

Open Access Full Text Article

CASE REPORT

The pancreatico-pleural fistula - About one case

La fistule pancreatico-pleurale - À propos d'un cas

R. Taghlaoui, A. Idmbarek, H. Kouismi

Service de Pneumologie - CHU Mohammed VI d'Oujda. Maroc

ABSTRACT

Pancreatic pleurisy is rarely encountered in the daily practice of pneumology. It is a rare pathology that often remains under diagnosed.

We report the case of a 58-year-old patient, with a notion of passive smoking, having an medical history of hospitalization for acute pancreatitis, admitted for the management of a pleural effusion on the left with great abundance. A pleural puncture made showed a pleural fluid of cloudy and exudative appearance, with a pleural lipase at 13,773 IU/L. The biological assessment shows a microcytic hypochromic anemia at 10.5 g/dL and the blood lipase at 188 IU/L. Hepatic and renal function are normal, the phtysiological assessment is negative, A thoraco-abdominal CT scan shows a left pleural effusion associated with two false communicating cysts of the pancreas causing suspicion of a pancreatic-pleural fistula despite the non-visualization of fistulous tract.

In front of the appearance of pleural fluid, a thoracic drainage had been instituted, combined with a medical treatment based on antibiotherapy and a physiotherapy allowing a favorable evolution of the disease with total regression of the pleurisy.

KEYWORDS: Pleurisy; Pancreatic-pleural fistula; False pancreatic cyst.

RÉSUMÉ

La pleurésie d'origine pancréatique est rarement rencontrée dans la pratique quotidienne de pneumologie. C'est une pathologie rare qui reste souvent sous diagnostiquée.

Nous rapportons le cas d'un patient de 58 ans, ayant une notion de tabagisme passif, ayant comme antécédents une hospitalisation pour pancréatite aiguë, admis pour prise en charge d'un épanchement pleural gauche de grande abondance. Une ponction pleurale faite a montré un liquide pleural d'aspect trouble, exsudatif, avec une lipase pleurale à 13.773 UI/L. Le bilan biologique montre une anémie hypochrome microcytaire à 10.5 g/dl, la lipase sanguine à 188 UI/L. La fonction hépatique et rénale sont normales, le bilan phtysologique est négatif, Un scanner thoraco-abdominal objective un épanchement pleural gauche associé à deux faux kystes communicantes du pancréas faisant suspecter une fistule pancréatico-pleurale malgré la non visualisation de trajet fistuleux.

Devant l'aspect de liquide pleural un drainage thoracique avait été instauré, associé à un traitement médical à base d'antibiothérapie et une kinésithérapie permettant une évolution favorable de la maladie avec régression totale de la pleurésie.

MOTS CLÉS: Pleurésie, Fistule pancréatico-pleurale; Faux kyste pancréatique.

Corresponding author:

Dr. Rachid TAGHLAOUI

Service de Pneumologie - CHU Mohammed VI d'Oujda - BP :48069, 60049 Oujda. MAROC

E-mail: tgrachid@gmail.com

INTRODUCTION

La fistule pancréatico-pleurale est une complication rare des pancréatites associées à une pleurésie unilatérale, cette dernière est généralement gauche, est sans particularité clinique ni biologique et se manifeste par des signes d'appel respiratoires en rapport avec l'épanchement liquidien pleural [1-4].

Le diagnostic est relativement favorisé par l'imagerie moderne et la prise en charge thérapeutique, dans les pays développés, devient de plus en plus conservatrice et fait appel à de nouvelles techniques interventionnelles, radiologiques ou endoscopiques reléguant la chirurgie au deuxième plan [4-6]. Nous rapportons un cas de fistule pancréatico-pleurale due à des pseudo-kystes du pancréas.

Le but de cette observation est d'illustrer les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques de cette affection.

OBSERVATION

Il s'agissait de Mr B. M, âgé de 58 ans, ayant comme antécédents une pancréatite aigüe stade E avec cholécystectomie, depuis huit mois avant son admission, sans antécédent d'habitude alcoolo-tabagique ni de tuberculose.

Admis pour prise en charge d'une toux productive avec expectorations muqueuses associée à des douleurs thoraciques en point de coté gauche déclenché par la toux, bloquant l'inspiration associée à une dyspnée stade II de Sadoul, sans notion d'hémoptysie. A l'examen, on notait un syndrome d'épanchement pleural liquidien gauche. Une radiographie du thorax avait permis de mettre en évidence une pleurésie gauche de grande abondance (Figure 1)



FIGURE 1. Cliché thoracique montrant un aspect de pleurésie gauche de grande abondance.

La ponction pleurale exploratrice avait montré un liquide d'aspect légèrement trouble de type exsudatif avec un taux de protéines à 43.8 g/l, le taux de LDH est 404 UI/l avec taux de lipase pleural élevé 13773UI/l, la cytologie de liquide est à prédominance en neutrophiles avec 1120 éléments/mm³ (89%), son étude bactériologique (germes banaux et BK) était négative soit par examen direct ou culture.

La biologie révélait un syndrome inflammatoire marqué par une accélération de la vitesse de sédimentation et une élévation de la CRP.

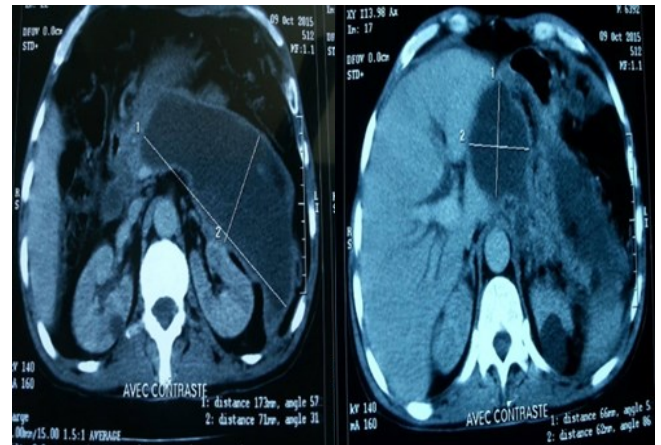


FIGURE 2. Aspect scannographique montrant deux faux kystes communicantes du pancréas.

Devant l'aspect macroscopique de liquide pleural à prédominance neutrophile (89%), et un taux de LDH pleural élevé et lipase pleurale élevée, un drainage thoracique était indiqué rament 1300 cc de liquide pleural, une antibiothérapie précoce à large spectre était démarré associé à une kinésithérapie pleurale. Le drain a été retiré après cinq jours.

Après soulagement du patient, une TDM thoraco-abdominale demandée a mis en évidence deux pseudo-kystes communicantes du pancréas (Figure 2).

Le diagnostic de fistule pancréatico-pleurale était retenu.

L'évolution s'est marquée par la persistance d'une poche pleurale enkystée difficilement ponctionnable même échographiquement guidée faisant discuter une thoracoscopie chirurgicale et un traitement chirurgical des faux kystes pancréatiques, ces deux cures ont été différées vu une nouvelle poussée de pancréatite aiguë.

Le suivi du patient, plus tard, a montré une amélioration favorable de l'hydropneumothorax sous traitement médical et un traitement intensif par kinésithérapie pleurale (Figure 3).

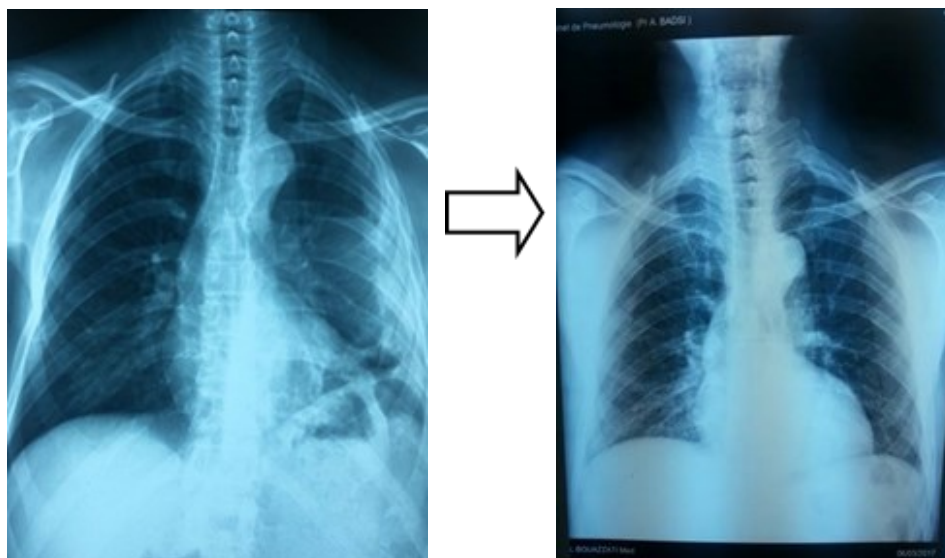


FIGURE 3. Evolution favorable de l'épanchement pleural hydroaérique après un traitement médical et kinésithérapie pleurale.

DISCUSSION

Les pseudo-kystes pancréatiques représentent la complication principale de la pancréatite chronique. Ce sont des dilatations des petits canaux périphériques en amont d'un obstacle. Leurs sièges préférentiels sont la tête et le corps du pancréas [7].

L'épanchement pleural pancréatique sur fistule pancréatico-pleurale est rare (premier cas décrit en 1973, [8]). Les mécanismes évoqués sont une communication directe trans-diaphragmatique, une dissémination lymphatique ou sanguine [9,10].

L'épanchement survient dans 0,4 % des pancréatites chroniques (4,5 % si pseudokystes) principalement à gauche, chez l'homme, d'âge moyen 40 ans, dans 80 % sur pancréatite alcoolique [11,12].

La présentation clinique des fistules pancréatico-pleurales est généralement dominée par l'importance des signes respiratoires en l'absence de toute symptomatologie abdominale [13,14].

Dans notre observation, le patient ne présentait aucune symptomatologie abdominale. Les signes respiratoires sont le fait des épanchements pleuraux abondants à gauche.

Ceci fait méconnaître le diagnostic dans bien des cas. Un cas de fistule pancréatico-pleurale chez une femme d'âge mûr, révélé par des épigastralgies et une dyspnée progressive a été publié dans la littérature [15].

Les examens biologiques retrouvent dans le sang une hyperamylasémie, hyperlipasémie et une bisalbuminémie à l'électrophorèse de protéines (protéolyse partielle de l'albumine par les enzymes pancréatiques) [16].

Le liquide pleural est exsudatif, est souvent abondant, unilatéral, et contient un taux élevé d'amylase (souvent supérieur à 1000 U/l) et de protéines (> 30 g/l), à noter la biologie n'a de valeur d'orientation qu'en présence d'une amylase pleurale et d'un syndrome inflammatoire biologique [14].

L'établissement du lien entre un épanchement pleural et une pancréatite chronique reste difficile à faire, d'où le rôle de l'imagerie {TDM, IRM ou cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE)}, [19,17,18] qui permet de faire le diagnostic positif, étiologique et aiderait ainsi dans la prise en charge thérapeutique, ce qui était le cas dans notre observation ou la TDM avait montré les deux pseudo-kystes communicantes du pancréas faisant évoquer le diagnostic de la fistules pancréatico-pleurale.

Le traitement peut être médical (mesures hygiéno-diététiques, nutrition parentérale exclusive, évacuation de l'épanchement pleural, dérivés de la Somatostatine), parfois l'exclusion de la fistule pancréatico-pleurale peut se faire par voie endoscopique [4,20].

Les complications peuvent être une persistance de l'épanchement, une pachypleurite, des complications des traitements [7].

La chirurgie n'étant sollicitée qu'en dernier recours en cas d'échec des moyens thérapeutiques précédents [6,21].

CONCLUSION

Le diagnostic de pleurésie d'origine pancréatique est difficile en l'absence de visualisation de la fistule pancréatico-pleurale, mais peut être évoqué devant un faisceau des données cliniques, biologiques, et morphologiques. Les complications peuvent être une persistance de l'épanchement, une pachypleurite, les complications des traitements.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Aucun.

RÉFÉRENCES

1. Burgess NA, Moore HE, Williams JO, Lewis MH. A review of pancreaticopleural fistula in pancreatitis and its management. *HPB Surg* 1992; 5: 9- 86.
2. Karamouzou V, Karavias D, Siagris D, et al. Pancreatic mediastinal pseudocyst presenting as a posterior mediastinal mass with recurrent pleural effusions: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep* 2015;9:110.
3. Machado NO. Pancreaticopleural fistula: revisited. *Diagn Ther Endosc* 2012;2012:815476.
4. Bediwy AS. Pancreatico-pleural fistula: A rare cause of massive right-sided pleural effusion. *Egypt J Chest Dis Tuberc.* 2015;64 (1) :149-151.
5. Schoefl R, Haefner M, Pongratz S, Pfeffel F, Stain C, Poetzi R, Gangl A. Endoscopic treatment of fistulae and abscesses in pancreatitis: Three case reports. *Endoscopy* 1996; 28:776-9.
6. King JC, Reber HA, Shiraga S, Hines OJ. Pancreaticopleural fistula is best managed by early operative intervention. *Surgery.* 2010;147(1):154-159.
7. Ribeiro B, Gomes D, Rosa A, Amaro P, Tomé L, Leitão M, Freitas D. Derrame pleural recidivante por fístula pancreático-pleural. *Jornal Português de Gastroenterologia* 2000; 7: 161-164.
8. Trombroff M, Loi A, Koster JP, Engleholm L, Govaerts JP. Pleural effusion with pancreaticopleural fistula. *British Medical Journal* 1973; 1 330-331.
9. Shibasaki S, Yamaguchi H, Nanashima A, Tsuji T, Jibiki M, Sawai T, Yasutake T, Nakagoe T, Ayabe H. Surgical Treatment for Right Pleural Effusions caused by Pancreaticopleural Fistula. *Hepato-Gastroenterology* 2003; 50: 1678-1680.
10. Redmond CE, Mcevoy SH, Cullen A, et al. Pancreaticopleural fistula as a presentation of a pancreatic neoplasm. A report of a case and review of the literature. *JOP.* 2015;16:95-96.
11. Zubiaurre L, Oyarzabal I, Berguiristain A, Amato E, Zapata E, Salvador P. Fistula pancreaticopleural: pruebas diagnósticas y tratamiento. *Cir Esp.* 2005; 77 (6): 359- 61.
12. DC,Cello JP. Pancreaticopleural fistula. Report of 7 patients and review of literature. *Medicine (Baltimore).* 1990; 69: 332-344.
13. Elkaoui H, Atoini F, Bouchentouf SM, et al. Pancreaticopleural fistula in chronic pancreatitis. *Arab J Gastroenterol* 2012;13:38-40.
14. Uchiyama T, Suzuki T, Adachi A, Hiraki S, Iizuka N. Pancreatic Pleural Effusion: Case Report and Review of 113 Cases in Japan. *American Journal of Gastroenterology* 1992; 87, (3): 387-391.
15. A. Delbove , A. Byzieux , M. Marcq , J. Berruchon , J.-P. Lafargue (2012) .epanchement pleural séro hémattique atypique chez une patiente alcoololo tabagique : à propos d'un cas. *Revue des Maladies Respiratoires (novembre 2012).*2012 ; Volume 29, numéro 9 : 1181-1182 .
16. Dhebri AR, Ferran N. Nonsurgical Management of Pancreaticopleural Fistula. *J Pancreas* 2005; 6 (2): 152-161.
17. Wypych K, Serafin Z, Galazka P, et al. Pancreaticopleural fistulas of different origin: report of two cases and review of the literature. *Pol J Radiol.* 2011;76 (2): 55-60.
18. E. Wee, C. Anastassiades, and B. C. Yip, "Endoscopic treatment of a pancreaticopleural fistula associated with a tension hydrothorax," *Journal of Digestive Diseases.*2017 ; 18 (5) :309-312.
19. Young S, Steven A, Edmundowicz, Sreenivasa S, Jonnalagadda, Riad R. Pancreaticopleural Fistula: Report of Two Cases and Review of the Literature. *Digestive Diseases and Sciences* 2006; 51 (1) : 1-6.
20. Bishop J, McClean P, Davison S, Sheridan M, Zamvar V, Humphrey G, Stringer M. Pncreaticopleural Fistula: A Rare Cause of Massive Pleural Effusion. *J Ped Gastroenterology and Nutrition* 2003; 36: 134- 137.
21. Ali T, Srinivasan N, Vu Le, Chimpiri R, Tierney M. Pancreaticopleural Fistula. *Pâncreas* 2009; 38 (1): 26- 31