

Communication pleuro-péritonéale : épanchement pleural consécutif à la mise en route d'une dialyse péritonéale, à propos d'un cas

Pleuroperitoneal communication: pleural effusion subsequent to the initiation of peritoneal dialysis, about a case

E. De Plaen¹, A. Therasse¹, E. Lebrun¹, F. Mestrez², L. Binet³ et J. Lemaitre¹

¹Service de Chirurgie viscérale, ²Service de Dialyse, ³Service de Pneumologie, C.H.U. Ambroise Paré, Mons

RESUME

Nous rapportons le cas d'un patient présentant un épanchement pleural après mise en route d'une dialyse péritonéale. La cause de ce phénomène est l'existence d'une communication pleuro-péritonéale. Cette dernière est décrite à l'origine d'autres pathologies comme le pneumothorax cataménial et l'épanchement pleural dans le cadre d'ascite cirrhotique.

Nous décrivons cette complication rare de la dialyse péritonéale dans le but d'attirer l'attention des néphrologues, pneumologues et chirurgiens sur celle-ci.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 33-5

ABSTRACT

We report the case of a patient with pleural effusion occurring after initiation of a peritoneal dialysis. This phenomenon is favoured by the existence of a pleuroperitoneal communication. The latter is described at the origin of other diseases like catamenial pneumothorax and pleural effusion in connection with cirrhotic ascites.

We describe this rare complication of peritoneal dialysis in order to draw attention of nephrologists, pulmonologists and surgeons.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 33-5

Key words : peritoneal dialysis, pleural effusion, pleuroperitoneal communication

INTRODUCTION

Chez les patients souffrants d'insuffisance rénale chronique terminale, la dialyse péritonéale est un traitement reconnu comme efficace.

L'épanchement pleural consécutif à une communication pleuro-péritonéale est une complication possible de ce traitement. La fréquence de cette complication varie, selon les études, de 1,6 à 10 %^{1,2}. Le plus souvent, l'épanchement pleural se trouve à droite^{1,3,4} et l'apparition de celui-ci coïncide avec la mise en route de la dialyse péritonéale¹⁻¹⁶.

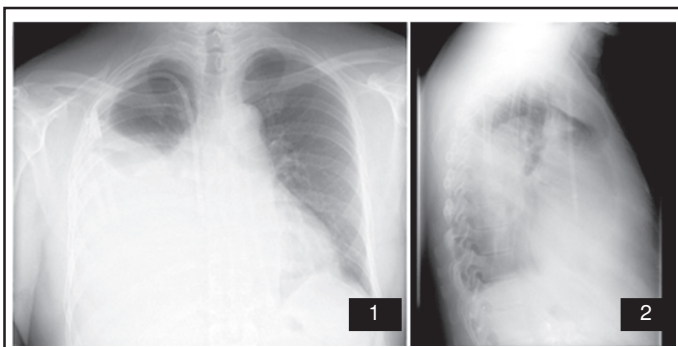
Nous avons procédé à une revue de la littérature.

PRESENTATION CLINIQUE

Un homme âgé de 41 ans a bénéficié de la mise en place d'un cathéter de dialyse péritonéale à sa demande. Deux mois plus tard et une semaine après mise en route de la dialyse péritonéale, le patient est admis pour toux irritative et une dyspnée au moindre effort.

Le bilan liquidien de la dialyse péritonéale montre un déficit de 1,8 litres de liquide péritonéal dans le bilan des jours précédant l'admission.

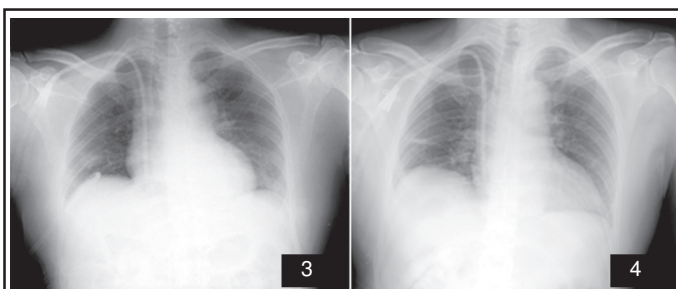
La radiographie de thorax démontre un important épanchement pleural droit (figures 1 et 2).



Figures 1 et 2 : Rx thorax à l'admission.

L'analyse du liquide pleural montre un dosage de glucose comparable à celui de la solution péritonéale infusée.

Cet épanchement fut drainé pendant deux jours. Au total, trois litres furent évacués (figures 3 et 4).



Figures 3 et 4 : Avant retrait du drain thoracique et après retrait du drain thoracique.

La dialyse péritonéale a été stoppée et le patient a repris les hémodialyses. Deux semaines plus tard, le cathéter de dialyse péritonéal fut retiré.

DISCUSSION

Notre patient est insuffisant rénal chronique, hémodialysé chronique depuis 6 mois par cathéter de dialyse jugulaire interne droit. Il a choisi la dialyse péritonéale comme technique de substitution rénale pour faciliter ses déplacements fréquents dans le cadre de sa profession (militaire de carrière voyageant fréquemment). Cependant, suite au développement de l'épanchement pleural (à droite comme c'est le plus souvent le cas), cette technique de substitution rénale n'étant plus recommandée, le patient a été repris en hémodialyse et le cathéter de dialyse péritonéal a été ôté. Des cas similaires ont été décrits et discutés dans quelques articles¹⁻¹⁶ mais cette complication reste rare et peu connue.

Le diagnostic se fait sur base de la clinique, du déficit au niveau du bilan liquidien de la dialyse péritonéale et d'une radiographie de thorax¹⁻¹⁶. Des analyses chimiques sur le liquide pleural montrent un taux de glucose plus élevé que le taux sérique (similaire au taux du dialysat péritonéal), un dosage de LDH bas et une cellularité basse^{3,4}. Le scanner thoracique (avec ou sans contraste) est une alternative voire un complément à la radiographie. Certaines études proposent un bilan plus approfondi par scintigraphie au

Technetium-99m⁴.

La physiopathologie reste discutée. L'hypothèse la plus souvent évoquée pour expliquer une communication pleuro-péritonéale est la suivante : il existerait, chez les patients concernés, une solution de continuité congénitale ou acquise au niveau des fibres musculaires diaphragmatiques^{3-5,8-10}.

Il est noté que cette physiopathologie pourrait également être impliquée dans les pneumothorax cataméniaux¹⁷ et d'autres pathologies comme les épanchements chez les insuffisants hépatiques par exemple¹⁸.

L'attitude thérapeutique de 1^{er} intention est le drainage de l'épanchement¹¹⁻¹⁰, comme cela a été le cas chez notre patient. Cependant, la pleurodèse par talcage vidéo-assistée est un traitement complémentaire qui semble efficace¹¹⁻¹⁵. Dans certains cas, la procédure peut être répétée en cas de récurrence. Quelques articles évoquent d'autres options thérapeutiques dont principalement la correction chirurgicale de la communication pleuro-péritonéale par thoracoscopie¹⁶.

CONCLUSION

La communication pleuro-péritonéale est rare mais il faut y songer notamment chez le patient en dialyse péritonéale récemment mise en route et présentant un épanchement pleural unilatéral, le plus fréquemment à droite.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Nomoto Y, Suga T, Nakajima K *et al.* : Acute hydrothorax in continuous ambulatory peritoneal dialysis - a collaborative study of 161 centers. *Am J Nephrol* 1989 ; 9 : 363-7
2. Kumagai H, Watari M, Kuratsune M : Simple surgical treatment for pleuroperitoneal communication without interruption of continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2007 ; 55 : 508-11
3. Kennedy C, McCarthy C, Alken S *et al.* : Pleuroperitoneal leak complicating peritoneal dialysis : a case series. *Int J Nephrol* 2011 ; 2011 : 526753
4. Momenin N, Colletti PM, Kaptein EM : Low pleural fluid-to-serum glucose gradient indicates pleuroperitoneal communication in peritoneal dialysis patients : presentation of two cases and a review of the literature. *Nephrol Dial Transplant* 2012 ; 27 : 1212-9
5. Ramaema DP, Mpikasho P : Pleuroperitoneal leak : an unusual cause of acute shortness of breath in a peritoneal dialysis patient. *Case Rep Radiol* 2014 ; 2014 : 614846
6. Asim M, Hamid EM : Pleuroperitoneal leak in a peritoneal dialysis patient. *BMJ Case Rep* 2013 ; 2013
7. Riccio E, Argentino G, Pisani A *et al.* : Pleural effusion in peritoneal dialysis : overload or leakage ? *Clin Exp Nephrol* 2013 ; 17 : 907

8. Tapawan K, Chen E, Selk N *et al.* : A large pleural effusion in a patient receiving peritoneal dialysis. *Semin Dial* 2011 ; 24 : 560-3
9. García Ramón R, Carrasco AM : Hydrothorax in peritoneal dialysis. *Perit Dial Int* 1998 ; 18 : 5-10
10. Kechrid MC, Malik GH, Shaikh JF *et al.* : Acute hydrothorax complicating continuous ambulatory peritoneal dialysis : a case report and review of literature. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 1999 ; 10 : 163-166
11. Tang S, Chui WH, Tang AW *et al.* : Video-assisted thoracoscopic talc pleurodesis is effective for maintenance of peritoneal dialysis in acute hydrothorax complicating peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2003 ; 18 : 804-8
12. Jagasia MH, Cole FH, Stegman MH *et al.* : Video-assisted talc pleurodesis in the management of pleural effusion secondary to continuous ambulatory peritoneal dialysis : a report of three cases. *Am J Kidney Dis* 1996 ; 28 : 772-4
13. Kanaan N, Pieters T, Jamar F *et al.* : Hydrothorax complicating continuous ambulatory peritoneal dialysis : successful management with talc pleurodesis under thoracoscopy. *Nephrol Dial Transplant* 1999 ; 14 : 1590-2
14. Mak SK, Nyunt K, Wong PN *et al.* : Long-term follow-up of thoracoscopic pleurodesis for hydrothorax complicating peritoneal dialysis. *Ann Thorac Surg* 2002 ; 74 : 218-21
15. Cerfolio RJ, Bryant AS : Efficacy of video-assisted thoracoscopic surgery with talc pleurodesis for porous diaphragm syndrome in patients with refractory hepatic hydrothorax. *Ann Thorac Surg* 2006 ; 82 : 457-9
16. Christine Argento A, Kim A, Knauert-Brown M *et al.* : Recurrent hydrothorax and surgical diaphragmatic repair : report of 2 cases and review of the literature. *J Bronchology Interv Pulmonol* 2014 ; 21 : 150-3
17. Legras A, Mansuet-Lupo A, Rousset-Jablonski C *et al.* : Pneumothorax in women of child-bearing age : an update classification based on clinical and pathologic findings. *Chest* 2014 ; 145 : 354-60
18. Sharma P, Nagarajan V : Pleural effusion from leaky diaphragm-the hepatic hydrothorax. *J Gen Intern Med* 2014 ; 29 : 1309

Correspondance et tirés à part :

E. DE PLAEN
 C.H.U. Tivoli
 Service d'Urologie
 Avenue Max Buset 34
 7100 La Louvière
 E-mail : Elea.De.Plaen@ulb.ac.be

Travail reçu le 18 septembre 2015 ; accepté dans sa version définitive le 08 décembre 2015.