

Hématome sous-épithélial de l'œsophage : une cause inhabituelle de douleur thoracique et de dysphagie

Wen Shi MD, Qiang Wang MD, Xi Wu MD

■ Citation : *CMAJ* 2023 April 3;195:E484. doi : 10.1503/cmaj.221673-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.221673

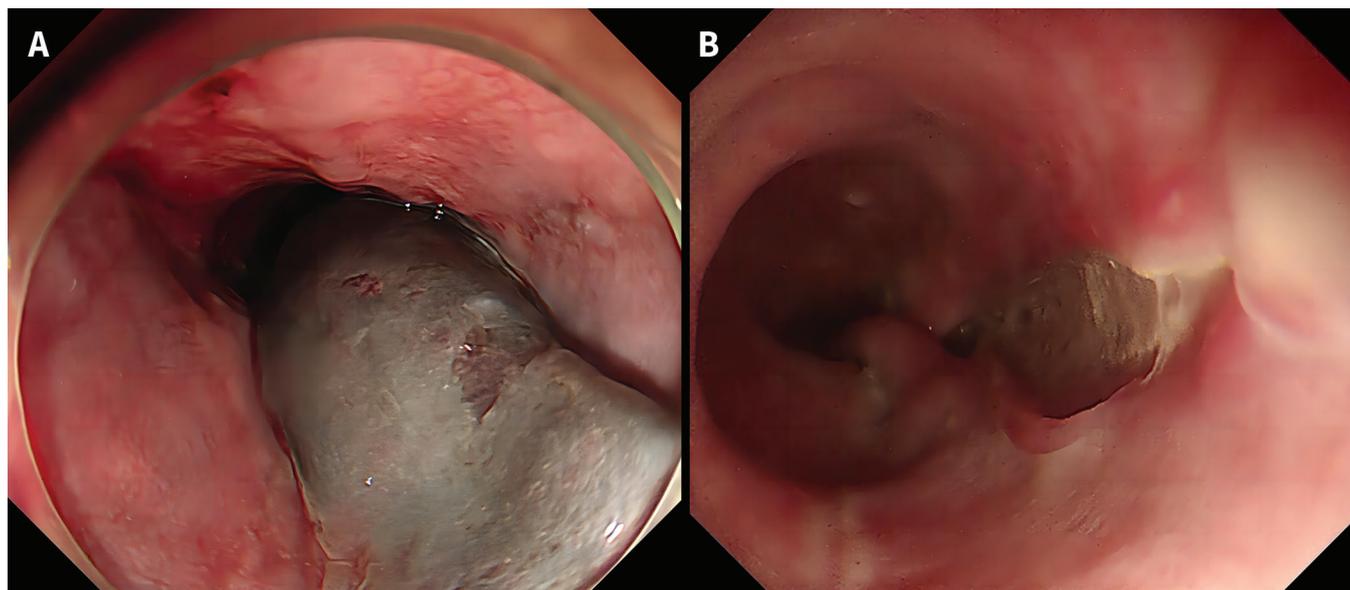


Figure 1 : (A) Examen endoscopique gastro-intestinal d'un homme de 68 ans révélant une lésion sous-muqueuse bleuâtre s'étendant de la partie supérieure de l'œsophage au cardia. (B) Après un traitement de 1 semaine, l'examen endoscopique a montré une résorption de l'hématome, ne laissant qu'un ulcère superficiel.

Un homme de 68 ans s'est présenté au service des urgences en raison d'une manifestation soudaine de douleurs rétrosternales et de dysphagie. Il prenait de l'acide acétylsalicylique (100 mg/j), du ticagrélor (90 mg toutes les 12 h) de la rosuvastatine (10 mg/j, le soir) et du métoprolol à action prolongée (47,5 mg/j) pour contrer une coronaropathie. On lui avait installé 2 endoprothèses l'année précédente. L'électrocardiogramme et les analyses de laboratoire de ses marqueurs cardiaques, son hémogramme complet et ses rapports internationaux normalisés étaient normaux. Un examen tomodensitométrique de son thorax a révélé la présence d'une masse longitudinale intraluminaire de densité variable au sein de l'œsophage (annexe 1, accessible en anglais à l'adresse www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.221673/tab-related-content). Un examen endoscopique gastro-intestinal de l'œsophage a révélé une lésion sous-

muqueuse bleuâtre s'étendant de la partie supérieure de l'œsophage au cardia (figure 1A). Nous avons diagnostiqué un hématome sous-épithélial de l'œsophage. Nous avons amorcé une alimentation parentérale et cessé l'emploi de l'acide acétylsalicylique et du ticagrélor. Les symptômes du patient se sont résorbés sur une période de 5 jours; l'examen endoscopique réalisé 1 semaine après l'apparition des symptômes a montré une résorption de l'hématome et uniquement la présence d'un ulcère superficiel (figure 1B), que nous supposons avoir été causé par une nécrose de pression engendrée par l'hématome. Une biopsie prélevée sur le pourtour de l'ulcère a révélé la présence d'un épithélium pavimenteux accompagné de nécrose. Nous avons prescrit de nouveau de l'acide acétylsalicylique, mais pas de ticagrélor. Lors de son rendez-vous de suivi, 1 mois plus tard, le patient demeurait asymptomatique.

Un hématome sous-épithélial de l'œsophage est une lésion œsophagienne peu fréquente, survenant habituellement à la suite d'un traumatisme ou d'une complication en lien avec une procédure; il peut aussi survenir spontanément chez des patients recevant un traitement antithrombotique¹, comme dans le cas de ce patient. La lésion peut être causée par une soudaine variation de pression dans l'œsophage, menant à des saignements entre la muqueuse œsophagienne et la *muscularis propria*; il s'agit d'une lésion de gravité moyenne sur un spectre allant d'une déchirure superficielle de la muqueuse (syndrome Mallory-Weiss) à une perforation transmurale (syndrome de Boerhaave). Les symptômes comprennent une douleur rétrosternale aiguë et de la dysphagie, accompagnées ou non par des saignements gastro-intestinaux^{2,3}. Il est essentiel de les différencier de troubles cardiopulmonaires aigus, car le traitement antithrombotique peut aggraver l'hématome. Le pronostic est généralement bon avec un traitement conservateur². Les données probantes portant sur le meilleur moment pour réintroduire le traitement antithrombotique chez les patients présentant un hématome sous-épithélial de l'œsophage sont insuffisantes.

Références

1. Katabathina VS, Restrepo CS, Martinez-Jimenez S, et al. Nonvascular, non-traumatic mediastinal emergencies in adults: a comprehensive review of imaging findings. *Radiographics* 2011;31:1141-60.
2. Cullen SN, McIntyre AS. Dissecting intramural haematoma of the oesophagus. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000;12:1151-62.
3. Mandavdhare HS, Gupta P, Maity P, et al. Image diagnosis: esophageal intramural hematoma in sudden-onset chest pain and dysphagia. *Perm J* 2018;23:18-141.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement du patient.

Affiliation : Service de gastroentérologie (Shi, Wang, Wu), Hôpital médical universitaire Union de Pékin, Collège médical Union de Pékin, Académie chinoise des sciences médicales, Beijing, Chine.

Soutien financier : Initiative pour l'innovation en médecine de l'Académie chinoise des sciences médicales (subvention n° 2021-I2M-1-013) et Fonds de recherche clinique en milieu hospitalier à l'échelle nationale (subvention n° 2022-PUMCH-A-076).

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Correspondance : Xi Wu, wxpumch@163.com

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.