

FZ. ELAZIZI<sup>1,2</sup>, M. DUBOIS<sup>1</sup>, B. CARON<sup>1</sup>, S. KARTAS<sup>1</sup>, M. SAILLOUR<sup>1</sup>, K. BOUTI<sup>2</sup>, D. ZAAGOUCHE<sup>2</sup>, S. FDIL<sup>2</sup>, S. HAMMI<sup>2</sup>

1-Service de pneumologie et d'oncologie thoracique, Hôpital Louis Mourier Colombes, Université Paris Cité

2-Service de pneumologie, CHU Mohammed 6 Tanger, Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger, Université Abdelmalek Essaadi

## Introduction

La pleurésie d'origine pancréatique constitue une entité clinique rare et complexe, représentant moins de 1% des épanchements pleuraux en pratique pneumologique. Son diagnostic s'avère complexe du fait de mécanismes physiopathologiques intriqués et de manifestations cliniques peu spécifiques.

## Observation

Nous rapportons le cas d'un patient de 46 ans, tabagique actif à raison de 15 paquets-année, alcoolisme chronique, ayant comme antécédents une cure d'hernie ombilicale sans pose prothétique par laparotomie avec suite opératoire simple, une **embolie pulmonaire** de gravité intermédiaire faible provoquée avec découverte fortuite à l'angioscanner thoracique **de collections pancréatiques** admis pour prise en charge d'un épanchement pleural gauche de grande abondance. Il présentait une dyspnée stade 2 de mMRC d'installation progressive et une toux productive avec des expectorations muqueuses.

Une ponction pleurale faite a montré un liquide pleural d'aspect trouble (jaune verdâtre), exsudatif aseptique à 45 % de polynucléaires neutrophiles et 18% de polynucléaires éosinophiles, avec une **lipase pleurale à 19.874 UI/L**. Le bilan biologique montre une éosinophilie PNE à 2 130 /mm<sup>3</sup>, une hyperleucocytose à 13.800/mm<sup>3</sup>, et une lipase sanguine 673UI/L. La fonction hépatique et rénale sont normales. Un scanner thoraco-abdominal objective un épanchement pleural bilatéral prédominant à gauche associé des **collections péri-pancréatiques** faisant suspecter **une fistule pancréatico-pleurale** malgré la non-visualisation de trajet fistuleux. La prise en charge consistait en une ponction pleurale évacuatrice de 4 L de liquide jaune foncé, associé à un traitement médical à base d'antibiothérapie devant le syndrome inflammatoire biologique et une fièvre persistante pendant 2 jours sans documentation microbiologique, ainsi qu'une kinésithérapie permettant une évolution favorable de la maladie avec régression totale de la pleurésie. Le patient fut transféré par la suite au service de Pancréatologie pour une prise en charge optimale des collections pancréatiques.



Figure 1: Radio thoracique objectivant une opacité de tonalité hydrique homogène basithoracique droite et opacité hétérogène basithoracique gauche

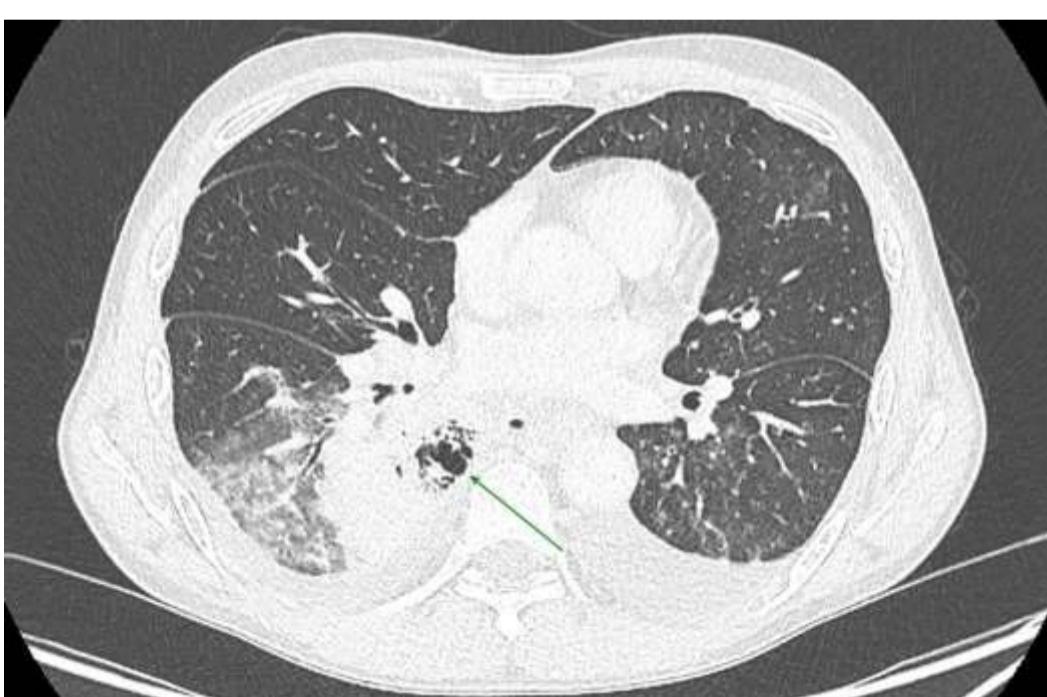


Figure 2 Epanchement pleural bilatéral de moyenne abondance à gauche et de grande abondance à droite avec atélectasie complète du lobe inférieur gauche et pneumopathie du lobe inférieur droit.

## Discussion

Notre cas s'inscrit dans les données de la littérature, où la pleurésie d'origine pancréatique est une entité rare, représentant moins de 1% des épanchements pleuraux

L'étude de **Taghlaoui et al.** met en évidence l'importance de l'élévation de la lipase pleurale comme un marqueur clé dans l'orientation diagnostique. Une lipase pleurale significativement augmentée, souvent supérieure à 1 000 UI/L, est un élément fortement évocateur, d'autant plus lorsqu'elle dépasse les valeurs sériques, comme observé chez notre patient (19 874 UI/L dans le liquide pleural contre 673 UI/L dans le sang)

La présence de **collections péri-pancréatiques** constitue un autre argument en faveur de l'origine pancréatique de l'épanchement pleural. Ces collections résultent d'une pancréatite chronique ou aiguë compliquée, pouvant évoluer vers une fistule interne. Cependant, la démonstration formelle du trajet fistuleux reste souvent difficile. Comme le rapportent plusieurs études, y compris celle de **Taghlaoui et al.**, la non-visualisation du trajet fistuleux au scanner thoraco-abdominal ne permet pas d'exclure le diagnostic.

Bien que la confirmation anatomique de la fistule pancréatico-pleurale ne soit pas toujours possible, les critères diagnostiques combinés permettent d'établir avec une forte probabilité l'origine pancréatique de la pleurésie et d'orienter la prise en charge vers une gestion adaptée des collections pancréatiques sous-jacentes.

## Conclusion

L'absence de visualisation de la fistule pancréatico-pleurale rend le diagnostic de pleurésie d'origine pancréatique difficile, cependant il peut être évoqué en présence d'un ensemble de données cliniques, biologiques et morphologiques.

## Références

- 1-La fistule pancreatico-pleurale - À propos d'un cas R. Taghlaoui, A. Idmbarek, H. Kouismi; Service de Pneumologie - CHU Mohammed VI d'Oujda. Maroc
- 2- Pancreatico-pleural fistula: A rare cause of massive right-sided pleural effusion Adel Salah Bediwy