

FISTULE ŒSOPLEURALE IATROGENE SUR RETROVIROSE CHEZ UNE GESTANTE : ATTITUDE THERAPEUTIQUE.

IATROGENIC OESOPLEURAL FISTULA ON RETROVIROSIS IN A PREGNANT WOMAN: THERAPEUTIC ATTITUDE.

KOITA M S¹, TOGO S¹, MAIGA I B¹, MAIGA A A¹, OMBOTIMBE A¹, DIOP S¹, TEMBINE K², SIDIBE A², OUATTARA M A¹.

1-Service de chirurgie thoracique Hôpital du Mali.

2-Service d'anesthésie-réanimation Hôpital du Mali.

Correspondant: Mamadou Salo Koita email: sylvainkoita58@gmail.com

RESUME

Introduction : les fistules œsopleurales (FOP) sont rares, mais restent graves, associées à une mortalité élevée. **Objectif :** rapporter la prise en charge d'une fistule œsopleurale gauche iatrogène chez une gestante immunodéprimée au VIH à l'hôpital du Mali. **Observation :** il s'agit d'une patiente de 36 ans, enseignante, multipare, séropositive au VIH 1 sous antirétroviraux depuis 2002, en aménorrhée de 28 semaines. Elle était admise pour une dyspnée associée à des douleurs thoraciques gauches suite à une tentative d'extraction endoscopique d'un corps étranger (phytobézoar) enclavé dans l'œsophage thoracique. L'examen notait un bon état général (OMS 1), une température à 36,9°C, une SpO₂ à 89%, un syndrome d'épanchement mixte pleural gauche. La radiographie thoracique notait une image hydro-aérique gauche. En urgence un drainage pleural et une antibiothérapie probabiliste ont été effectués avec une alimentation parentérale. Sur le Transit œsogastroduodénal (TOGD) il y avait une fistule œsopleurale gauche. La patiente a été opérée par une thoracotomie postérolatérale gauche la 72^{ème} heure de son hospitalisation. En peropératoire il y avait

une brèche de l'œsophage thoracique d'environ 1.5 cm de diamètre communiquant librement avec la cavité pleurale gauche. Une œsophagorraphie transversale a été réalisée avec une myoplastie de renforcement par lambeau musculaire intercostal. L'évolution était favorable avec reprise de l'alimentation orale le dixième jour postopératoire. **Conclusion :** La fistule œsopleurale iatrogène sur grossesse et VIH est une entité rare et grave. La prise en charge est pluridisciplinaire. Le pronostic dépend essentiellement de la rapidité du diagnostic et du choix thérapeutique.

Mots clés : Fistule œsopleurale, Grossesse, VIH, Traitement.

ABSTRACT

Introduction: Oesopleural fistulas (OPF) are rare, but remain serious, associated with high mortality. **Objective:** to report the management of an iatrogenic left oesopleural fistula in an HIV immunocompromised pregnant woman in a hospital in Mali. **Observation:** this is a 36-year-old patient, teacher, multiparous, HIV-1 seropositive on antiretrovirals since 2002, 28 weeks pregnant. She was admitted for dyspnoea associated with left chest pain following an attempt at endoscopic

extraction of a foreign body (phytobezoar) lodged in the thoracic esophagus. The examination noted good general condition (WHO 1), temperature 36.9°C, SpO₂ 89%, left pleural effusion syndrome. The thoracic X-ray noted a left hydro-aeric image. Urgent pleural drainage and probabilistic antibiotic therapy were performed with parenteral nutrition. On the esogastroduodenal transit (TOGD) there was a left esopleural fistula. The patient was operated by a left posterolateral thoracotomy the 72nd hour of her hospitalization. Intraoperatively there was a breach of the thoracic esophagus approximately 1.5 cm in diameter communicating freely with the left pleural cavity. Transverse esophagorrhaphy was performed with reinforcement myoplasty using an intercostal muscle flap. The evolution was favorable with resumption of oral food on the tenth postoperative day.

Conclusion: Iatrogenic esopleural fistula in pregnancy and HIV is a rare and serious entity. The treatment is multidisciplinary. The prognosis essentially depends on the rapidity of the diagnosis and the therapeutic choice.

Keywords: Oesopleural fistula, Pregnancy, HIV, Treatment.

INTRODUCTION

La fistule œsopleurale est une communication anormale entre l'œsophage et la plèvre [1]. Elle est dite iatrogène lorsqu'elle complique un geste diagnostique ou thérapeutique [2]. Il s'agit d'une pathologie rare avec une incidence annuelle à 3 cas par million d'habitants [3,4] et grave avec une mortalité de 11,9 à 30 % [4]. Les étiologies sont nombreuses et dominées par les traumatismes iatrogènes de l'œsophage. Les endoscopies œsophagiennes sont incriminées dans 50 à 60% des cas [3,5].

Un retard au diagnostic est fréquent mais préjudiciable [4]. Cela se justifie du fait que l'œsophage exprime mal sa souffrance [1].

Toute douleur aiguë et soudaine après une manœuvre instrumentale de l'œsophage doit faire rechercher une perforation de l'œsophage [4]. Si une fistule est suspectée, le transit œsogastroduodénal (TOGD) doit être réalisé pour confirmer le diagnostic. Le scanner avec opacification de l'œsophage est cependant supérieur à celui-ci [4].

Le traitement reste controversé en raison de la variété des moyens thérapeutiques disponibles [6]. En outre, comme elle survient rarement, l'expérience individuelle des chirurgiens est souvent limitée. La suture simple évolue souvent vers l'échec, surtout si le diagnostic est tardif. Le pronostic dépend essentiellement de la précocité du diagnostic et du traitement [2].

OBSERVATION

Nous rapportons la prise en charge d'une fistule œsopleurale gauche iatrogène chez une gestante immunodéprimée au Virus de l'Immunodéficience

Humaine (VIH).

Il s'agissait d'une patiente de 36 ans, enseignante, multipare, séropositive au VIH1 sous antirétroviraux depuis 2002, en aménorrhée de 28 semaines. Elle était admise dans notre service pour une dyspnée associée à des douleurs thoraciques à type de point de côté gauche évoluant depuis 24 heures. Ces symptômes se faisaient suite à une tentative d'extraction endoscopique d'un corps étranger (phytobézoar) enclavé dans l'œsophage thoracique.

A l'examen elle avait un bon état général (OMS 1), apyrétique avec une température à 36,9°C, une SpO₂ à 89%. Il y avait un syndrome d'épanchement pleural mixte à gauche. La radiographie thoracique était en faveur d'une image hydro-aérique gauche (fig1.1), posant une indication de drainage pleural. Le drainage pleural avait permis d'évacuer du liquide purulent associé à des débris alimentaires faisant suspecter une fistule œsopleurale.

La patiente était mise à jeun strict au profit d'une alimentation parentérale associée à une antibiothérapie à large spectre. Le transit œsogastroduodéal (TOGD) retrouvait une extravasation du produit hydrosoluble à la partie caudale de l'œsophage thoracique, avec passage du produit dans le drain, confirmant la fistule œsopleurale (fig1.2).

L'indication de réparation chirurgicale de la brèche se posait. Le bilan préopératoire était sans particularité. Le taux de CD4 était à 397 cellules/mm³ et une charge virale indétectable. L'échographie obstétricale était en faveur d'une grossesse monofœtale, intra utérine, évolutive de 28 SA + 5 jours. L'intervention avait lieu la 72^{ème} heure de l'incident. Après l'ablation du drain thoracique initial, nous avons réalisé une thoracotomie postéro-latérale gauche passant par le 7^{ème} espace intercostal. A l'exploration il s'agissait d'une perforation ovalaire de 1.5 cm de diamètre sur la face antérieure de l'œsophage, située à 3 centimètres du hiatus œsophagien du diaphragme (fig2.1). Cette brèche communiquait librement avec la cavité pleurale gauche. Ailleurs on notait du liquide purulent d'environ 200cc dans la cavité pleurale gauche et une pachypleurite viscérale d'un millimètre d'épaisseur.

Le geste était une œsophagorrhaphie transversale après un avivement des berges de la brèche et une myoplastie de renforcement par un lambeau musculaire intercostal (fig2.2). Le geste associé était une aspiration du liquide, une décortication pulmonaire gauche, un lavage et drainage de la cavité pleurale. La patiente a reçu dix séances de kinésithérapie respiratoire. L'évolution était favorable. Le transit œsophagien de contrôle était normal le dixième jour postopératoire (fig3). Une alimentation orale lui a été autorisée ce même jour puis l'ablation du drain thoracique le lendemain (11^{ème} jour). L'échographie obstétricale de contrôle était normale et la grossesse a évolué normalement jusqu'à l'accouchement.

DISCUSSION

La fistule œsopleurale est une communication anormale entre l'œsophage et la plèvre [1]. Elle est rare ; l'incidence est estimée à 3 cas par million d'habitants par an [3]. Il s'agit cependant d'une pathologie grave avec une mortalité élevée (11,9 à 30%) [4], principalement due aux complications septiques (médiastinite, pneumopathie sévère) [3,7]. Les fistules œsopleurales peuvent être cervicales, thoraciques hautes ou basses [1].

Les perforations iatrogènes de l'œsophage sont de loin les étiologies les plus fréquentes (50 à 60%) [3]. Leur fréquence est en augmentation avec l'avènement des techniques d'endoscopie. La perforation est consécutive à un traumatisme de l'organe lors d'une manœuvre instrumentale à visée diagnostique ou thérapeutique [2,7,8]. Les perforations spontanées sont principalement représentées par le syndrome de Boerhaave (15 %) et beaucoup plus rarement, par les ruptures d'œsophage pathologique (diverticule, endobrachyoesophage, œsophagite infectieuse de l'immunodéprimé, cancer) [3]. Les autres étiologies sont les ingestions de corps étranger (15 à 20 %), les traumatismes externes (10 %) et les traumatismes opératoires (2 %) [3].

Chez notre patiente, l'étiologie la plus probable était une origine iatrogène. Le mécanisme serait une effraction accidentelle de l'œsophage lors de l'extraction endoscopique du corps étranger. Dans l'étude de Hammami B. et al, les étiologies des perforations étaient dominées par l'œsophagoscopie lors d'une extraction d'un corps étranger [9].

Le diagnostic clinique est souvent difficile car les symptômes ne sont pas spécifiques [4]. Des symptômes comme la dysphagie, des éructations ou des vomissements sont des signes qui orientent vers une origine œsophagienne [4]. Un retard au diagnostic est fréquent mais préjudiciable. Notre diagnostic était tardif. Jougon J. et al

rapportaient également un diagnostic tardif dans 67% des cas dans leur étude [8]. Cela pourrait être en rapport avec l'apparition tardive des symptômes. En effet l'œsophage est un organe qui exprime mal sa souffrance [1]. Donc en cas de douleur aiguë et soudaine après une manœuvre instrumentale de l'œsophage, il faut éliminer d'abord une perforation de l'œsophage jusqu'à preuve du contraire [4].

Ainsi l'European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) recommande que tous symptômes ou signes cliniques après un examen endoscopique soient évalués et documentés de préférence par un scanner [4]. Notre patiente présentait un syndrome d'épanchement pleural gauche. Le diagnostic de fistule œsopleurale était évoqué devant la présence des débris alimentaires dans le système de drainage pleural. Rajaonarivony T. et al retrouvaient également des débris alimentaires chez leur patiente [1].

En cas de suspicion de perforation œsophagienne, un transit œsophagien (TOGD) doit être réalisé. Il permet d'affirmer le diagnostic et le site de la perforation, de déterminer si elle est confinée ou communique librement avec la cavité pleurale ou abdominale. L'endoscopie peut être utile, particulièrement chez les patients incapables d'avaler ou si le transit aux hydrosolubles est négatif. Mais le scanner a une plus grande précision pour détecter de petites quantités d'air ou de liquides dans le médiastin, les plèvres et le péritoine [4].

Chez notre patiente, le transit œsogastroduodéal confirmait le diagnostic en montrant une extravasation du produit dans la cavité pleurale gauche. Le diagnostic de Rajaonarivony T. et al reposait sur la radiographie standard du thorax qui montrait le signe de DELBET, c'est-à-dire un liséré aérique para-œsophagien [1].

Différents moyens thérapeutiques ont été proposés dans la littérature : le traitement

conservateur, le traitement endoscopique et le traitement chirurgical [4,6,10]. Cependant, aucun traitement ne fait l'unanimité.

La fistule œsopleurale (FOP) étant rare, l'expérience individuelle des chirurgiens reste le plus souvent limitée [4]. La tendance thérapeutique actuelle est d'élargir les indications de la suture des lésions de l'œsophage thoracique, même si cette chirurgie s'avère tardive. La suture peut être protégée par un lambeau de voisinage [6]. Nous rejoignons les données de la littérature, notre intervention se réalisait à la 72^{ème} heure de l'incident. Un lambeau musculaire intercostal était utilisé pour renforcer notre suture. Dans la série de Cheynel N. et al, seul un œsophage a pu être suturé avec succès à la 48^{ème} heure de l'incident [6].

Toutefois, si le diagnostic est au-delà de 3 heures et que la médiastinite et la pleurésie sont patentes, l'exclusion œsophagienne et la gastrostomie s'imposent. Une plastie œsophagienne sera réalisée dix mois plus tard pour rétablir la continuité digestive [1]. Dans notre cas, il y avait une pleurésie purulente sans signe notable de médiastinite. Cela pourrait être en rapport avec le siège de la lésion.

Les lymphocytes CD4 sont les cellules les plus importantes du système immunitaire de l'organisme. Car ils facilitent et entretiennent la réponse immunitaire. Ils sont les principales cibles du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Leur taux a tendance à baisser lors de l'évolution de l'infection au VIH. Leur taux permet d'évaluer le degré d'atteinte du système immunitaire.

Notre patiente vivait avec le VIH1, sous thérapie antirétrovirale depuis de longue date. Le taux de CD4 était à 397 cellules/mm³ avec une charge virale indétectable. Ce chiffre était acceptable pour réaliser une chirurgie lourde chez cette patiente. Car il y avait peu de risque d'infection et de transmission.

Le pronostic de la fistule œsopleurale dépend de la rapidité du diagnostic et du choix thérapeutique. La morbidité est estimée à 40% [10] et la mortalité de 11,9 à 30 % [4]. Notre prise en charge était tardive, néanmoins l'évolution était favorable. La patiente a repris l'alimentation orale au dixième jour postopératoire (fig3). L'échographie obstétricale de contrôle était normale. La grossesse a évolué normalement jusqu'à l'accouchement.

La FOP iatrogène sur grossesse et VIH est une entité rare et grave. Les endoscopies occupent la première place des étiologies des fistules œsophagiennes. Le diagnostic repose sur le transit œsogastroduodéal, l'endoscopie et le scanner cervico-thoraco-abdominal. La prise en charge est pluridisciplinaire. Le pronostic dépend essentiellement de la rapidité du diagnostic et du choix thérapeutique.

CONCLUSION**REFERENCES**

1. Rajaonarivony T, Rajaonarison A, Rakotondrabe JB et al. A propos d'un cas de fistule oeso-pleurale gauche haute post-traumatique. A thorax fermé avec empyème chez un enfant de 10 ans. Médecine D'Afrique Noire. 2001;48(12):3.
2. Amraoui M, Benchekroun A, Bougtab A et al. Perforations instrumentales de l'œsophage. Médecine Maghreb. 1995;(52):4.
3. Le Gall C, Jacob L, Bonnet F, Corte H. Perforations traumatiques de l'œsophage. Prat En Anesth Réanimation. juin 2016;20(3):123-30.
4. Moor VD, Lemaire J, Rosière A, Michel L. Traitement des perforations œsophagiennes. Elsevier Masson SAS. 2019;13(4):15.
5. Mabrut JY, Druetz P, Goncette L et al. Fermeture par drainage-lavage d'une fistule œso-pleurale avec pleurésie enkystée secondaire à une perforation de l'œsophage après sclérose de varices. Elsevier Masson SAS. 2019;27:1031-4.
6. Cheynel N, Arnal E, Peschard F et al. Perforation et rupture de l'œsophage : prise en charge et pronostic. Ann Chir. avr 2003;128(3):163-6.
7. Lorenceau-Savale C, Rahmi G. Gestion des complications de l'endoscopie interventionnelle œsophagienne. Acta Endosc. mars 2015;45(3):90-8.
8. Jougon J, Delcambre F, MacBride T et al. La mortalité des perforations instrumentales de l'œsophage est élevée : expérience de 54 cas traités. Ann Chir. janv 2002;127(1):26-31.
9. Hammami B, Mnejja M, Chakroun A et al. Les perforations par traumatisme interne de l'œsophage. 2009;1(22):5.
10. Al Ghossaini N, Lucidarme D, Bulois P. Traitement endoscopique des perforations iatrogènes. Hegel. 2013;N° 1(1):9.

Annexe

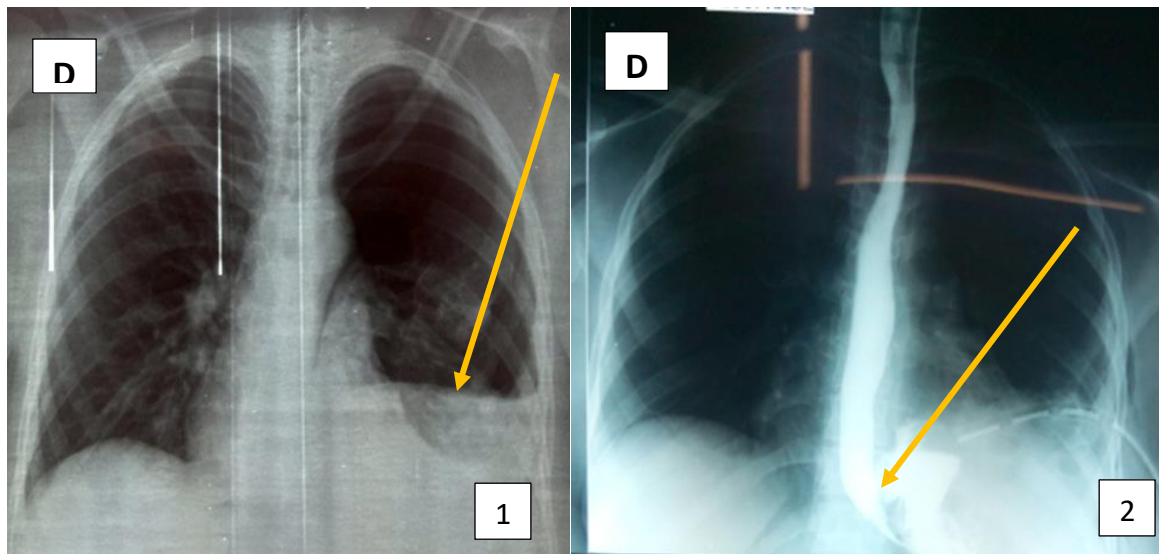


Figure 1 : 1= Radio thorax de face montrant un niveau hydro-aérique, 2= TOGD montrant une extravasation du produit de contraste.

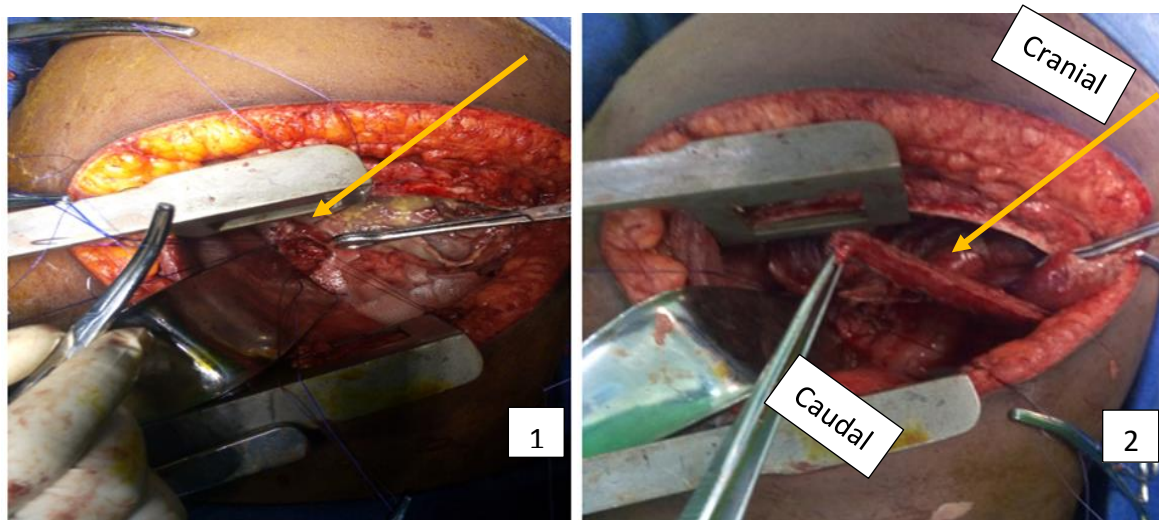


Figure 2 : vue peropératoire : 1= fistule œsophagienne, 2= lambeau musculaire intercostal.

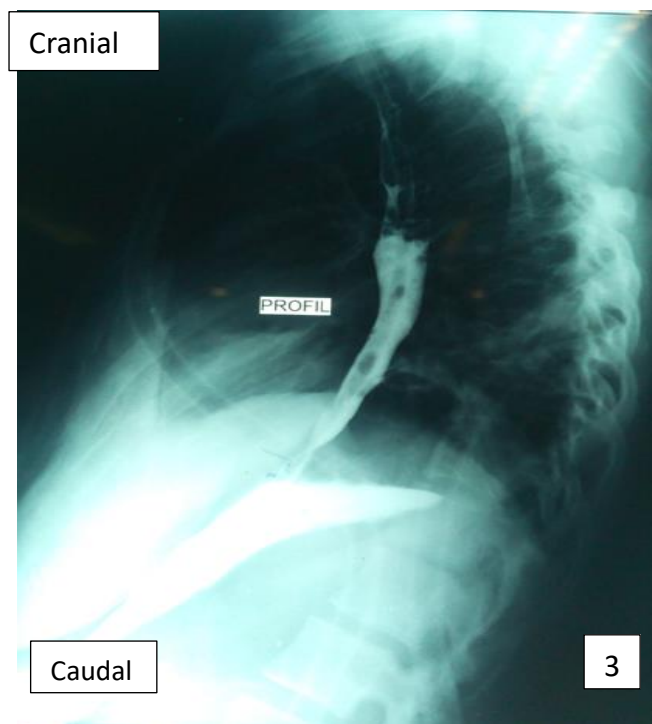


Figure 3 : TOGD à J10 post-opérateur avec fermeture de la fistule.