

Fistule oesotrachéale compliquant une intubation trachéale prolongée

Par : Dr Brahim ELAHMADI^{1,4}, Dr Youssef MOTIAA, Dr Abdelilah GHANNAM, Dr Zakaria BELKHADIR

*1 Service de Réanimation de l'Institut National d'Oncologie, CHU Ibn Sina, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Maroc.
& Auteur correspondant : Dr. Brahim Elahmadi, Service de Réanimation de l'Institut National d'Oncologie, CHU Ibn Sina, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Maroc.*

Résumé :

La fistule Oeso-Trachéale est une complication rare de l'intubation trachéale. Ses mécanismes de survenue sont multiples faisant évoquer une ischémie de la paroi trachéo-oesophagienne. Son diagnostic est difficile parfois retardé, l'endoscopie trachéo-oesophagienne reste l'examen de choix. Le traitement dépend du tableau clinique et de la gravité des lésions pulmonaires associées. Le pronostic est corrélé à l'étendue et à la nature des complications secondaires. Nous rapportons un cas exceptionnel d'une fistule oeso-trachéale compliquant une intubation trachéale prolongée.

Mots clés : fistule oeso-trachéale, intubation, ventilation prolongée.

Introduction :

La fistule Oeso-Trachéale (FOT) est une complication rare de l'intubation trachéale prolongée, dont l'incidence est de 0,5 %, avec une mortalité non négligeable de 6 à 12% [1,2]. Cette complication pose un double problème diagnostique et thérapeutique. Nous rapportons l'observation d'une patiente ayant présenté une fistule Oeso-trachéale, et nous discutons les facteurs de risque ainsi que les mesures préventives et thérapeutiques.

Observation :

Une patiente de 37 ans, suivie pour tumeur rectale sans localisation secondaire, ayant bénéficié d'une résection rectale avec anastomose colo-anale. elle était admise dans le service de réanimation pour prise en charge d'une péritonite postopératoire compliquée de choc septique. Une trachéotomie sans incident était réalisée à J10 de son admission. L'évolution était marquée par la survenue d'une pneumopathie nosocomiale à pseudomonas sensible aux imipénèmes et aux aminosides. Le sevrage de la ventilation artificielle était à J20 d'hospitalisation et la décanulation à J28. En post décanulation la patiente a présenté une toux permanente aggravée par l'alimentation. Il a été constaté un tableau clinique de pneumopathie d'inhalation. Un scanner cervico-thoracique (figure 1) suivi d'une fibroscopie oesophagienne (figure 2) ont mis en évidence une fistule trachéale au niveau du mur postérieur communicant avec l'oesophage de 2 cm/2cm en regard de C6-7. Une bronchoscopie a été réalisée secondairement afin d'éliminer toute autre lésion distale sur les vois aériennes.

La décision collégiale a été de pratiquer une myoplastie chirurgicale pour obturer le mur postérieur de la trachée. L'évolution de la patiente a été marquée par l'installation rapide d'une pneumopathie nosocomiale compliquée de choc septique ayant imposée le recours à la ventilation mécanique. La patiente est décédée avant la réalisation de la chirurgie.

Discussion :

La fistule oeso-trachéale sur trachéotomie et ventilation prolongée est une complication rare, mais elle représente la forme la plus fréquente des FOT acquises non néoplasiques, initialement décrites dans les années soixante par FLEGE et THOMAS, comme des lésions en rapport avec l'hyperpression du ballonnet des sondes d'intubation [3,4].

Les mécanismes de survenue sont multiples faisant évoquer le traumatisme direct sur parois trachéale et œsophagienne lors de la trachéotomie, la compression prolongée de la muqueuse trachéale par la mauvaise position de la canule et par l'hyperpression du ballonnet, la lésion directe de la muqueuse œsophagienne par une sonde gastrique de gros calibre ou par une infection fongique de l'oesophage. Les états de choc, l'immunodépression et la dénutrition sont également des facteurs favorisant la survenue de cette complication [2,5]. Dans notre observation, les facteurs favorisant le développement de la fistule oesophagienne retenu étaient la durée prolongée de la ventilation mécanique (> 4 semaines) sans contrôle régulier de la pression du ballonnet et l'état inflammatoire lié au choc septique secondaire à la péritonite postopératoire sur terrain dénutri.

Le diagnostic est évoqué devant les difficultés de ventilation, l'aspiration par la sonde trachéale du liquide gastrique ou du gavage, une distension gastro-intestinale et la survenue de pneumopathies d'inhalation. Le diagnostic est confirmé par la fibroscopie bronchique et oesophagienne qui permet de déterminer le siège de cette fistule et la présence d'une fibrose de la muqueuse. La tomodensitométrie cervico-thoracique permet de visualiser la fistule et de préciser les dégâts parenchymateux pulmonaire et péri-fistulaire. L'opacification de l'oesophage fait le diagnostic dans 70% des cas, elle est indiquée chez les patients conscients et capables de déglutir [1, 6, 7,8].

La prise en charge thérapeutique en premier temps est basée sur la prévention de l'inhalation du liquide gastrique à travers la fistule par la mise au repos de l'oesophage, et la lutte contre la stase gastrique, ainsi que le traitement de toute infection broncho-pulmonaire.

Fistule oesotrachéale compliquant une intubation trachéale prolongée

Par : Dr Brahim ELAHMADI^{1,*}, Dr Youssef MOTIAA, Dr Abdelilah GHANNAM, Dr Zakaria BELKHADIR

¹ Service de Réanimation de l'Institut National d'Oncologie, CHU Ibn Sina, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Maroc.
& Auteur correspondant : Dr. Brahim Elahmadi, Service de Réanimation de l'Institut National d'Oncologie, CHU Ibn Sina, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Maroc.

La préparation nutritionnelle préopératoire par voie parentérale ou par jéjunostomie d'alimentation, joue un rôle capital chez ces patients qui sont dénutris et dans un état d'hyper catabolisme. Le traitement chirurgical est indiqué ultérieurement, le choix de la voie d'abord dépendra du bilan lésionnel initial [2,6,9,10]. La technique chirurgicale consiste en une résection-anastomose trachéale, avec suture de l'œsophage en deux plans protégée par une myoplastie, la résection est empiétée sur l'œsophage et non sur la trachée afin de garder suffisamment de tissu pour réparer la membraneuse trachéale. La pose d'un double stent, dans la trachée et l'œsophage, est à réserver aux situations palliatives [1, 11, 12,13].

La prévention de cette complication est basée sur le contrôle de la pression du ballonnet, et la réalisation de la trachéostomie sous fibroscopie continue [14]. L'évolution est marquée par un risque élevé de récurrence et une mortalité non négligeable de 6,3 à 12, 5% [1].

Conclusion :

Bien que la fistule Oeso-trachéale est une complication rare de la trachéotomie et de la ventilation artificielle prolongée, le pronostic incertain fait qu'elle doit être systématiquement suspectée et recherchée devant toute difficulté de sevrage ventilatoire, et devant la survenue des pneumopathies à répétition. La prévention repose essentiellement sur le caractère non traumatique de la trachéotomie et des aspirations trachéales, et sur le contrôle de la pression du ballonnet.

Conflits d'intérêts :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs :

Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de ce travail.

Figures :

Figure 1: Coupe sagittale d'une tomodensitométrie cervico-thoracique montrant une large fistule oeso-trachéale de 2cm/2cm en regard de C6-C7.

Figure 2: Fibroscopie œsophagienne montrant une fistule oesotrachéale de 2cm.

Références :

1. T. Kilani, M. Adoun. *Fistules œsotrachéales et œsobronchiques*. *Rev Mal Respir*. 2007 Jul; 24 (2) : 39-41.
2. Abdelkarim Shimi, Mohammed Khatouf. *Fistule œso-trachéale secondaire à une intubation trachéale prolongée*. *The Pan African Medical Journal*. 2015; 20 : 388.
3. Flege et al. *Tracheoesophageal fistula caused by cuffed tracheostomy tube*. *Ann Surg*. 1967 Jul; 166 (1) : 153-6.
4. Thomas et al. *The diagnosis and treatment of tracheoesophageal fistula caused by cuffed tracheal tubes*. *J thorac cardiovasc surgery*. 1973 Apr; 65 (4) : 612-9.
5. Bartels et al. *Tracheobronchiales lesions following oesophagectomy: prevalence predisposing factors and outcome*. *Br J Surgery*. 1998 Mar; 85 (3): 403-6.
6. Bolca C, Păvăloiu V, Fotache G, Dumitrescu M, Bobocea A, Alexe M, Cadar G, Stoica R, Paleru C, Cordoș I. *Chirurgia (Bucur)*. 2017 Nov-Dec; 112(6) : 696-704. doi : 10.21614/chirurgia.112.6.696. *Postintubation Tracheoesophageal Fistulas*.
7. Dartevelle P, Macchiarini P. *Management of acquired tracheoesophageal fistula*. *Chest Surg Clin N Am* 1996 Nov; 6 (4) : 819-36.
8. Giudicelli et al. *Les fistules oeso-trachéales non malignes de l'adulte*. *Ann Chir thorac cardio-vasc*. 1992; 46 (8): 738-41.
9. Oliaro et al. *Surgical management of acquired non-malignant tracheo-esophageal fistulas*. *J Cardiovasc surgery*. 2001 Apr; 42 (2): 257-60.
10. Macchiarini et al. *Evaluation and outcome of different surgical techniques for post intubation tracheoesophageal fistula*. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2000 Feb; 119 (2): 268-76.
11. Liu J, Wu W, Liu S, Xu Z, Wang J, Li B. *A Modified Tracheal Transaction Approach for the Repair of Nonmalignant Tracheoesophageal Fistulas: A Report of 5 Cases*. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 2017; 79(3): 147-152. doi: 10.1159/000468943. Epub 2017 Apr 8.
12. Grillo HC. *Surgical treatment of postintubation tracheal injuries*. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1979 Dec; 78 (6): 860-75.
13. Wolf et al. *Acquired tracheoesophageal fistula in critically ill patients*. *Ann Otol Laryngol*. 2000 Aug; 109 (8 Pt 1): 731-5.
14. Louis et al. *Fistules trachéo-oesophagienne . Une complication rare de la trachéotomie percutanée*. *Ann Fr Anesth Réanim*. 2003 Apr; 22 (4): 349-52.

Fistule oesotrachéale compliquant une intubation trachéale prolongée

Par : Dr Brahim ELAHMADI^{1,*}, Dr Youssef MOTIAA, Dr Abdelilah GHANNAM, Dr Zakaria BELKHADIR

¹ Service de Réanimation de l'Institut National d'Oncologie, CHU Ibn Sina, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Maroc.
& Auteur correspondant : Dr. Brahim Elahmadi, Service de Réanimation de l'Institut National d'Oncologie, CHU Ibn Sina, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Maroc.

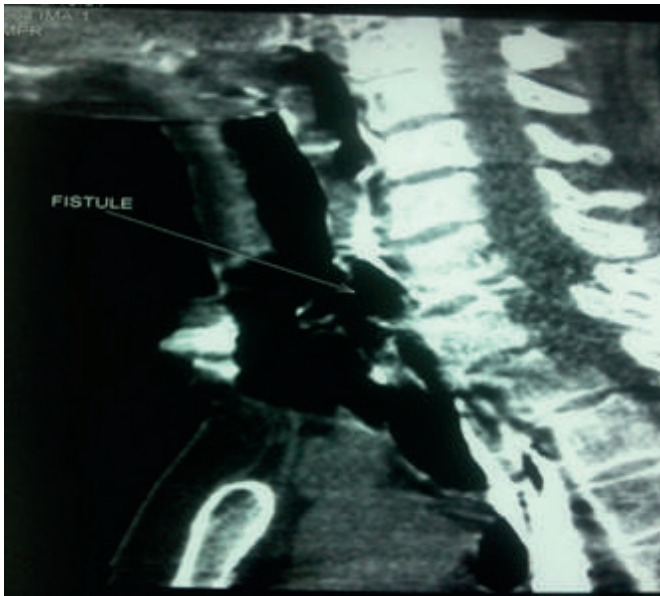


Figure 1: coupe sagittale d'une tomodensitométrie cervico-thoracique montrant une large fistule oeso-trachéale de 2cm/2cm en regard de C6-C7

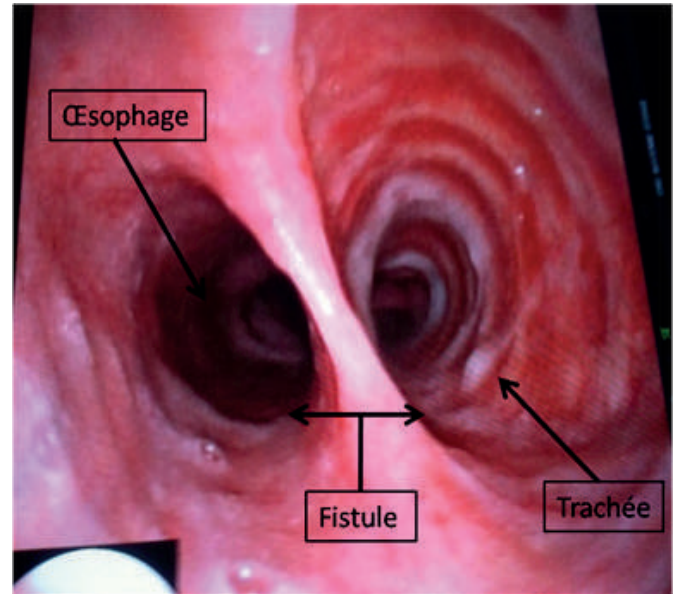


Figure 2: fibroscope oesophagienne montrant une fistule oesotrachéale de 2cm.