de nouveau cette hypothèse dans sa description princeps d'un « emphysème pulmonaire interstitiel » et donne son nom à un nouveau syndrome [9,10]. En 1944, Macklin et Macklin proposeront la première explication physiopathologique de ce qui sera désormais appelé le PMS: en cas de surpression thoracique, l'air intra-alvéolaire gagne l'interstitium pulmonaire en suivant un gradient de pression, puis progresse en suivant la trame broncho-vasculaire jusqu'au hile et aux tissus sous-cutanés, où la pression est la plus faible [11].

Le patient-type du PMS décrit dans la littérature semble correspondre trait pour trait à celui que nous présentons: un homme, d'une vingtaine d'années, fumeur, aux antécédents d'asthme [2,3,12–15]. L'événement déclenchant est retrouvé dans 60% des cas [2] et consiste alors en une situation de barotraumatisme ou d'hyperreactivité bronchique: crise d'asthme, toux, effort de vomissement, exercice

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3251421>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3251421>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)