



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/17294
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/17294>



RESEARCH ARTICLE

LA FISTULE COLO-BRONCHIQUE COMPLICATION EXCEPTIONNELLE DE L'OESOPHOPLASTIE COLIQUE

K. Ghebouli¹, M. Belbekri², M.A Kecir², N. Mebarki¹, F. Hidouche¹ and F. Lemebarki¹

1. Service de Chirurgie Thoracique Cardiovasculaire et Transplantation d'organe CHU Mustapha Alger, Algérie.
2. Service de Chirurgie Thoracique CHU Constantine, Algérie.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 25 May 2023
Final Accepted: 28 June 2023
Published: July 2023

Key words:-

Fistule (Fistula), Oesophage, Chirurgie (Esophagealsurgery), Complications (), Lobectomie (Lobectomy)

Abstract

Objective:Colonic interposition as an esophageal substitution is an accepted surgical approach for severe esophageal lesions especially after accidental caustic ingestion. Colobronchial fistula after colo-esophageal interposition is a rare and a late complication. The bibliographical analysis showed very few cases of this complication.

Material and Methods:A 37 yr old woman was admitted for recurrent right pneumonia. A 22 yr of age, she had developed a long esophageal stricture as a result of accidental caustic ingestion and a colo-esophageal interposition was performed. The diagnostic of colobronchial fistula was suspected by chest scan and confirmed by digestive endoscopy. The patient was approached by thoracotomy, the evolution controlled by a thoracic scan and endoscopic is very satisfying.

Copy Right, IJAR, 2023,. All rights reserved.

Introduction:-

L'oesophagoplastie colique est une technique chirurgicale souvent utilisée dans les formes sévères des brûlures œsophagiennes caustiques [1]. Grâce à une technique chirurgicale rigoureuse la mortalité de cette intervention est de l'ordre de 5% mais au prix d'une morbidité non négligeable [2], cependant la survenue de complications tardives de la coloplastie peut compromettre un bon résultat fonctionnel initial et mettre en jeu le pronostic vital.

Le but de cette observation est de mettre la lumière sur une complication exceptionnelle et tardive de l'oesophagoplastie colique qui est la fistule colobronchique. L'analyse bibliographique a montré très peu de cas décrits de cette complication.

Observation:-

Nous rapportons l'observation d'une femme âgée de 37 ans admise à notre niveau pour cure chirurgicale d'une fistule colobronchique, diagnostiquée suite à une pneumopathie droite à répétition.

À l'âge de 22 ans, la patiente a été victime d'une ingestion accidentelle d'un produit caustique ayant occasionné une sténose œsophagienne très serrée. La malade a bénéficié d'une oesophagoplastie colique. Quinze ans plus tard, la patiente présente un tableau de pneumopathie à répétition fait de fièvre, amaigrissement et altération de l'état général.

Corresponding Author:-K. Ghebouli

Address:-Service de Chirurgie Thoracique Cardiovasculaire et Transplantation d'organe CHU Mustapha Alger, Algérie.

Devant ce tableau clinique une radiographie thoracique a été faite objectivant un foyer de dilatation de bronches lobaire basal droit (**Fig 1**).

Le diagnostic de fistule colobronchique a été suspecté par une tomодensitométrie thoracique montrant une communication entre le transplant colique et la bronche pulmonaire lobaire moyenne avec foyers de dilatation de bronches (**Fig 2 et 3**).

La confirmation diagnostique a été obtenue par fibroscopie digestive qui a montré clairement la fistule(**Fig 4**).



Fig.1:-Radiographie du thorax face
(Collection K. Ghebouli).

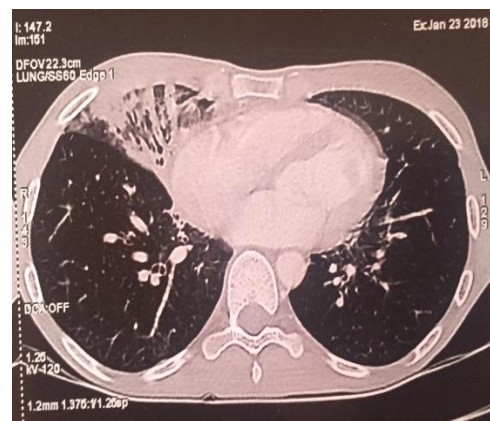
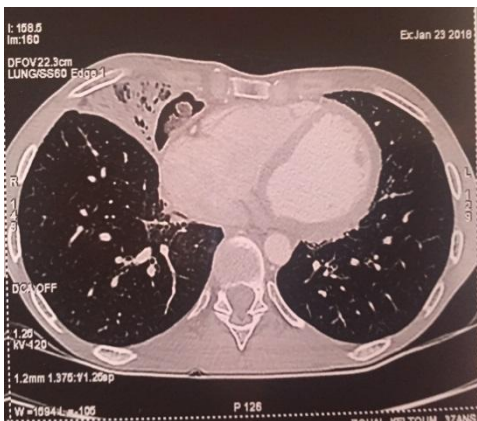


Fig.2 et 3:- TDM Thoracique
Notons l'importante dilatation des bronches du lobe moyen
(Collection K. Ghebouli)

La patiente a été abordée par thoracotomie postéro-latérale passant par le 5^{ème} espace intercostal droit avec mise en place d'une sonde gastrique. Après individualisation et déconnexion de la fistule (**Fig 5**), on a procédé à une lobectomie moyenne avec recouvrement du moignon bronchique (**Fig 6**), fermeture de la fistule colique avec twist colique (**Fig 7**).

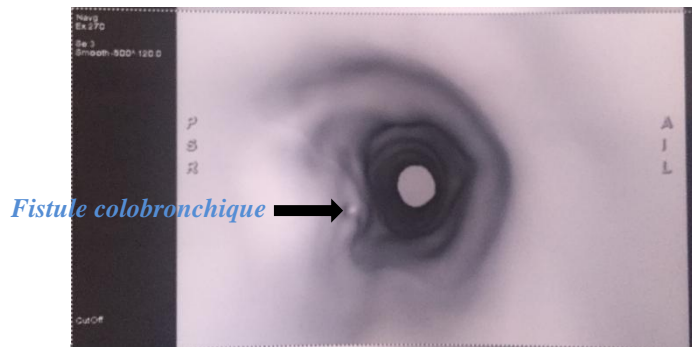


Fig.4:- Fibroscopie digestive individualisant la fistule colobronchique (Collection K. Ghebouli).

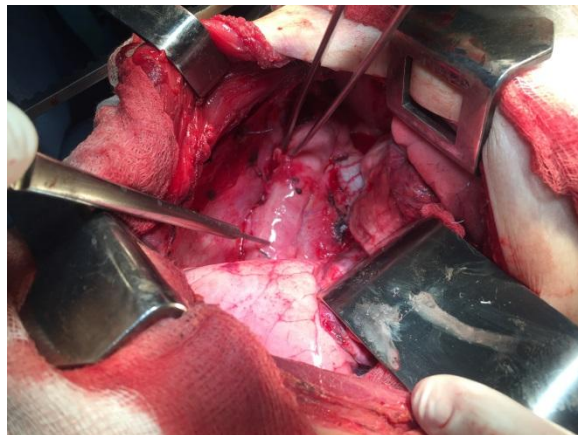


Fig.5:- individualisation et déconnexion de la fistule (Collection K. Ghebouli)

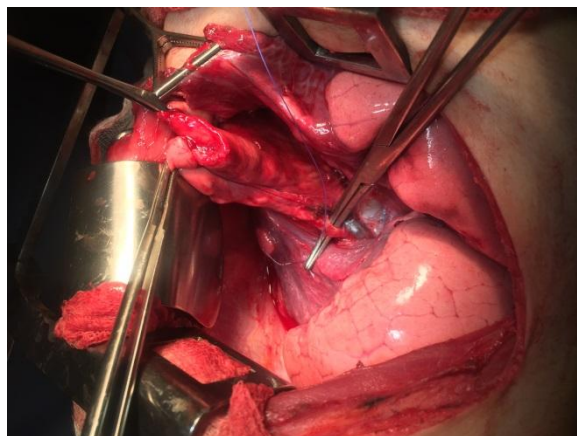


Fig.6 :- lobectomie moyenne (Collection K. Ghebouli)

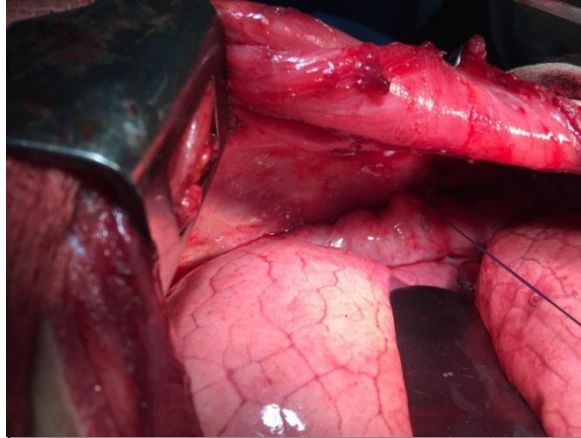


Fig.7:- Twist colique
(Collection K. Ghebouli).

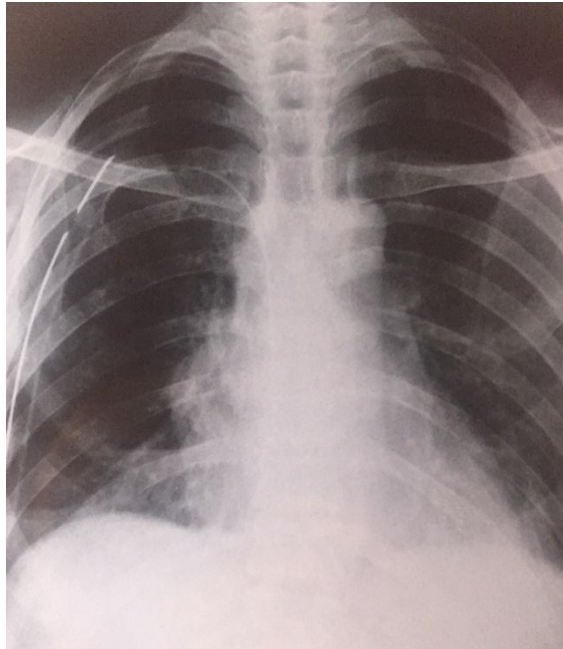


Fig 8:- Radiographie de contrôle à J₂ post
opératoire
(Collection K. Ghebouli)

L'évolution postopératoire était favorable. La patiente a bénéficié d'une alimentation parentérale pendant dix jours. L'alimentation orale liquide a été autorisée au onzième jour. L'évolution lointaine contrôlée par un scanner thoracique et endoscopie est très satisfaisante (**Fig 8**).

Discussion:-

Les lésions caustiques continuent d'évoluer pendant longtemps [1,2], certaines complications peuvent survenir pendant plusieurs années d'évolution. Si la sténose constitue la complication majeure des transplants coliques [3,4,5], la fistule colobronchique reste exceptionnelle.

Il faut savoir penser à cette complication devant un tableau de pneumopathie à répétition. Le diagnostic repose sur la tomodensitométrie thoracique associée éventuellement à l'endoscopie en l'absence d'une sténose colique infranchissable [6].

Cependant nous insistons sur l'extrême importance d'un diagnostic et d'un traitement précoce, vu la précarité du terrain général et local s'agissant de sujets dénutris à fonction respiratoire limitée autorisant un geste chirurgical sur un milieu septique.

Toutefois, l'extrême gravité du pronostic de cette complication impose de surveiller les patients ayant une oesophagoplastie colique, pour dépister précocement une éventuelle complication tardive [8]. En effet un diagnostic précoce et une complication prise en charge très tôt pouvaient espérer une évolution favorable comme c'était le cas de notre patiente.

Conclusion:-

Pathogénie encore mal élucidée, la fistule colo-bronchique reste une complication rare et inhabituelle de l'oesophagoplastie colique. Cependant, elle doit être suspectée devant un patient présentant un tableau d'infection pulmonaire à répétition même à distance de l'intervention ce qui justifie un suivi à long terme de ces patients.

Bibliographie:-

- [1] Ribet M, Barrat C, l'oesophagoplastie colique pour lésions bénignes. Ann Chir 2008 ;49 :133-7.
- [2] Hankins JR, Cole FN, McLaughlin JS. Colon interposition for benign oesophageal disease : experience with 23 patients. Ann Thorac Surg 1984;37:192-6.
- [3] Celerier M. oesophagoplasties. Ann Chir 1989;43:5-9.
- [4] Thomas P, Giudicelli R, Fuentes P, Reboud E. techniques and results des oesophagoplasties coliques. Ann Chir 1996;50:106-20.
- [5] Gossot D, Azoulay D, Piriou P, Stefati E, Celerier M. Remplacement de l'oesophage par le colon. Mortalité et morbidité. À propos de 105 cas Gastroenterol Clin Biol 1990 ;14 :977-81.
- [6] Brost HG, Dragojevic D, Stegmann T, Hetzer R. Anastomotic leakage, stenosis, and reflux after esophageal replacement. World J Surg 2009;2:861-5.
- [7] Kelly JP, Shackelford GD, Roper CL. Oesophageal replacement with colon in children: functional results and long term growth. Ann Thoracic Surg 1983;36:634-43.
- [8] Bennabi K, Khalfallah R, Dahdouh R, Imessaoudene Z, Tebaibia A, Laiche Ahcour T, Maaoui M; perforation du transplant colique 17 ans après la chirurgie de reconstruction œsophagienne ; annales algériennes de chirurgie, Tome 48-N1- janvier 2014.