



Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

Benign cystic mediastinal tumors

Tumeurs bénignes kystiques du médiastin

S. Rabiou¹, H. Harmouchi¹, M. Lakranbi¹, Y. Ouadnouni^{1,4}, H. El Fatemi^{2,4}, M. Serraj^{3,4}, M. Smahi^{1,4}

¹: Service de chirurgie thoracique, CHU Hassan-II, Fès, Maroc

²: Service d'anatomie et cytologie pathologique, CHU Hassan-II, Fès, Maroc

³: Service de pneumologie, CHU Hassan-II, Fès, Maroc

⁴: Faculté de médecine et de pharmacie, université Sidi-Mohamed-Ben-Allah, Fès, Maroc

ABSTRACT

Introduction. Benign cystic mediastinal, also called dysembryomes homoplastic, or just mediastinal cysts are rare mediastinal lesions. Mainly congenital, they can be completely asymptomatic. Surgical resection is the rule before the presence of mediastinal syndrome patient.

Methods. In order to report our experience we conducted a retrospective study between January 2010 and December 2013, about 9 patients operated in our service to benign cystic mediastinal.

Results. It was 5 men and 4 women with a mean age of 53.33 years with extremes ranging from 42 to 73 years. Chest pain was the main complaint in 88.88%. Analysis of the CT scan had found in favor of a cystic mass of the mediastinum in 100% of cases. The anterior mediastinal localization was the most frequent (55.55% of cases). Surgical resection was complete in 8 cases with no treatment in a patient. Surgery was conventional in more than half of cases. The incision was posterolateral thoracotomy one in 4 cases. With a mean of 9.88 months we have not noticed recurrence or other complication to date.

Conclusion. A well conducted clinical examination partner has good exploration by imaging can identify symptomatic tumor so under a surgical exeresere which must be as complete as possible.

KEYWORDS: Mediastinal tumor; Cystic tumor; Mediastinal syndrome.

RÉSUMÉ

Introduction. Les tumeurs bénignes kystiques du médiastin, appelées aussi dysembryomes homoplastiques, sont des lésions médiastinales rares. Essentiellement d'origine congénitale, elles peuvent être totalement asymptomatique. La résection chirurgicale est la règle devant la présence d'un patient syndrome médiastinal.

Matériels et méthode. Dans le but de rapporter notre expérience nous avons menée une étude rétrospective entre janvier 2010 et décembre 2013, concernant 9 patients opérés dans notre service pour tumeurs bénignes kystiques du médiastin.

Résultats. Il s'agissait de 5 hommes et 4 femmes ayant un âge moyen de 53,33 ans avec des extrêmes allant de 42 à 73 ans. La douleur thoracique était la principale plainte dans 88,88%. L'analyse de la tomodensitométrie thoracique avait conclu en faveur d'une masse kystique du médiastin dans 100% des cas. La localisation médiastinale antérieure était la plus fréquente (55,55% des cas). L'exérèse chirurgicale était complète dans 8 cas avec une abstention thérapeutique chez un patient. La chirurgie était conventionnelle dans plus de la moitié de cas. La voie d'abord était une thoracotomie postérolatérale dans 4 cas. Avec un recul moyen de 9,88 mois nous n'avons pas noté de récurrence ni aucune autre complication à ce jour.

Conclusion. Un examen clinique bien conduit associé a une bonne exploration au moyen de l'imagerie permet d'identifier les tumeurs symptomatiques relevant donc d'une exeresere chirurgicale qui doit être la plus complète possible.

MOTS CLÉS: Tumeur du médiastin; Tumeur kystiques; Syndrome médiastinaux.

Corresponding author: Dr Sami Rabiou. Service de chirurgie thoracique. CHU Hassan II, Fès, Maroc
E-mail: rabiousani2@icoud.com

INTRODUCTION

Les tumeurs bénignes kystiques du médiastin, appelées aussi dysembryomes homoplastiques, représentent un groupe de lésions rares, des masses médiastinales, essentiellement d'origine congénitale, dont la prévalence est plus grande chez l'enfant que chez l'adulte [1]. Leur localisation dans les différents compartiments du médiastin dépend de leur origine tissulaire et du stade de survenue de la malformation embryonnaire. Comme dans toute tumeur du médiastin, qu'elle soit kystique ou non, la prise en charge nécessite un bilan clinique et radiologique dans l'objectif de bien caractériser la lésion, mais aussi de planifier une stratégie thérapeutique. L'ancienneté de la symptomatologie et les résultats des examens radiologiques antérieurs vont contribuer à orienter le diagnostic. La place de la chirurgie, assez consensuelle dans les formes symptomatiques, s'est progressivement élargie et clarifiée avec le développement des techniques mini-invasives et les performances diagnostiques de l'imagerie actuelle [2]. A travers une série de 9 patients, nous rapportons notre expérience dans la prise en charge de ces lésions bénignes.

MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective entre janvier 2010 et décembre 2013, concernant 9 patients opérés dans notre service pour tumeurs kystiques bénignes du médiastin. Les paramètres étudiés sont l'âge, le sexe, les signes cliniques et radiologiques, la topographie exacte de la lésion dans le médiastin, le type de chirurgie et le geste réalisés, les résultats histologiques, le suivi post opératoire ainsi que les éventuelles complications.

RÉSULTATS

La série comportait 9 patients dont 5 hommes et 4 femmes ayant un âge moyen de 53,33 ans avec des extrêmes allant de 42 à 73 ans. La douleur thoracique était la principale plainte dans 88,88%. La *figure 1* donne la répartition de différent signes fonctionnels.

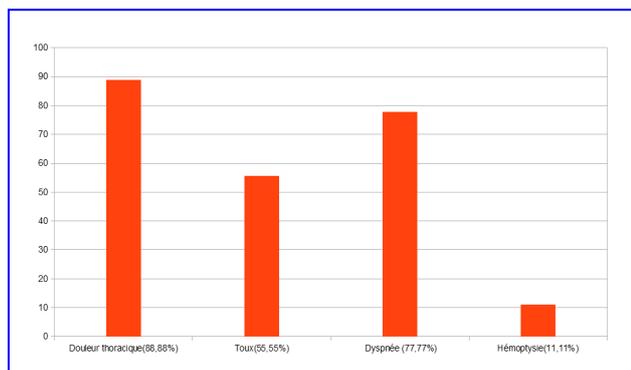


FIGURE 1. Répartition de différent signes fonctionnels.

Le *Tableau 1* nous donne les résultats de la radiographie thoracique. Tous nos patients avaient bénéficié d'une tomodensitométrie thoracique dont l'analyse avait conclu en faveur d'une masse kystique du médiastin dans 100% des cas.

TABLEAU 1 Résultats de la radiographie thoracique		
Signes radiologiques	Nombre des patients	Pourcentage (%)
Opacité de l'angle cardio-phrénique	5	55,55 %
Opacité paratrachéale	1	11,11 %
Opacité retrocardiaque	1	11,11 %
Elargissement médiastinal	1	11,11 %
Opacité médiastinale sans précision	1	11,11 %

Les tumeurs à localisation médiastinale antérieure étaient les plus fréquentes (*Figure 2*).

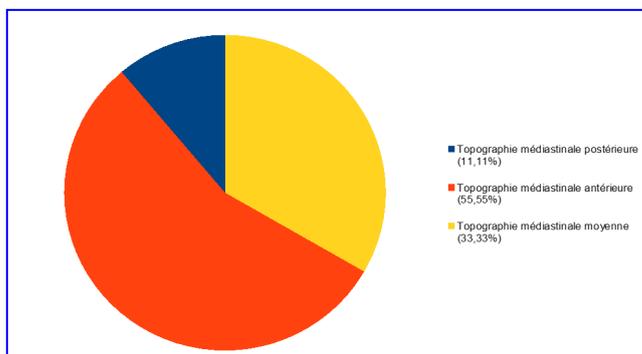


FIGURE 2. Résultats de la tomodensitométrie thoracique.

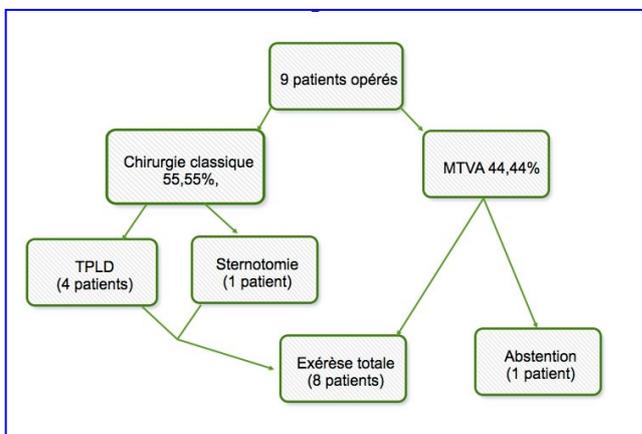


FIGURE 3. Résultats de la prise en charge chirurgicale (TPLD: thoracotomie postérolatérale droite, MTVA= mini thoracotomie vidéo assistée).

TABLEAU 2		Résumé clinique des patients					
N ^o	Age/sexe	Clinique	TDM thoracique	Geste chirurgical	Histologie	Évolution	Recul
1	54/femme	Douleur thoracique, dyspnée, toux	Masse kystique du médiastin moyen latéralisée à droite	Résection Totale de la masse par thoracotomie droite	Kyste pleuropéricardique	favorable	22 mois
2	55/femme	Toux, douleur thoracique	Masse liquidienne du médiastin antéro-supérieur (loge thymique).	Thymectomie totale par Par sternotomie totale verticale	Kyste thymique	favorable	18 mois
3	44/homme	Douleur thoracique	Masse kystique de l'angle cardio-phrénique droit	Résection Totale de la masse par vidéo thoracoscopie	Kyste pleuropéricardique	favorable	28 mois
4	73/femme	Douleur thoracique, dyspnée, Toux	Masse kystique Médiastinale de siège retro-cardiaque	Exérèse Complète de la lésion par vidéo thoracoscopie	Kyste pleuropéricardique	favorable	5 mois
5	53/masculin	Toux, dyspnée	Masse kystique péri trachéale et sous carenaire du Médiastin moyen	Médiastinoscopie cervicale axiale 1ère puis minithoracotomie vidéo-assistée droite : abstention	Lymphangiome médiastinal	favorable	12 mois
6	57/masculin	Douleur thoracique, Toux, dyspnée	Masse kystique de l'angle Cardio-phrénique	Résection complète de la masse par vidéo thoracoscopie	Kyste pleuropéricardique	favorable	5 mois
7	48/masculin	Toux, douleur thoracique, Dysphagie	Masse kystique médiastinale postérieure para oesophagienne	Résection de la masse kystique par thoracotomie postéro-latérale droite	Kyste bronchogénique	favorable	7 mois
8	54/femme	Douleur basithoracique gauche, dyspnée,	Masse kystique médiastinale antérieure à débord droit	Résection de la masse par thoracotomie postéro-latérale	Kyste pleuropéricardique	Favorable	6 mois
9	42/femme	Douleur basithoracique, dyspnée	Masse kystique de l'angle cardio-phrénique droit	Résection de la masse par thoracotomie latérale droite	Kyste pleuropéricardique	favorable	6 mois

Tous les patients avaient bénéficié d'une chirurgie qui avait permis l'exérèse complète de la tumeur dans 8 cas avec une abstention thérapeutique chez un patient. La chirurgie était conventionnelle dans plus de la moitié de cas.

La voie d'abord était une thoracotomie postéro-latérale dans 4 cas. La figure 3 donne les résultats de la prise en charge chirurgicale.

L'analyse histologique des pièces de résections, avait trouvé un kyste pleuropéricardique dans 6 cas, un

kyste thymique, un kyste bronchogénique et un lymphangiome kystique du médiastin dans 1 cas chacun. La durée d'hospitalisation était de 4,5 jours. Tous les patients étaient revus en consultations tous les mois pendant les premiers 3 mois puis tous les 4 mois la première année. Le recul moyen était de 9,88 mois avec des extrême de 5 à 28 mois. Nous n'avons pas noté de récurrence ni aucune autre complication à ce jour. Le tableau 2 donne le résumé clinique des patients.

DISCUSSION

Les tumeurs bénignes kystiques du médiastin sont des tumeurs rares de découverte fortuite le plus souvent, ou encore révélées dans le cadre du bilan d'un syndrome médiastinal. On regroupe dans ces tumeurs les kystes bronchogénique et para-oesophage, le kyste pleuropéricardique mais aussi le lymphangiome kystique du médiastin [2]. Leur symptomatologie commune étant la conséquence des phénomènes compressifs du kyste sur les éléments thoraciques de voisinage. Il peut s'agir d'une dyspnée, d'une toux, d'une dysphagie, d'un syndrome cave supérieure associés ou non à une douleur thoracique.

La douleur thoracique était le motif de consultation chez 88,88% de la population de notre étude. Devant un patient qui présente un syndrome médiastinal, le bilan doit comporter au minimum une tomodensitométrie cervicothoracique dans le but d'avoir une orientation diagnostique en analysant la densité de la lésion mais aussi sa topographie exacte. Les tumeurs kystiques ont dans la plupart des cas, un contenu homogène de densité proche de l'eau. La spécificité de cet examen reste cependant moins excellente en raison des modifications de densité de certaines formes de tumeurs ou encore secondaires aux complications locorégionales comme une hémorragie intrakystique.

Certaines tumeurs kystiques dont le contenu liquide est riche en protéines, comme les kystes bronchogéniques, ont des densités intrakystiques parfois proches des densités tissulaires. L'imagerie par résonance magnétique complète la tomodensitométrie thoracique en permettant d'analyser en détail, les parois, le contenu et l'environnement proche du kyste sur les séquences en T1 et en T2 avec des coupes sagittales et coronales [3]. Dans le cas précis de notre étude, la tomodensitométrie thoracique a été suffisante. Elle avait contribué dans 100% des cas à préciser la nature kystique de la lésion, sa topographie exacte de dans le médiastin mais aussi le choix de la voie d'abord.

Aucun patient n'a bénéficié d'une imagerie par résonance magnétique. D'autres examens peuvent avoir un intérêt selon la symptomatologie. L'échocardiographie analyse le retentissement cardiaque et les rapports entre la tumeur kystique et les cavités ou vaisseaux cardiaques. L'échographie transoesophagienne trouve ses indications dans l'évaluation des tumeurs kystiques siégeant dans la paroi ou à proximité de l'oesophage comme le cas d'un de nos patients [4,5]. L'endoscopie bronchique peut aussi être réalisée en cas de phénomènes compressifs sur les

structures broncho-pulmonaires. Ces examens complémentaires, permettent le plus souvent d'affirmer la nature kystique de la lésion. Selon l'analyse de la paroi et de la topographie de la lésion, un diagnostic étiologique pourra être retenu, permettant ainsi de planifier une stratégie thérapeutique.

En effet, cette stratégie thérapeutique diffère selon les circonstances de découverte et la nature exacte de la tumeur : certaines tumeurs kystiques asymptomatiques étant parfois surveillées alors que la plupart d'entre elles sont symptomatiques et alors traitées par exérèse chirurgicale complète.

La technique d'exérèse proprement dite est commune aux différents tumeurs kystiques. L'ouverture de la plèvre en périphérie de la lésion puis la dissection de celle-ci. Cette dissection est généralement facile, sauf dans le cas de remaniements inflammatoires avec présence de nombreuses adhérences.

La préservation des structures nobles telles que les nerfs phrénique et récurrent, les parois cardiaques doit être un souci permanent dans l'esprit de tout chirurgien engagé dans la prise en charge d'une tumeur médiastinale. La résection chirurgicale complète doit être la règle. Elle offre l'avantage d'un traitement définitif et complet. Elle permet aussi la suppression des symptômes quand ils existent, la prévention des complications potentielles et le diagnostic formel de la tumeur reposant sur l'étude anatomopathologique.

Pour les tumeurs dont la paroi présente des rapports trop intimes et serrées avec les organes vitaux du médiastin, le collerette peut être laissé en place. Son épithélium interne doit être coagulé au moyen d'un bistouri électrique afin d'éviter la production liquidienne et la survenue de récurrence. Cette résection incomplète expose cependant au risque de récurrence [6], tout comme le fait de morceler le kyste pour en faire l'exérèse.

La décompression par ponction liquidienne à l'aiguille [6,7,8] peut cependant aider la dissection en cas de kystes volumineux ou sous tension et cela sans conséquence [6].

CONCLUSION

Les tumeurs bénignes kystiques du médiastin sont des tumeurs rares, le plus souvent asymptomatique. La forme symptomatique justifie d'une prise en charge chirurgicale. L'exérèse radicale et complète est le seul traitement garant d'une guérison sans récurrence. Elle permet aussi d'apporter le diagnostic étiologique par l'analyse histopathologique de la pièce d'exérèse.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun.

RÉFÉRENCES

1. Takeda S, Miyoshi S, Minami M, et al. Clinical spectrum of mediastinal cysts. *Chest* 2003;124: 125-32.
2. Le Pimpec-Barthes F, Cazes A, Bagan P, et al. Les kystes du médiastin : approche diagnostique et traitement. *Rev Pneumol Clin* 2010; 66(1): 52-62
3. Syed IS, Feng D, Harris SR, et al. MR imaging of cardiac masses. *Magn Reson Imaging Clin N Am* 2008;16:137-64.
4. Massari M, De Simone M, Cioffi U, et al. Endoscopic ultrasonography in the evaluation of leiomyoma and extramucosal cysts of the esophagus. *Hepatogastroenterology* 1998;45:938 – 43.
5. Lim LL, Ho KY, Goh PM. Preoperative diagnosis of a paraesophageal bronchogenic cyst using endosonography. *Ann Thorac Surg* 2002;73:633 – 5.
6. Demmy TLKM, Detterbeck FC, Kline GG, et al. Multi-center VATS experience with mediastinal tumors. *Ann Thorac Surg* 1998;66:187-92.
7. Naunheim KS, Andrus CH. Thoracoscopic drainage and resection of giant mediastinal cyst. *Ann Thorac Surg* 1993;55:156 – 8
8. Lewis RJ, Caccavale RJ, Sisler GE. Imaged thoracoscopic surgery: a new thoracic technique for resection of mediastinal cysts. *Ann Thorac Surg* 1992;53:318 – 20.