

Tumeurs et adénopathies médiastinales

RAPPEL ANATOMIQUE :

Le médiastin est un espace limité en avant par le sternum et les articulations chondro-sternales, en arrière par le rachis et les articulations costo-vertébrales. Latéralement par le poumon dont il est séparé par la plèvre médiastine et en haut par le défilé cervico-thoracique.

Il contient l'arbre trachéo-bronchique, le cœur et les gros vaisseaux, l'œsophage, le canal thoracique, le nerf récurant gauche, le nerf phrénique, les chaînes sympathiques thoraciques, des chaînes ganglionnaires, des reliquats embryonnaires et parfois des organes ectopiques.

On divise le médiastin en trois compartiments :

- En médiastin antérieur : limité en avant par la face postérieure du sternum et en arrière par la face antérieure de la trachée.
- Le médiastin postérieur : Limité en avant par la face postérieure de la trachée et en arrière par la face antérieure des corps vertébraux.
- Le médiastin moyen : entre les deux

Chaque compartiment est divisé en trois étages :

- Étage supérieur : Limité en bas par une ligne passant par le bord supérieur de la crosse de l'aorte.
- Étage inférieur : Limité en haut par une ligne passant par la bifurcation et en bas par le diaphragme.
- L'étage moyen : Entre les deux.

L'importance et la multiplicité des organes du médiastin, son histoire embryologique expliquent le polymorphisme clinique des signes cliniques et leurs diversités étiologiques.

LES SYNDROMES MÉDIASTINAUX :

On regroupe sous le terme de syndrome médiastinale l'ensemble des troubles provoqués par l'irritation ou la compression des organes médiastinaux. Parfois les signes sont dissociés.

1/ Les manifestations cliniques :

Manifestations veineuse :

- Le syndrome cave supérieure : Résulte de la compression de la veine cave supérieure associée ou non à une thrombose. Les signes cliniques sont dominés par :

- La circulation veineuse collatérale thoracique.
- L'œdème, allant de la simple bouffissure du visage et des paupières jusqu'à l'œdème en pèlerine.
- Céphalées à un stade tardif.

Manifestations nerveuses :

- Atteinte du phrénique : Paralysie d'un héli-diaphragme.
- Atteinte du récurrent gauche : Dysphonie avec toux bitonale
- Atteinte du sympathique cervicale : Syndrome de Claude-Bernard Horner (myosis, ptosis et enophthalmie)
- Atteinte du plexus brachiale : Algie du membre supérieur à topographie radiculaire (C₈-D₁) avec amyotrophie.
- Atteinte médullaire : Un syndrome de compression médullaire.

Manifestations respiratoires :

- La compression de l'arbre aérien :
 - Dyspnée trachéale caractéristique (Dyspnée inspiratoire avec whizing)
 - Toux sèche.

Manifestation digestive :

- La compression de l'œsophage :
 - Dysphagie

Manifestation cardiaque :

- Compression de l'oreillette gauche :
 - Trouble du rythme type fibrillation auriculaire.

2/ Diagnostic positif :

- La radiographie pulmonaire : Représente un élément d'orientation, en objectivant un élargissement du pourtour médiastinale.
- La tomodensitométrie : C'est l'examen de base est qui permet d'étudier la topographie exacte de la tumeur ainsi que les rapports avec les organes du voisinage.
- L'imagerie par résonance magnétique : Apporte un plus dans l'analyse des relations avec les gros vaisseaux et la recherche de compression médullaire en cas de tumeur nerveuse.
- Transit œsophagien : Pour apprécier la compression extrinsèque de l'œsophage.
- Echographie cervicale et scintigraphie thyroïdienne : Lorsqu'on suspecte un goitre.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

Le diagnostic définitif dépend de l'examen histologique.

- ponction trans-pariétale
- médiastinoscopie
- thoracoscopie
- thoracotomie.

A/ Les adénopathies :

Siègent en général à l'étage moyen du médiastin.

➤ Les ADP de la primo-infection tuberculeuse :

– Coexiste parfois avec des manifestations cliniques (érythème noueux, fièvre prolongée,...etc.)

– IDR : Virage tuberculique (ou IDR fortement positive)

– Radiographie du thorax :

- ADP latéro-trachéales ou hilaires prédominants à droite.
- En cas de fistule bronchique : Infiltrat lobaire ou segmentaire (lobe moyen droit ⁺⁺⁺), BK positive dans les expectorations.
- En cas de compression bronchique : Trouble de la ventilation.

➤ Les lymphomes :

- Maladie de Hodgkin : ADP médiastinales multiples, bilatérales, essentiellement du médiastin supérieur avec élargissement du médiastin en cheminée, associées ou non à des ADP cervico-axillaires, une splénomégalie.
- Lymphome : Se présente sous forme d'une volumineuse masse médiastinale compressive.

➤ La sarcoïdose : ADP médiastinales non compressives, souvent hilaires bilatérales et symétriques.

➤ Les ADP tumorales :

Le plus souvent secondaire (cancer bronchique⁺⁺⁺, rarement cancer œsophagien, cancer du sein).

➤ ADP de la silicose et des pneumoconioses mixtes :

Typiquement, ADP hilaires présentant des calcifications en coquille d'œuf, associés à :

- Des opacités nodulaires à contours irréguliers. Ces nodules peuvent confluer, aboutissant à des masses silicotiques supérieures à 1 cm.

- Des lésions d'emphysème para-cicatriciel avec fibrose et distorsions bronchiques.

B/ Les tumeurs primitives du médiastin :

Leur diagnostic est rarement établi avant la thoracotomie, néanmoins leur topographie permet d'orienter le diagnostic étiologique.

➤ Tumeurs nerveuses :

- En général de découverte systématique parfois suite à des névralgies intercostales.
- Radiographie du thorax : Masse ronde ou ovalaire plaquée contre la gouttière vertébrale, associée ou non à des érosions osseuses ou un élargissement du trou de conjugaison. La présence de calcifications est un signe de malignité.
- La TDM : Précisé les caractéristiques de la tumeur, cherche un élargissement du trou de conjugaison ou un prolongement intra rachidien.
- IRM médullaire.

On distingue :

- Neurinome : Développé au dépend du nerf.
- Schwanome : Développé aux dépend de la gaine.
- Les sympatômes : Développés aux dépend de cellules sympathiques adultes.
- Les Neurofibrome : Parfois dans le cadre de la maladie de Recklinghausen (tache café au lait, nodules cutanées multiples).
- Neuroblastome : Tumeur envahissante d'allure kystique, toujours maligne, développée au dépend de cellules embryonnaires.

➤ Tumeurs embryonnaires :

On distingue :

- Les dysembryomes homoplastiques : Développés au dépend d'éléments du tractus broncho-pulmonaire. En général bénin, se sont :
 - Les kystes bronchogéniques : Opacités arrondies se projetant de face sur la région hilare et de profil dans l'axe trachéo-bronchique. Ont un revêtement bronchique et contiennent un liquide citrin. Ils peuvent se rompre et laisser place à une image hydro-aérique ou bulleuse.
 - Kyste pleuro-péricardique : Asymptomatique, c'est une opacité ovalaire qui siège au niveau de l'angle cardio-phrénique, derrière le sternum.

- Les dysembryomes hétéroplastiques : Développés au dépend d'éléments ectopiques, ils siègent habituellement au niveau du médiastin antérieur à l'étage moyen ou inférieur. Souvent volumineux. On distingue :
 - Tératome : Contiennent les éléments des trois feuillets.
 - Kyste dermoïde (dysembryome mature bénin)
 - Le chorio-carcinome : S'associe habituellement à une gynécomastie, β -HCG très élevés (> 50 ng/ml).
 Traitement : Chimiothérapie puis chirurgie
 Pronostic : Sombre.
 - Les seminomes

➤ Goitre endothoracique :

Souvent de découverte fortuite sur un cliché de thorax, parfois révélé par des signes de compression.

Radiographie du thorax : Opacité du médiastin supérieur, parfois calcifiée, dont le bord externe est bien limité mais dont le sommet ne dépasse pas la clavicule, refoulant la trachée.

Diagnostic : Echographie cervicale, TDM, scintigraphie thyroïdienne.

➤ Les tumeurs thymiques :

Les thymomes sont localisés dans le médiastin antérieur, à l'étage supérieur ou moyen.

Il s'agit d'une opacité +/- bien limitée selon le caractère encapsulé ou infiltrant de la tumeur. Sur le profil, il occupe l'espace clair retro-sternal.

On distingue :

- Les thymomes lympho-épithéliaux : 75 %, Souvent de découverte fortuite chez un adulte de 40 – 50 ans, mais peut se révéler par des signes de compression ou une maladie auto-immune (myasthénie).
- Les carcinomes thymiques
- Les lymphomes thymiques

➤ Les tumeurs trachéales :

- Toux sèche, dyspnée inspiratoire avec wheezing
- EFR diminution du VIMS
- Le diagnostic repose sur la fibroscopie qui permet de préciser le siège et de faire des biopsies.