

Pleurésie Purulente Révélant Une Fistule Oeso-Pleurale Sur Un Mégaoesophage

N.Mourdi ,H.Charaf,I .Khachine , M.Bouras, C.Jellal ,H ,Laatoub, R.Zahraoui
,M.Soualhi, JE.Bourkadi

Service de Pneumologie, hopitalmoulayyoussef, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Med V,
Rabat, Maroc

Résumé:

Les fistule oeso-pleurales (FOP) sont des entités peu décrites dans la littérature. Il s'agit d'urgences diagnostiques et thérapeutiques, mettant en jeu le pronostic vital du patient à court terme. Elles sont généralement dû à des complications traumatiques, iatrogènes ou par une augmentation soudaine de la pression intra oesophagienne avec des vomissements ou des régurgitations violentes qui peuvent se voir dans le mégaoesophage ou autres pathologies digestives. Elle est révélée le plus souvent par un tableau de pleurésie purulente avec une symptomatologie oesophagienne. La présence de débris alimentaires et une élévation du taux d'amylase évoquent le diagnostic, la confirmation de la FOP se fait soit par le transit oesophagien à la gastrographie, soit par la fibroscopie digestive. Les auteurs présentent un nouveau cas de fistule oeso-pleurale sur un mégaoesophage découverte par une pleurésie purulente.

Mots clés : Fistule ; œsophage , plèvre

Date of Submission: 06-08-2023

Date of Acceptance: 16-08-2023

I-Introduction :

Le développement d'une fistule entre l'œsophage et la plèvre est une affection rare (1), Elle est associée à une morbidité et une mortalité élevée (2). C'est ce qui explique la rareté de cette affection.

II-Observation médicale:

Il s'agit d'une patiente de 74 ans, qui a comme antécédent un traumatisme thoracique fermé en 2019 suite d'une chute à point de d'impact thoracique, suivie depuis 2020 pour un mégaoesophage diagnostiqué par une manométrie œsophagienne et une fibroscopie digestive ; manifesté cliniquement par des épisodes de dysphagie, des vomissements fréquents et des régurgitations actuellement sous surveillance, l'indication opératoire du mégaoesophage n'a pas été retenue. Elle a présenté quinze jours avant son hospitalisation une toux productive avec des expectorations muqueuses et une douleur basithoracique droite associée à sa symptomatologie œsophagienne, le tout évoluant dans un contexte de fièvre et d'amaigrissement important, l'examen clinique a trouvé une patiente PS à 4, cachexique, hypotendue à 10/06, saturée correctement à l'air ambiant à 94% avec un syndrome d'épanchement liquidien à droite et des bruits hydro-aériques en intrathoracique. Une radiographie thoracique avait objectivé une opacité hilare droite surmontée d'une hyperclartée en rapport avec le mégaoesophage et un émoussement de cul de sac droit (figure 1), un complément scannographique avait montré une pleurésie droite de grande abondance avec un mégaoesophage (figure 2). La patiente a bénéficié d'une ponction exploratrice dont l'aspect du liquide pleurale était trouble (figure 3), l'étude biochimique et cyto bactériologique du liquide est revenue en faveur d'un liquide exudatif (taux de protéine à 53) à prédominance PNN à 53% évoquant une pleurésie purulente, en plus de la présence des débris alimentaires et une élévation de l'amylase sur le liquide pleurale. Une FOP était suspectée. Le bilan infectieux était positif avec des globules blancs à 20 000 et une CRP à 180 suggérant une septicémie pleurale. La patiente a bénéficié initialement d'un drainage thoracique et une antibiothérapie à base de céphalosporine 3^{ème} génération et ciprofloxacine. L'évolution a été marquée par une amélioration clinique et biologique avec la régression de la pleurésie. La FOP n'était pas évidente sur le scanner thoracique avec ingestion de gastrographie qui a été faite après l'épisode infectieux suggérant une fermeture spontanée de la brèche œsophagienne sans recours à une chirurgie ni un traitement endoscopique.

III-discussion :

Le développement d'une fistule entre l'œsophage et la plèvre est une affection rare, le plus souvent, il est post-traumatique, d'origine iatrogène lors d'une tentative d'intubation ou d'une endoscopie digestive

(oesophagoscopie), après une pneumonectomie, ou du à la présence d'une lésion maligne. Quelques cas de FOP ont déjà été rapportés et résultaient d'une augmentation soudaine de la pression intra-oesophagienne associée à des vomissements ou des régurgitations violentes (1-3). Eldor et al ont rapporté un cas mortel de lésion de l'oesophage liée à une perforation instrumentale de l'oesophage par une sonde trachéale ou une intubation nasogastrique (4). Dans notre cas, il y a une combinaison de plusieurs facteurs favorisant le développement de la FOP ; la présence du mégaoesophage avec des symptômes de vomissements fréquents et des régurgitations, la notion de traumatisme thoracique à thorax fermé et antécédent d'une endoscopie digestive. Les FOP peuvent être cervicales, thoraciques hautes au niveau de la crosse aortique vasculaires, ou basses (1) et elles sont associées à une morbidité et une mortalité élevée (3). Le tableau clinique est identique à celui d'un empyème pleural, et les symptômes comme la dysphagie, les douleurs oesophagiennes et les éructations sont des signes qui orientent vers une origine oesophagienne (5). Le diagnostic de la FOP est évoqué devant la mise en évidence de particules alimentaires et l'élévation de l'amylase sur le liquide pleural (5-6). Notre patiente avait présenté le même tableau. Le diagnostic est souvent retardé, ce qui entraîne une septicémie médiastinale et pleurale, augmentant encore la mortalité (1). La FOP est mise en évidence soit par le transit oesophagien à la gastrograffine qui montre le trajet de la fistule, soit par la fibroscopie digestive (5). Chez notre patiente la FOP n'était pas évidente sur le scanner thoracique avec ingestion de gastrograffine suggérant une fermeture spontanée de la brèche devant l'amélioration clinique, biologique et la régression de la pleurésie. Le traitement repose sur le drainage de l'empyème et une oesophagostomie temporaire mettant au repos l'oesophage dans un premier temps, puis une oesophagoplastie (5). Chez notre cas le traitement était basé sur l'antibiothérapie et le drainage thoracique, cela souligne que dans des cas très sélectionnés, une prise en charge peu invasive des perforations de l'oesophage compliquées de fistule oeso-pleurale est possible.

IV-Conclusion:

Devant une pleurésie purulente ; la présence de débris alimentaires et une élévation du taux d'amylase dans le liquide pleural doit rapidement faire évoquer une fistule pleurodigestive, dont la localisation sera précisée par des examens radiologiques adaptés, La détection et l'intervention précoces permettent d'éviter les gestes invasifs.

Références

- [1]. An Esophagopleural fistula related To Cardiopulmonary resuscitation .Doniamafi, Md, Stéphane Legriel, Md, Phd, Clément Charbonnel, Md, Kamel Benghalia, Md, Catalin Zavastin, Md, Matthieu Glorion, Md, Marine Paul, Md . *A P R I L 5 , 2 0 2 3 : 1 0 1 7 6 9*
- [2]. Incidental Finding Of Esophagopleural Fistula With Underlying Barrett's Esophagus And Suspected Boerhaave Syndrome . Moez Qureshi Sofiya Azim Kaitlin Stackable Melanie Akuna Adnan Khan And Nathan Miller . *October 2 0 2 1*
- [3]. A Propos D'un Cas De Fistule Oeso-Pleurale Gauche Haute Post-Traumatique A Thorax Ferme Avec Empyeme Chez Un Enfant De 10 Ans . Rajaonarivony T., Rajaonarison A., Rakotondrabe J.B, Ramiarisoa L., Randriamananjara N., Ranaivozanany A . *2001 - 48 (12)*
- [4]. Eldor J, Ofek B, Abramowitz Hb. Perforation Of Oesophagus By Tracheal Tube During Resuscitation. *Anaesthesia. 1990;45:70-71.*
- [5]. Pyopneumothorax révélant une fistule oesopleurale . L. Achachi, H. El Ouazzani, Mt El Ftouh, Mt El Fassyfiyry . *Tome 29 N°2, Juin 2007*
- [6]. Rendezvous Endoscopic Access And Treatment Of Esophagopleural Fistula Nikhil A. Kumta*, Michel Kahaleh, Amy Tyberggastroenterology And Hepatology, New York Presbyterian Hospital - Weill Cornell Medicine, New York, Ny. *Volume 83, No. 5s : 2016*

Légende :



Figure 1 : Radiographie thoracique de face

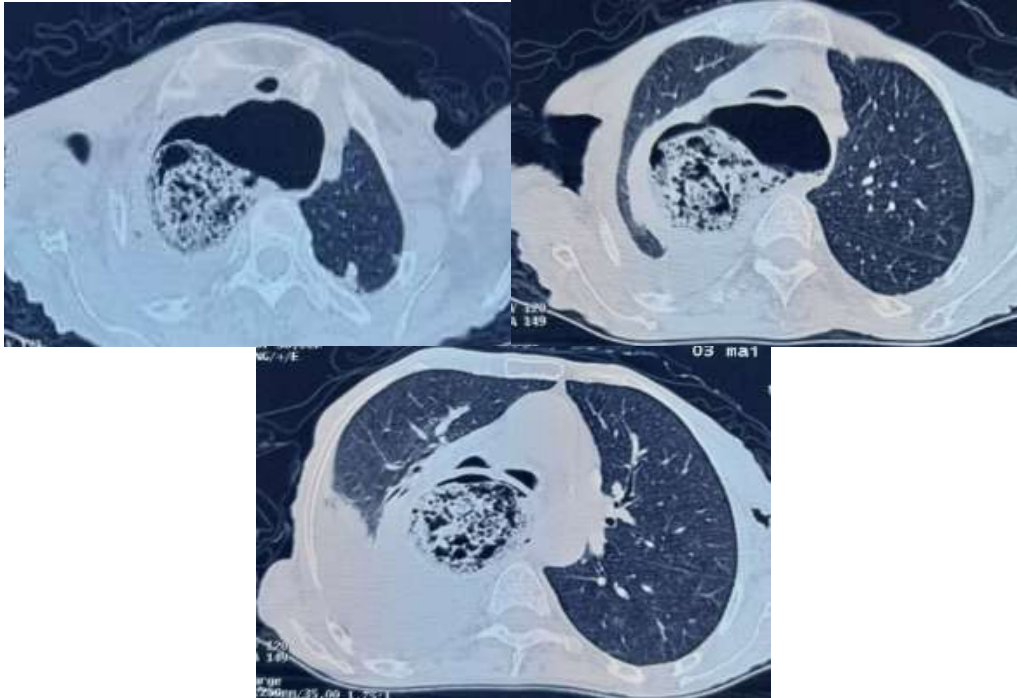


Figure 2 :scanner thoracique montrant une pleurésie gauche de grande abondance avec un mégaoesophage



Figure 3 : pleurésie d'aspect trouble