

PNEUMOMEDIASTIN SPONTANE CHIRURGIE EN URGENCE OU TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE ?

S Manfredi, O Nouel, E Briens, J Bousser.

Le pneumomédiastin spontané est une pathologie rare, il survient généralement après des efforts à glotte fermée, chez des sujets jeunes. Si le diagnostic de pneumomédiastin est relativement aisé, le diagnostic étiologique et la prise en charge thérapeutique ne sont pas faciles : quels examens doivent être faits ? dans quel ordre ? faut-il opérer en urgence ? quelle surveillance doit être réalisée ? quand peut-on réalimenter le patient ?... Deux cas de pneumomédiastin spontané ont été pris en charge récemment au CH de Saint-Brieuc. Ces 2 cas sont survenus chez de jeunes patients après des efforts conséquents (effort de vomissement et effort à glotte fermée lors d'un déménagement), 2 étiologies différentes ont pu être retenues (rupture alvéolaire et syndrome de Mallory Weiss). Dans les 2 cas la démarche diagnostique et la prise en charge thérapeutique ont été sensiblement identiques. Dans les 2 cas l'évolution a été favorable, permettant 1 ré-alimentation progressive à J3. Les examens en urgence après mise en évidence du pneumomédiastin, ont été soit 1 transit à la gastrographie suivi d'un scanner thoraco-abdominal pour le 1^{er}, un scanner thoraco-abdominal suivi d'un transit à la gastrographie pour le second. Ces 2 examens ne permettaient pas de localiser la brèche responsable du pneumomédiastin, mais permettaient d'éliminer 1 lésion tumorale ou 1 malformation et d'apprécier la gravité du pneumomédiastin. Dans les 2 cas la fibroscopie gastrique en urgence a été refusée, dans la crainte d'aggraver le pneumomédiastin existant. A distance, après amélioration de la symptomatologie et contrôle de la stabilité ou de la régression du pneumomédiastin 1 fibroscopie gastrique était réalisée permettant le diagnostic d'un syndrome de Mallory Weiss en voie de cicatrisation. Pour le second patient nos confrères pneumologues étaient sollicités quand à l'opportunité d'un fibroscope bronchique : celle-ci était refusée ; l'origine bronchopulmonaire des pneumomédiastins étant la rupture d'alvéoles périphériques, inaccessibles à 1 examen endoscopique. Les 2 patients quittaient le service après 7 à 8 j d'hospitalisation, après disparition complète de la symptomatologie, ré-alimentation sans problème, contrôle de l'absence de complication infectieuse, régression du pneumomédiastin initial. Dans les 2 cas 1 scanner thoracique à 1 mois était réalisé pour s'assurer de la complète guérison. Ces 2 patients illustrent les 2 étiologies les plus fréquentes de pneumomédiastin spontané, habituellement d'évolution favorable, mais nécessitant en urgence une prise en charge rigoureuse afin de ne pas retarder une éventuelle chirurgie qui doit être, en cas de complication, la plus précoce possible. Dans ces 2 cas, en l'absence d'étiologie évidente lors des examens complémentaires initiaux, et en l'absence de complication pulmonaire ou infectieuse l'indication opératoire en urgence n'a pas été portée et la prise en charge a consisté en une simple surveillance et un traitement symptomatique. La littérature sur le sujet est très abondante, avec une prise en charge variable selon les équipes, ne permettant pas de dégager une attitude consensuelle. L'analyse de cette littérature confirme la nécessité d'un certain nombre d'examen complémentaires à réaliser en urgence : radiographie de thorax, scanner thoraco-abdominal et transit oesophagien. La plupart du temps aucune étiologie n'est retrouvée. Les examens endoscopiques (digestifs ou pulmonaires) en urgence sont proscrits. L'attitude thérapeutique est très controversée, certains auteurs préconisant une thoracotomie systématique, d'autres un traitement symptomatique systématique, et d'autres une surveillance attentive première avec intervention chirurgicale dès l'apparition de complication...