

Lettre à l'éditeur

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*., RAKOTONDRAVE J.B*, RAMIARISOA L*., RANDRIAMANANJARA N**., RANAIVOZANANY A**

RESUME

Il s'agit d'un cas malgache répertorié de fistule oeso-pleurale rétro-aortique à thorax fermé. Ces fistules sont exceptionnelles; le diagnostic positif est la conjonction de syndrome de BOERHAAVE et les signes radiographiques de DELBET ou MINNIGERODE c'est à dire présence de liséré aérique, clarté para oeso-trachéale et dont le niveau inférieur définit la hauteur et la localisation de la fistule. Une prise en charge précoce, associée à une conduite thérapeutique, codifiée garantit une morbidité et mortalité moindre.

Mots-clés : fistule, oeso-pleurale, thorax fermé, empyème, traumatisme.

SUMMARY

The authors report the first Malagasy case of post-traumatic oeso-pleural retro aortic fistulae in closed chest ; these kind of fistulae are rare and exceptional ; the diagnosis is settled up both by the BOERHAVE syndrome and MINNIGERODE or DELBET X-ray signs ; an early, precocious, accurate care guarantee a lesser co-morbidity-mortality.

Key-words : fistulae, oeso-pleural, close chest, empyema, traumatism.

INTRODUCTION

Les fistules oesophago-pleurales sont des communications anormales entre l'œsophage et la plèvre et font partie des complications rares mais graves des traumatismes fermés du thorax par lésion œsophagienne méconnue ou négligée (0,05 % à 0,1 %) (2). En effet, l'atteinte de l'œsophage ne se révèle la plupart du temps à l'examen clinique et radiologique qu'après quelques heures, car c'est un organe qui exprime mal sa souffrance. Notre cas témoigne du retard de prise en charge spécifique de cette pathologie.

MATERIEL ET ETUDES

Il s'agissait d'une patiente écolière de 10 ans, Mlle AND. domiciliée à Antananarivo, amenée aux urgences pluridisciplinaire de notre formation pour dyspnée aiguë, fébrile à 39°5C et pleurésie gauche suite à un

traumatisme indirect à point d'impact sternal, d'une hauteur de 50 cm, 15 jours auparavant.

A l'admission,

- Il n'y avait pas de plaie, ni hématome, ni emphysème cervico-thoracique, ni nasonnement de la voix,
- Elle se plaignait de vagues douleurs rétrosternales après son traumatisme redéveable de massages traditionnels, d'antibiothérapie et d'anti-inflammatoires classiques.
- Cette pleurésie gauche, avec altération de l'état général, confirmée par une radiographie du thorax de face, déclenchaît la pose de drain thoracique associé à une réanimation classique et double antibiothérapie : Amoxicilline 1,5g/24 heures pendant 3 jours, Gentamicine 0,40g 2 fois par jours pendant 3 jours.

En 24 heures, l'issue de pus associé à des débris alimentaires fraîchement mâchés avait motivé une laparotomie exploratrice des confrères généralistes voulant éliminer une hernie diaphragmatique gauche perforée, à défaut de cœlioscopie diagnostique abdominale (dont nous ne disposons pas). Dès lors, la patiente nous avait été confiée en deuxième main pour conduite à tenir.

* Service de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique CHU HJRA Antananarivo.

** Faculté de Médecine d'Antananarivo. Département de Chirurgie (USFR)

A propos d'un cas...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (12)

Notre conduite à tenir

Le diagnostic de fistule oesophago-pleurale gauche a été fait aussitôt à la lecture attentive de la radiographie du thorax d'admission de face, montrant le signe de DELBET ou de MINNIGERODE (4,10) c'est-à-dire lésion aérique para-œsophagien et par la présence des débris alimentaires dans les drains thoraciques (figure 1).

Figure 1 : Radiographie du thorax incidence de face à l'entrée



La hernie diaphragmatique a été exclue, la course de la coupole étant normale. Bien sûr une endoscopie bronchique nous aurait apporté la localisation exacte, l'aspect de l'orifice fistuleux; la biopsie aurait stadiifié l'origine primitive ou secondaire de la fistule (10). Une fistulographie au lipiodol aurait pu localiser l'origine et le trajet (5).

Après une réanimation intensive de trois heures, nous avons pratiqué une thoracotomie gauche par la 5ème côte avec exérèse de cette dernière (figure 2).

La décortication pulmonaire sus-scissurale faisant sourdre du pus et de débris alimentaires d'environ 1,5 litres suivie d'une toilette à l'eau bétadinée permettait la réexpansion totale du poumon sus-scissural. ; une fistulographie (eau éosinée) par sonde naso-gastrique montrait une fistule -œso-pleurale rétroaortique inaccessible (l'œsophage sous-aortique jusqu'à l'orifice hiatal étant normal) ; nous nous sommes abstenus de faire une pharyngostomie d'exclusion car son état était limite ; l'intervention se terminait par la mise en place d'un double drainage (33 Fr 3° EICG, 7° EICG) pour DLI ou drainage-lavage-irrigation, suivie d'une gastrostomie d'alimentation selon FONTAN, bi-antibiothérapie massive + kinésithérapie.

Figure 2 : Thoracotomie gauche par la 5ème côte avec décortication pulmonaire sus-scissurale

- Kocher : zone trachéo-œsophagienne,
- Canule d'aspirateur : courbe concave aorte ascendante isthmique



L'enfant est décédée 13 jours après dans un tableau de choc septique. La nécropsie révélait une plaie de 3cm rétro-aortique avec médiastinite importante et mortifications de plages éparses sur une zone de 3cm de part et d'autre de la lésion ; la biopsie montre un tissu banal inflammatoire.

DISCUSSION

Les fistules oesophago-pleurales peuvent être cervicales, thoraciques hautes au niveau de la crosse aortique vasculaires, ou basses (4) (figure 3).

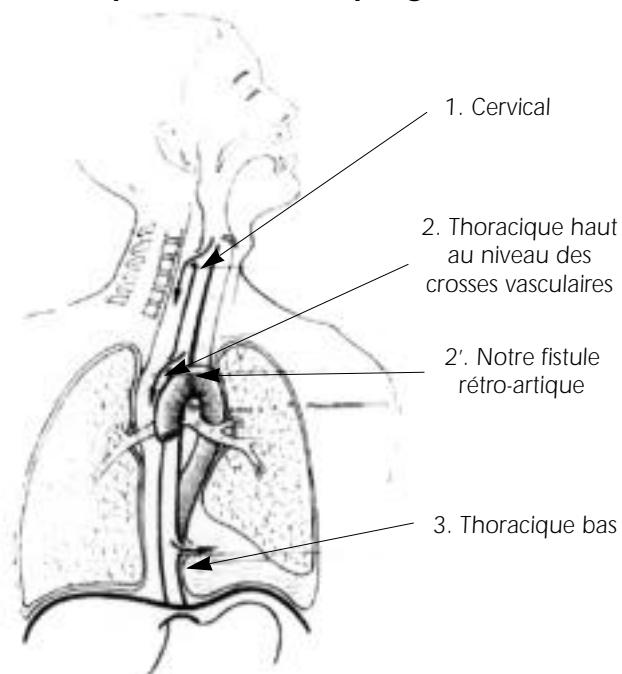
Le plus souvent, elles sont post-traumatiques et d'origine iatrogène lors d'une tentative intubation, d'une endoscopie digestive (œsophagoscopie), après une pneumonectomie, après une lobectomie où le délai d'apparition varie de 6 jours à 2 mois ; ces fistules peuvent être rarement spontanées par une rupture spontanée de l'œsophage ou syndrome de BOERHAAVE qui l'a décrit pour la première fois en 1724 puis repris par

A propos d'un cas...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (12)

BARRET en 1946. Dans ce cas, elles sont dramatiques avec une mortalité de 50 % (1, 10).

Figure 3 : Les 3 sièges d'élection de perforations oesophagiennes



Les fistules post-contusionnelles sont exceptionnelles (notre cas)(3). Elles seraient dues à un effet BLAST lors d'un traumatisme cervico-thoracique appuyé, générée par une brusque hyperpression intraluminale à glotte fermée entraînant une rupture longitudinale sur 3 à 8 cm de l'œsophage sur son bord postéro-gauche provoquant une inondation massive de liquide gastrique et

de débris alimentaires caustiques avec installation de véritable état de choc dans le médiastin, par ébréchure de la cavité pleurale (4, 5, 7).

Le diagnostic repose sur des signes cliniques précoces, la radiographie, et la thoracoscopie.

Le principe thérapeutique

Si le diagnostic est précoce, inférieur à 3 heures et que la médiastinite n'est que débutante, le traitement repose sur l'obturation de la blessure, mise au repos de l'œsophage blessé et le drainage du médiastin et de la plèvre.

Si le diagnostic est au-delà de 3 heures et que la pleurésie et la médiastinite sont patentées, l'exclusion par pharyngostomie et gastrostomie s'applique et en fonction de l'unicité, de l'étendue des lésions perforatives, une oesophagectomie d'urgence par vidéo-thoracoscopie ou à thorax fermé ; la réanimation devra être énergique pour juguler l'infection et la dénutrition (7, 9). Puis après 10 mois, une plastie colique rétablira la continuité (6).

Notre approche avait été circonspecte, vue notre prise en charge tardive ; le geste chirurgical avait été limité car la réanimation semblait défaillante et l'état nutritionnel et la laparotomie exploratrice n'autorisaient pas les gestes de rigueur(9).

CONCLUSION

Devant tout traumatisme fermé du thorax, avec dysphagie et dyspnée inexpliquées, il est indispensable de penser à la rupture œsophagienne génératrice de fistule œso-pleurale confirmée par les signes radiologiques de Delbet ou de Minnigerode. La prise en charge précoce garantit une diminution de la morbidité et de la mortalité.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AGARWAL P IVILLER SE. Spontaneous rupture of oesophagus : case report of a delayed diagnosis and subsequent management. JR Soc Med 1995 Mar; 88 (3) : 149-150.
- 2 - CABRAL JUMOR S FURLANETTO G, SILVA PF, BARATELLA JR, SAFATLE NF. Rupture of the thoracic esophagus due to closed abdominal trauma. Rev. Assoc. Med Bras 1990 Apr-Jun ; 36(2) : 110-2.
- 3 - CHALUKOV PN. Case of isolated rupture of the esophagus in clased chest trauma. Khirugia (Sofia). 1977 ; 30 (3) : 281-3.
- 4 - DERTIER PH. Chirurgie d'urgence. Plaie et rupture de l'œsophage. Masson, Ed. Paris, 1976, 253+265.
- 5 - DUPONT LE PRIOL PR, LEROUX SB, AQUILINA CF, BOYER LB, LOINTER PH., MICHEL J.L. Rupture of the distal thoracic esophagus by closed trauma. Gastroenterol Clin Biol. 1992 ; 16(4):362-4.
- 6 - FABER C., KARHTEUSER A., BUCHE M., LOUAGIE Y., SCHOEVAERDTS JC., PONLOT R., CHALANT C. Oesophagorespiratory tract fistula treated by primary suture. A propos of 2 cases of oesopleural fistula and 2 cases of oesophagobronchial fistula. Ann. Chir. 1990 ; 44(4) : 290-5.
- 7 - GUENIER B, MAKEIEF M, BARAZER M. Perforations œsophagiennes. Editions Techniques. Encycl. Méd. Chirg (Paris-France), Oto-rhino-laryngologie, 20-845-A-10, 1994, 7p.
- 8 - LAU WF, LAIN KH, WONGJ, ONG JB. Surgical management of beginn œsophago-pleural fistula. Aust N.Z.J. surg 1983 Feb ;53(l): 43-7.
- 9 - MASSARD G, WIHLM M. Early complications. Esophagopleural fistula. Chest Surg Clin. N. Am 1999 Aug, 9(3):617-3 l,i)
- 10 - RIBET M. Traumatismes de l'œsophage. Encycl. Méd. Chir. (Paris) 9203 A-10.