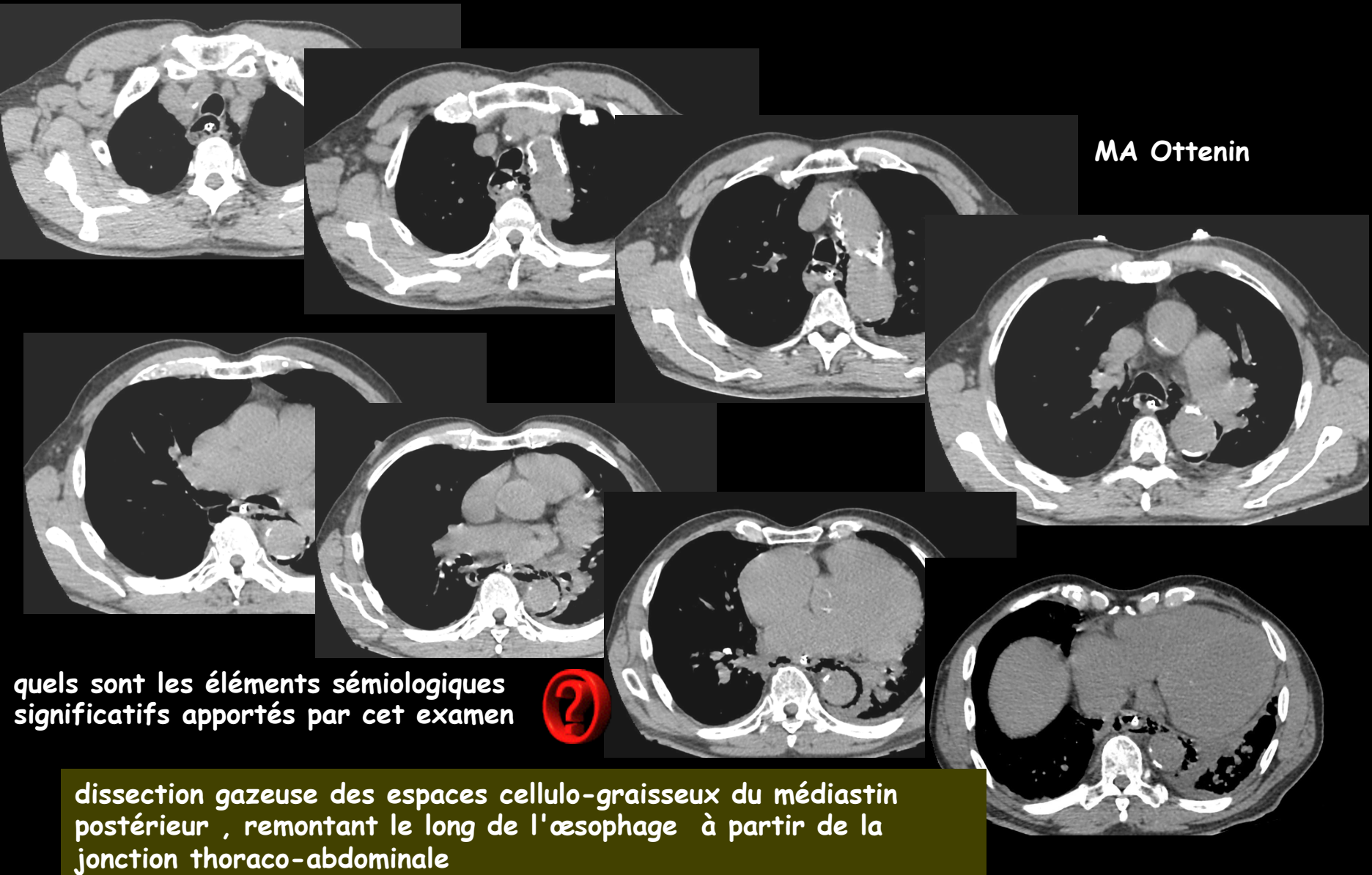
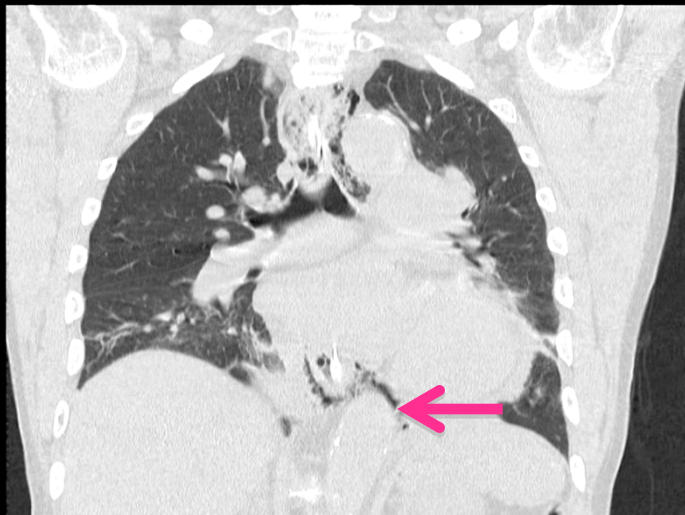
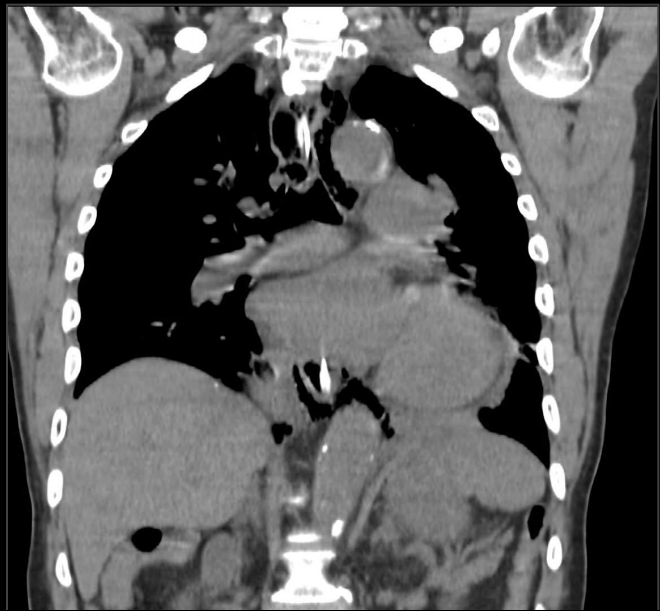


Patient de 79 ans. ; douleurs abdominales fébriles évoluant depuis 24 heures; apparition douleur thoracique gauche, dyspnée, et hématurie . Mise en place d'une sonde d'aspiration naso-gastrique . Scanner sans injection de produit de contraste

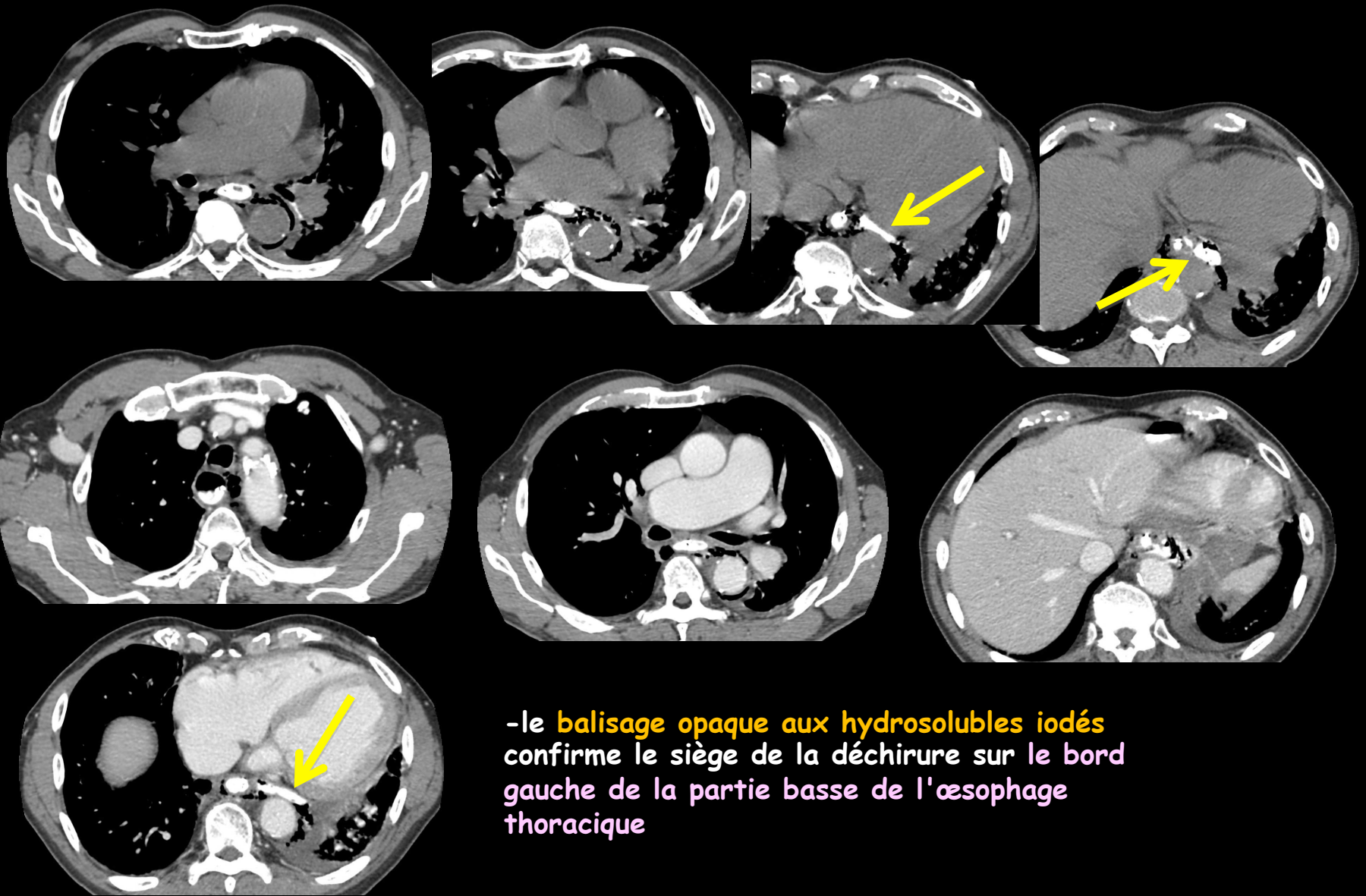




bien évidemment , en l'absence de geste endoscopique empruntant l'œsophage récent (fibroscopie digestive haute , mais aussi échocardiographie trans œsophagienne , vous portez le diagnostic de rupture "spontanée" de l'œsophage ou syndrome de Boerhaave

- les reformations coronales en fenêtres "tissus mous" et "parenchyme pulmonaire" montrent clairement le point de départ de la diffusion du gaz , à hauteur du bas œsophage .
- dans le contexte clinique sus cité , quel diagnostic suspectez-vous , comment confirmer votre hypothèse





-le **balisage opaque aux hydrosolubles iodés** confirme le siège de la déchirure sur le bord gauche de la partie basse de l'œsophage thoracique

-il existe un épanchement pleural et une hypoventilation marquée de l'hémi-thorax gauche , évocateurs d'une **fistule oeso-pleurale** mais le trajet n'est pas objectivé par le produit de contraste que l'on ne retrouve pas non plus dans le liquide pleural (ce qui n'exclut pas le diagnostic car le trajet n'est pas forcément à haut débit

Ruptures oesophagiennes

Clinique très variable:

Tableau thoracique aigu hyperalgique à début brutal+++.

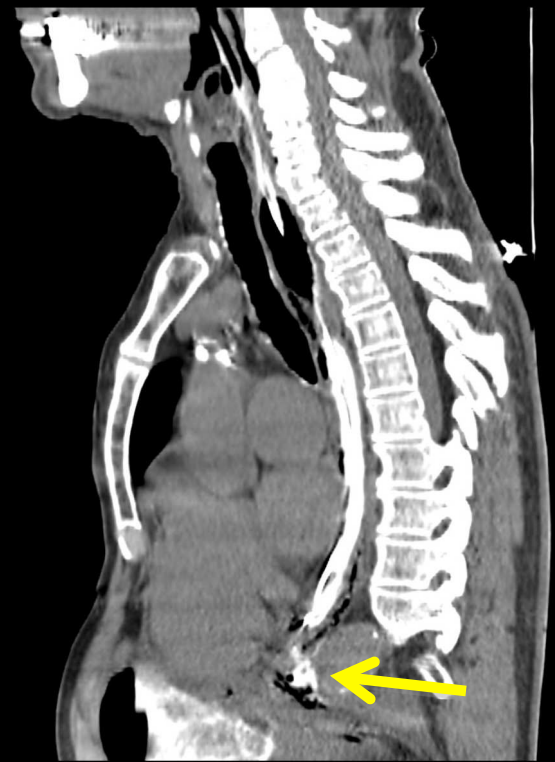
Tableau infectieux subaigu: **pleurésie**, **médiastinite**

Etiologie:

Rupture spontanée sur oesophage apparemment sain.

Perforation: plaie transmurale sur oesophage pathologique ou consécutive à des manoeuvres endoscopiques endoluminales diagnostiques et / ou thérapeutiques

15%	rupture spontanée
65%	iatrogène
14%	corps étranger acérés déglutis (arête de poisson, bréchet de poulet, fragment osseux, produit caustique, comprimé médicamenteux toxique ...)
6%	divers



Buts de l'imagerie:

- confirmer le diagnostic => neumomédiastin
- localiser la brèche
- identifier un corps étranger radio-opaque
- évaluer le retentissement loco-régional et diagnostiquer les complications

Radiographies standard

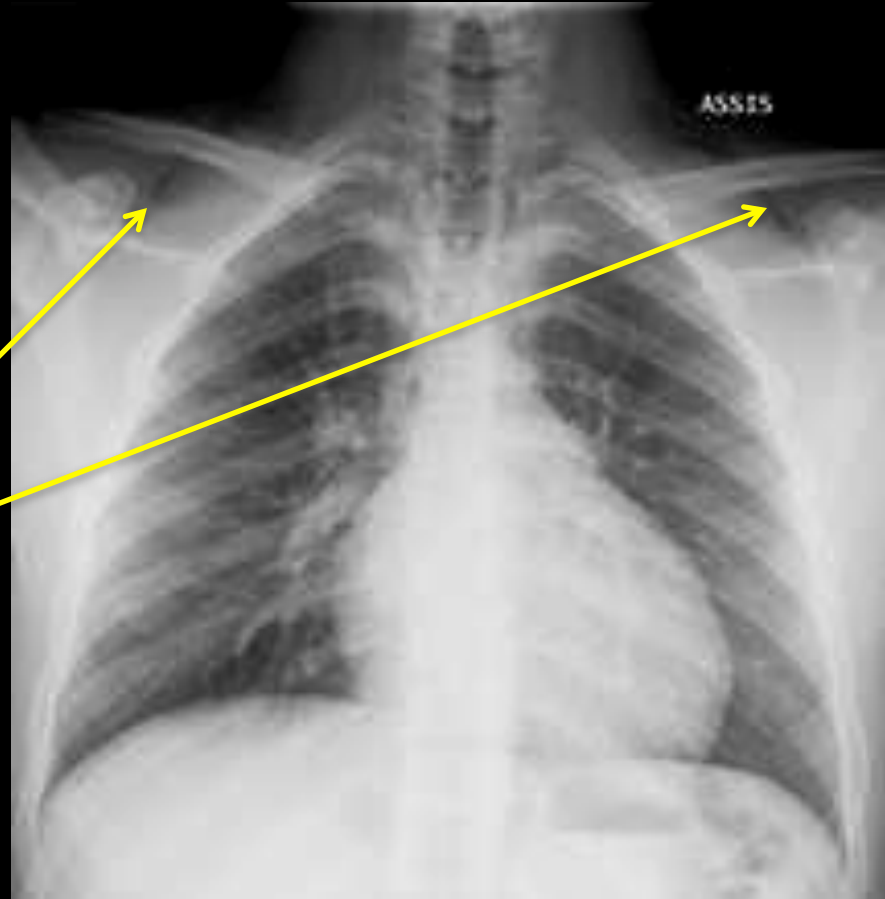
Recherche signes directs ou indirects pneumomédiastin.

Signes directs:

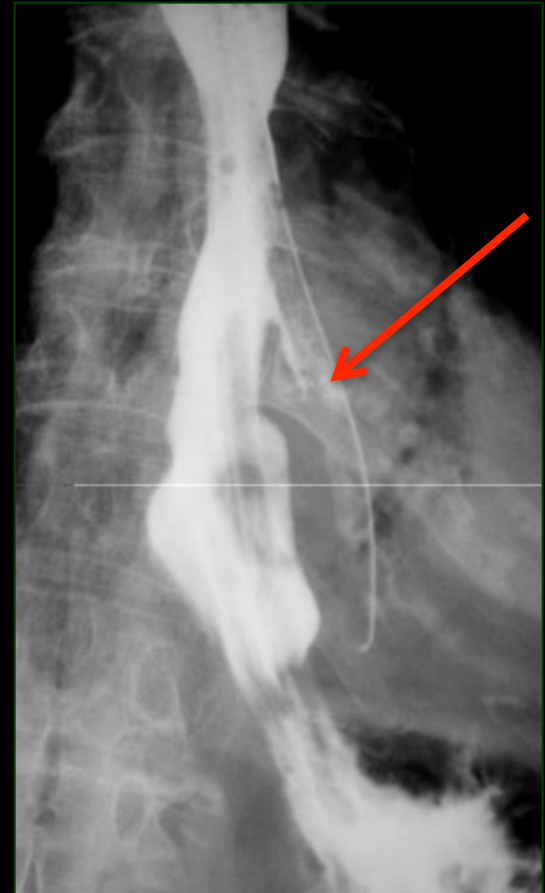
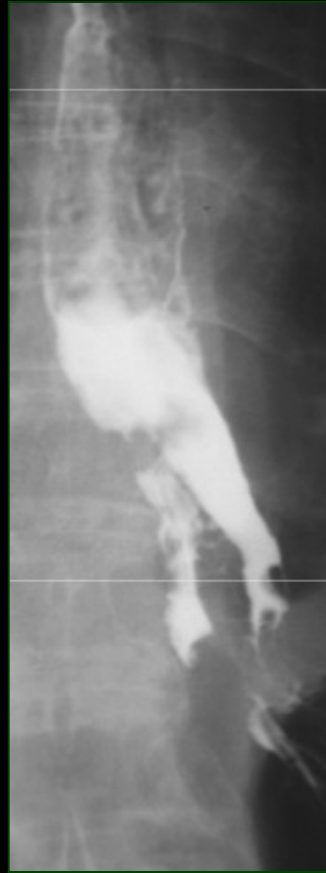
- Aspect feuilleté du médiastin
- Lignes radiotransparentes délimitant médiastin
- Emphysème sous-cutané

Signes associés:

- Epanchement pleural
- Pneumopathie ou atélectasie basale gauche



Transit oesophagien



Utile

- pour le suivi évolutif.
- pour le diagnostic positif et topographique des ruptures autres que "spontanées" comme celles présentées ci-dessus qui sont des ruptures iatrogènes
- MAIS chaque fois que possible , préférer le scanner avec balisage opaque aux iodés hydrosolubles et reformations multiplanaires pour l'étude précise des remaniements péri-oesophagiens et à distance (médiastin , plèvre , parenchyme pulmonaire)

Formes cliniques des ruptures de l'oesophage

Rupture de l'œsophage cervical.

- rares
- instrumentales ou sur corps étrangers déglutis

Rupture de l'œsophage thoracique:

- Rupture de l'œsophage moyen: rare, après endoscopie
- Rupture de l'œsophage distal: **forme classique (Boerhaave)**, compliquant un effort de vomissement post-prandial brutal qui "surprend" le sphincter œsophagien inférieur, entraînant une dilatation endoluminale à haute pression qui peut provoquer un **accroissement de 5 fois le diamètre normal**. La déchirure se fait toujours au même endroit, sur le bord gauche, au tiers inférieur de l'œsophage thoracique, en raison d'un point faible de la paroi à ce niveau

Rupture de l'œsophage abdominal:

- rare
- diagnostic difficile, tableau moins bruyant (**pneumopéritoine**)

Rupture oesophage cervical

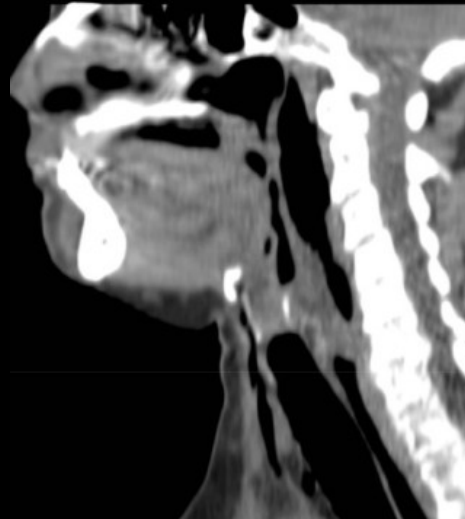
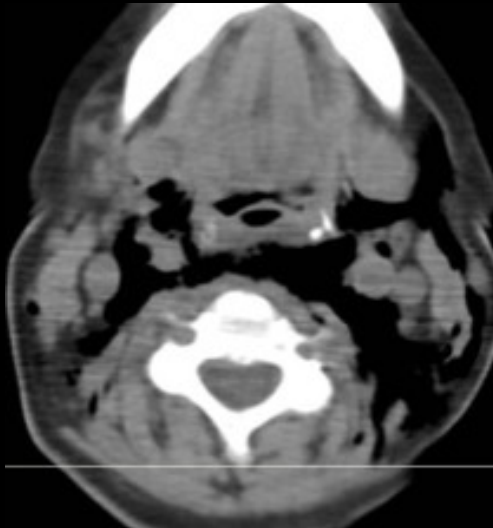
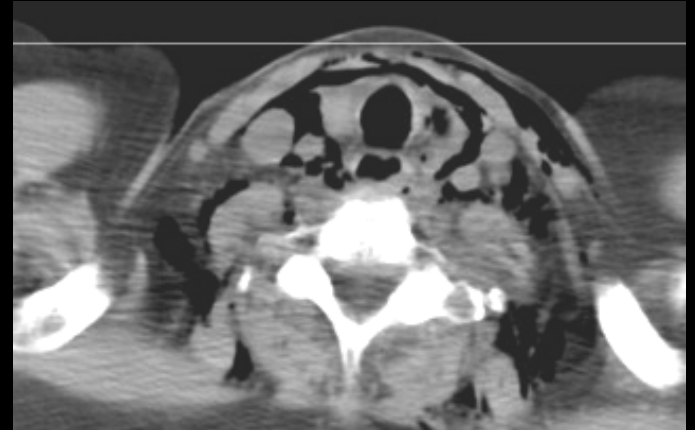
Endoscopie, ou après **intubation trachéale**.

Dysphagie, douleurs cervicales après quelques heures.

Emphysème sous-cutané.

Retard diagnostique fréquent:

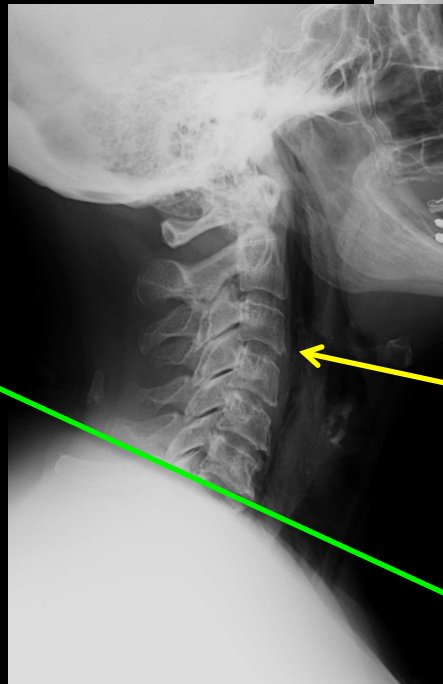
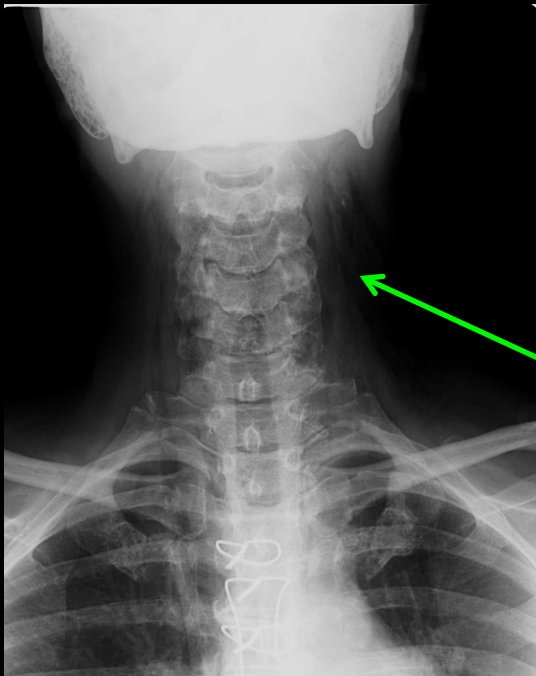
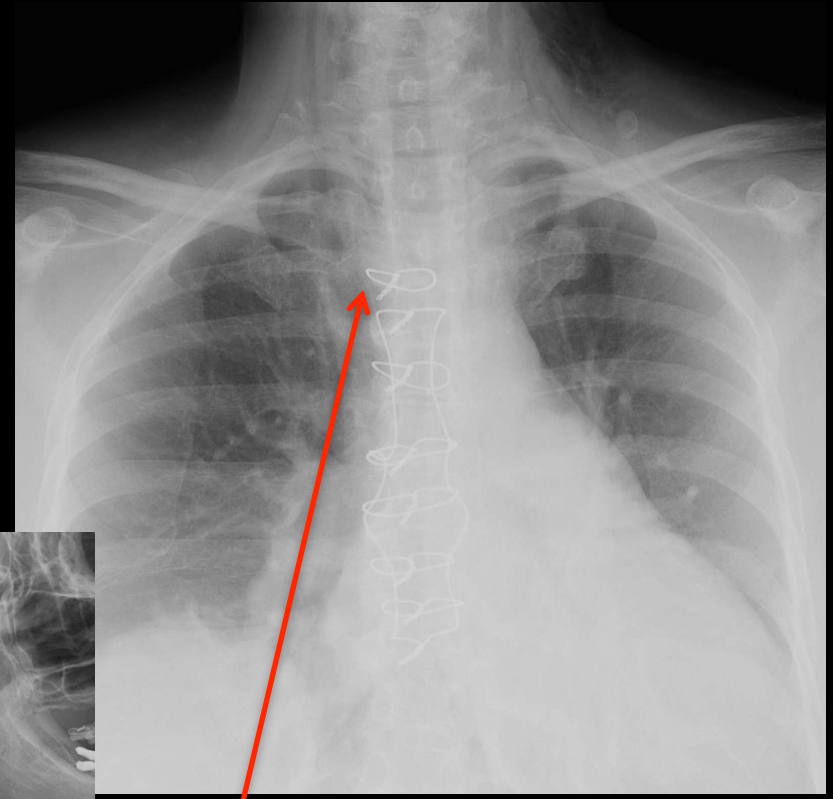
Abcès rétro-pharyngien.



Rupture oesophage cervical

Patiente de 63 ans, chirurgie de CIA.
AIT post-opératoire: **réalisation d'une
ETO à visée étiologique.**

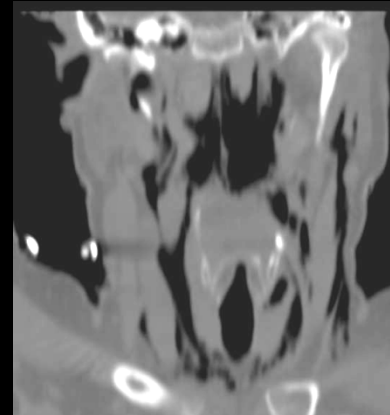
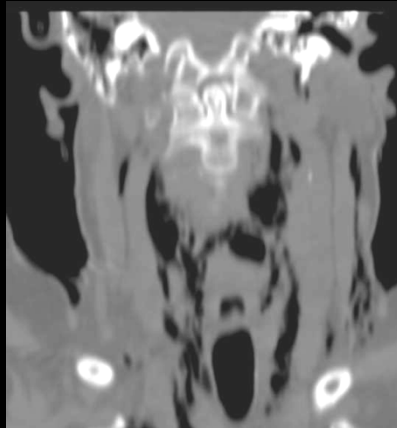
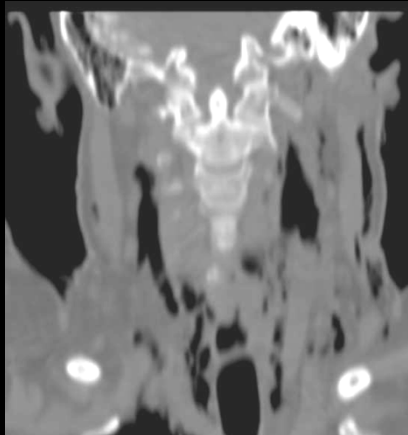
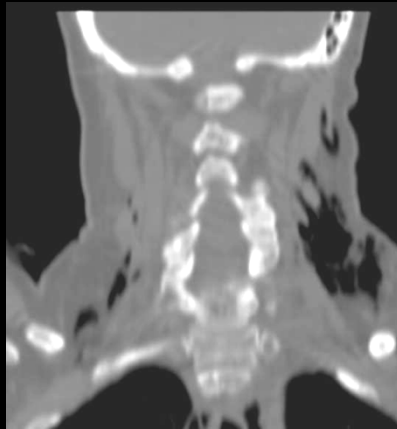
Douleurs cervicales et fébricule **quelques
heures après.**



pneumomédiastin

signe de Minnigerode dissection
gazeuse de l'espace cellulo-
grasieux rétro-pharyngien (pré-
vertébral)

emphysème sous cutané et profond
cervical



scanner cervical chez le même patient

Rupture oesophage thoracique

Forme classique: **Syndrôme de Boerhaave**

Homme, cinquantaine.

Efforts de vomissements , sensation de déchirure profonde , à rechercher par l'interrogatoire +++

Déchirure de la partie inférieure d'un oesophage sain, de 2 à 10 cm. sur le bord gauche



Forme mineure:

Syndrôme de Mallory-Weiss

Lacération longitudinale muqueuse oesophagienne à proximité du cardia.

Pas de rupture transmurale.

Efforts vomissements répétés.

Hématémèse.



take home message

-la plupart des perforations oesophagiennes sont d'origine iatrogène et le scanner doit être un recours facile en cas de persistance de douleurs thoraciques après un geste endoscopique diagnostique ou surtout instrumental (**dilatations+++**, hémostase sur varices oesophagiennes ...).

-le **syndrome de Boerhaave** (décrit avec grande précision par Hermann Boerhaave ,de Leiden, à l'issue de l'autopsie du baron Johannes von Waassenaar grand amiral de la flotte hollandaise , qui en est décédé en 24 heures) **est un diagnostic d'interrogatoire +++**
Le scanner ne doit que confirmer ce que le clinicien a su devoir rechercher chez le patient présentant un tableau aigu thoracique , mais aussi chez celui vu avec plusieurs jours de retard et hospitalisé pour "pleuro-pneumopathie présumée infectieuse de la base gauche

Début brutal , vomissement avec **sensation de déchirure profonde** sont les maitres-mots du diagnostic par l'interrogatoire !

-le scanner est la technique d'exploration la plus précise , en particulier pour l'évaluation des **remaniements à distance de l'œsophage** (médiastin , cou , plèvre , paroi thoracique..et pour la mise en évidence des corps étrangers radio opaques acérés déglutis, responsables de perforations pariétales.

