

**FISTULE OESO-BRONCHIQUE SUR
DIVERTICULE DE L'ŒSOPHAGE**

(à propos d'un cas)

**ESOPHAGOBRONCHIAL FISTULA ON
THE ESOPHAGEAL DIVERTICULUM**

(A case report)

الناصور المرئي القصبي على الرتج المريئي
(بصدد حالة واحدة)

K MAZAZ, F SABBAH, M OUDANANE, A HRORA, M RAISS, A BENAMER, S ALBAROUDI, M AHALLAT, K HOSNI,
A MJAHEDE, A HALHAL, A TOUNSI.

ملخص : إن الناسور المريئي القصبي على الرتج المريئي الصدري يكون 3% من مجموع النواصر المريئية القصبية ذات السببيات الحميدة والمكتسبة.

لقد نقل كتاب المقال في هذا العمل ملاحظة لرجل يبلغ من العمر 70 سنة بدون سوابق مرضية مسجلة، كان يعاني من حرقة في فم المعدة ثم من عسر في البلع خاصة السوائل بالإضافة إلى سعال ونخامة. تشخيص هذا المرض كان ممكناً بواسطة التنظير الداخلي والممر المريئي بالإضافة إلى تنظير القصبات، التصوير الإشعاعي الرئوي والتصوير التفريسي الصدري كشفاً عن متلازمة قصبية وبؤرة مثبتة، وقد استفاد المريض من استئصال الرتج وبتر الناسور وخياطة العينين بالقصبة والمريء. أما المتعابعات بعد عامين ونصف من الجراحة فقد أثبتت بأن المريض بحالة جيدة وبدون نكسة. عبر مجلة أدبية مرجعية يناقش كتاب المقال المظاهر التشخيصية والتطورية والعلاجية لهذا المرض.

الكلمات الأساسية : مريء، الناسور، القصبي، تشخيص، علاج، رتج.

Résumé : La fistule œso-bronchique sur diverticule de l'œsophage médio-thoracique constitue 3% de l'ensemble des fistules œso-bronchiques d'étiologie bénigne et acquise. Les auteurs rapportent le cas d'un homme de 70 ans sans antécédents pathologiques se plaignant d'un pyrosis, aggravé par une dysphagie aux liquides et accompagné de toux et d'expectorations. Le diagnostic est évoqué par l'endoscopie et le transit œsophagien associé à une bronchoscopie. La radiographie du poumon et la tomodensitométrie pulmonaire montrent un syndrome bronchique et un foyer parenchymateux de type alvéolaire. Une diverticulectomie, fistulectomie et suture des deux defects œsophagien et bronchique sont réalisées. Après un recul de deux ans et demi, le malade va bien sans récurrence. A travers une revue de la littérature, les auteurs discutent les aspects diagnostiques, évolutifs et thérapeutiques de cette affection.

Mots-clés : Fistule œso-bronchique – fistule bronchique- fistule œsophagienne - diverticule de l'œsophage.

Abstract : Esophagobronchial fistula on the mediooesophageal diverticulum constitutes 3% of whole of esophagobronchial fistulas of acquired and benign etiology. The authors report the case of a seventy-year-old man with no pathological antecedents suffering from pyrosis, aggravated by liquid dysphagia and accompanied by cough and expectoration. Diagnosis is evoked by endoscopy and esophageal transit associated to bronchoscopy. Lung radiography and tomography show a bronchic syndrome and a parenchymatous lesion of alveolar type. A diverticulectomy, a fistulectomy and a suture of both esophageal and bronchic fistulas are carried out. After a two year and a half decline, the sick person feels better with no recurrence. Throught a literature review, the authors discuss the diagnostic, evolutive and therapic aspects of this disease.

Key-words : Esophagobronchial fistula- bronchial fistula – esophageal fistula – esophageal diverticulum.

Tiré à part : K. Mazaz, Service de chirurgie «C», hôpital Ibn Sina, CHU de Rabat Salé, Maroc.

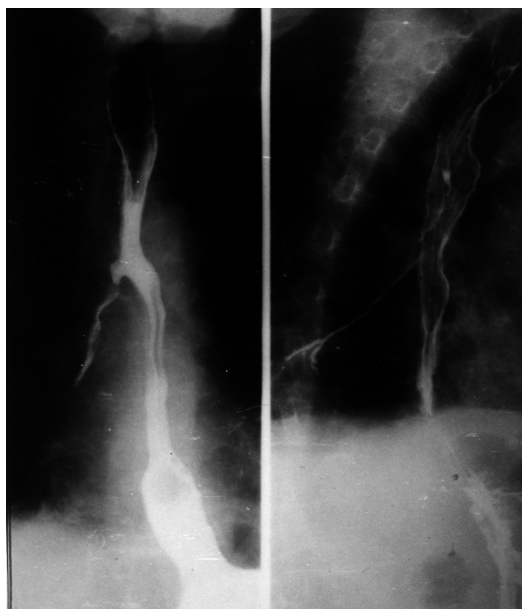
INTRODUCTION

La fistule oeso-bronchique est l'existence d'une communication entre l'œsophage et un segment bronchique. C'est une affection très rare, elle peut être bénigne ou maligne, congénitale ou acquise [1]. Ces fistules se développent dans 3% des cas sur un diverticule de traction perforé [2]. Nous rapportons un cas de fistule oeso-bronchique sur diverticule œsophagien médio-thoracique et nous discutons les aspects cliniques, évolutifs et thérapeutiques de cette affection.

OBSERVATION

C'est un patient de 70 ans, sans antécédents pathologiques notables, hospitalisé en mars 1998 pour pyrosis évoluant depuis 5 mois et associé depuis un mois à une dysphagie aux liquides, accompagnée de toux et d'expectorations. Cette symptomatologie évolue dans un contexte d'amaigrissement. L'examen clinique retrouve à l'auscultation des râles crépitants aux deux champs pulmonaires. La fibroscopie œsophagienne a montré un diverticule médio-thoracique à 25 cm des arcades dentaires avec une fistule oeso-bronchique de 10 mm, sans autres anomalies en aval. Le transit œsophagien confirme que la fistule est entre le tiers moyen de l'œsophage et la bronche souche droite et élimine une sténose œsophagienne (fig 1).

Fig.1



Transit œsophagien montrant le diverticule et la fistule oeso-bronchique.

La bronchoscopie a objectivé sur la bronche souche droite deux petites fistules associées à un granulome et des taches calciques. L'examen anatomopathologique des biopsies réalisées, est en faveur de phénomènes inflammatoires non spécifiques. La radiographie pulmonaire a révélé un syndrome bronchique (fig 2), et la tomодensitométrie thoracique un foyer du segment

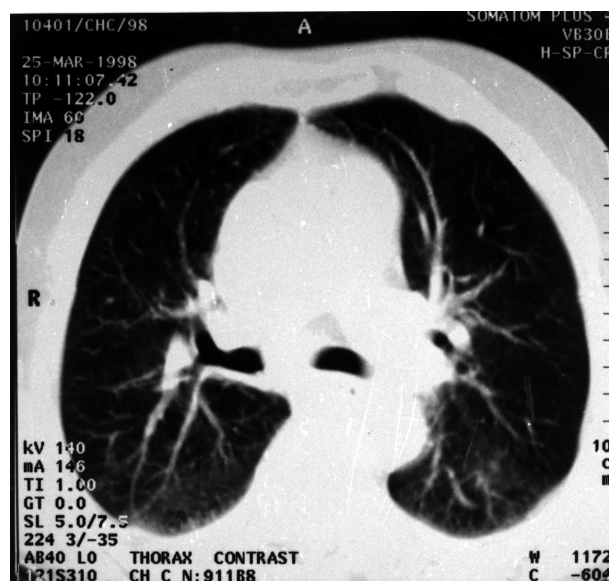
VI du lobe gauche, avec épaississement de la paroi de l'œsophage et des bronches (figure 3). Une antibiothérapie est prescrite. Une diverticulectomie et une fistulectomie sont réalisées par une thoracotomie droite avec suture de la fistule œsophagienne en deux plans muqueux et musculaire et la fistule bronchique par un surjet. Les suites opératoires sont marquées par la disparition de la symptomatologie respiratoire. Un transit œsophagien réalisé deux mois plus tard, confirme la guérison de la fistule (fig 4). Après un recul de deux ans et demi le patient est toujours asymptomatique.

Fig.2



Radiographie pulmonaire de face montrant un syndrome bronchique.

Fig.3



Tomodensitométrie thoracique montrant un épaississement des bronches qui sont modérément dilatées, avec foyer parenchymateux de type alvéolaire.

Fig.4



Transit œsophagien post-opératoire montrant la guérison de la fistule.

DISCUSSION

Décrite pour la première fois par John Taillor en 1737 [3], la fistule œsobronchique bénigne et acquise est une affection rare, mais très grave [2,3]. L'infection joue un rôle primordial dans la genèse, l'extension et la persistance de la fistule. Elle tient sous sa dépendance toutes les manifestations respiratoires qui en conditionnent le pronostic [4]. Les fistules œso-bronchiques sur diverticule de traction perforé constituent 15% de toutes les fistules bénignes [2]. Le rôle des phénomènes inflammatoires non spécifiques, par le biais des ulcérations au niveau du diverticule ou des adénopathies médiastinales de voisinage d'origine tuberculeuse, expliquent la genèse de ses fistules [2,4,5]. La communication se fait souvent avec l'arbre bronchique droit, rarement avec le gauche et exceptionnellement avec les organes de voisinage (cavité pleurale, péricarde, vaisseaux...) [4]. Les circonstances de découverte de la fistule œso-bronchique sont variables et dépendent de la taille de la fistule [3]. En effet, les petites fistules peuvent rester longtemps latentes ou aboutir à une symptomatologie discrète et fruste [3], alors que les fistules larges ont une symptomatologie digestive et respiratoire bruyante [6]. Il s'agit habituellement d'hypersialorrhée, de régurgitations post-prandiales et de dysphagie survenant en fin de déglutition, de quintes de toux violentes déclenchées généralement par l'ingestion de liquides irritants [2,6], des expectorations contenant parfois des débris alimentaires. Les douleurs rétro-sternales ou épigastriques sont rares, des manifestations infectieuses respiratoires récidivantes à type de pneumopathie aiguë ou d'abcès pulmonaire pouvant engager

le pronostic vital [6]. L'hémoptysie d'origine pulmonaire [4] est liée à une ulcération vasculaire au niveau de la communication œso-bronchique, elle peut être grave par sa fréquence et son importance et peut prêter à confusion avec une hématurie [4]. Le diagnostic positif de la fistule œso-bronchique sur diverticule œsophagien médio-thoracique repose essentiellement sur le transit œsophagien utilisant une baryte fluide. Il confirme la présence de la fistule dans 65% des cas [2,4,7]. La fibroscopie œsophagienne permet de visualiser la fistule, de réaliser des biopsies et de localiser le diverticule par rapport aux arcades dentaires, orientant ainsi le choix de la voie d'abord [3,8]. La bronchoscopie détermine le niveau et la taille de la fistule bronchique, réalise des biopsies et apprécie l'étendue des lésions pulmonaires.

La chirurgie est la base de traitement de ses fistules œso-bronchiques. Le traitement médical consiste en une réalimentation de ces patients souvent dénutris (par une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie) et une antibiothérapie adéquate en cas de signes infectieux pulmonaires [2,3]. Le malade peut être abordé soit par cervicotomie ou thoracotomie conventionnelles en fonction de la localisation du diverticule. L'abord vidéo-thoracoscopique permet de réduire le traumatisme pariétal, le séjour hospitalier et la morbidité post-opératoire, il a également l'avantage d'être plus esthétique. Ainsi il est parfaitement adapté à ce type de lésions [9,10]. Cette chirurgie consiste en une diverticulotomie associée à une résection de l'orifice fistuleux. Le defect œsophagien est suturé en deux plans muqueux et musculaire. Certains auteurs protègent la suture par un «flap» musculaire ou pleural afin de prévenir une éventuelle récurrence surtout pour les fistules de grande taille [2,3,10]. Enfin l'œsophagectomie avec œsophagoplastie colique ou gastrique peut être proposée si les lésions sont importantes. Cette intervention peut être réalisée en un ou deux temps en fonction de la présence ou non de la médiastinite [1,3]. Pour le côté bronchique, en absence de bronchectasie, on réalise une suture longitudinale simple par un surjet [4]. Cependant en présence d'une bronchectasie importante on peut être amené à réaliser une lobectomie ou une segmentectomie [2,4,3]. C'est un temps délicat et hémorragique et l'on est parfois entraîné à pratiquer des exérèses étendues. Pour corriger les troubles moteurs sous-jacents, la myotomie associée à un geste anti-reflux peuvent être réalisés [6], cependant celle-ci est contestée par d'autres auteurs [1,2].

CONCLUSION

La fistule œso-bronchique sur diverticule œsophagien médio-thoracique est une affection rare mais très grave mettant en jeu le pronostic vital du patient par la sévérité des lésions pulmonaires qu'il entraîne. Un diagnostic précis et si possible précoce sont seul garant d'une évolution favorable, permettant d'orienter le malade vers la chirurgie qui reste actuellement la seule thérapeutique efficace.

REFERENCES

- 1- Gerzic Z, Rakic S, Randjelovic T.** Acquired benign esophagorespiratory fistula : report of 16 consecutive cases. *Ann Thorac Surg*, 1990 ; 50 : 724-727.
- 2- Faber C, Kartheuser A, Buche M, Louagie Y, Schoevaerdts JC, Ponlot R, Chaland Ch.** Fistules oesophago-respiratoires traitées par suture primaire : A propos de deux observations de fistules oeso- pleurale et de deux observations de fistules oeso-bronchiques. *Ann Chir*, 1990 ; 44 (4) ; 290-295.
- 3- Cherveniakov A, Tzekov C, Grigorov GE, Cherveniakov P.** Acquired benign esophago-airway fistulas. *Eur J Cardiothorac Surg*, 1996 ; 10 : 713-716.
- 4- Svane S.** Oesophagobronchial fistula through a medio-esophageal diverticulum associated with fatal pulmonary bleeding. *Scand Cardiovasc J*, 1997 ; 31 : 243-244.
- 5- Balthazar EJ,** esophagobronchial fistula secondary to ruptured traction diverticulum. *Gastro-intest Radiol*, 1977 ; 2 : 119-121.
- 6- Pouchelle C, Martinat Y, Cordier JF.** Pleurésie purulente révélatrice d'un diverticule de l'œsophage. *Rev Mal Resp*, 1992 ; 9 : 567-568.
- 7- Hendry P, Crepeau A, Beattly D.** Benign bronchoesophageal fistulas. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 1985 ; 90 :789-791.
- 8- Hendren WG, Miller J.** Isolated contrained-eso-bronchial fistula. Evaluation of management. *Ann Thorac Surg*, 1988; 46 : 457-458.
- 9- Donna E, Maziak M, Martin F, Kneally MD.** Video assisted thoracic surgery. *Ann Thoracic Surg*, 1995; 59 : 780-781.
- 10- Akashi A, Ohashi S, Oriyama T, Kanno H, Sasaoka H, Sakamaki Y, Katsura T, Nishino M.** Thoracoscopic treatment of esophagobronchial fistula with esophageal diverticulum. *scopy and endoscopy*, 1997 ; 491-494.