

An anatomical illustration of the human thorax, showing the ribcage, heart, and lungs. The heart is centrally located, and the lungs are on either side. The ribcage is shown in a light yellowish-brown color, and the heart is a darker reddish-brown. The background is black.

SYNDROME MEDIASTINAL

Dr. F. KHALOUF

EHU ORAN

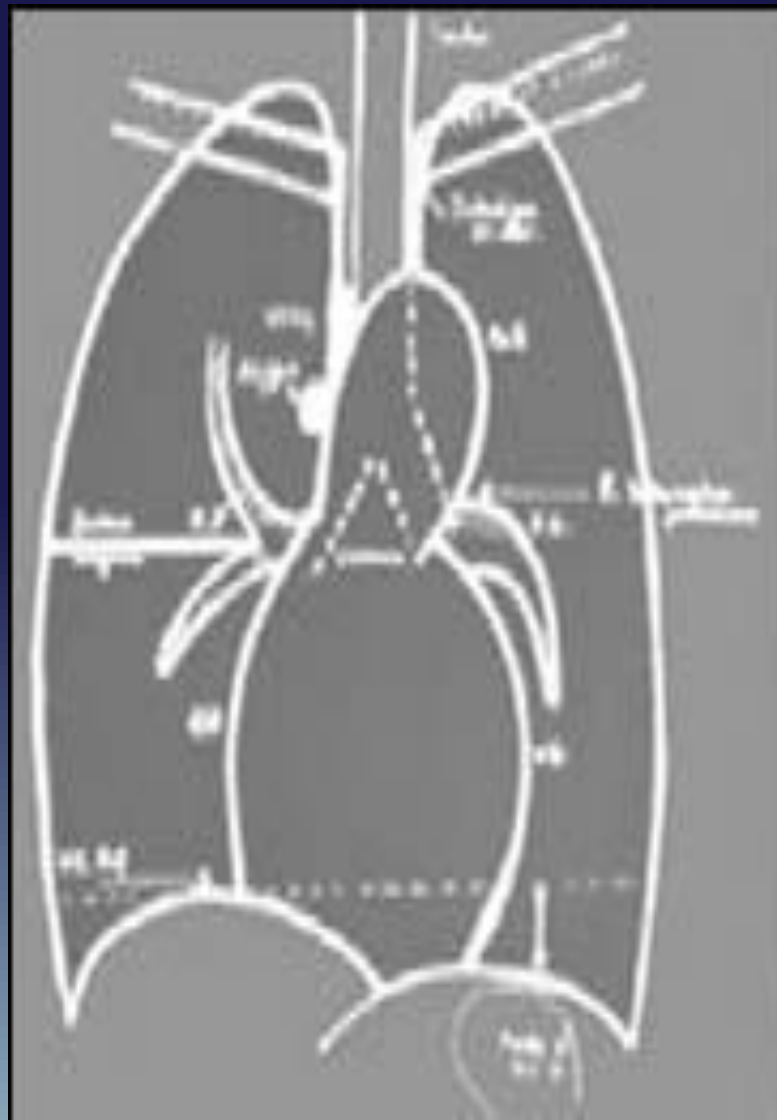
ADÉNOPATHIES MÉDIASTINALES ET TUMEURS MÉDIASTINALES

RAPPEL

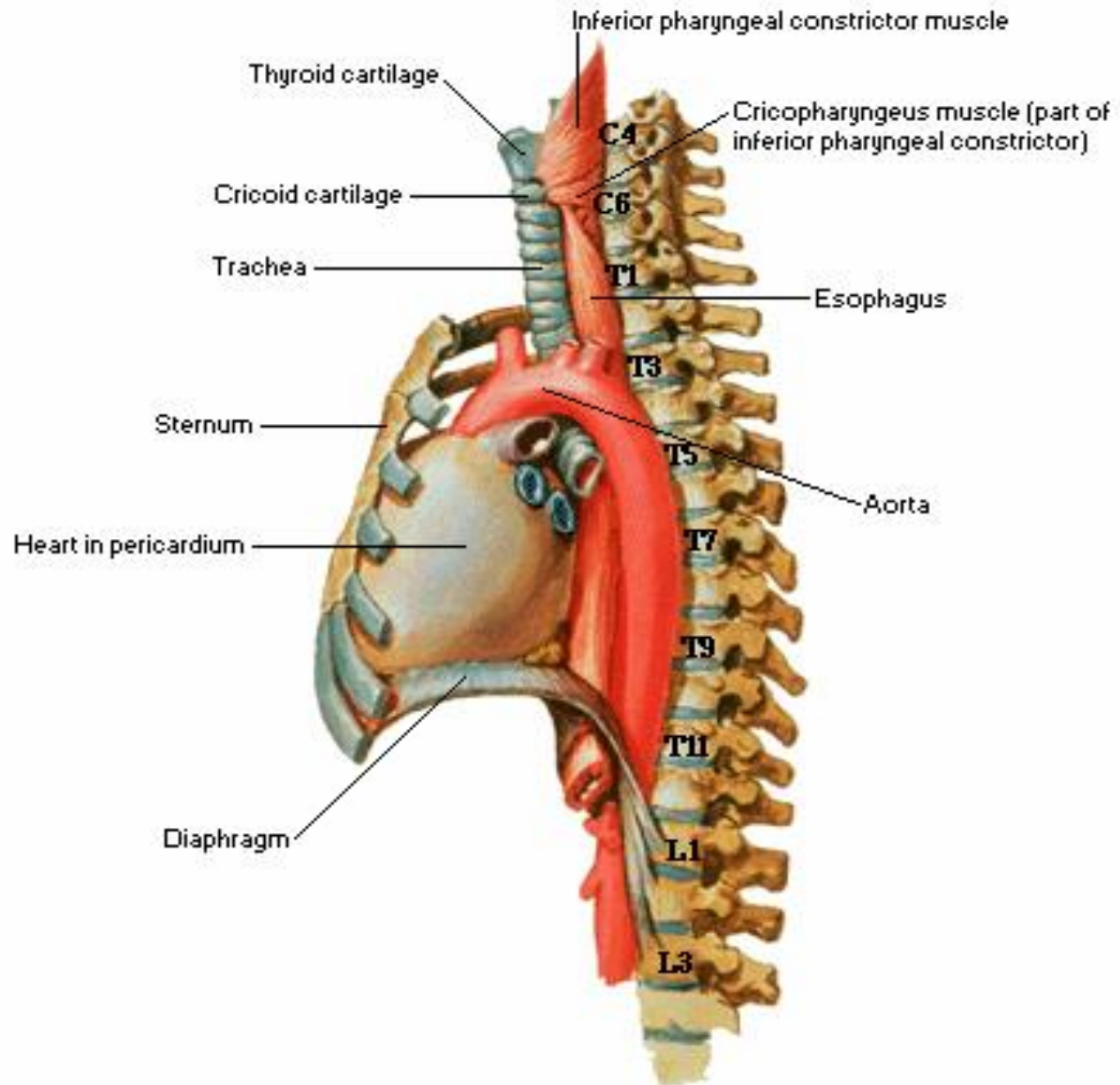
- Le médiastin est délimité par :
 - en bas, le diaphragme ;
 - en haut, le défilé cervicothoracique ;
 - en avant, le plastron sterno-costal ;
 - en arrière, le rachis et les articulations costovertébrales ;
 - latéralement, les plèvres médiastinales.
- Une opacité anormale médiastinale peut être développée aux dépens des structures :
 - **cardio-vasculaires** :
 - * coeur
 - * gros vaisseaux artériels et veineux ;
 - **respiratoires** : trachée et bronches souches ;
 - **digestives** : oesophage ;
 - **nerveuses** ;
 - **lymphatiques** (adénopathies médiastinales) ;
 - **thyroïdiennes**.

ANATOMIE RADIOLOGIQUE

- **Plan sagittal : trois régions ;**
 - **antérieure** (limitée en arrière par la face antérieure de la trachée) ;
 - **moyenne** (centrée sur l'axe trachéo-bronchique) ;
 - **postérieure** (limitée en avant par un plan passant à un centimètre en avant des corps vertébraux).
- **Trois étages de haut en bas :**
 - supérieur (s'étendant en bas jusqu'à la face supérieure de l'arc aortique) ;
 - moyen ;
 - inférieur (de la bifurcation trachéale (carène) jusqu'au diaphragme).



Lateral View



CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE

● Symptômes généraux :

– AEG, prurit, érythème noueux, fièvre au long cours, myasthénie, syndrome paranéoplasique...

● Syndromes médiastinaux : valeur topographique ++ :

– syndrome cave supérieur :

- * cyanose ;
- * oedème en pèlerine ;
- * turgescence jugulaire ;
- * circulation collatérale ;
- * signes d'HTIC par oedème cérébral.

– compression trachéale d'une bronche souche :

- * dyspnée inspiratoire ;
- * cornage ;
- * tirage ;
- * toux sèche ;
- * variabilité positionnelle des symptômes.

- compression plus distale : atélectasie.
- atteinte neurologique :
 - * paralysie récurrentielle gauche (sous la crosse de l'aorte) : dysphonie, voie bitonale.
 - * paralysie phrénique : hoquet, orthopnée, paralysie diaphragmatique confirmée par la radiographie inspiratoire et expiratoire (*Sniff Test*),
 - * signe de Claude-Bernard-Horner (ganglion stellaire, sympathique cervical) associé au syndrome de Pancaost-Tobias en cas d'atteinte associée des racines C8 D1 :
 - * compression de la moelle dorsale, plus rare ;
- compression oesophagienne : dysphagie ;
- compression du canal thoracique : chylothorax :
 - * bilan d'une affection connue ;
 - * examen radiologique systématique.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

1. Imagerie

a) Radiographie thoracique face et profil :

- Diagnostic positif.
- Précise :
 - * la taille ;
 - * les contours ;
 - * l'existence de calcification.
- Recherche de lésions associées (pleurale, parenchymateuse, pariétale ++).
- Précise la topographie dans les différents compartiments ; valeur étiologique +++.

b) Scanner thoracique avec injection :

- Examen indispensable +++.
- Permet la mesure de densité (liquide ou solide).
- Précise les caractéristiques des anomalies, leurs rapports avec les structures de voisinage.
- Permet de découvrir l'existence de lésions associées et/ou le degré d'envahissement.

c) IRM

- Moins précieuse que la TDM.
- Parfois utile pour l'exploration de pathologies vasculaires.
- Intérêt en cas de tumeurs apicales.
- Exploration médullaire ++.

d) Échographie endo-oesophagienne

- Étude de l'oesophage et du médiastin postérieur.

2. Biologie standard, IDR tuberculine

3. En fonction du contexte clinique, radiologique et biologique

Fibroskopie bronchique.

Exploration digestive, ORL, thyroïdienne.

Marqueurs tumoraux (LDH, b-hCG, a-FP...).

BK crachats, tubages...

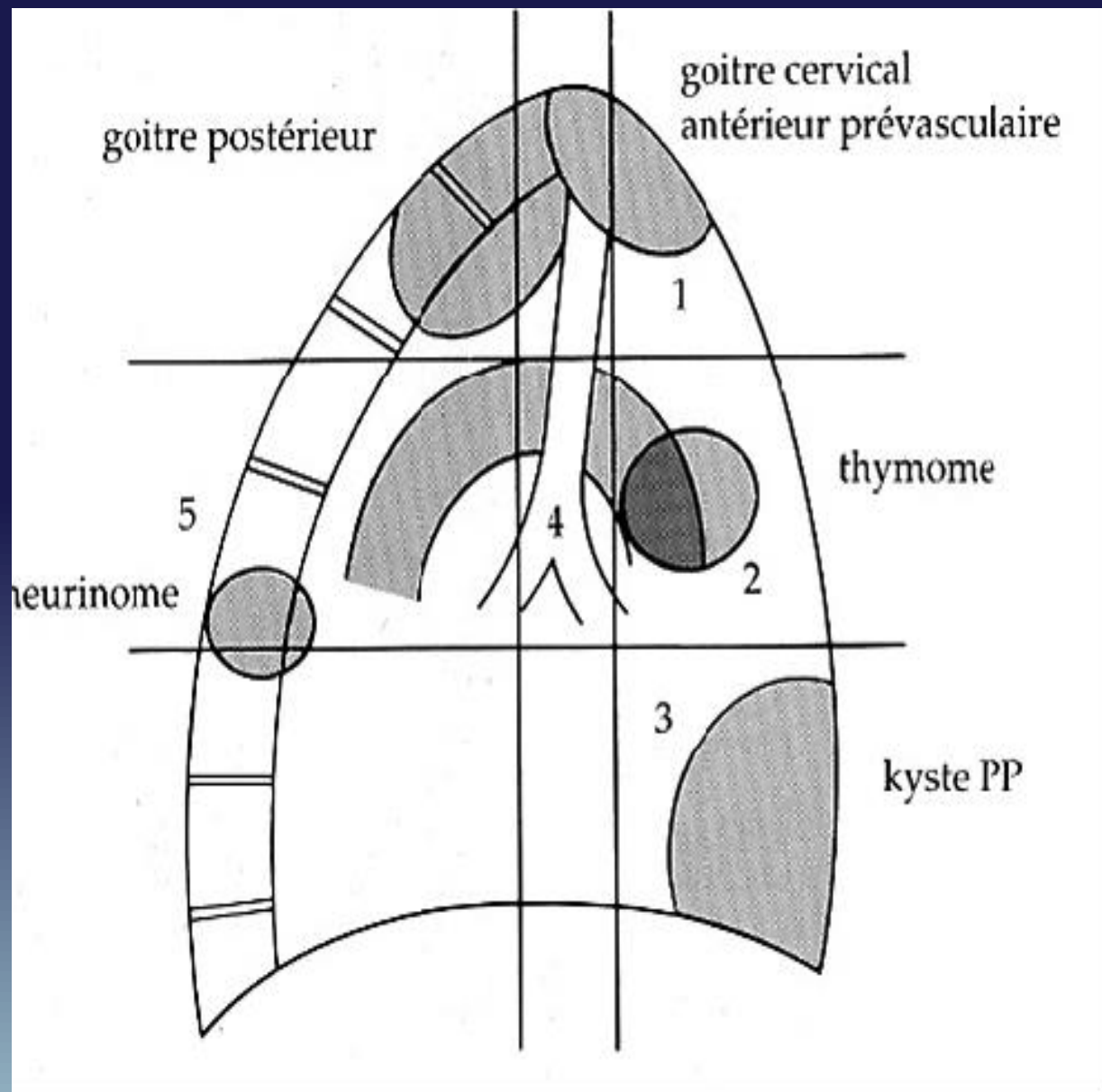
4. Preuve histologique éventuelle

Ponction de la masse sous scanner.

Médiastinoscopie ; sous AG, étude du médiastin supérieur et moye

-- Thoracotomie exploratrice.

| | Région antérieure | Région moyenne | Région postérieure |
|-----------------|---|--|---|
| Etage supérieur | <ul style="list-style-type: none"> • Goitres • Adénopathies • Anévrisme aortique • Tumeurs thymiques | | <ul style="list-style-type: none"> • Goitres |
| Etage moyen | <ul style="list-style-type: none"> • Adénopathies • Dysembyome • Tumeurs thymiques | <ul style="list-style-type: none"> • Kyste broncho-génique • Adénopathies B ou M | <ul style="list-style-type: none"> • Tumeurs nerveuses • Méningocèle • Pathologies vertébrales • Pathologies oesophagiennes |
| Etage inférieur | <ul style="list-style-type: none"> • Kyste pleuro-péricardique • Léiomyome • Hernie de la fente de Larrey • Tumeurs thymiques | <ul style="list-style-type: none"> • Hernie hiatale | <ul style="list-style-type: none"> • Anévrisme de l'aorte descndante |



2. Étiologie

a) *Hémopathies malignes*

– **Maladie de Hodgkin** (atteinte médiastinale : 50 %) : souvent compressives ;

le siège électif est le médiastin supérieur, chaînes latérotrachéales (aspect en cheminée) bilatérales, en r asymétriques ; plus rarement hilaires,

– **Lymphomes non hodgkiniens** :

- les adénopathies médiastinales: moins fréquentes hilaires ou latérotrachéales, avec signes compressifs (croissance tumorale rapide)

– **Autres** :

maladie de Waldenström et, exceptionnellement, de Kahler; leucoses aiguës ; Castleman ; lymphadénite angio-immunoblastique; leucémie lymphoïde chronique.

b) Adénopathies métastatiques

- Cancer bronchique primitif : « Petites cellule ++ »
- Cancer du sein :
- Cancers digestifs : œsophage et estomac : fibroscopie digestive.
- Tout autre cancer peut donner des adénopathies métastatiques :

c) Sarcoïdose :

* Elles réalisent typiquement le lymphome hilaire bilatéral : interbronchiques et intertrachéobronchiques bilatérales, symétriques et non compressives

d) Adénopathies tuberculeuses

– **Primo-infection** : nourrisson, enfant ou adulte jeune non vacciné par le BCG ;

RX: des opacités ganglionnaires le plus souvent unilatérales

le diagnostic repose sur la mise en évidence du virage des réactions cutanées tuberculiques.

– **Adénopathies postprimaires** :

surtout chez les Noirs, où les adénopathies bilatérales aux contours flous

e) Autres causes

– **Mycoses** : histoplasmoses et coccidioïdomycose

– **Silicose** : intertrachéobronchique ; calcifiées en périphérie (aspect en coquille d'oeuf) ;

* le diagnostic : notion de profession exposée et sur les lésions parenchymateuses associées.

– **Causes diverses** : amylose ; collagénoses; pneumopathies aiguës, surtout virales (*Chlamydia*, MNI).

C/ Étiologie des tumeurs médiastinales

1. Médiastin antérieur

a) Tumeurs thymiques

– Bénignes (rares) :

* dystrophies thymiques bénignes (enfant < 7 ans), kystes.

– Malignes :

- thymomes lympho-épithéliaux ;
- lymphome thymique.

b) Tumeurs thyroïdiennes

(valeur de la scintigraphie thyroïdienne)

- Goitre plongeant, pouvant être compressif
- Goitre thoracique autonome.

c) Tératomes ou dysembryomes bénins

– Kystes dermoïdes.

d) Tumeurs génitales malignes (bHCG, aFP)

- Choriocarcinome.
- Séménome.

2. Médiastin moyen

a) Kyste bronchogénique

– Au contact de l'arbre bronchique

b) Anévrisme aortique

c) Pathologie oesophagienne

– Tumeur maligne ou bénigne (fibrome), diverticule, kystes paraoesophagien, mégaoesophage, hernie hiatale.

3. Médiastin postérieur

a) Tumeurs nerveuses

– Schwannome, neurofibromes, neuroblastome, , paragangliomes

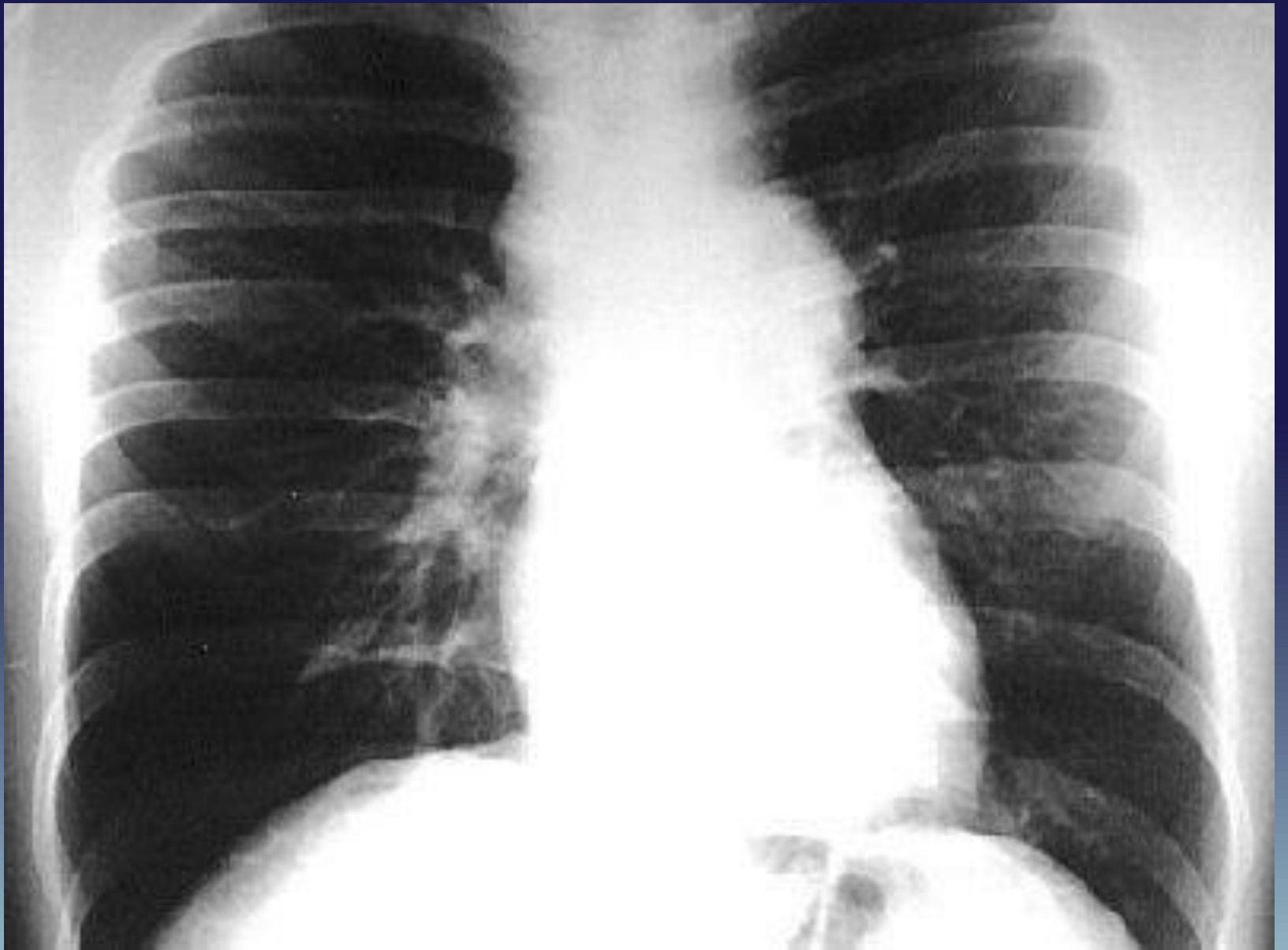
b) Lésions paravertébrales

– Mal de Pott (fuseau), spondylarthrite non tuberculeuse.

4. À part

- L'hémomédiastin : le plus souvent traumatique.
- Le pneumomédiastin (ligne bordante médiastinale) :







© 2011 Statens Serum Institut





