



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



CAS CLINIQUE

Kyste bronchogénique médiastinal : cause rare de wheezing chez le nouveau-né

Bronchogenic cyst: An unusual cause of wheezing in neonates

S. Nouri-Merchaoui^{a,*}, N. Mahdhaoui^a, J. Methlouthi^a,
L. Sahnoun^b, R. Zakhama^a, A. Nouri^b, M.T. Yacoubi^c,
H. Seboui^a

^a Service de néonatalogie, CHU Farhat-Hached, Sousse, Tunisie

^b Service de chirurgie pédiatrique, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

^c Service d'anatomopathologie, CHU Farhat-Hached, Sousse, Tunisie

Reçu le 12 mai 2011 ; accepté le 10 janvier 2012

MOTS CLÉS

Malformations
bronchopulmonaires ;
Tumeur médiastinale ;
Kyste
bronchogénique ;
Nouveau-né

KEYWORDS

Broncho-pulmonary
malformations;
Mediastinal tumors;
Bronchogenic cyst;
Infant

Introduction

Les kystes bronchogéniques (KB) sont des lésions congénitales rares, représentant près de 10 % des masses médiastinales rencontrées chez les enfants [1]. Le diagnostic, rarement porté à la période néonatale, est difficile, vu l'absence de signes spécifiques. Nous rapportons l'observation d'un nouveau-né à terme admis à la naissance pour détresse respiratoire en rapport avec une infection materno-fœtale confirmée avec bonne évolution sous antibiotiques. L'apparition à j25 de vie d'une dyspnée sifflante avec cornage a fait suspecter une cause obstructive.

Observation

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin admis à la naissance pour prise en charge d'une détresse respiratoire modérée. La grossesse était bien suivie. L'échographie morphologique était sans anomalies. L'anamnèse infectieuse était négative. L'accouchement s'est fait par césarienne à 38 semaines d'aménorrhée. Le liquide amniotique était clair. Le score d'Apgar était égal à 7 à la première minute et à 8 à la cinquième minute. Le poids de naissance était de 3800 g. À l'admission, le nouveau-né était apyrétique, polypnéique à 74 cycles par minute, la SaO₂ à l'air ambiant était de 88 %. L'auscultation cardiaque n'a pas révélé de souffle et les pouls fémoraux étaient présents. Le foie était palpé à 3 cm au dessous

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : soniamerchaoui@yahoo.fr (S. Nouri-Merchaoui).

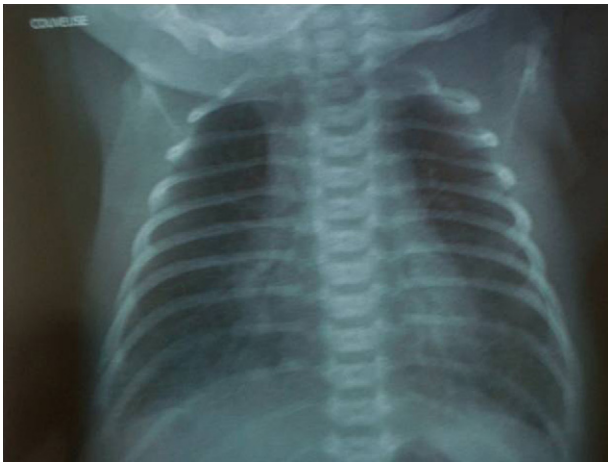


Figure 1. Radiographie du thorax initiale : pneumopathie bilatérale prédominante aux bases.

du rebord costal droit. Le diagnostic suspecté était une infection materno-fœtale bactérienne, confirmée par une protéine C réactive positive à 56 mg/L. La radiographie initiale a objectivé une pneumopathie bilatérale avec syndrome alvéolaire prédominant aux bases (Fig. 1). Le nouveau-né a été mis sous oxygénothérapie, et une antibiothérapie associant céfotaxime et gentamycine a été instaurée. L'évolution a été marquée par une amélioration progressive de l'état respiratoire, avec néanmoins constatation d'un petit essoufflement à l'introduction du régime par biberon avec quelques accès de toux résolutifs. Une échographie cardiaque pratiquée était sans anomalies. Il n'y avait plus d'essoufflement lors des tétées les jours suivants. Le nouveau-né a été sevré de l'oxygène à j11 de vie et est sorti à j15 de vie. Il a été réadmis dix jours plus tard pour dyspnée sifflante, toux sèche et cyanose lors des biberons. Il y avait un contage viral dans la famille. La radiographie du thorax a objectivé une distension pulmonaire importante (Fig. 2). Le diagnostic suspecté était une bronchiolite à virus respiratoire syncytial (VRS). La recherche de ce dernier au niveau des sécrétions pharyngées était négative. L'examen clinique a révélé par ailleurs

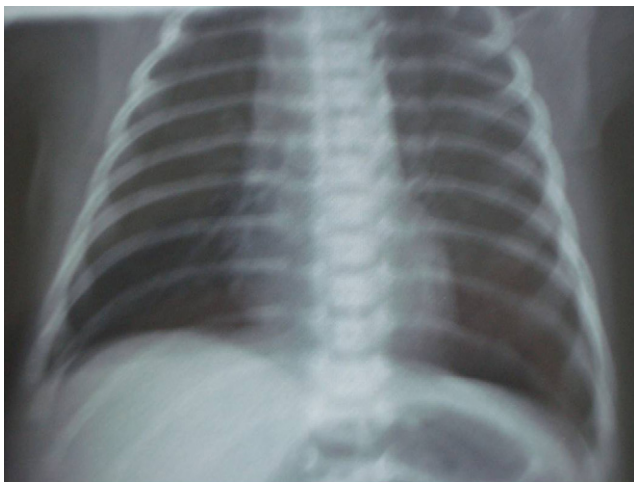


Figure 2. Radiographie du thorax objectivant une distension pulmonaire importante.



Figure 3. Transit œsophagien : compression extrinsèque de l'œsophage sur le versant latéral droit sus-carinaire avec trachée laminée.

la présence d'un wheezing essentiellement expiratoire, d'un cornage s'accroissant aux efforts, de toux avec cyanose lors de la tétée et de vomissements devenant fréquents. Les diagnostics suspectés étaient alors : une anomalie des arcs aortiques, une fistule œso-trachéale, un reflux gastro-œsophagien ou une malformation comprimant la trachée et/ou l'œsophage.

Le transit œsophagien sous scopie a objectivé un œsophage de calibre normal et de paroi régulière sans anomalies des plis avec une compression extrinsèque sur le versant latéral droit sus-carinaire avec trachée laminée par cette compression extrinsèque postérieure (Fig. 3), faisant suspecter la présence d'une masse entre la trachée et l'œsophage. La tomодensitométrie thoracique par acquisition spiralée (Fig. 4) a objectivé la présence d'une masse

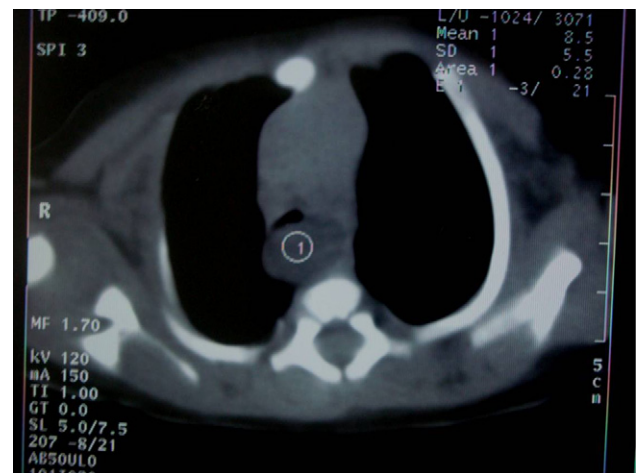


Figure 4. Tomodensitométrie thoracique : présence d'une masse moyenne kystique comprimant la trachée, évoquant en premier lieu un kyste bronchogénique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4170177>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4170177>

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