



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



LETTRE À LA RÉDACTION

Fistule bilio-bronchique d'origine hydatique : à propos d'un cas et revue de la littérature

Bilio-bronchial fistula due to hydatid disease: Case report and review of the literature

MOTS CLÉS

Fistule
bilio-bronchique ;
Kyste hydatique du
foie ;
Thoracotomie

KEYWORDS

Biliobronchial
fistulas;
Hydatid cyst of the
liver;
Thoracotomy

Résumé La fistule bilio-bronchique (FBB) d'origine hydatique est rare mais grave car responsable de lésions à trois niveaux : abdominal, diaphragmatique et thoracique, avec une mortalité périopératoire élevée. Nous rapportons le cas d'une FBB, traitée par thoracotomie avec une bonne évolution. À travers ce cas et une revue de la littérature, La thoracotomie semble être la meilleure voie d'abord pour traiter les lésions des trois étages.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Bilio-bronchial fistula due to hydatid disease is a rare but severe condition. Three levels, abdominal, diaphragmatic and thoracic, may be involved, with high perioperative mortality. We report a case of bilio-bronchial fistula successfully managed by thoracotomy. Thoracotomy is the best approach for surgical treatment at all three levels.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La fistulisation bilio-bronchique est une communication anormale des voies biliaires avec l'arbre trachéobronchique. Dans la plupart des cas, les fistules bilio-bronchique (FBB) compliquent une hydatidose hépatique, cependant, elles peuvent aussi se voir, mais rarement dans d'autres affections hépatobiliaires [1,2]. C'est une complication redoutable des kystes hydatiques du foie (KHF) rompus dans le thorax en raison des lésions broncho-pleuro-parenchymateuses et hépatobiliaires qu'elle peut entraîner.

Nous rapportons un cas d'une FBB d'origine hydatique traitée par thoracotomie avec une revue de la littérature.

Observation

Patient de 42 ans sans antécédents pathologiques notables était hospitalisé en pneumologie pour des douleurs thoraciques localisées au niveau de la base droite avec notion d'hémoptysies minimes. L'examen trouvait un patient en bon état général avec un syndrome d'épanchement liquidien basal droit. Le reste de l'examen somatique ne trouvait pas de lésions associées. La radiographie thoracique trouvait une opacité d'allure pleurale de l'hémichamps pulmonaire droit

(Fig. 1), la tomodensitométrie thoraco-abdominale révélait la présence d'une masse de densité liquidienne avec aspect de vésicules hydatiques au niveau thoracique associée à une volumineuse masse liquidienne hépatique au dépend des segments 7 et 8 (Fig. 2A, B). Le diagnostic de kyste hydatique du foie rompu dans le thorax a été retenu. Le patient a bénéficié de la cure chirurgicale par thoracotomie postéro-latérale droite passant par le septième espace intercostal (Fig. 3).

Après évacuation du contenu pleural (liquide, débris et vésicules hydatiques), une décortication pulmonaire découvrait un orifice diaphragmatique avec issu de vésicules hydatiques. Les gestes réalisés étaient successivement : phrénotomie (élargissement de l'orifice de la fistule); déconnexion hépato-diaphragmatique; cure du kyste hydatique hépatique avec fermeture de petites fistules biliaires; phrénoplastie sur drain dans la cavité résiduelle du foie; bisegmentectomie latéro- et postérobasale du lobe pulmonaire inférieur droit; drainage de la cavité pleurale. Les suites opératoires immédiates étaient simples.

Le drain thoracique était retiré à j+4 et le drain abdominal était retiré après tarissement des fuites biliaires à j+7.



Figure 1. Radiographie thoracique de face montrant une opacité d'allure pleurale droite.

Le contrôle radiologique (radiographie thoracique et échographie hépatique) à trois et à six mois ne montrait pas d'anomalies. Aucune récurrence n'a été notée avec un recul de six ans.

Commentaires

La fréquence des FBB est très variable selon les séries entre 2,5 et 16 % [1] de l'ensemble des KHF.

Sur le plan clinique, la biliptysie ou vomique bilieuse, est le maître symptôme de la fistulisation bilio-bronchique pouvant évoluer vers une cholerrhagie bronchique. Sa fréquence est variable selon les séries ; elle se voit entre 12,5 et 77,8 % des cas [3,4].

D'autres signes sont présents à des proportions variables avec une importance diagnostique plus ou moins évocatrice, en particulier la vomique qui traduit la fistulisation du KHF dans le poumon. La vomique et l'hémoptysie imposent la réalisation au moins d'une radiographie du thorax. Les signes

cliniques hépatobiliaires ne sont pas spécifiques de cette complication, en particulier, l'ictère.

La radiographie du thorax, montre généralement une surélévation de la coupole diaphragmatique droite, des niveaux hydro-aériques ou un épanchement pleural. L'échographie abdominale permet de retrouver le KHF, de préciser son siège, sa taille, ses contacts vasculaires et biliaires et permet dans certains cas d'objectiver la fistule transdiaphragmatique. Elle est d'un grand intérêt dans le diagnostic de la FBB, en visualisant la solution de continuité diaphragmatique ainsi que l'origine, le trajet et la terminaison de la fistule, la recherche d'une collection hépatique et une éventuelle dilatation des voies biliaires [5].

La TDM permet une étude plus précise des lésions hépatiques, pleuropulmonaires et même la brèche diaphragmatique,

L'objectif du traitement des FBB est de tarir la fistule et de traiter la cause de celle-ci. Il relève d'un traitement chirurgical, avec réanimation préopératoire [6]. La première étape est la préparation à l'intervention vue l'état nutritionnel et respiratoire des patients. Elle doit comprendre obligatoirement : une kinésithérapie respiratoire, une antibiothérapie bien adaptée, une transfusion sanguine en cas d'anémie et un rééquilibrage hydroélectrolytique et calorique.

Certains auteurs [2] ont proposés en préopératoire une sphinctérotomie endoscopique pour drainage des fistules biliaires très productives évitant le contact corrosif de la bile avec le poumon et réduisant le taux de complications postopératoires.

La chirurgie des FBB nécessite souvent un geste d'exérèse parenchymateux pulmonaire plus ou moins important.

Cette chirurgie vise généralement cinq objectifs [1] :

- le traitement des lésions endothoraciques ;
- le traitement du KHF après déconnexion hépatodiaphragmatique ;
- la recherche et le traitement des fistules biliaires ;
- la réparation du diaphragme ;
- le drainage adéquat de la cavité pleurale et hépatique (la cavité kystique et/ou l'espace inter-hépatodiaphragmatique).

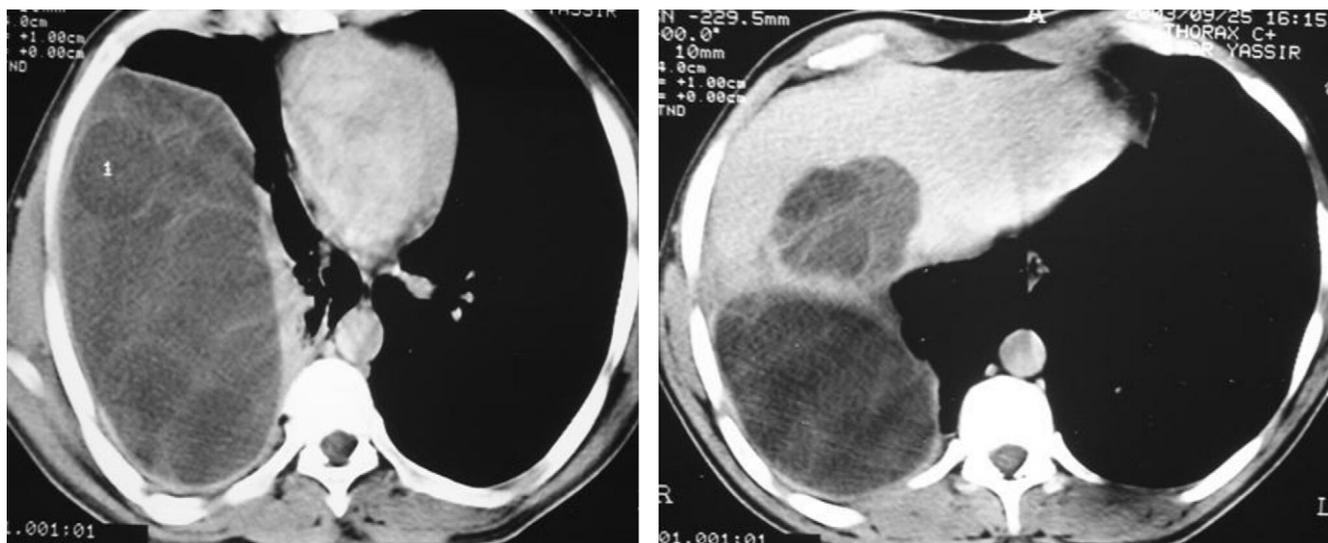


Figure 2. TDM thoraco-abdominale montrant une masse liquidienne multivésiculaire au niveau thoracique associée à une masse hépatique.

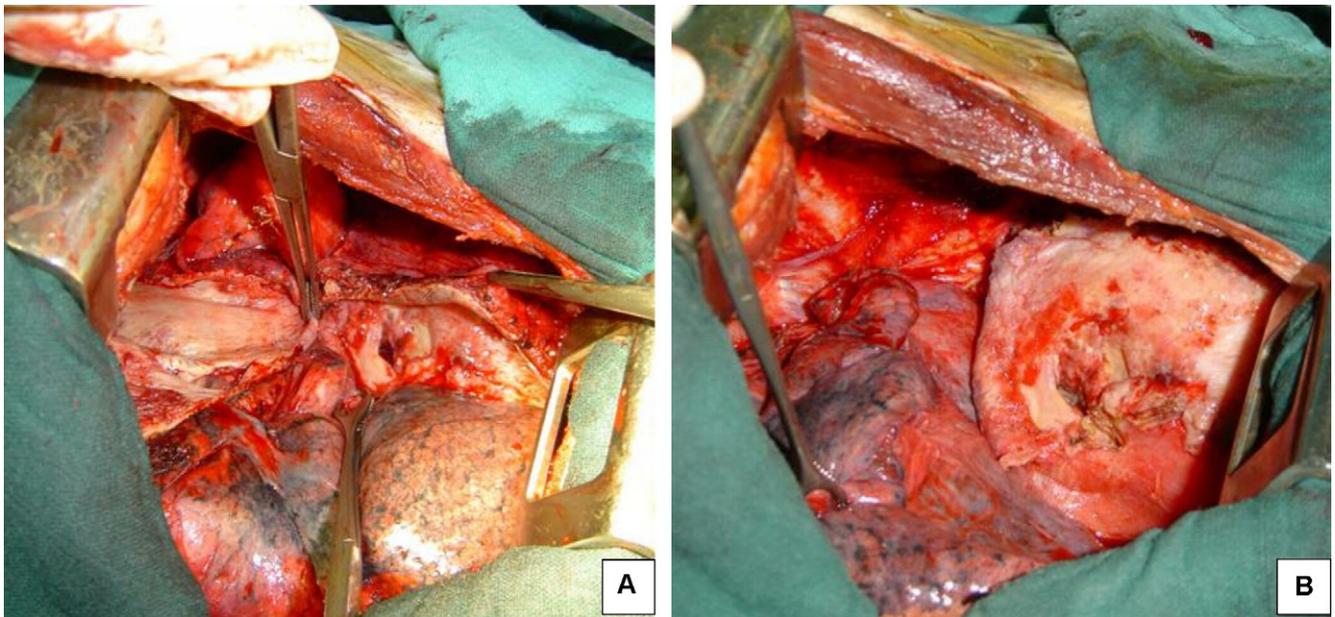


Figure 3. Vues opératoires après libération pulmonaire montrant la brèche diaphragmatique et la lésion pulmonaire avant (A) et après (B) sa résection.

Plusieurs voies d'abord chirurgical peuvent être proposées selon l'indication: une thoracotomie seule [7], une laparotomie seule ou associée à une thoracotomie, voire même une thoraco-phréno-laparotomie [3].

Au niveau thoracique

En cas de tissus scléro-inflammatoires irrités par la bile, certains auteurs considèrent qu'il est imprudent de réaliser des résections pulmonaires élargies sur des tissus infectés scléro-inflammatoires corrodées par la bile, il faut se limiter à des résections à minima, d'autant plus que les lésions sont souvent réversibles [6,8,9].

En cas de lésions parenchymateuses irréversibles, des résections segmentaires ou lobaires sont nettement préférables aux simples sutures des fistules bronchiques avec capitonnages des poches qui sont pourvoyeuses d'interventions itératives chez des patients d'état général initialement précaire [7,10].

Au niveau du diaphragme

Une fois la déconnexion hépato-diaphragmatique réalisée, la phrénoplastie devient possible et facile même si la brèche est large. Dans le cas contraire, on pourra utiliser un lambeau péricardique ou une prothèse synthétique.

Au niveau hépatique

Différents gestes peuvent être utilisés: la résection du dôme saillant, la kystectomie voire même les résections hépatiques réglées. Les fistules biliaires sont recherchées et aveuglées si elles sont mineures sinon un drainage de la voie biliaire principale par un drain de Kehr est associé (indication de la voie abdominale secondaire).

Les complications postopératoires varient selon les séries; une étude réalisée dans notre premier service avait

retrouvée un taux de 12,7% des cas, dominées par des complications infectieuses [11]; en effet, la chirurgie des FBB est une chirurgie septique, l'incidence élevée des complications infectieuses postopératoires est donc compréhensible. Aussi faut-il tout mettre en œuvre pour un diagnostic et une prise en charge précoce pour diminuer le taux de morbi-mortalité postopératoire qui reste élevée entre 12,2 et 50% [12,13].

Conclusion

Le pronostic reste sévère malgré l'amélioration des moyens de réanimation et des techniques opératoires. C'est dire l'intérêt d'un diagnostic et d'un traitement précoce et l'instauration d'un programme de prophylaxie basé sur la coopération des services vétérinaires, des services de santé publique et l'établissement d'un programme spécial d'éducation sanitaire.

Le choix de la voie d'abord et les types des résections doivent être adaptées et se discutent au cas par cas.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Kabiri H, Chafik A, Al Aziz S, El Maslout A, Benosman A. Traitement des fistules bilio-bronchiques et bilio-pleuro-bronchiques d'origine hydatique par thoracotomie. *Ann Chir* 2000;125:654–9.
- [2] Kabiri EH, El Maslout A, Benosman A. Thoracic rupture of hepatic hydatidosis (123 cases). *Ann Thorac Surg* 2001;72:1883–6.
- [3] Boumgbar M. Les fistules bilio-thoraciques d'origine traumatiques. *J Chir* 1986;123:457–62.

- [4] Kabiri H, Caidi M, al Aziz S, el Maslout A, Benosman A. Surgical treatment of hydatidothorax. Series of 79 cases. *Acta Chir Belg* 2003;103:401–4.
- [5] Jemmah M. Les fistules bilio-bronchiques d'origine hydatique. Thèse Med., Rabat, 1984, n° 389.
- [6] Guedj P, Morvant F, Solassol A, Guidoum Y. Les fistules bilio-bronchiques sévères des kystes hydatiques du foie. *Lyon Chir* 1958;45:161–3.
- [7] Demirleau J. Traitement des kystes hydatiques du foie ouverts dans la plèvre. *Mem Acad Chir* 1965;82:470–9.
- [8] Crausaz PH. Surgical treatment of the hydatid cyst of the lung and hydatid disease of the liver with intrathoracic evolution. *J Thorac Cardio-vasc Surg* 1967;53:116–29.
- [9] Warren KW, Boston MD. Surgical treatment of bronchobiliary fistulas. *Surg Gynecol Obstet* 1983;175:351–6.
- [10] Galindo R, Laraki A, Bartal M. À propos du traitement chirurgical des fistules bilio-bronchiques et bilio-pleuro-bronchiques d'origine hydatique. *Ann Chir Thorac Cardiovasc* 1975;29:147–9.
- [11] Moumen M, El Fares F. Les Fistules bilio-bronchiques d'origine hydatiques. À propos de 8 cas. *J Chir* 1991;128:188–92.
- [12] Reventos J, Nogueras FM, Rius X, Lorenzo T. Hydatid disease of the liver with thoracic involvement. *Surg Gynecol Obstet* 1976;173:570–4.
- [13] Mzabi R, Bach Hanba K. Traitement des kystes hydatiques du foie ouverts dans les bronches. À propos de 24 cas. *Mem Acad Chir* 1978;104:404–12.

E.H. Kabiri*, A. Traibi, A. Arsalane
*Service de chirurgie thoracique, hôpital militaire
d'instruction Mohamed V, Faculté de médecine et
de pharmacie, université Souissi Quartier, Hay
Riad, 10100 Rabat, Maroc*

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hassankabiri@yahoo.com

(E.H. Kabiri)

Disponible sur Internet le 16 juillet 2011