



Pyopneumothorax révélant une fistule œsopleurale

Empyema revealed an œsophago pleural fistula

صدر مدمي قيحي مظهر للناسور الملغوم الجنبوي

L. Achachi, H. El Ouazzani, MT El Ftouh, MT El Fassy Fihry

Introduction

Les fistules oeso-pleurales sont rares, Elles sont souvent une complication précoce de la chirurgie thoracique, moins fréquemment elles sont d'origine infectieuse ou néoplasique résultant soit d'une rupture broncho-pleurale préalable, soit d'une rupture spontanée de l'œsophage [1]. Dans la plupart du temps, elles sont révélées par un pyopneumothorax.

Observation

Nous rapportons l'observation d'un jeune patient âgé de 26 ans suivi depuis 1997, pour lymphome malin non hodgkinien traité par chimiothérapie et radiothérapie. En mai 2004, il a été traité pour tuberculose pulmonaire à microscopie positive, mis sous antituberculeux pendant six mois avec bonne évolution radio-clinique, il était admis au service en février 2005 dans un tableau de détresse respiratoire, le cliché pulmonaire révélait un pneumothorax pour lequel il a été drainé avec un retour du poumon à la paroi. 15 jours après sa sortie de l'hôpital, le patient présente un syndrome infectieux, avec fièvre, toux, expectoration purulente évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen physique retrouvait un patient en mauvais état général, dyspnéique avec une fréquence respiratoire à 34 cycles/min, une fièvre à 39,5°C et un syndrome d'épanchement pleural hydroaérique à l'examen pleuropul-

monaire. La radiographie thoracique montrait une opacité avec un niveau hydroaérique. Un drain thoracique était mis en place et ramenait dans un premier temps un liquide franchement purulent et nauséabond en faveur d'un pyopneumothorax (figure 1). La numération formule sanguine montrait une hyperleucocytose à 20.000GB/mm³, la recherche

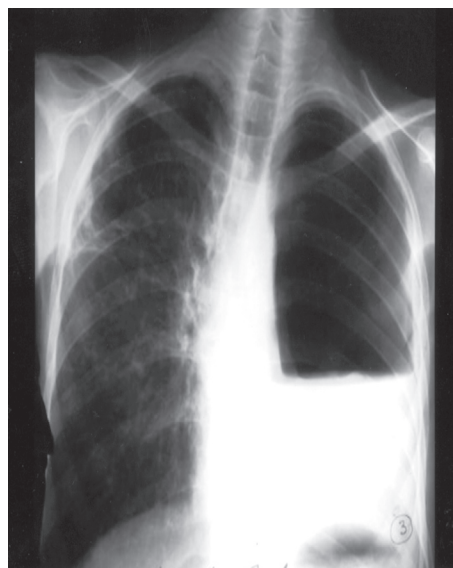


Figure 1 : Radiographie thoracique montrant le pyopneumothorax

de BAAR dans les expectorations était négative, le bilan d'extension du lymphome malin non hodgkinien, notamment l'échographie abdominale, le scanner thoracique et la biopsie ostéoméduillaire ne montraient pas de signes de rechute. Le malade était mis sous une antibiothérapie à large

Tiré à part : L. Achachi, Service de Pneumologie, Hôpital Ibn Sina - Rabat - Maroc.

spectre. Lors des aspirations quotidiennes on a constaté la présence de débris alimentaires dans le liquide pleural. Une fistule oesopleurale était suspectée. Un transit oesophagien à la gastrograffine mettait en évidence une fistule oesopleurale (figure 2), la fibroscopie bronchique montrait un aspect inflammatoire diffus de tout l'arbre bronchique avec pro-

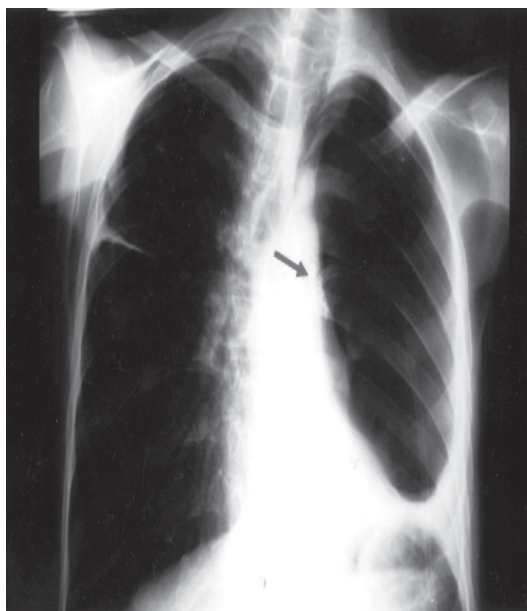


Figure 2 : Transit œsophagien montrant la fistule œsopleurale

venance de sécrétions purulentes. Une jéjunostomie d'alimentation était réalisée, mettant ainsi l'œsophage au repos. Au bout de deux mois le drain ne ramenait plus de débris alimentaires, un transit oesophagien de contrôle montrait la fermeture de la fistule avec une amélioration clinique, mais la radiographie du thorax ainsi que le scanner thoracique montraient la persistance du pyopneumothorax avec organisation d'une pachypleurite. Le patient bénéficia d'une intervention chirurgicale en vue d'une décortication pleurale, Les suites opératoires étaient marquées par l'ins-

tallation d'une hypoxémie réfractaire n'ayant pas répondu à la ventilation assistée et il décédait au troisième jour de l'intervention.

Discussion

Les fistules oesopleurales peuvent être des complications consécutives à la chirurgie thoracique, plus rarement, elles sont d'origine infectieuse ou tumorale. Ces fistules sont d'apparition précoce (moins de trois mois) lorsqu'elles sont secondaires à une intervention chirurgicale, elles sont tardives si elles sont secondaires à un processus infectieux ou néoplasique [1,2]. Chez notre patient l'étiologie la plus probable serait une origine infectieuse : d'origine tuberculeuse. Le mécanisme serait une fragilisation de la paroi œsophagienne par le processus infectieux avec un élargissement de la fistule au fil du temps. Le tableau clinique est identique à celui d'un empyème pleural. Des symptômes comme la dysphagie, les douleurs œsophagiennes, une dysphagie, des éructations sont des signes qui orientent vers une origine œsophagienne, Les signes radiologiques sont identiques à ceux de la fistule bronchopleurale à type d'hydropneumothorax. Le diagnostic de la fistule oesopleurale est évoqué sur la mise en évidence de particules alimentaires dans le liquide pleural, c'est ce qui avait attiré l'attention chez notre patient. La fistule oesopleurale est mise en évidence soit par le transit oesophagien à la gastrograffine qui montre le trajet de la fistule, soit par la fibroscopie digestive [1,3]. Le traitement repose sur le drainage de l'empyème, une œsophagostomie temporaire mettant au repos l'œsophage dans un premier temps, puis une œsophagoplastie. [3,4].

Références

1. Seitz JF, Giovannini M, Houvenaegel G, Delpero JR, Viallat JR, Blache JL, Guerin G. Une fistule oesopleurale particulière. *Ann. Gastroentérol.* 1982, 24, n°4, 209-10.
2. Bories-Azeau A, Dayan L. Les fistules non congénitales de l'oesophage. *EMC*, 1972, 9206, A 10, Editions techniques, paris 6.
3. Massard G, Ducrocq X, Hentz JG, Kessler R, Du-
mont P, Wihlm JM, Morand G. Esophagopleural fistula :A
Early and long – term complication after pneumonectomy.
Ann Thorac Surg 1994 ,58 : 1437-41 .
4. Millat B, Petitpretz. L'oesophagostomie temporaire
« a minima » dans le traitement chirurgical des fistules
oeso-aériennes malignes. *Presse Méd*, 1986,9,436.