

# SYNDROME de BOERHAAVE

Pouget Baudry Yaël, CHU Angers  
DESC Brest juin 2008.

# Définition

- Rupture spontanée de l'œsophage thoracique.
- Responsable d'une médiastinite postérieure.
- 64% des perforations oesophagiennes (en dehors de la chirurgie cardiaque).

# Épidémiologie

- Rare mais grave, car le diagnostic est le plus souvent tardif (après la 12ème heure, d'évolution).
- Mortalité: jusqu'à 40%.

# Clinique

- Souvent après un repas copieux et des efforts importants de vomissements.
- ATCD fréquents:
  - Alcoolisme chronique
  - Obésité
  - Œsophage déjà pathologique (RGO, ulcère, HH)

- Évolution naturelle: médiastinite nécrosante (chimique) puis médiastinite infectieuse (8 à 12h).
- Pas de SC spécifique.
- Diagnostic, plus souvent tardif, devant un tableau septique grave.

# Signes fonctionnels évocateurs

- Douleur basithoracique / rétroxyphoïdienne, à irradiation dorsale.
- Toux + expectorations.
- Dyspnée +/- détresse respiratoire.
- Dysphagie + fausse hypersialorrhée (défaut de déglutition).
- Nausées, vomissements, trismus.

# Examen clinique

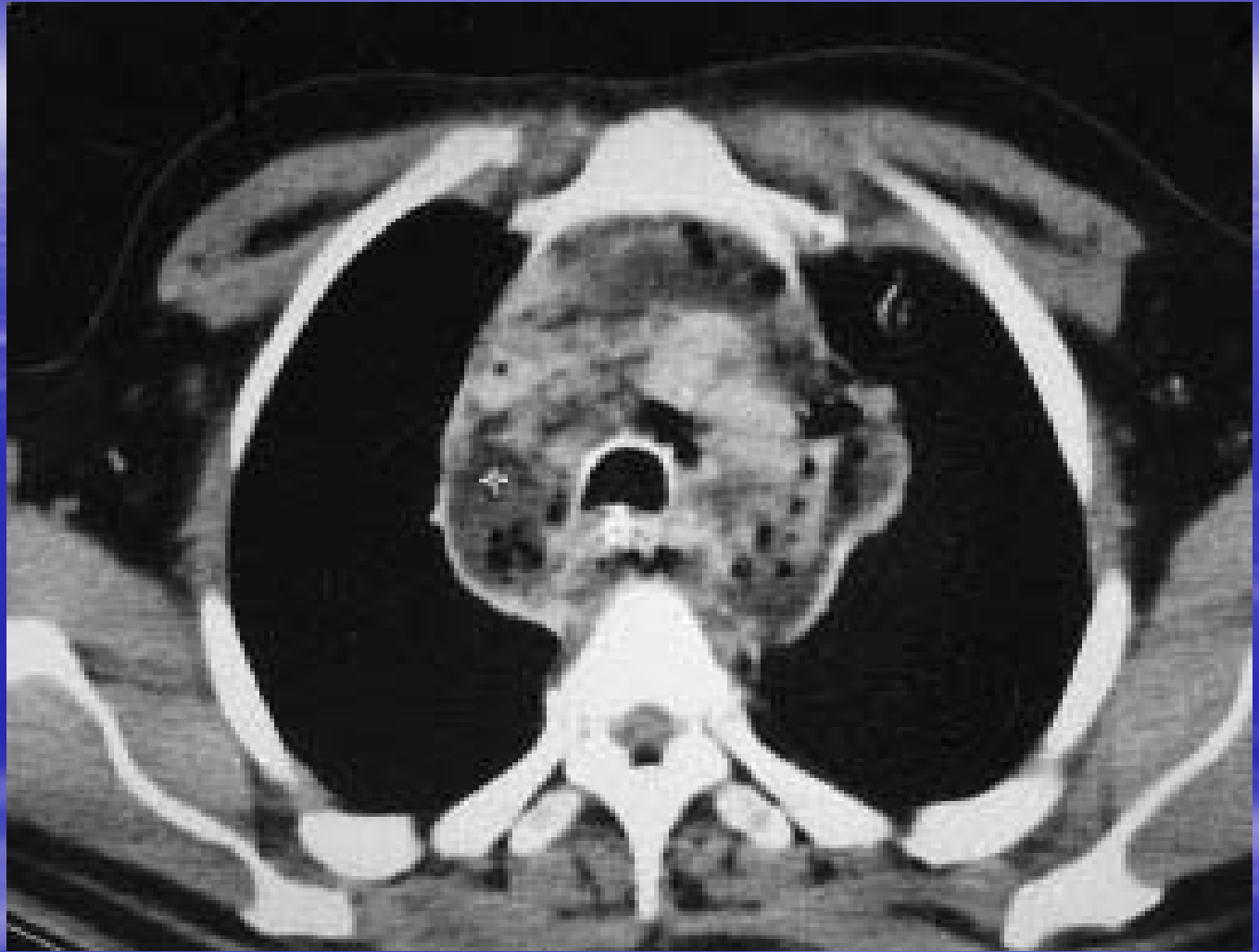
- Œdème cervical +/- sus claviculaire.
- Diminution / abolition MV.
- Emphysème sous cutané cervical et de la partie supérieure du thorax.
- **Triade de MACKLER:**
  - Vomissements,
  - Puis douleur et emphysème sous- cutané,

=> Évocatrice du Sd de Boerhaave.

# Examens complémentaires

- Bio: hyperleucocytose à PNN.
- Radio pulmonaire:
  - Élargissement médiastin supérieur.
  - Épanchement pleural uni / bilatéral.
  - Emphysème sous-cutané / médiastinal.
  - PNO / hydroPNO.

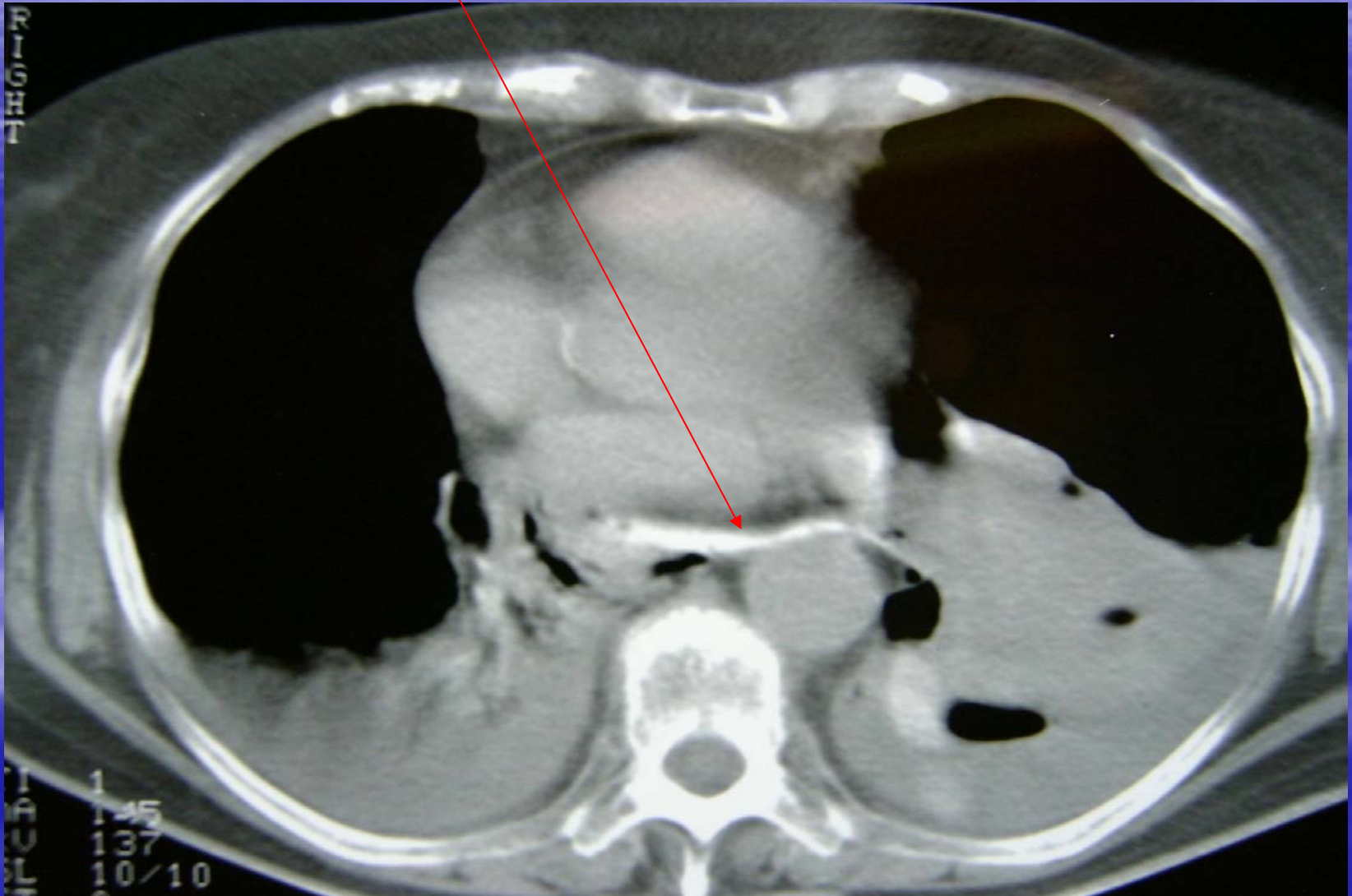
- **TOGD aux Hydrosolubles +++:** simple et rapide. Fuite de PDC dans la plèvre / médiastin.
- TDM + opacification aux HS: fuite digestive extra luminale, extension locale et à distance +++.
- Endoscopies digestives: pas assez sensibles, et risque élevé de PNO.

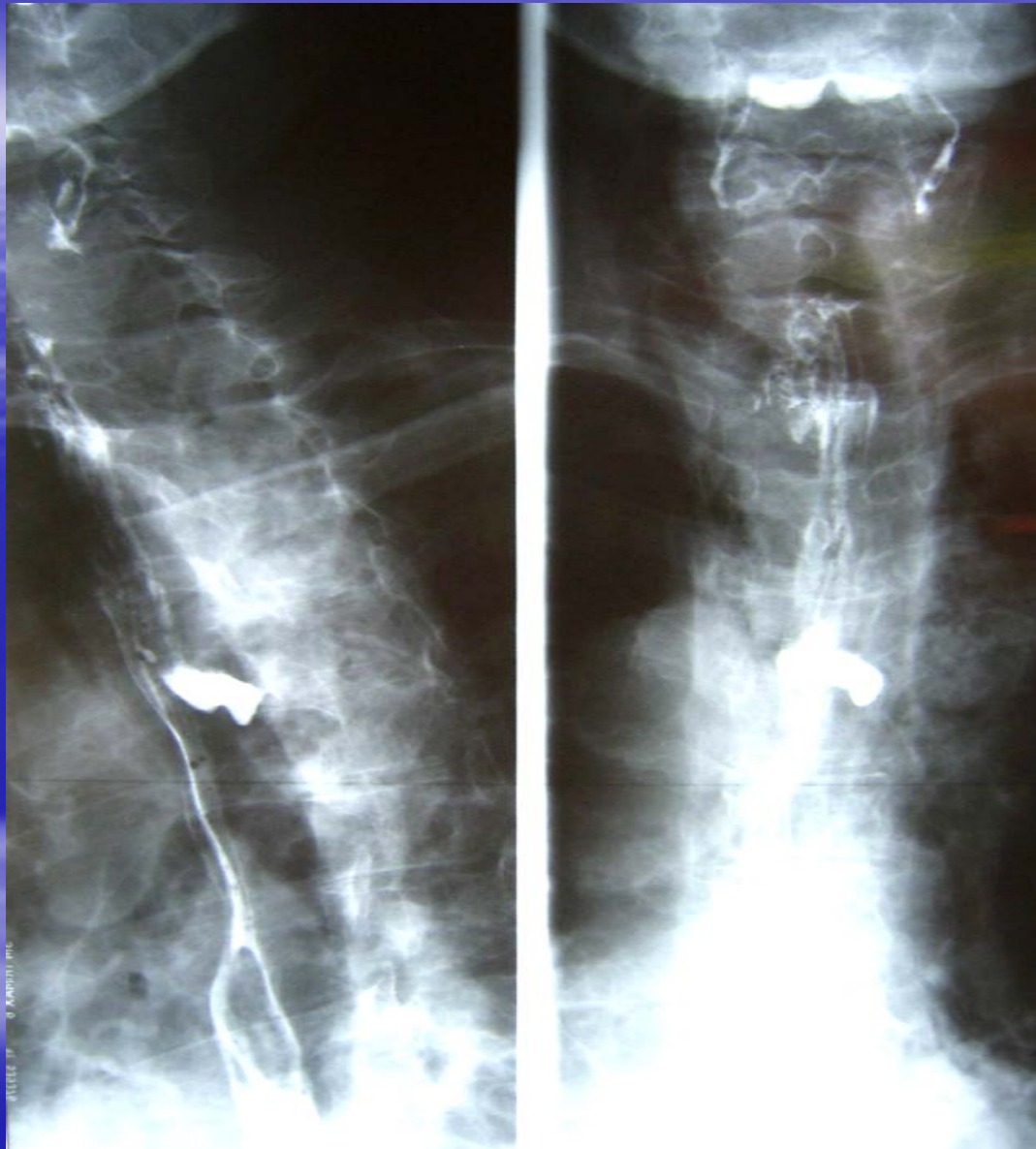




Transit oesogastroduodénale avec perforation du bas oesophage

Photographie N°4 : Tomodensitométrie avec ingestion d'hydrosolubles :  
**Fuite du produit contraste** signant la perforation  
Pneumomédiastin et Epanchement pleural bilatéral.





Perforation du 1/3  
Moyen de l'oesophage

# Complications

- Érosion des gros vaisseaux.
- PNP, pleurésie.
- Péricardites purulentes.
- Infections persistantes, empyème.
  
- Fistule pleuro oesophagienne,
- Fistule trachéale,
- Thrombophlébite suppurée de la veine jugulaire interne.

# Traitement

- Débuter immédiatement double antibiothérapie (amoxicilline + ac. clavulanique pendant au moins 3 semaines et Gentamycine).
- Surveillance rapprochée, en milieu spécialisé (hospitalisation prolongée).
- Alimentation par jéjunostomie, quelque soit le TTT chirurgical choisit.

# TTT de perforation: CHIRURGICAL

- TTT « idéal » pour la perforation sus diaphragmatique vue avant la 24ème heure:
  - Suture brèche oesophagienne.
  - Toilette pleuro-médiastinale.
  - Drainage en déclive.
  - Confection d'une jéjunostomie d'alimentation.
  - En complément de la suture simple (si chirurgie précoce), barrage avec le tissu de voisinage, mais milieu septique...(plèvre, tissu intercostal...)

# Principaux risques: désunion par

- Nécrose des bords de la perforation.
- Œdème local.
- Milieu septique.
- **Taux de fistules: 25 – 50%** (fonction du délai de la prise en charge).

- Exclusion uni/bipolaire de l'œsophage (-): geste lourd...
- Alternative intéressante:
  - **Fistulisation dirigée** avec drain de Kehr: la branche verticale étant dans l'œsophage, et la branche horizontale ressort par une contre incision thoracique (en aspiration).
  - Retrait du drain de Kehr vers le 40ème jour.

# Au total,

- Diagnostic tardif ( > 12h).
- Mortalité importante.
- Pas de signe spécifique.
- Diagnostic: **RP et TOGD aux HS.**
- TTT chirurgical en urgence:
  - Suture de la brèche / drain de Kehr.
  - Toilette pleuro médiastinale + drainage.
  - Jéjunostomie.
  - Double antibiothérapie.
  - Surveillance.

# Mortalité fonction du geste chirurgical

- Méta analyse: 1213 patients (1980 à 1992).

Suture (en 2 plans)	17%
Drainage / fistulisation	34%
Résection	34%
Exclusion	43%

# Mortalité fonction du délai de prise en charge

- 52 patients.

Avant 24h	Après 24h
6,7%	69%

# Références

- F Ethuin, O Marie, L Jacob, conférences d'actualisation, SFAR 1998.
- F. Genier, E. Letessier, A. Hamy, J. Paineau; J. Chir., 1992.
- Estrera AS Surg Gynecol Obstet 1983.
- Wheatley MJ Ann Thorac. Surg 1990.
- Facteurs pronostiques et traitement des perforations selon la littérature, T. Perniceni, B. Scotto, B. Gayet.
- Perforations spontanées et instrumentales de l'œsophage thoracique, Ch. Michel, C. Lefrançois, B. Apoil, et al., Ann. Chir., 1991, 45, n° 7, 570-576.