

**L**a jeune Lara, 5 ans, consulte aux urgences pour un torticolis fébrile. Elle est née à terme, eutrophe et a été opérée d'une sténose du pylore en 2007.

Elle a été traitée, 15 jours avant, pour une angine par amoxicilline, relayée à H48 par cefpodoxime-proxétel (Orelox®) devant l'absence d'amélioration, et l'apparition d'un torticolis à droite régressant en 72 h. Une toux productive diurne et nocturne s'installe 3 jours plus tard, intense et non émetisante, avec une fièvre à 39°C depuis la veille. La récurrence du torticolis amène les parents et l'enfant à consulter aux urgences pédiatriques.

Aux urgences, l'examen note un état général conservé. L'hémodynamique est stable. Un foyer de râles crépitants est entendu à la base droite. La gorge est rouge, le streptococcus est négatif. Il n'y a pas de trismus, les tympans sont sains. On palpe des adénopathies cervicales infracentimétriques. L'examen neurologique est normal.

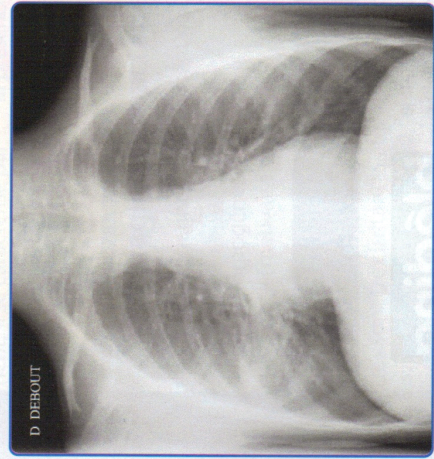


Figure 1.

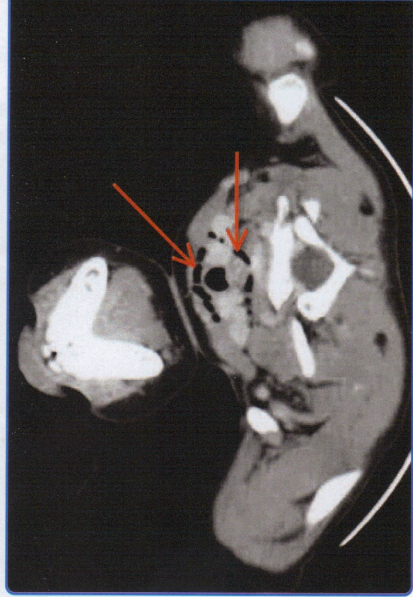


Figure 2. Scanner thoracique et cervical. Emphyssèmes sous-cutanés (flèches).

Le bilan biologique retrouve des leucocytes à 10 800/mm<sup>3</sup>, une CRP à 12 mg/l.

La radiographie de thorax retrouve une opacité alvéolaire du lobe moyen (figure 1).

Devant le torticolis fébrile, un scanner cervico-thoracique est demandé afin d'éliminer un abcès rétropharyngé ou un adénophlegmon.

Le scanner confirme la pneumopathie du lobe moyen et retrouve un emphyssème sous-cutané cervical, associé à un pneumo-médiastin (figure 2). Il n'objective pas de complications ORL.

L'emphyssème sous-cutané n'est pas perçu cliniquement. Devant la bonne tolérance ventilatoire, la patiente est hospitalisée brièvement et est

traitée par amoxicilline à la dose de 100 mg/kg/j. Elle sortira à 48 h de traitement après apyrexie, avec un certificat de contre-indication formelle de prendre l'avion, en raison de cet emphyssème.

Le scanner de contrôle, effectué 15 jours après, ne retrouve plus d'image de pneumo-médiastin, ni d'emphyssème sous-cutané (figure 3).

L'hypothèse soulevée par les pneumopédiatres est celle d'un pneumo-médiastin bénin d'évolution favorable dans le cadre d'un probable syndrome de Boerhaave au décours d'efforts de toux.

Le syndrome de Boerhaave est une rupture spontanée de l'œsophage liée à une hyperpression thoracique > 200 mmHg. La forme typique concerne habituellement plutôt les hommes, à partir de 40 ans, présentant des vomissements dans un contexte de repas copieux et d'éthylisme chronique. Il est responsable d'un tableau de médiastinites très sévère avec un pronostic très

sombre. La triade de Mackler est pathognomonique : emphyssème sous-cutané, douleur thoracique et vomissements. Il existe des formes mineures avec des brèches œsophagiennes minimes, secondaires à d'autres mécanismes d'hyperpression, dont les efforts de toux. Le diagnostic se fait sur le TOGD aux produits de contraste hydrosolubles ou sur le scanner avec opacification aux hydrosolubles. Le traitement repose sur l'antibiothérapie et la réparation chirurgicale de l'œsophage.

Pour revenir au cas de notre jeune patiente, et malgré la rareté à cet âge, ce diagnostic est retenu. Une surveillance simple est programmée avec une radiographie de thorax de contrôle et une consultation spécialisée de pneumologie un mois plus tard. Il n'y avait pas d'intérêt dans son cas à réaliser un TOGD pour le moment. La contre-indication à des voyages en avion est maintenue jusqu'à guérison complète.

**M. MILLEREUX**  
Service Pédiatrie,  
Hôpital Ambroise-Paré, Boulogne



Figure 3. Scanner de contrôle à 15 jours.