



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



STAFF PUBLIC

Complication digestive après ablation d'une fibrillation auriculaire



Digestive complication after removal of atrial fibrillation

L. Chevallier^a, M. Lesurtel^{a,*}, P. Leduc^a,
S. Mezoughi^a, T. Walter^b, J.C. Souquet^c,
J.Y. Mabrut^a

^a Service de chirurgie digestive et transplantation hépatique, hôpital universitaire de la Croix Rousse, université Lyon I, 103, grande rue de la Croix Rousse, 69004 Lyon, France

^b Service d'hépatogastro-entérologie, hôpital E. Herriot, 69003 Lyon, France

^c Service d'hépatogastro-entérologie, hôpital universitaire Croix Rousse, 69004 Lyon, France

Disponible sur Internet le 19 juillet 2018

Il s'agit d'un homme de 48 ans sans antécédent particulier en dehors d'une fibrillation auriculaire pour laquelle il a été posé l'indication d'une ablation par radio fréquence percutanée. Le geste s'est déroulé sans incident perprocédure. En postopératoire immédiat le patient a présenté des douleurs thoraciques modérées justifiant la prise d'AINS permettant de soulager les douleurs et une sortie à j2. Le patient consulte aux urgences à j22 pour des douleurs thoraciques associées à une dysphagie élective. À son admission le patient présente une hyperthermie à 38,6, une fonction hémodynamique stable, il est eupnéique en air ambiant. L'auscultation est sans particularité. L'examen neurologique est normal. Sur le plan digestif l'interrogatoire ne met pas en évidence d'hémorragie digestive haute ou basse, l'abdomen est parfaitement souple. Dans un premier temps, devant les douleurs thoraciques, un syndrome coronarien aigu a été éliminé avec un dosage de troponine négatif et un ECG qui révélait un rythme sinusal régulier sans troubles de conduction ni de repolarisation. Le reste des examens biologiques était sans particularité en dehors d'une hyperleucocytose à 11 000/mm³.

À ce stade de la prise en charge, quels examens réalisez-vous ?

Docteur Perniceni : il s'agit d'une situation classique d'un malade ayant eu une destruction au niveau de l'oreillette gauche, il présente une médiastinite avec perforation de l'œsophage et à un moment ou un autre, il va rompre son oreillette dans son œsophage. Je propose donc la réalisation d'un scanner.

Docteur Lefevre : Donc scanner. D'autres examens ?

Docteur X : Je ferais le scanner mais en revanche pas d'endoscopie.

Docteur Sulpice : D'autres examens ? Peut-être des hémocultures, il a de la fièvre.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mickael.lesurtel@chu-lyon.fr (M. Lesurtel).

Docteur Chevallier : nous avons donc effectivement réalisé un scanner thoracique avec injection de produit de contraste (Fig. 1 et 2). On retrouve une médiastinite avec bulles d'air extra digestives médiastinales et péricardiques, sans abcès ni épanchement pleural.

Quel est votre diagnostic ?

Docteur Pezet : le Dr Perniceni a déjà tout dit, il s'agit d'une perforation œsophagienne, complication rare mais connue des thermoablations percutanées cardiaques.

Le scanner montre un début de médiastinite. Il existe des points positifs importants : il n'y a pas d'épanchement pleural, il n'y a pas d'empyème thoracique, pas de pneumothorax enfin il n'y a pas de pneumopéritoine.

Donc à ce stade, je passe par une phase d'endoscopie car il est important de savoir si on a une perforation ponctiforme ou si on a une nécrose étendue circonférentielle de l'œsophage.

En fonction des constatations de l'endoscopie, soit mise en place d'une sonde gastrique et traitement antibiotique, soit si il existe une petite collection on discuterait en plus de ce traitement antibiotique un drainage endoscopique avec prothèse type queue de cochon, ou enfin s'il n'y a pas de collection et que l'endoscopie est rassurante, on peut discuter d'une antibiothérapie avec une endoprothèse transitoire.

Dans tous les cas il n'y a pas d'indication chirurgicale immédiate.

Docteur Lakis : on aurait dû peut être réaliser le scanner avec ingestion du produit de contraste car sur le scanner on voit qu'il y a des bulles d'air dans le péricarde, je pense qu'il y a une fistule oeso-péricardique et il va falloir appeler les chirurgiens cardiaques pour laver et drainer le péricarde car il a possiblement une péricardite stercorale.

Docteur Lefevre : peut-être pas stercorale mais en tout cas il a une péricardite.

Docteur Glehen : moi j'éviterais l'opacification, souvent ces opacifications inondent le médiastin et elles peuvent faire décompenser une médiastinite qui aurait pu être contrôlée médicalement.

Docteur Chevallier : effectivement il s'agit d'une péricardite au décours d'une fistule oeso-péricardique compliquant une ablation de FA par radio fréquence.

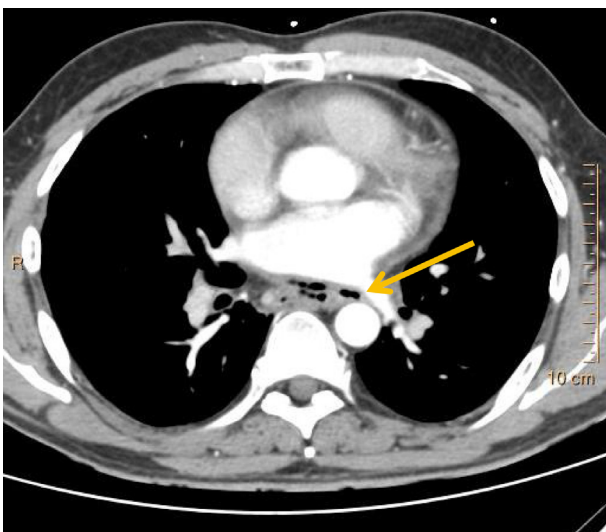


Figure 1. TDM thoracique avec injection du produit de contraste : début de médiastinite sur des bulles d'air extra digestives médiastinales (flèche jaune) ; pas de collection importante intra médiastinale.

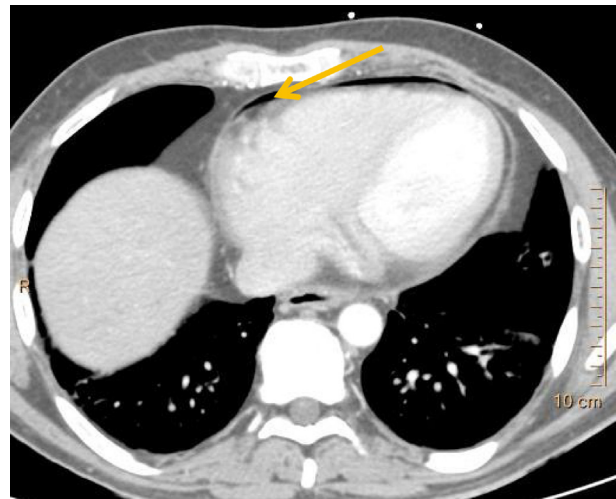


Figure 2. TDM thoracique avec injection de produit de contraste : absence d'épanchement pleural, d'empyème thoracique, de pneumothorax ou de pneumopéritoine ; présence de bulles d'air dans le péricarde (flèche jaune).

Docteur Sulpice : quelqu'un a-t-il une autre proposition de prise en charge ? On propose traitement médical avec endoscopie ?

Docteur X : je serai plus agressif : traitement de la médiastinite avant qu'elle ne se complique. Je ferais un drainage du médiastin par un drain de type Blake par voie trans hiatale par coelioscopie et ensuite je proposerai la mise en place d'une prothèse par les endoscopistes.

Docteur Perniceni : et le péricarde tu en fais quoi ? Il sera aspiré par le médiastin ?

Docteur Chiche : le Dr Perniceni a raison, le péricarde a fondu, l'œsophage aussi, j'imagine que l'oreillette ne doit pas être bien. Personnellement, j'appellerais le chirurgien cardiaque et je lui proposerai d'opérer le patient ensemble.

Docteur Pocard : Juste pour récapituler : avec la radio fréquence on a brûlé le myocarde donc moi je veux bien qu'on propose un traitement endoscopique dans le médiastin, mais il y a du myocarde brûlé donc le Dr Chiche a raison, il faut opérer ce malade avec les chirurgiens cardiaques.

Docteur Chevallier : finalement on a pris en compte plusieurs critères, ceux liés au patient qui était jeune en bon état général, ensuite cliniquement le patient n'avait pas de troubles neurologiques, pas d'hémorragie digestive et donc on excluait une potentielle fistule oeso-atriale. Il avait un sepsis certes, mais qui paraissait bien contrôlé. De plus le diagnostic était tardif, le patient avait des douleurs thoraciques depuis le postopératoire immédiat, la fistule s'est développée à ce moment-là et l'infection s'est contenue au niveau de cette fistule. L'élément manquant pour la prise en charge était l'état de l'œsophage. Donc on a demandé une endoscopie en urgence. Celle-ci retrouvait une perforation de l'œsophage thoracique de la taille d'une pièce de 2 euros, on visualisait la communication avec le péricarde en regard de cette perforation. Le reste de l'œsophage était sain, il n'y avait pas de sténose, pas d'œsophagite ni de processus tumoral.

Docteur Lorient : il faut réparer la perte de substance, il y a un trou de 3 cm cela commence à être large pour vouloir faire des sutures, c'est une perte de substance de l'œsophage, on doit pouvoir couvrir la perforation avec un lambeau.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8957739>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8957739>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)