

L'IMAGE DU MOIS

Une masse médiastinale de découverte fortuite

N. MEURISSE (1), P. MARCHETTINI (2), R.P. RADERMECKER (3), M.A. RADERMECKER (4)

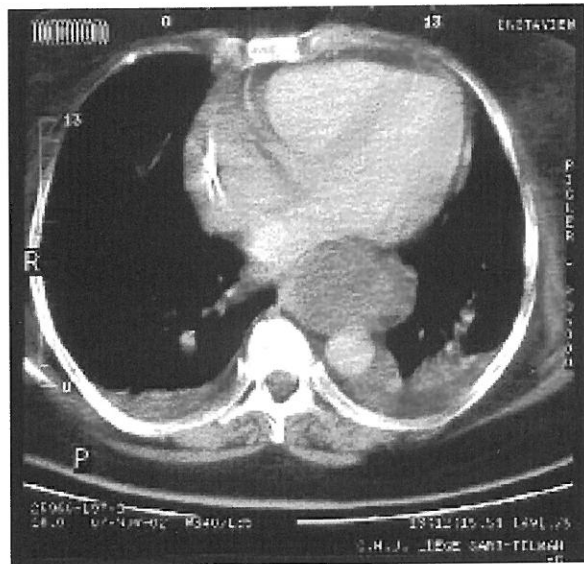


Fig. 1. Aspect du kyste en tomodensitométrie + C.

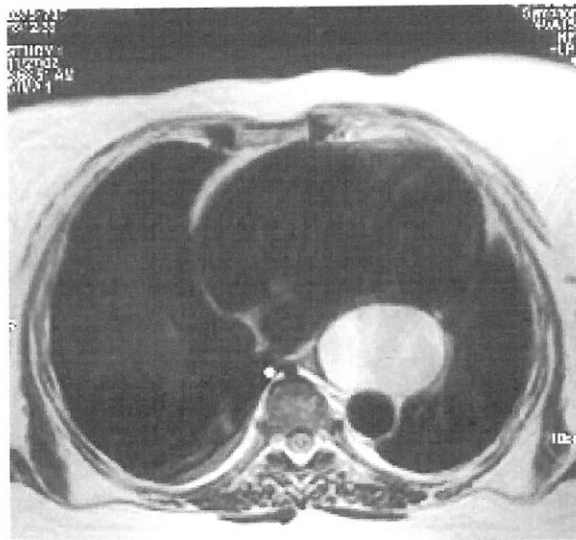


Fig. 2. Aspect du kyste en résonance magnétique nucléaire.

HISTOIRE CLINIQUE

Une patiente de 63 ans, diabétique de type II, est admise pour le traitement d'une septicémie à point de départ urinaire. Durant son hospitalisation, elle développe une thrombo-phlébite de l'axe veineux fémoro-poplitée gauche avec douleurs thoraciques. Un angio-scanner pulmonaire sera réalisé afin d'exclure une embolie pulmonaire.

Cet examen, outre le fait d'infirmier ce diagnostic, objective un foyer broncho-pneumonique gauche, ainsi que l'existence d'une formation para-oesophagienne, à contours bien limités, de 7 cm de grand axe (fig. 1).

Une résonance magnétique (RMN) est alors réalisée afin de préciser le diagnostic. Cet examen confirme la présence d'une masse médiastinale, de nature plutôt kystique, qui s'appuie sur l'aorte thoracique descendante et repousse l'oreillette gauche vers l'avant, en laminant les veines pulmonaires homolatérales. Cette masse est arrondie, de contours bien définis, sans signe d'infiltration des structures adjacentes. Elle ne présente pas de rehaussement anormal après injection de produit de contraste (fig. 2).

L'image évoque une lésion kystique développée au départ de l'intestin primitif antérieur, de type kyste bronchogénique ou duplication oesophagienne non communicante. Un transit baryté oeso-gastro-duodénal (OED) montre que la masse n'entraîne qu'une compression extrinsèque de l'œsophage, sans altération du relief muqueux ni obstacle à sa vidange (fig. 3).

La patiente est alors prise en charge dans le service de chirurgie cardio-vasculaire afin de bénéficier d'une exérèse par thoracotomie gauche de cette masse dont le diagnostic présumé est un kyste bronchogénique (fig. 4). La résection se devait d'être complète pour éviter tout risque de récurrence (1).

L'examen anatomopathologique a confirmé ce diagnostic par l'objectivation d'un épithélium de type respiratoire. Les suites postopératoires ont été simples.

COMMENTAIRE

Le kyste bronchogénique est une lésion embryonnaire assez rare, dérivée de l'intestin primitif antérieur. Cette affection a fait l'objet d'une récente revue de la littérature dans un autre numéro de la Revue médicale de Liège (2). Le développement de bourgeons autonomes aux dépens de l'arbre trachéo-bronchique en croissance peut donner lieu à l'apparition de lésions kystiques à localisation soit médiastinale

(1) Etudiant, troisième doctorat
(2) Assistant clinique, (4) Agrégé, Professeur de clinique, Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire et Thoracique, CHU Sart Tilman
(3) Assistant clinique, Médecine interne, CHU Sart Tilman

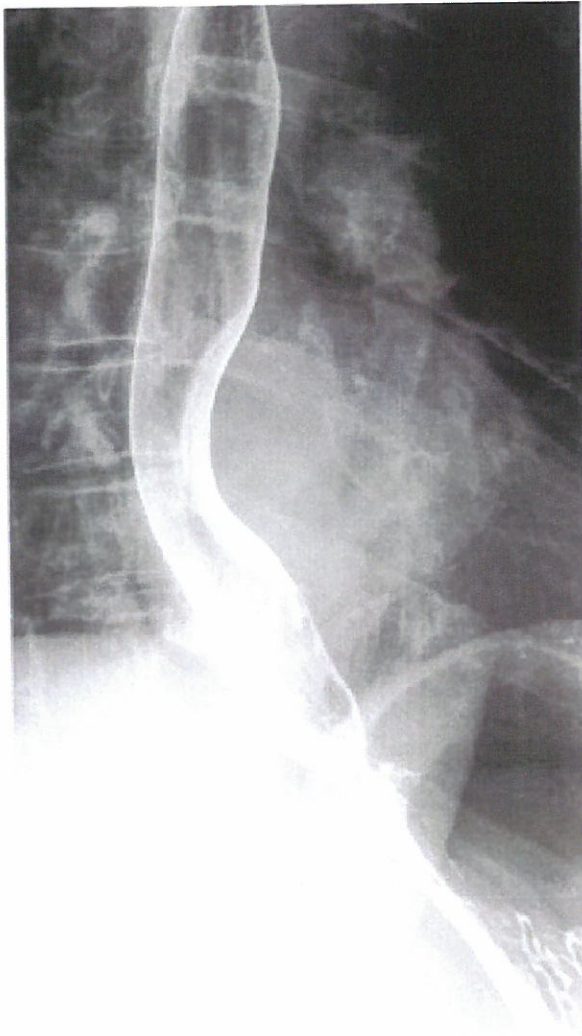


Fig. 3. Compression extrinsèque de l'œsophage démontrée au transit oeso-gastro-duodénal.

(65 %), soit intra-parenchymateuse pulmonaire (27 %) soit encore au niveau du ligament triangulaire (8 %) (3). Les kystes bronchogéniques représentent 6 à 15 % de l'ensemble des masses médiastinales.

La symptomatologie varie en fonction de l'âge au diagnostic et de la localisation de la lésion. Chez le nourrisson, il se manifeste le plus souvent par une détresse respiratoire aiguë liée à une obstruction trachéo-bronchique. Il est la plupart du temps asymptomatique chez l'enfant et l'adulte ou encore révélé par une série de symp-



Fig. 4. Aspect macroscopique du kyste après résection.

tômes aspécifiques tels que douleurs thoraciques, toux, dyspnée, fièvre, expectorations muco-purulentes, hémoptysies, anorexie et dysphagie (4). Toute lésion symptomatique doit être réséquée.

En cas de découverte fortuite, comme dans notre observation, c'est la taille et la localisation qui conditionnent l'indication d'exérèse. Dans ce cas clinique, cette lésion de 7 cm se devait d'être réséquée pour prévenir un certain nombre de complications potentielles comme l'infection avec formation d'abcès, la survenue d'hémorragies, la compression des organes adjacents, voire la transformation néoplasique (5, 6).

BIBLIOGRAPHIE

1. St-Georges R, Deslauriers J, Duranceau A, et al.— Clinical spectrum of bronchogenic cyst of the mediastinum and lung in adult. *Ann Thorac Surg*, 1991, **52**, 6-13.
2. Radermecker MA, Moscato A, Delbecq K, et al.— Les kystes bronchogéniques : observation clinique et revue de la littérature. *Rev Med Liège*, 2002, **57**, 45-48.
3. Sadler TW.— *Langmans's Medical Embryology*. 5th Ed. Williams & Wilkins, 1985.
4. Suen HC, Mathien DJ, Grillo HC, et al.— Surgical management and radiological characteristics of bronchogenic cysts. *Ann Thorac Surg*, 1993, **55**, 476-481.
5. Okubo A, Sone S, Ogushi F, et al.— A case of bronchogenic cyst with high production of antigen CA 19-9. *Cancer*, 1989, **63**, 1994-1997.
6. Olsen JB, Clemmensen O, Andersen K.— Adenocarcinoma arising in a foregut cyst of the mediastinum. *Ann Thorac Surg*, 1991, **51**, 497-499.