

Kyste bronchogénique du médiastin traité par thoracoscopie. À propos d'un cas

A. El Madi*, M.A. Oukhounya, Y. Nhamoucha, K. Khattala, M. Rami, Y. Bouabdallah

RÉSUMÉ

Le kyste bronchogénique est une tumeur bénigne résultant du développement autonome et retardé d'un bourgeon cellulaire détaché de l'arbre trachéo-bronchique. Il représente près de 15 % des tumeurs médiastinales bénignes. Si le diagnostic n'est pas fait en anténatal, les complications sont redoutables, notamment la surinfection et surtout la compression des voies aériennes supérieures. Sinon, il reste asymptomatique et la découverte est fortuite comme dans notre cas. On découvre à l'occasion d'un bilan préopératoire pour une amygdalectomie chez notre patient de 5 ans une opacité médiastinale supérieure droite sur la radiographie du thorax ; l'exérèse chirurgicale mini-invasive est la règle et c'est l'anatomopathologie qui confirme le diagnostic ; le pronostic reste favorable.

Mots clés : kyste, bronchogénique, enfant, médiastin, thoracoscopie.

ABSTRACT

Thoracoscopic excision of mediastinal bronchogenic cyst

Bronchogenic cyst is a benign tumor arising from the autonomous development and delayed bud cell detachment from the tracheobronchial tree. It represents almost 15% of benign mediastinal tumors. If the diagnosis is not made prenatally, complications are particularly deadly, involving secondary infection and especially compression of the higher airways. Otherwise it remains asymptomatic and may be discovered incidentally, as in our case of a 5-year-old in whom, during a preoperative assessment for tonsillectomy, we discovered a mediastinal abnormality on the upper right chest radiography. Minimally invasive surgical excision is the standard approach. The prognosis is favorable.

Keywords: cyst, bronchogenic, child, mediastinum, thoracoscopy.

1. INTRODUCTION

Les kystes bronchogéniques (KB) sont des lésions congénitales bénignes rares qui appartiennent aux malformations entéro-bronchopulmonaires. Ils peuvent être totalement asymptomatiques, mais grâce au diagnostic anténatal, le diagnostic est de plus en plus souvent posé avant le stade des complications qui était le mode de révélation.

2. OBSERVATION MÉDICALE

Il s'agit de l'enfant A. M., âgé de 5 ans, admis dans notre formation après la découverte fortuite d'une opacité thoracique à l'occasion d'une radiographie thoracique standard faite dans le cadre d'un bilan préopératoire pour amygdalectomie.

L'examen clinique n'a pas objectivé d'anomalie.

La radiographie du thorax [figure 1] a révélé une opacité de tonalité hydrique, à limite interne invisible, à limite externe nette silhouettée par le poumon ; il s'agit donc d'une opacité médiastinale. La TDM thoracique [figure 2] a montré une masse médiastinale de densité liquidienne, bien limitée, de forme grossièrement ovale mesurant 4 x 5 cm, de contours réguliers ; faisant évoquer un kyste hydatique pulmonaire tout en précisant que le kyste bronchogénique de topographie non habituelle est peu probable.

Le patient fut opéré par thoracoscopie droite avec un trocart de l'optique de 10 mm sous la pointe de l'omoplate et deux trocarts opérateurs de 5 mm selon la règle de triangulation. L'exploration a trouvé une masse kystique en rapport avec la veine cave supérieure en antérieur, la veine azygos en bas et l'œsophage en



Figure 1. Radiographie du thorax objectivant une opacité médiastinale supérieure.

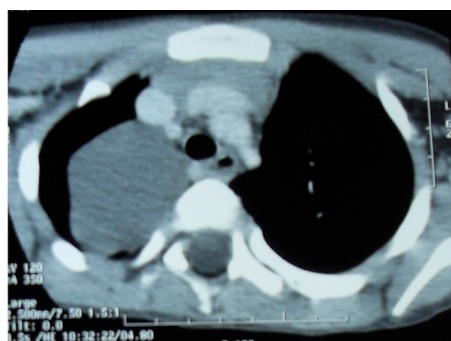


Figure 2. Coupe scannographique, fenêtre médiastinale révélant une masse du médiastin supérieur de densité liquidienne, bien limitée, de forme grossièrement ovale.

Service de chirurgie pédiatrique viscérale, CHU Hassan II, Fès, Maroc.

* Auteur correspondant : elmadichirped@yahoo.fr

Conflit d'intérêt : aucun. / Conflict of interest statement: none declared.

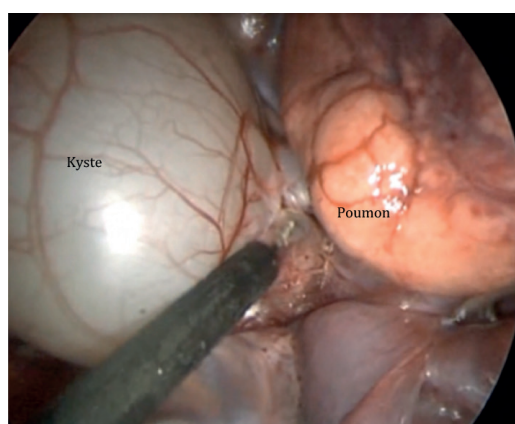


Figure 3. Image peropératoire qui montre le kyste aux dépens du médiastin supérieur et postérieur.

arrière le lobe supérieur droit en externe [figure 3]. On a opté pour la dissection au crochet coagulateur du kyste par rapport à ces différents éléments ; aucune communication macroscopique du kyste avec l'arbre bronchique n'a été décelée. Cette dissection a permis une exérèse complète du kyste qu'on a aspiré avant son extraction par le trocart de 10 mm.

L'étude anatomopathologique a confirmé qu'il s'agit d'un kyste bronchogénique.

Le recul est actuellement de 12 mois. L'enfant est asymptomatique ; la radiographie du thorax n'a pas objectivé d'anomalie décelable.

3. DISCUSSION

Le kyste bronchogénique est une tumeur bénigne résultant du développement autonome et retardé d'un bourgeon cellulaire détaché de l'arbre trachéobronchique. La paroi du kyste est composée d'un épithélium respiratoire. Sa localisation dépend de l'anomalie embryologique qui l'a générée. Le KB représente près de 15 % des tumeurs médiastinales bénignes [1,2] et 22 % des malformations bronchopulmonaires congénitales dans l'étude de Salles et al. [3].

Selon leur topographie, les KB sont classés en kystes intrathoraciques retrouvés dans 84 % des cas et en kystes ectopiques retrouvés dans 16 % des cas et intéressant la région du cou, la paroi œsophagienne, la paroi thoracique sus- et présternale [4], la peau, le péricarde [1,2] et le diaphragme. Les localisations thoraciques sont soit pulmonaires dans 70 % des cas tels que dans notre cas ou médiastinales dans 30 % des cas [1,2] avec localisation possible au niveau de l'un des trois étages du médiastin.

Le KB peut être asymptomatique dans près de 15 % des cas [5] ; tel que dans notre cas. Les signes possibles en cas de KB symptomatique diffèrent selon la localisation. Ainsi, on peut rencontrer une dyspnée associée à un stridor ou un cornage pour un KB rétrotrachéal, des troubles de la ventilation ou un emphysème obstructif pour les KB comprimant une bronche, une surinfection des kystes communiquant avec l'arbre bronchique [4].

Les examens complémentaires sont nécessaires à l'orientation du diagnostic de KB, le diagnostic définitif étant anatomopathologique. La radiographie du thorax face et profil peut montrer un élargissement du médiastin avec déviation de la trachée en cas de KB médiastinal.

En tomodynamométrie, les KB sont des masses arrondies bien limitées, de densité liquidienne, n'infiltrant pas les structures médiastinales adjacentes mais les moulant. Elles sont uni- ou multiloculaires, ne se rehaussant pas après injection de produit de contraste. La résonance magnétique peut également être utilisée surtout en cas de KB médiastinaux [6].

Une fois le diagnostic suspecté, le traitement est toujours l'exérèse chirurgicale [1,2], même chez les patients asymptomatiques. Il est justifié par la possibilité de complications graves [7] et par l'absence de certitude diagnostique avant l'examen anatomopathologique [1,2].

Suen et al. ne rapportent aucune complication tardive ou récidive chez les 42 patients ayant une exérèse complète [8]. La confirmation définitive du diagnostic de KB est anatomopathologique. Macroscopiquement, la tumeur est arrondie, de couleur gris rosée, bien vascularisée. Le kyste est rempli d'un mucus épais. Histologiquement, la paroi est tapissée par un épithélium de type respiratoire. Il peut s'y associer des éléments d'origine mésodermique (cartilage, glandes bronchiques ou muscles) [1,2].

4. CONCLUSION

Bien que rare et souvent asymptomatique, le KB doit être évoqué devant toute détresse respiratoire inexplicée du nouveau-né. Le diagnostic, suspecté sur les données cliniques, est évoqué à la radiographie du thorax et confirmé par la tomodynamométrie ou l'IRM. L'exérèse chirurgicale est la règle.

RÉFÉRENCES

1. Lemarié E, Diot P, Magro P, de Muret A. Tumeurs médiastinales d'origine embryonnaire. In: EMC-Pneumologie 2. Paris:Elsevier Masson, 2005:105-25.
2. Le Floch H, Niang A, Rivière F et al. Une péricardite atypique. Rev Mal Respir 2007;24(9):1147-50.
3. Salles M, Deschildre A, Bonnel C et al. Diagnostic et traitement des malformations bronchopulmonaires congénitales : analyse de 32 observations. Arch Pediatr 2005;12(2005):1703-8.
4. Sundaramoorthi Y, Mahadevan R, Nedumaran K et al. Intra-bronchial rupture of bronchogenic cyst. Ann Thorac Surg 2009;87:1919-20.
5. Houser WC, Dorff GJ, Rosenzweig DY, Aussem JW. Mycobacterial infection of a congenital bronchogenic cyst. Thorax 1980;35: 312-3.
6. Goldsztein H, Miranda A, Pinczewski J, Pereira KD. Bronchogenic cyst, an unusual cause of respiratory distress in a neonate. Int J Pediatr Otorhinolaryngol Extra 2011;6(4):297-9.
7. Somwaru LL, Midgley FM, Di Russo GB. Intrapericardial bronchogenic cyst overriding the pulmonary artery. Pediatr Cardiol 2005;26:713-4.
8. Suen HC, Mathisen DJ, Grillo HC et al. Surgical management and radiological characteristics of bronchogenic cysts. Ann Thorac Surg 1993;55(2):476-81.