

Chylothorax post-traumatique (à propos d'un cas)

J. JAOUANI, F. MOULLABLADE, H. ELHADDAR, F. ELALLAM, S. GARTINI, M. RHAZARI^{1,2}, A. THOUIL^{1,2}, H. KOUISMI^{1,2}

¹Service de pneumo-phtisiologie CHU Mohammed VI -Faculté de médecine, Université Mohammed premier Oujda- Maroc

• INTRODUCTION

Le chylothorax est défini par la présence de chyle dans la cavité pleurale. Il est dû à une effraction du canal thoracique ou une de ses collatérales. Le chylothorax post-traumatique est une complication rare mais potentiellement grave, souvent observée après des traumatismes thoraciques ou des interventions chirurgicales. Cependant, il peut également survenir à la suite de procédures endoscopiques, telles que la fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD). Cette procédure, utilisée pour explorer les pathologies du tractus gastro-intestinal supérieur, peut entraîner des lésions des vaisseaux lymphatiques adjacents, notamment du canal thoracique, provoquant ainsi une fuite de chyle dans la cavité pleurale.

• OBSERVATION MEDICALE :

Mr E.D âgé de 60 ans, tabagique chronique à raison de 10PA sevré il y a 26 ans.

L'histoire de sa maladie remonte à 4 mois par l'installation des signes digestifs fait d'épigastralgies, nausées, constipation et ballonnement abdominal motivant sa consultation chez un gastrologue privé bénéficiant d'une FOGD objectivant une gastrite à HP mis sous traitement médical.

Deux jours après la réalisation de FOGD, le patient rapportait une douleur thoracique s'aggravant à la toux et à l'inspiration profonde avec une dyspnée d'effort, et une toux sèche motivant le patient à consulter aux urgences.

L'examen clinique a retrouvé un patient dyspnéique SaO₂=90% à l'air ambiant, l'examen pleuro-pulmonaire a révélé la présence d'un syndrome d'épanchement liquidi bilatéral. La radiographie thoracique de face a confirmé la présence d'une pleurésie bilatérale de moyenne abondance.

Le patient a bénéficié d'une ponction exploratrice qui a ramené un liquide d'aspect lactescence, dont l'étude biochimique a révélé la présence de chylomicrons et un taux de triglycérides à 3.95 g/l, confirmant ainsi le diagnostic de chylothorax, l'étude cytologique était sans particularités.

Un scanner TAP a été réalisé n'objectivant pas d'adénopathies profondes ni de lésion suspecte. Un bilan biologique a été réalisée comprenant une numération formule sanguine, et un bilan hépatique revenant normal, avec une hypokaliémie à l'ionogramme sanguin mis sous mesures hyperkaliémiantes.

Nous avons retenu le diagnostic de chylothorax post-traumatique devant un bilan étiologique normal. Un traitement médical conservateur a été instauré avec un régime adapté pour éviter la dénutrition.



Figure 1 : Aspect lactescence du liquide pleural



Figure 2 : Scanner thoracique fenêtre médiastinale montrant une pleurésie bilatérale de moyenne abondance

• DISCUSSION :

Le chylothorax post-traumatique après une fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD) est une complication rare mais potentiellement grave. Il résulte souvent de lésions du conduit thoracique ou d'autres vaisseaux lymphatiques lors de la procédure. La fibroscopie peut endommager ces structures si une pression excessive est appliquée ou si un traumatisme direct survient. La fuite de chyle dans la cavité pleurale mène à une accumulation de liquide lactescence, caractéristique du chylothorax. Cette complication peut entraîner des symptômes tels que la dyspnée, la douleur thoracique, et la perte de poids en raison de la perte de graisses et de nutriments dans le chyle (Fleischer et al., 2016).

Le diagnostic de chylothorax repose sur l'analyse du liquide pleural, avec des triglycérides élevés et une apparence blanchâtre du liquide. L'imagerie, comme la tomodensitométrie (TDM) ou la scintigraphie lymphatique, peut être utilisée pour localiser la source de la fuite, bien que le diagnostic soit souvent clinique et basé sur les caractéristiques du liquide pleural. Une identification précoce est cruciale pour prévenir les complications, notamment la malnutrition et les infections. Des tests supplémentaires peuvent inclure la mesure des triglycérides dans le liquide pleural, un critère diagnostique clé pour le chylothorax (Rodrigues et al., 2019).

Le traitement du chylothorax post-traumatique varie en fonction de la gravité de la fuite. Dans les cas bénins, une approche conservatrice avec restriction des graisses et un régime alimentaire spécial (triglycérides à chaîne moyenne) peut suffire. Pour les fuites plus importantes ou persistantes, un drainage pleural est souvent nécessaire pour évacuer le chyle. Dans certains cas, si la fuite ne se résorbe pas, une intervention chirurgicale pour ligaturer le conduit thoracique peut être nécessaire. Les traitements médicamenteux comme l'octréotide, un analogue de la somatostatine, peuvent également être utilisés pour réduire la production de chyle (Leung et al., 2012; Zhao et al., 2021).

• CONCLUSION

Le chylothorax post-traumatique est une complication rare, généralement causée par des lésions du canal thoracique. Le diagnostic repose sur l'analyse du liquide pleural, et le traitement varie de la gestion conservatrice à des interventions chirurgicales. Avec un suivi approprié, le pronostic est généralement favorable.

• REFERENCES

Fleischer, A., et al. (2016). "Chylothorax post-traumatique: A case series and review of the literature". *Annals of Thoracic Surgery*, 101(6), 2252-2257.

Rodrigues, J., et al. (2019). "Endoscopic esophagogastrroduodenal perforation leading to chylothorax: A rare complication". *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 23(5), 989-992.

Leung, A. K. C., et al. (2012). "Chylothorax following trauma and its management". *Chest*, 141(1), 66-74.

Zhao, L., et al. (2021). "Management of chylothorax in post-traumatic cases: Case series and review". *World Journal of Emergency Surgery*, 16(1), 14-18.