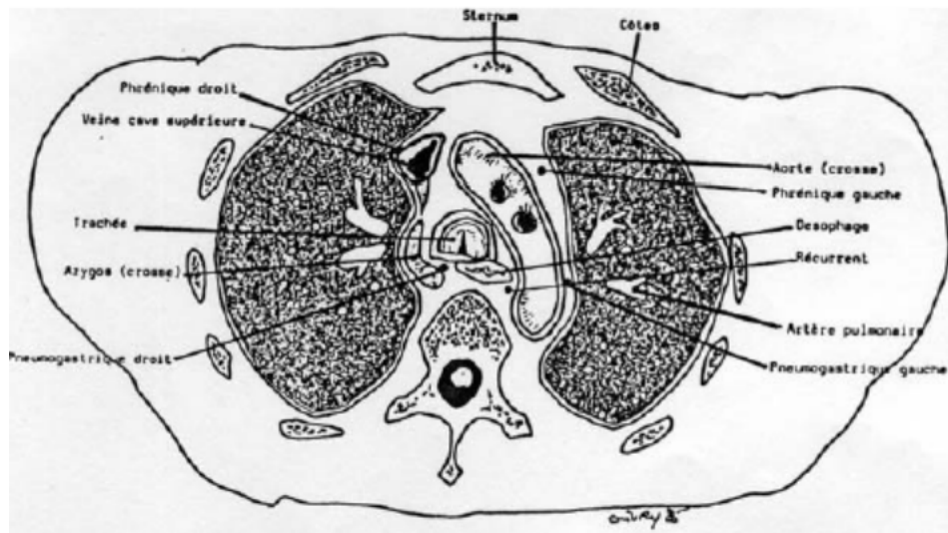


SYNDROMES MEDIASTINAUX

(Pr A.Taleb)

1- Rappel

Le médiastin est occupé par de nombreux organes, vaisseaux et nerfs



Coupe du médiastin au niveau de la crosse aortique (coupe transversale vue par en-dessous, comme en tomodensitométrie).

La compression ou l'irritation de l'un ou plusieurs d'entre eux réalise une association de signes cliniques dépendante de la topographie, appelée « syndrome médiastinal ».

Les limites du médiastin sont en haut le défilé cervico-thoracique,

en bas le diaphragme,

en avant la paroi thoracique,

en arrière les vertèbres,

latéralement les plèvres médiastinales droite et gauche.

Le médiastin est divisé en médiastin antérieur, moyen et postérieur dans le sens antéropostérieur et en médiastin supérieur, moyen et inférieur de haut en bas

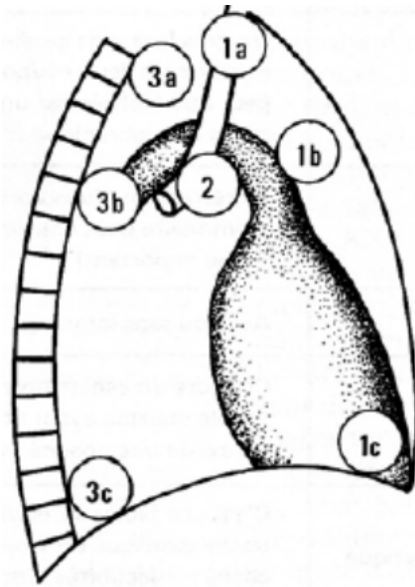


FIG. 62. — Schématisation des «étages» du médiastin :

1a : médiastin antéro-supérieur, 1b : médiastin antéro-moyen, 1c : médiastin antéro-inférieur

2 : médiastin moyen,

3a : médiastin postéro-supérieur, 3b : médiastin postéro-moyen, 3c : médiastin postéro-inférieur.

2- Les différentes manifestations cliniques

2-1- Manifestations nerveuses

Elles sont liées soit à l'irritation des nerfs soit à leur section fonctionnelle :

- **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).

- **Atteinte du nerf récurrent gauche** : sa lésion sous la crosse de l'aorte provoque une paralysie de la corde vocale avec dysphonie. Le nerf récurrent droit croise à la limite supérieure du thorax sous l'artère sous-clavière et n'est donc pas atteint au cours des syndromes médiastinaux.

- **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 5^{ème} doigt, associée à des troubles sensitifs dans le même territoire (cancer du sommet, syndrome de Pancoast-Tobias).

- **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 énoptalmie. L'atteinte du sympathique dorsal peut donner une hypersudation, et des phénomènes vaso-moteurs au niveau d'un hémithorax (cancer du sommet du poumon, syndrome de Pancoas-Tobias)

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

2-2- Manifestations vasculaires

Le syndrome de la veine cave supérieure associe :

- Une cyanose localisée aux mains et au visage (nez, lèvres, pommettes, oreilles, ongles, doigts) accentuée par la toux et l'effort. Elle est due au ralentissement circulatoire et à la distension des réseaux veineux et capillaires sous-cutanés.
- Un oedème 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, mais aussi les veines sublinguales, veines des fosses nasales, veines rétiniennes (visibles au fond d'oeil). Elle peut entraîner épistaxis et hémoptysies.

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 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 et peut prendre un développement considérable. Le flux sanguin est dirigé de haut en bas (de cave sup vers cave inf) : sa compression augmente le gonflement du cou et de la face ; à la décompression le remplissage se fait de haut en bas (la pression veineuse au membre supérieur est très augmentée). L'atteinte de la veine cave supérieure peut se produire à différents niveaux.
- Une somnolence et des céphalées de fin de nuit.

2-3- Manifestations digestives

La dysphagie (difficulté à avaler), intermittente ou permanente, débutant généralement par les grosses bouchées puis s'étendant à tous les solides et aux liquides, traduit une compression de l'oesophage. Des douleurs peuvent être associées.

2-4- Manifestations respiratoires

Dyspnée intermittente, positionnelle ou permanente avec tirage et sifflements, toux d'allure variable souvent quinteuse, ou hémoptysies peuvent être associées. Ces troubles témoignent d'une atteinte, directe ou indirecte, des voies aériennes intramédiastinales.

Selon l'association de ces différents signes, on peut déterminer la localisation précise de la lésion :

- le syndrome médiastinal antérieur peut associer : douleur rétrosternale pseudo-angineuse + syndrome cave supérieur ;
- le syndrome médiastinal moyen peut associer : manifestations respiratoires (dyspnée, wheezing, toux sèche irritative) et paralysie récurrentielle gauche = Syndrome bronchorécurrentiel de Dieulafoy ;
- le syndrome médiastinal postérieur peut associer : dysphagie, névralgies intercostales.

3-Aspects radiologiques

3-1- Principes généraux

Le cliché de face permet d'affirmer le siège médiastinal d'une anomalie ; le cliché de profil est très utile pour situer l'anomalie dans le médiastin antérieur (en avant du plan des gros

vaisseaux), dans le médiastin postérieur (en arrière du plan trachéo-bronchique), ou dans le médiastin moyen (entre les deux précédents).

L'opacité médiastinale anormale, pour être visible, doit faire saillie dans le parenchyme pulmonaire : elle apparaît alors comme une opacité homogène, à limites nettes, car soulevant en pente douce la plèvre médiastinale, et habituellement de forme arrondie. Sa limite interne par contre se perd dans l'opacité médiastinale normale.

- les clartés de la trachée (refoulée par un goître par exemple) et de la bifurcation trachéale (élargie par des adénopathies sous-carénaires) ;
- ou l'hyperdensité de l'oesophage opacifié par la baryte (refoulé par un tumeur à son contact).

La tomodensitométrie avec injection de produit de contraste et l'IRM (Imagerie par résonance magnétique) sont des éléments majeurs du diagnostic des syndromes médiastinaux +++

Le diagnostic étiologique des tumeurs médiastinales est très orienté par la topographie de l'anomalie .

MEDIASTIN ANTERIEUR	Supérieur	Goitres
	Moyen	<ul style="list-style-type: none"> Dysembryomes hétéroplastiques Tumeurs ganglionnaires Tumeurs thymiques
	Inférieur	Kystes pleuro-péricardiques
MEDIASTIN MOYEN		<ul style="list-style-type: none"> Tumeurs ganglionnaires Kystes bronchogéniques
MEDIASTIN POSTERIEUR	Supérieur	Tumeurs neurogènes
	Inférieur	<ul style="list-style-type: none"> Tumeurs œsophagiennes Kystes para-œsophagiens Méga œsophage

Dans le médiastin antérieur, peuvent se développer, de haut en bas :

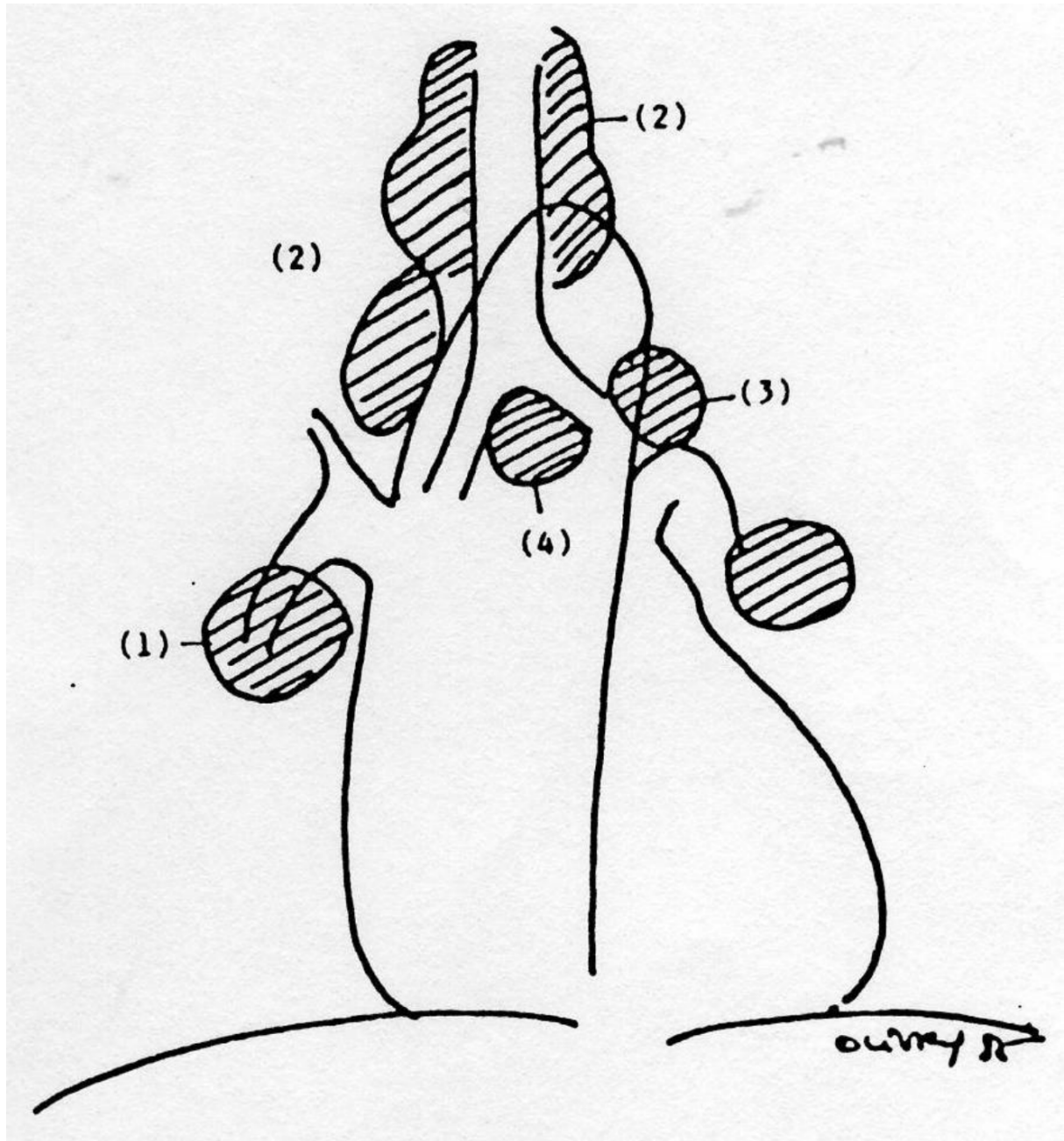
- les goîtres, à droite plus qu'à gauche, parfois calcifiés, refoulant la trachée
- les tumeurs et kystes thymiques,
- les tumeurs dysembryoplasiques,
- et au contact du diaphragme, les kystes pleuro-péricardiques.

Le médiastin moyen est le siège habituel des adénopathies médiastinales et de façon plus rare des kystes bronchogéniques.

C'est le siège privilégié des adénopathies médiastinales, latérotrachéales les plus visibles (à droite le ganglion de l'azygos, à gauche le ganglion de la fenêtre aorto-pulmonaire dont il inverse la concavité habituelle), ainsi que des ganglions intertrachéobronchiques et hilaires (pédiculaires). L'atteinte tumorale des ganglions latéro-trachéaux droits est la cause la plus habituelle du syndrome de compression cave supérieur.

Parmi les causes les plus fréquentes d'adénopathies médiastinales, on trouve le cancer

bronchique primitif, les métastases, d'autres cancers, les lymphomes, hodgkiniens ou non, la sarcoïdose, la tuberculose primaire, en général unilatérale, les pneumoconioses. Les localisations ganglionnaires de ces trois dernières maladies peuvent se calcifier



1. Hilaires (ou pédiculaires), 2. Latérotachéales, 3. De la fenêtre aorto-pulmonaire, 4. Intertrachéo-bronchiques, sous carénaires

Dans le médiastin postérieur, les tumeurs sont essentiellement neurogènes : le neurinome, lorsqu'il est volumineux, marque son empreinte sur l'arc postérieur de la côte supérieure

De toutes les anomalies thoraciques, les tumeurs du médiastin sont celles qui ont le plus bénéficié de l'apport de la tomodensitométrie et de la résonance magnétique nucléaire (RMN, appelée aussi imagerie par résonance magnétique, IRM).