



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



IMAGE ET DIAGNOSTIC

Une histoire de chyle

A history of chyle

A. Détrée^{a,*}, M. Picaud^a, Q. Bury^b, J. Chabrol^{a,b},
F. Bart^b, J.-B. Faivre^c, B. Wallaert^{a,b}

^a Service de pneumologie et immunoallergologie, cliniques des maladies respiratoires, centre de compétence maladies pulmonaires rares, université Lille-2, hôpital Calmette, CHRU, boulevard Leclercq, 59037 Lille, France

^b Service de pneumologie, centre hospitalier de Beuvry, 62800 Bethune, France

^c Centre imagerie Artois-Lys, 62660 Beuvry, France

Reçu le 16 avril 2017 ; accepté le 27 août 2017

Une femme de 61 ans non fumeuse était hospitalisée pour dyspnée. Elle présentait comme antécédent une tamponnade sur péricardite en 1977 compliquée d'une péricardite constrictive. Initialement traitée comme une péricardite tuberculeuse sans germe retrouvé, elle a bénéficié d'une péricardectomie dont l'anatomopathologie a révélé un lymphangiome. Le diagnostic a posteriori retenait une péricardite chyleuse. On pouvait noter également deux épisodes de chylothorax gauche nécessitant un talcage. En 1978, la lymphographie bi-pédieuse réalisée dans ce contexte de chylothorax récidivants retrouvait une agénésie du canal thoracique. La patiente bénéficiait dans le même temps d'une ligature des chylifères par voie thoracoabdominale. Elle était ensuite suivie par son pneumologue en ville pour un trouble ventilatoire restrictif sans présenter de problème respiratoire aigu. Les autres antécédents étaient une hypertriglycémie ; une sténose serrée de l'artère sous-clavière et une hypothyroïdie. La patiente était traitée par aspirine, rabéprazole, atorvastatine et lévothyroxine. Il n'y avait pas d'exposition professionnelle ou environnementale connue.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : axelledetree@gmail.com (A. Détrée).

<https://doi.org/10.1016/j.rmr.2017.10.004>

0761-8425/© 2017 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

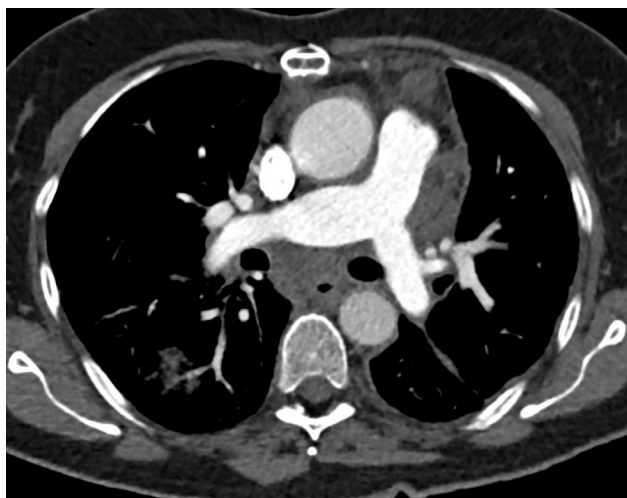


Figure 1. Scanner thoracique coupe axiale, fenêtre médiastinale : adénopathies médiastinales, infiltration de la graisse médiastinale, épaississements irréguliers pleuraux gauches et péricardiques.

La dyspnée était apparue depuis plusieurs semaines, se majorant progressivement, estimée à 2 sur l'échelle mMRC. Il existait une toux avec expectorations blanchâtres, hémoptoïques et des moules bronchiques présents depuis plusieurs années, majorés lors de la prise de repas riches en graisses. La patiente était apyrétique, le murmure vésiculaire était diminué dans les deux champs sans bruit surajouté. Il n'y avait pas d'altération de l'état général, pas de syndrome dysmorphique, pas de signe de décompensation cardiaque. La biologie était sans particularité. La gazométrie artérielle retrouvait un pH à 7,45 une PO_2 à 79 mmHg, une PCO_2 à 38 mmHg et HCO_3^- à 27 mmol/L. La radiographie de thorax mettait en évidence un syndrome interstitiel bilatéral associé à un épaississement pleural. Le scanner thoracique avec injection de produit de contraste confirmait la pneumopathie infiltrante diffuse (Fig. 1 et 2). L'échographie cardiaque montrait un ventricule gauche normal à 46 mm, sans trouble de la cinétique, avec une

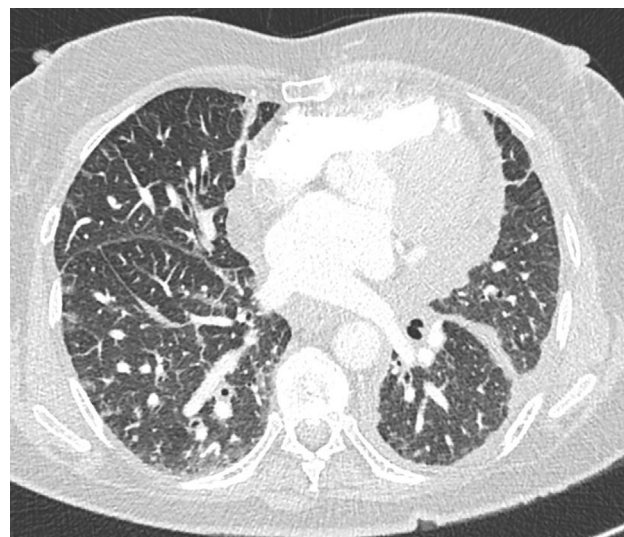


Figure 2. Scanner thoracique coupe axiale, fenêtre parenchymateuse : lignes septales régulières mais parfois nodulaires, bilatérales, prédominant à droite associé à des plages de verre dépoli et à un épaississement diffus des parois bronchiques.

fraction d'éjection du ventricule gauche à 70 % ; il n'y avait pas de signe de surcharge ni de valvulopathie. Il existait un discret épaississement péricardique inférolatéral de moins d'un centimètre. La fibroscopie bronchique trouvait macroscopiquement un aspect inflammatoire de l'ensemble de l'arbre bronchique. Le lavage bronchoalvéolaire (LBA) retrouvait 50 000 éléments/mL dont 58 % de lymphocytes. Les biopsies bronchiques révélaient un remaniement inflammatoire chronique non spécifique. Les épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) montraient un syndrome restrictif isolé : CVF à 1,40 L soit 46 % de la théorique, CPT à 3,19 L soit 59 % de la théorique.

Quel est votre diagnostic ?

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8601387>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8601387>

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