

L'IMAGE DU MOIS

Geyser endobronchique secondaire à une fistule broncho-oesophagienne

B. DUYSINX (1), V. HEINEN (1), N. FRUSCH (2), C. THYS (3), R. LOUIS (4). J-L. CORHAY (1-5)

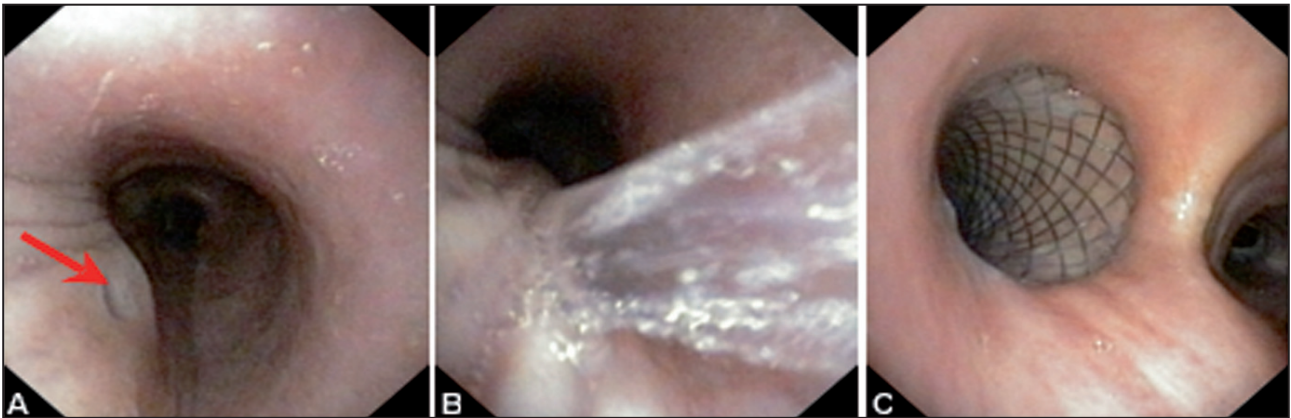


Figure 1. Vues endoscopiques d'une fistule oesophago-bronchique au niveau du tronc souche gauche (1A), du flux de sécrétions jaillissant de l'orifice fistulaire (1B), et de la prothèse endobronchique recouvrant l'extrémité bronchique de la fistule (1C).

Nous rapportons l'iconographie endobronchique d'un homme âgé de 46 ans, traité par radio- (50,4 Gy) et chimiothérapie (4 cycles de cisplatine-5-fluorouracil) concomitantes et par gastrostomie en raison d'une néoplasie du tiers inférieur de l'oesophage de type épithélioma épidermoïde avec extension ganglionnaire satellite et métastatique (stade IV). Devant l'apparition d'une toux lors de la déglutition de liquide et suite à des infections pulmonaires récidivantes, une fistule entre l'oesophage et le tronc souche gauche a été diagnostiquée (Fig 1A). L'aspect endobronchique de cette fistule était particulier en raison d'un flux continu de sécrétions au travers du pertuis bronchique en forme de cratère de 5 mm de diamètre (Fig 1B). La prise en charge a consisté en la pose d'une prothèse auto-expansible couverte de 40 mm de long sur 14 mm de diamètre (Micro-Tech^R), recouvrant l'orifice fistulaire (Fig 1C).

DISCUSSION

La fistule oesophago-bronchique (FOB) est une complication fréquente (1-22%) et souvent fatale des carcinomes oesophagiens et, dans une moindre mesure (1%), bronchiques (1-4). Elle se développe par l'invasion locorégionale et la nécrose tumorale ou suite aux traitements par radiothérapie, chimiothérapie ou endoscopie oncologique (3, 5). Le diagnostic de FOB n'est pas aisé en raison de la dysphagie induite par la sténose oesophagienne tumorale et des inhalations secondaires aux troubles de déglutition fréquemment observés dans cette pathologie. Une toux à la déglutition, une majoration de la dyspnée et de la dysphagie ainsi que des infections respiratoires récidivantes doivent faire évoquer le diagnostic. Celui-ci sera démontré par endoscopie et oesophagographie. Une tomодensitométrie thoracique permettra de préciser l'extension de la néoplasie, la topographie et les rapports anatomiques de la FOB notamment avec la carène et les cordes vocales ainsi que les complications pulmonaires associées (pneumonie,...). L'importante mortalité des FOB est le plus souvent liée au sepsis pulmonaire secondaire aux inhalations répétées au travers de la fistule et, ce, chez des patients dont l'état général souvent précaire et l'extension tumorale ne permettent pas de sanction chirurgicale (4). L'insertion de prothèses couvertes endo-oesophagiennes et/ou endobronchiques par voie endoscopique est

(1) Chef de Clinique, (2) Assistant, (4) Chef de Service, (5) Chef de Clinique et Professeur de clinique, Service de Pneumologie, Unité d'endoscopie interventionnelle, CHU Sart-Tilman, 4000 Liège, Belgique.
(3) Gastroentérologue, Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye, Seraing.

une alternative thérapeutique élégante, sûre et efficace (5, 6). La couverture de la FOB par la prothèse permet la réalimentation, le contrôle des infections pulmonaires et, finalement, un traitement oncologique maximal.

BIBLIOGRAPHIE

1. Balazs A, Galambos Z, Kupcsulik PK.— Characteristics of esophagorespiratory fistulas resulting from esophageal cancers : a single-center study on 243 cases in a 20-year period. *World J Surg*, 2009, **33**, 994-1001.
2. Martini N, Goodner JT, D'Angio GJ, Beattie EJ Jr.— Tracheoesophageal fistula due to cancer. *J Thorac Cardiovasc surg*, 1970, **59**, 319-324.
3. Shin JH, Song HY, Ko GY, Lim JO, et al.— Esophagorespiratory fistula : long-term results of palliative treatment with covered expandable metallic stents in 61 patients. *Radiology*, 2004, **232**, 252-259.
4. Shin JH, Kim JH, Song HY.— Interventional management of esophagorespiratory fistula. *Korean J Radiol*, 2010, **11**, 133-140.
5. Murthy S, Gonzalez-Stawinski GV, Rozas MS, et al.— Palliation of malignant aerodigestive fistulae with self-expanding metallic stents. *Dis Esophagus*, 2007, **20**, 386-389.
6. Corhay JL, Duysinx B, Louis R, Bartsch P.— Tracheobronchial stents : Chu of Liege Experience. *Rev Med Liege*, 2004, **59**, 577-583.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr B. Duysinx, Service de Pneumologie, CHU Sart-Tilman B35, 4000 Liège, Belgique.
Email : Bduysinx@swing.be