

Université de Constantine  
Faculté de médecine  
3e année de médecine  
Module de sémiologie de pneumologie  
Pr K. MESGHOUNI

2021/2022

## Les Syndromes Médiastinaux

### Objectif pédagogique

Définir les syndromes médiastinaux  
Détecter une anomalie du médiastin  
Déterminer sa nature  
Localiser cette anomalie dans un compartiment du médiastin

### PLAN

#### Définition

#### II - Rappel anatomique

#### III. Anatomie topographique du médiastin

#### IV- Diagnostic positif

#### V. Etiologies

#### I - Définition

Le syndrome médiastinale englobe l'ensemble des signes cliniques et ou radiologiques traduisant l'irritation, l'envahissement ou la compression d'un ou plusieurs organes du médiastin

Il peut s'agir soit :

- ❖ De tissus anormaux
- ❖ De liquide
- ❖ De l'air

**II - Rappel anatomique** : Le médiastin est un espace séparant les 2 hémithorax.

IL contient des structures :

- ❖ Digestives
- ❖ Respiratoires
- ❖ Cardiovasculaires
- ❖ Lymphatiques
- ❖ Nerveuses

Le médiastin est délimité par :

- ❖ En bas, le diaphragme ;
- ❖ En haut, le défilé cervico thoracique ;
- ❖ En avant, le sternum;
- ❖ En arrière, le rachis et les articulations costo vertébrales ;
- ❖ Latéralement, les pèlèvres médiastinales.

**Les loges du médiastin**: le médiastin est artificiellement séparé en 9 loges

- ❖ **Dans le sens antéro-postérieur**, on divise le médiastin en 3 compartiments :  
- Antérieur : en avant de l'axe trachéo bronchique

- Postérieur : en arrière de l'axe trachéo bronchique
- Moyen : dans l'axe trachéo bronchique
  - ❖ **De haut en bas** : 3 étages
- Supérieur : au-dessus de l'aorte horizontale
- Inférieur : au-dessous de la bifurcation trachéale (la carène)
- Moyen : entre l'aorte horizontale et la bifurcation trachéale

### **III. Anatomie topographique du médiastin**

**III. 1- Le médiastin antérieur**: Il peut être divisé en trois étages:

#### **III. 1-1. L'étage supérieur**

Il contient en avant la loge thymique, Derrière la loge thymique s'étalent les gros troncs artériels (l'aorte ascendante, le tronc de l'artère pulmonaire et ses bronches collatérales) avec plus en avant les troncs veineux: les troncs veineux brachio céphaliques et la veine cave supérieure (VCS). Tous ces éléments sont noyés dans du tissu cellulo-graisseux et traversés par des éléments nerveux: nerfs phréniques, nerfs pneumogastriques droit et gauche, et des éléments lymphatiques.

**III. 1-2L'étage moyen** : Il correspond à la naissance des gros troncs vasculaires de la base du cœur: l'aorte thoracique et l'artère pulmonaire.

**III.1-3. L'étage inférieur** : Cet étage comprend essentiellement la masse cardiaque et le péricarde.

#### **III. 2- Le médiastin moyen** :

Il contient la plupart des organes médiastinaux individualisé par l'axe trachéo-bronchique, l'œsophage, les éléments vasculo-nerveux tels que l'aorte thoracique descendante, les pédicules pulmonaires, le système veineux azygos, le canal thoracique, les nerfs vagues et le nerf récurrent gauche. La plupart des éléments lymphatiques siègent dans le médiastin moyen.

#### **III. 3- Le médiastin postérieur** :

Il correspond aux gouttières para et latéro-vertébrales. Ce qui caractérise cette région anatomique est la présence d'éléments nerveux: sympathique et nerfs intercostaux, aux dépens desquels pourront se développer des tumeurs neurogènes.

### **IV . Diagnostic positif**

#### **1.Circonstance de découverte** :

Fortuite : a l'occasion d'un radiographie thoracique de face systématique chez un sujet asymptomatique

#### **2.Symptomatique**

##### **2.1.Symptomes respiratoire**

- Dyspnée par compression de la trachée
- Toux typiquement sèche et quinteuse : wheezing
- Douleur thoracique
- Hémoptysie

##### **2.2.Symptome cardio vasculaire**

###### **a. syndrome cave supérieur**

-Une cyanose localisée aux mains et au visage (nez, lèvres, pommettes, oreilles, ongles, doigts), accentuée par la toux et l'effort.

- Un œdème de topographie caractéristique de la face de la base du cou et de la partie antéro-supérieure du thorax et des bras (oedème en pélerine), respectant le

dos, effaçant le relief claviculaire, rénitent ne prenant pas le godet. Il est plus marqué le matin et en position couchée

- Une turgescence veineuse qui atteint les veines jugulaires, Ces éléments du trépied veineux s'intensifient en position couchée ou par inclinaison du tronc en avant : signe de la bêche de Sorlano.

- Une circulation veineuse collatérale débutant par des vibices violacées ou télangiectasies visibles sur les faces antérieures et latérales du thorax. Elle prédomine dans les 2/3 supérieurs du thorax.

- Une somnolence et des céphalées de fin de nuit.

#### b Syndrome cave inférieur (VCAI):

Rare cause du faite du court trajet de la VCI dans le thorax, responsable d'un bloc supra hépatique réalisant le syndrome de Budd- Chiari qui se manifeste par :

- Une circulation veineuse collatérale thoaco-abdominale
- Hépatomégalie ferme, lisse, régulière, douloureuse spontanée ou à l'effort
- Reflux hépato-jugulaire
- Ascite avec ombilic dépliée
- œdème des membres inférieurs

c Tableau de tamponnade : par la compression directe des cavités cardiaque

#### 2. 3. Symptômes digestifs :

-La dysphagie intermittente ou permanente, débutant généralement par les grosses bouchées puis s'étendant à tous les solides et aux liquides traduits une compression de l'œsophage.

-Des douleurs peuvent être associées.

#### 2 . 4. Symptômes nerveux

**a. Atteinte du nerf phrénique** : son irritation peut donner un hoquet, une compression plus sévère, une paralysie phrénique qui se manifeste par une dyspnée et une asymétrie des mouvements thoraciques, avec ascension paradoxale d'un héli-diaphragme en radioscopie (l'héli diaphragme paralysé remonte à l'inspiration profonde

**b. Atteinte du nerf récurrent gauche** : sa lésion sous la crosse de l'aorte provoque une paralysie de la corde vocale avec dysphonie.

**c. Atteinte du plexus brachial** : les racines C8-D1 sont à la limite supérieure du thorax. Leur irritation se traduit par une douleur descendant sur le bord interne du bras et le 5ème doigt, associée à des troubles sensitifs dans le même territoire

**d. Atteinte du sympathique dorsal ou cervical** : l'atteinte du premier ganglion de la chaîne cervicale est responsable du syndrome de Claude Bernard Horner, associant myosis, chute de la paupière supérieure et énophtalmie.

L'atteinte du sympathique dorsal peut donner une hypersudation, et des phénomènes vasomoteurs au niveau d'un hémithorax

**e. Atteinte des nerfs pneumogastrique** : ils peuvent être, responsables de palpitations et de tachycardie, crise de Bouveret, flutter.

### 3. Examens complémentaires :

#### 3.1. Rx du thorax face/profil :

-Obligatoire, Le cliché thoracique de face permet d'affirmer qu'il existe une lésion médiastinale, devant la découverte d'une opacité :

- homogène,

- à limite externe nette et continue,
- convexe vers le poumon,
- se raccordant en pente douce avec le médiastin,
- et à limite interne invisible car noyée dans le médiastin.

–Recherche de lésions associées pouvant nous orienter vers l'étiologie, telle que :

- Lyse costale
- Opacité arrondie
- Image mixte
- Pleurésie

–Précise la topographie dans les différents compartiments ; valeur étiologique +++.

**3.2.TDM thoracique** 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.

**3.3. IRM** : c'est l'examen de choix, quand on a

- -une contre-indication de la TDM
- atteinte rachidienne
- atteinte du cœur et des gros vaisseaux
- atteinte de la paroi thoracique

**3.4. Échographie par voie endoscopique**

-Permet une excellente d'analyse de l'œsophage et du médiastin postérieur

**3.5. Mediastinoscopie**

Sous anesthésie générale permet des biopsies lésionnelles

**3.6. En fonction du contexte clinique,radiologique et biologique**

-Fibroscopie bronchique.

-Exploration digestive, ORL, thyroïdienne.

-Marqueurs tumoraux (LDH, beta-HCG, alpha-Foeto-Proteine...).

-BK dans les crachats, ou par tubages...

**V. Etiologies :**

**A/ Médiastin antérieur à l' étage supérieur et moyen :**

**1. Goitre endothoracique (plongeant)** : prolongement d'un ou de plusieurs lobes de la thyroïde en intra-thoracique.

**2. Lésions thymiques :**

- **Bénignes**
- **Malignes :**

**3.Tumeurs germinales** : faites de tissu embryonnaire mature

- ❖ **Tératomes bénins :**
- ❖ **Dysembryomes malins :**

**3. Adénomes parathyroïdiens** : bénins et rares.

**4. Anévrisme de l'aorte ascendante**

**B/ Médiastin antérieur à l'étage inférieur**

**1.Kyste pleuro péricardique** : malformation congénitale du péricarde

**2.Lipomes** : surtout chez les sujets obèses.

**3.Hernie de la fente de Larrey (rétro-costo-xyphoïdienne)** : à contenu épiploïque.

**C/.Médiastin moyen**

**1. Les ADP médiastinales:**

**1.1. ADP médiastinales bénignes :**

**1.2.ADP médiastinales malignes :**

**2.Kyste broncho génique**

**3. Hernie hiatale**

**D/ Médiastin postérieur**

**1.Tumeurs nerveuses :**

- ❖ Schwannomes
- ❖ Neurinome

**2.Lésions vertébrales :**

- ❖ Mal de Pott
- ❖ Spondylodiscite infectieuse non spécifique
- ❖ Tumeurs vertébrales

**3. Lésions oesophagiennes :** se manifestant par des dysphagies.

- ❖ Tumeurs oesophagiennes
- ❖ Kystes oesophagiens

**4.Anévrisme de l'aorte descendante**

**NB :** le kyste hydatique médiastinal peut se localiser dans n'importe quel compartiment

**BIBLIOGRAPHIE ET REFERENCE**

1.Benoît WALLAERT. Les Syndromes Médiastinaux Référentiel sémiologie - Collège des Enseignants de Pneumologie 2009 PP 93-6

A. Taytard, « Syndromes médiastinaux » [archive], sur *Respir.com*, 15 août 2006