



## Cas clinique

### Défis de la prise en charge de la fistule œsotrachéale sur terrain immunodéprimé à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : à propos d'un cas

Challenges of the management of oesotracheal fistula in immunocompromised patient in Bobo-Dioulasso  
(Burkina Faso): about one case

N Zouré<sup>1</sup>, M Koura<sup>\*1,2</sup>, NA Guingané<sup>3,4</sup>, BE Kamboulé<sup>1</sup>, AG Ouédraogo<sup>1</sup>, D Napon-Zongo<sup>1,2</sup>, A Sawadogo<sup>1,4</sup>

#### Résumé

La fistule œsotrachéale est une affection rare qui peut compliquer les affections opportunistes sur terrain immunodéprimé par le VIH. L'évolution peut être fatale dans notre contexte caractérisé par un plateau technique déficient. Nous rapportons un cas de fistule œsotrachéale chez un patient de 48 ans immunodéprimé par le VIH. Le diagnostic a été posé à l'endoscopie œsogastroduodénale devant une dysphagie totale. L'évolution clinique a été marquée par le décès du patient dans un tableau de pneumopathie d'inhalation.

Mots-clés : fistule œsotrachéale, dysphagie, endoscopie œsogastroduodénale, immunodépression au VIH, Bobo-Dioulasso.

#### Abstract

Oesotracheal fistula is a rare condition that can complicate opportunistic infections in HIV-infected patients. Evolution can be fatal in our context characterized by a deficient technical platform. We report a case of oesotracheal fistula in a 48-year-old

patient immunocompromised by HIV with dysphagia. The diagnosis was made by upper digestive endoscopy. The clinical evolution was marked by the death of the patient in a picture of aspiration pneumonia.

Keywords: esotracheal fistula, dysphagia, esogastroduodenal endoscopy, HIV immunosuppression, Bobo-Dioulasso.

#### Introduction

Les infections œsophagiennes sont fréquentes chez les sujets immunodéprimés. Elles surviennent chez jusqu'à 30% des patients atteints du VIH à un moment donné de l'évolution de l'infection [1]. Le Candida, le Cytomégalo virus, Herpes symple virus et les ulcérations non spécifiques de l'œsophage peuvent causer une dysphagie chez les patients séropositifs. Le cytomégalo virus et les ulcères idiopathiques sont les causes les plus courantes d'ulcération œsophagienne chez les patients séropositifs [1, 2, 3]. L'atteinte tuberculeuse de l'œsophage est rare [1]. Une revue de

la littérature montre que chez ces patients, les mycoses en particulier *Candida* et *Aspergillus* peuvent envahir profondément le muscle œsophagien. Ces différentes causes de lésions œsophagiennes si elles ne sont pas prises en charge à temps, peuvent se compliquer dans de rares cas de fistule œsotrachéale source de morbidité et de mortalité importante [1].

Nous rapportons un cas de fistule œsotrachéale sur terrain immunodéprimé par le VIH dont la prise en charge dans notre contexte caractérisé par une limitation des moyens humains et techniques reste un défi énorme à relever.

### Cas clinique

Il s'agit d'un patient de 48 ans qui a été référé du service de maladie infectieuse le 08/11/2021 en consultation de gastroentérologie devant la survenue d'une dysphagie totale d'installation brutale évoluant depuis 4 jours. La dysphagie est accompagnée quelques fois de vomissements postprandiaux immédiats, d'une toux grasse avec des expectorations blanchâtres ; il n'y a pas de dyspnée ni de douleur thoracique. Il n'a pas de douleur abdominale. Le patient est apyrétique, se sent amaigrit, le poids antérieur n'est pas connu. Il était suivi depuis une dizaine d'années pour une infection au VIH1 et actuellement traité avec du Dolitégravir + 3TC + TDF en deuxième ligne.

Dans ses antécédents personnels, on retrouve il y'a une année, une œsophagite non spécifique documentée par une endoscopie œsogastroduodénale (EOGD) qui a été demandée devant des épigastralgies et un amaigrissement. Des biopsies œsophagiennes n'avaient pas été réalisées. A été également rapportée, une candidose buccale qui avait bien évolué sous traitement antifongique. Il n'a d'autres antécédents médicaux ou chirurgicaux connus, absence de tares. Il consomme occasionnellement de l'alcool, il n'est pas tabagique.

On ne retrouve pas d'antécédents familiaux de cancers digestifs

L'examen physique retrouvait :

- un état général OMS 1 ;

- une dénutrition : IMC : 15,6 Kg/m<sup>2</sup>, des plis de dénutrition ;
- une apyrexie (37,7°C) ;
- un état hémodynamique stable avec TA : 100/70 mmHg, pouls : 95 pulsations/min ;
- un examen ORL normal;
- des râles crépitants des bases thoraciques.

Une EOGD a été réalisée et avait retrouvé une mycose œsophagienne avec présence à 25 cm des arcades dentaires d'une fistule sur la paroi latérale droite (figure 1 : A). Des biopsies œsophagiennes n'ont pas été réalisées.

Un transit œsophagien aux hydrosolubles complémentaire a été réalisé montrant une fistule trachéo-oesphagienne à hauteur de C6-C7 (figure 1: B et C).

La radiographie thoracique était en faveur d'une bronchopathie basale bilatérale.

Sur le plan biologique, on retrouve :

- un syndrome inflammatoire avec des leucocytes à 13170/mm<sup>3</sup> dont 9960 neutrophiles, 2270 lymphocytes, 780 monocytes et une CRP positive (> 6 mg/l)
- un taux de CD4 de 246/mm<sup>3</sup>
- Il n'y a pas d'anémie (taux d'Hb = 12 g/dl),
- les plaquettes : 348 G/mm<sup>3</sup>

Il existe une insuffisance rénale avec urée : 13,51 mmol/l, créatine : 125 umol/l et DFG : 44,3 ml/min ; À l'ionogramme sanguin on notait une hypernatrémie = 151 mmol/l et hypercholorémie = 119 mmol/l; la glycémie était normale (5,57 mmol/l); l'albumine sérique était de 28 g/l.

La prise en charge initiale avait consisté en une diète absolue, une alimentation parentérale, une correction des troubles hydroélectrolytiques. Il a en outre bénéficié d'une antibiothérapie probabiliste à base d'amoxicillin+ acide clavulanique et d'un traitement antifongique.

Le patient a ensuite été transféré au centre médical Schiphra de Ouagadougou où il a bénéficié de la pose d'une gastrostomie percutanée endoscopique (GPE) d'alimentation dont les suites immédiates étaient normales (figure 2). L'étude anatomopathologique

des biopsies oesophagiennes réalisées au cours de la GPE a montré une oesophagite chronique active ulcérée, une gastrite chronique modérée, légèrement active sans *Helicobacter pylori*.

L'évolution a été marquée par le décès du patient 8 jours plus tard dans un tableau de pneumopathie d'inhalation.

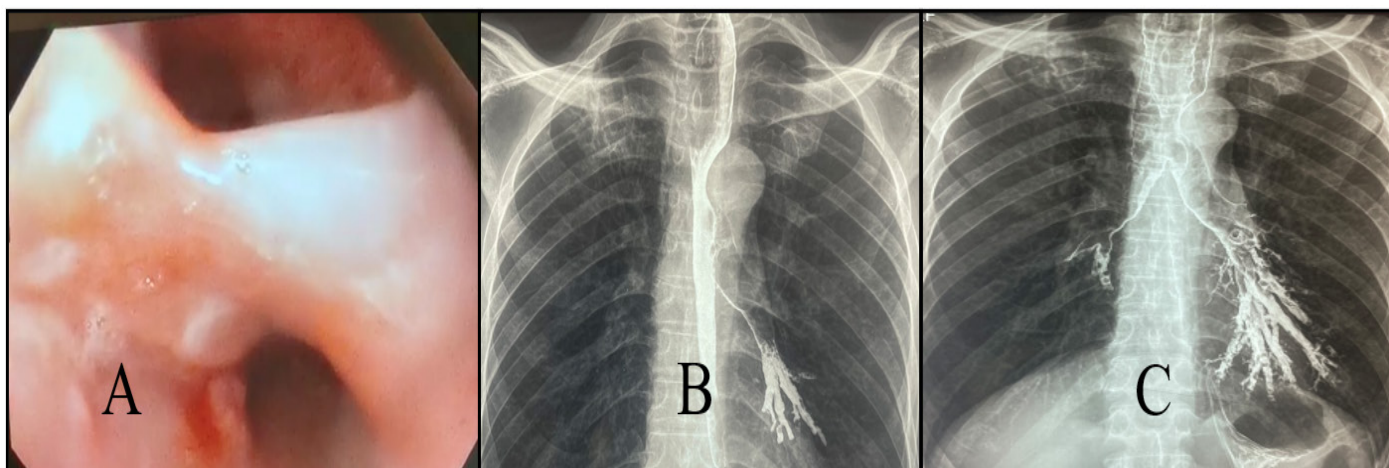


Figure 1: fistule oesotrachéale, (A) image endoscopique, (B) et (C) transit oesophagien aux hydrosolubles



Figure 2: gastrostomie percutanée endoscopique d'alimentation en fin de procédure

## Discussion

Le patient est suivi au Centre Hospitalier Universitaire Sourô SANOU (CHU-SS) qui est au sommet de la pyramide sanitaire du BF et couvre une population de 2297496 habitants. Il reçoit des patients référés de deux Centres Hospitaliers Régionaux (CHR).

Il s'agit d'un hôpital de 680 lits dont 117 lits en médecine avec un taux d'occupation de 48,4%.

Le service d'hépto-gastroentérologie (HGE) logé dans le département de médecine dispose de 26 lits. Il est dirigé par un enseignant de rang A et emploie au total 5 gastroentérologues. Le service de HGE ne mène aucune activité d'endoscopie digestive depuis l'année 2018 suite à une panne de la colonne

de vidéo-endoscopie dont il disposait. Néanmoins, six (06) centres médicaux et cliniques privés dans la ville de Bobo-Dioulasso mènent des activités d'endoscopies digestives qui restent diagnostiques, pas d'interventionnelle [7].

Le diagnostic de la fistule peso-trachéale chez notre patient a été posé dans ce contexte et la FOGD réalisée dans une clinique privée ainsi que le transit œsophagien aux hydrosolubles.

Le plateau technique ne permettant pas la pose d'une GPE d'alimentation, le patient a été transféré à Ouagadougou la capitale du Burkina Faso située à 370 km où deux centres privés pratiquent de l'endoscopie interventionnelle. Cet état de fait vient augmenter le coût de la prise en charge chez des patients aux

revenus modestes.

Notre patient a bénéficié d'une première FOGD une année avant la survenue de la FOT devant des épigastalgies et un amaigrissement sur TID et aucune biopsie n'avait été réalisée. Des biopsies œsophagiennes n'ont également pas été réalisées lors de la FOGD réalisée devant le tableau de dysphagie. Elles ne seront réalisées qu'au cours de la pose de la GPE d'alimentation. Ces constats dénotent :

un gap important de connaissance dans la prise en charge de la pathologie œsophagienne par les GE. En effet, devant toute dysphagie, des biopsies doivent être réalisées au tiers inférieur et au tiers moyen de l'œsophage même si la FOGD revient normale [8]. Devant la FOT, la hantise doit être l'élimination d'une fistule tumorale. Aussi, faudra-t-il rechercher les causes microbiennes sur ce tableau d'immunodépressif notamment, des inclusions de CMV, la tuberculose œsophagienne, et faire des prélèvements mycologiques pour un antifongogramme [1, 2, 3].

La deuxième raison qui conduit à la non réalisation de biopsies dans notre contexte pourrait s'expliquer par le fait que les paiements des prestations se font à l'acte et à la charge du patient qui, en plus des frais de réalisation de la FOGD doit s'acquitter de ceux de l'anatomie pathologie soit un coût total de 40 000 FCFA (61 €) qui n'est pas accessible à la plupart des patients. Les traitements sont alors probabilistes dans la majorité des cas.

Malgré la fréquence élevée des infections opportunistes oeso-gastroduodénales au cours de l'infection par le VIH, les complications à type de fistule œsotrachéale demeurent rares et aucun cas n'a encore été rapporté dans notre pays. Les germes en cause les plus fréquemment cités au cours de cette immunodépression sont *Mycobacterium tuberculosis*, les *Candida*, le CMV, herpes simplex virus [1, 2, 3, 5]. Chez notre patient, une mycose œsophagienne a été retrouvée à l'endoscopie. Les biopsies qui ont été effectuées plutard n'ont pas mis en évidence d'inclusion de CMV, pas de granulome en faveur de la tuberculose, pas de cellules tumorales malignes.

Des cultures n'ont pas été effectuées, ce qui n'a pas permis la mise en évidence l'espèce fongique en cause, ni d'association microbienne. Des cas de fistules œsotrachéales avec mise en cause directe des agents comme *Candida albicans*, association *Candida albicans* -CMV, tuberculose ou encore d'association polymicrobienne ont été décrits sur des terrains immunodéprimés par le VIH, la leucémie [2, 3, 4]. La candidose œsophagienne se caractérise par une inflammation aiguë ou chronique de l'épithélium associées à des ulcérations superficielles et à des pseudomembranes. Dans de rares cas, les éléments fongiques peuvent envahir les couches musculaires œsophagiennes et les parois des vaisseaux sanguins provoquant une thrombose, un infarctus, une fibrose, et infection disséminée. Cette forme plus invasive de candidose a entraîné dans certains cas de graves complications, notamment une obstruction œsophagienne complète par une boule de champignon, un rétrécissement localisé qui stimule le cancer de l'œsophage, la formation d'une sténose chronique, et un abcès pulmonaire causé par la formation d'une fistule [2]. La survenue d'une fistule œsotrachéale est une condition sérieuse qui vient aggraver un terrain déjà délétère. Elles s'accompagnent de complications dues au passage de contenus gastriques dans les voies respiratoires qui menacent le pronostic vital. La prise en charge doit être diligente et agressive contre l'agent causal s'il est identifié. La fermeture de la fistule peut être obtenue par la pose d'un stent œsophagien en cas de petite fistule [6] ou la chirurgie quand la fistule est large. Notre patient a bénéficié d'une gastrotomie d'alimentation dans un centre qui a peu d'expérience dans la prise en charge endoscopique des fistules œsotrachéale. L'option chirurgicale qui reste possible même sur ce terrain [2], était envisagée si le patient restait en bonnes conditions cliniques.

L'évolution clinique marquée par la survenue d'une pneumopathie d'inhalation a été cependant fatale chez notre patient.



## Conclusion

Les infections œsophagiennes opportunistes sur terrains immunodéprimés au VIH sont fréquentes et répondent le plus souvent favorablement à une prise en charge rapide et conduite. Dans de rares cas, elles peuvent se compliquer de fistule œsotrachéale compromettant le pronostic vital. La formation continue des gastroentérologues, l'équipement conséquent des centres de référence permettent de poser un diagnostic précoce et une prise en charge agressive de la fistule œsotrachéal.

## \*Correspondance

Koura Mali

[kouramali@yahoo.fr](mailto:kouramali@yahoo.fr)

**Disponible en ligne** : 05 Avril 2024

- 1 : Service d'hépatogastroentérologie du Centre hospitalier universitaire Sourô SANOU, Bobo-Dioulasso.
- 2 : Institut supérieure des sciences de la santé/ Université Nazi BONI, Bobo-Dioulasso.
- 3 : Service de médecine interne, Hopital de Bogodogo, Ouagadougou.
- 4 : Unité de formation et de recherche en sciences de la santé/Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou.

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## Références

[1] Madi D, Achappa B, Ramapuram JT, Chowta N, Mahalingaman S. An Interesting Case of Dysphagia in a HIV Patient. *J Clin Diagn Res.* 2013; 7(3):534-536.

- [2] Cabañero A, Dronda F, Saldaña D, Hermida JM, Muñoz G, Moreno S. Management of a tracheoesophageal fistula in a patient with AIDS. *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2017; 25(3):226-228.
- [3] Rusconi S, Meroni L, Galli M. Tracheoesophageal fistula in an HIV-1-positive man due to dual infection of *Candida albicans* and cytomegalovirus. *Chest.* 1994; 106(1):284-5.
- [4] Obrecht WF Jr, Richter JE, Olympio GA, Gelfand DW. Tracheoesophageal fistula: a serious complication of infectious esophagitis. *Gastroenterol.* 1984; 87(5):1174-9.
- [5] Adão D, Carlotto JR, Oyama PR, Herbella FA. Spontaneous viral tracheoesophageal fistula. *Dis Esophagus.* 2016;29(7)
- [6] Oprisanescu D, Bucur D, Sandru V, Nedelcu IC, Ilie M, Oprita R, Constantinescu G. Endoscopic Treatment of Benign Esophageal Fistulas Using Fully-covered Metallic Esophageal Stents. *Chirurgia (Bucur).* 2018; 113(1):108-115.
- [7] Annuaire statistique 2020 du ministère de santé et de l'hygiène publique du Burkina Faso [https://www.sante.gov.bf/fileadmin/user\\_upload/storages/annuaire\\_statistique\\_ms\\_2020\\_signe.pdf](https://www.sante.gov.bf/fileadmin/user_upload/storages/annuaire_statistique_ms_2020_signe.pdf)
- [8] Zerbib F, Lamouliatte H. La dysphagie à endoscopie « normale ». *Acta Endosc* 38, 443–451 (2008).

## Pour citer cet article :

N Zouré, M Koura, NA Guingané, BE Kamboulé, AG Ouédraogo, D Napon-Zongo et al. Défis de la prise en charge de la fistule œsotrachéale sur terrain immunodéprimé à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2024; 8(2): 80-84