



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## CAS CLINIQUE

# Œdème aigu du poumon, une nouvelle complication de la médiastinite sclérosante

Acute pulmonary edema, new complication of sclerosing mediastinitis

M. Serraj<sup>a,\*</sup>, I. Kamaoui<sup>b</sup>, N. El Marzguioui<sup>a</sup>,  
B. Amara<sup>a</sup>, M. El Biaze<sup>a</sup>, S. Tizniti<sup>b</sup>, M.C. Benjelloun<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de pneumologie, CHU Hassan II, BP 5552, 30006 Fès Sidi Brahim, Fès, Maroc

<sup>b</sup> Service de radiologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Disponible sur Internet le 2 juillet 2012

### MOTS CLÉS

Fibrose  
médiastinale ;  
Médiastinite  
sclérosante ;  
Sténose artères  
pulmonaires ;  
Sténose veine  
pulmonaire ;  
Œdème du poumon ;  
Verre dépoli ;  
*Pseudo-mitral  
stenosis syndrome*

### KEYWORDS

Fibrosing  
mediastinitis;  
Sclerosing  
mediastinitis;

**Résumé** La médiastinite sclérosante est une affection rare et bénigne ; c'est la compression des structures médiastinales par la fibrose, qui conditionne sa présentation clinique et son pronostic. L'obstruction des structures veineuses pulmonaires par la fibrose médiastinale a été rarement rapportée, cliniquement elle mime le rétrécissement mitral. Nous décrivons le cas clinique d'une jeune patiente suivie pour médiastinite sclérosante idiopathique dont le bilan retrouve une sténose de l'artère pulmonaire droite, de la bronche souche et des veines pulmonaires. À travers cette observation, nous discutons cette entité rare qui bien que bénigne peut être, comme c'est le cas de notre patiente, fatale ; nous étudions les différents aspects étiologiques, cliniques et les possibilités thérapeutiques.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** Sclerosing mediastinitis is a rare and benign disease, which can cause obstruction of mediastinal structures, this determines the clinical presentation and prognosis. The obstruction of pulmonary venous structures secondary to mediastinal fibrosis has been rarely reported, clinically it mimics mitral stenosis. We describe the clinical case of a young patient with idiopathic sclerosing mediastinitis. The radiologic exams found stenosis of the right pulmonary artery, the

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : moonserraj@yahoo.fr (M. Serraj).

Pulmonary arterial stenosis;  
Pulmonary venous occlusion;  
Cor pulmonale;  
Ground glass attenuation;  
Pseudo-mitral stenosis syndrome

right bronchus and pulmonary veins. Through this observation, we discuss this rare entity that although benign, can also be deadly. We study the different etiologies, clinical and therapeutic possibilities.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

La médiastinite sclérosante correspond à la prolifération de fibrose collagène au niveau du tissu conjonctif aboutissant à la formation d'une masse de fibrose au niveau du médiastin. Elle entraîne une compression, puis un envahissement des structures adjacentes, responsable de la présentation clinique. C'est une affection rare, seuls quelques cas sont rapportés [1,2]. Nous présentons le cas d'une médiastinite sclérosante idiopathique comprimant la bronche souche droite et les vaisseaux pulmonaires et source d'une complication exceptionnellement décrite qu'est la sténose des veines pulmonaires. Ce sont des épisodes répétés d'œdème aigu du poumon (OAP) avec un verre dépoli unilatéral gauche qui ont fini par nous orienter vers cette complication. Nous profitons de ce cas clinique très démonstratif pour faire une revue de la littérature et étudier les différents aspects de cette entité.

## Observation

Mme K.M., âgée de 24 ans, est suivie dans notre service depuis 2008 pour médiastinite sclérosante retenue sur les données d'une biopsie par médiastinoscopie. Le bilan étiologique initial était resté négatif (il n'y avait pas de cas similaire dans la famille, pas de prise médicamenteuse et la recherche d'une sarcoïdose et d'une tuberculose était négative). Une TDM abdominale ne retrouvait pas de fibrose rétropéritonéale. Le diagnostic de médiastinite sclérosante idiopathique a alors été retenu. Un traitement à base de corticoïdes oraux a été prescrit à la dose de 1 mg/kg par jour sur une durée d'un an avec dégression progressive et une bonne réponse clinique. La patiente a été alors perdue de vue durant un an et demi.

Elle s'est alors représentée aux urgences pour une aggravation brutale de sa dyspnée devenant stade V selon la classification de Sadoul avec apparition d'expectorations mucopurulentes et une fièvre à 38 °C. L'examen trouvait une patiente polypneïque à 34 cycles/min avec une cyanose des lèvres et des extrémités et une saturation en O<sub>2</sub> à 65 %, sans signes d'insuffisance cardiaque droite.

La radiographie thoracique trouvait un verre dépoli étendu au poumon gauche. La biologie montrait un syndrome infectieux avec une CRP à 218 mg/L, une hyperleucocytose à 25 940 elts/mm<sup>3</sup> à prédominance neutrophiles sans lymphopénie.

Le diagnostic de pneumonie aiguë communautaire grave a été retenu. Un traitement à base d'une bi-antibiothérapie (ceftriaxone + quinolones de seconde génération) associé à une corticothérapie orale n'a permis qu'une amélioration transitoire. À j10 de l'antibiothérapie, la patiente a présenté une ré-aggravation de sa dyspnée et des crachats hémoptoïques compliqués par une orthopnée, des expectorations mousseuses saumonées et des râles crépitants plus accentués à gauche, réalisant un tableau d'OAP massif ; le traitement à base de ventilation non invasive (VNI) avec mise sous diurétiques (furosémide) a permis de stabiliser la patiente.

Une échocardiographie transthoracique montrait un septum paradoxal avec des cavités droites dilatées, une PAPs très importante à 100 mmHg. Le ventricule gauche était de taille et de fonction systolique normales. L'exploration des veines pulmonaires était difficile vue la superposition de la masse de fibrose. L'hypothèse était qu'un obstacle gênant le retour veineux pouvait expliquer cette défaillance cardiaque gauche.

Un angioscanner thoracique avec synchronisation cardiaque montrait la masse tissulaire fibrosante du médiastin engainant la trachée, les deux bronches souches avec rétrécissement de la bronche souche droite (BSD), les deux artères pulmonaires, surtout à droite, qui était en pré-sténose (Fig. 1) ; mais aussi les veines pulmonaires autour desquelles elle formait un anneau à leur abouchement auriculaire laissant un très fin pertuis pour le passage sanguin. On retrouvait également une dilatation veineuse d'amont (Fig. 2a, b). Au niveau du parenchyme, il y avait un aspect en mosaïque à gauche témoignant d'un trouble de perfusion, à droite il y avait des foyers d'infarctissement excavés pulmonaires (Fig. 3).

Cette patiente porteuse d'une médiastinite sclérosante idiopathique, présentait deux complications majeures toutes deux secondaires à l'engainement de structures vasculaires par la fibrose : la branche droite de l'artère pulmonaire était engainée par la tumeur pratiquement en pré-sténose entraînant un infarctissement pulmonaire mais aussi un OAP secondaire à la prise des veines pulmonaires dans la fibrose et donc une défaillance cardiaque gauche.

Nous étions devant un cas critique où le pronostic vital, engagé par des épisodes répétés et de plus en plus rapprochés d'OAP, l'éventualité d'une chirurgie vasculaire a été écartée après étude du dossier, ne disposant pas d'une équipe entraînée et habituée à la chirurgie de l'artère pulmonaire et à la mise en place de stent vasculaire et surtout

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419797>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419797>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)