

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

Masse supra-diaphragmatique droite fluctuant pendant 6 ans

A. LAURENT (1), M. MILICEVIC (2), M. RADERMECKER (3), P. MAGOTTEAUX (2), I. SCAGNOL (4)

RÉSUMÉ : Le kyste pleuro-péricardique est une entité rare d'origine embryologique. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une importante masse médiastinale au départ asymptomatique. La découverte fortuite d'une masse médiastinale doit amener à évoquer, entre autres, le diagnostic de kyste pleuro-péricardique.

MOTS-CLÉS : *Kyste pleuro-péricardique - Médiastin - Angle costo-diaphragmatique*

A RIGHT SUPRADIAPHRAGMATIC MASS VARYING OVER 6 YEARS

SUMMARY : A pleuro-pericardial cyst represents an uncommon form of congenital disease. We relate the case of an initially symptomless female patient presenting with a voluminous mediastinal mass. The fortuitous discovery of an asymptomatic mediastinal mass should always prompt consideration, among others, of the diagnosis of a pleuro-pericardial cyst.

KEYWORDS : *Pleuro-pericardial cyst - Mediastinum - Costophrenic angle*

HISTOIRE CLINIQUE

Mme N.S, patiente de 36 ans, se présente en 2004 au CHU de Liège à la suite de la découverte fortuite, sur une radiographie thoracique, d'une opacité à l'emplacement du lobe inférieur droit (Fig.1).

Le scanner thoracique met en évidence une lésion liquidienne intra-pleurale ovalaire, non rehaussée après injection de produit de contraste. Une ponction sous scanner recueille un liquide eau de roche, contenant un taux très bas de protéines et de LDH, et ne présentant pas de cellules inflammatoires. Après la ponction, la patiente dit respirer beaucoup mieux, même si, au départ, elle était asymptomatique.

Durant l'été 2005, Mme N.S. présente une récurrence de la lésion intra-pleurale entraînant une gêne thoracique accompagnée d'une dyspnée. Une nouvelle ponction sous scanner est réalisée et complétée par une injection de produit de contraste qui ne met en évidence aucune communication de cette formation avec le péricarde.

L'analyse du liquide de ponction révèle un contenu identique à celui précédemment prélevé.

La patiente est revue en consultation de pneumologie en 2005 pour toux irritative et gêne thoracique.

Une RMN thoracique est réalisée 3 mois plus tard pour préciser la lésion : elle révèle une quasi-

disparition du liquide pleural. Aucune lésion tumorale n'est mise en évidence.

En octobre 2010, Mme N.S. revient en consultation de pneumologie car, depuis quelques temps, elle présente des douleurs thoraciques basales bilatérales, une dyspnée survenant lors d'efforts importants et une toux irritative.

De nouveaux examens complémentaires sont réalisés :

- une tomographie axiale computed tomography (Fig. 2): celle-ci met en évidence une collection liquidienne de 9 cm au niveau de la base pulmonaire



Figure 1. Radiographie du thorax de face démontrant une opacité à l'emplacement du lobe inférieur droit.

(1) Assistante, (2) Radiologue, Service d'Imagerie Médicale, CHU de Liège.

(3) Professeur, Service de Chirurgie cardio-thoracique, CHU de Liège.

(4) Anatomopathologiste, Service d'Anatomopathologie, CHU de Liège.

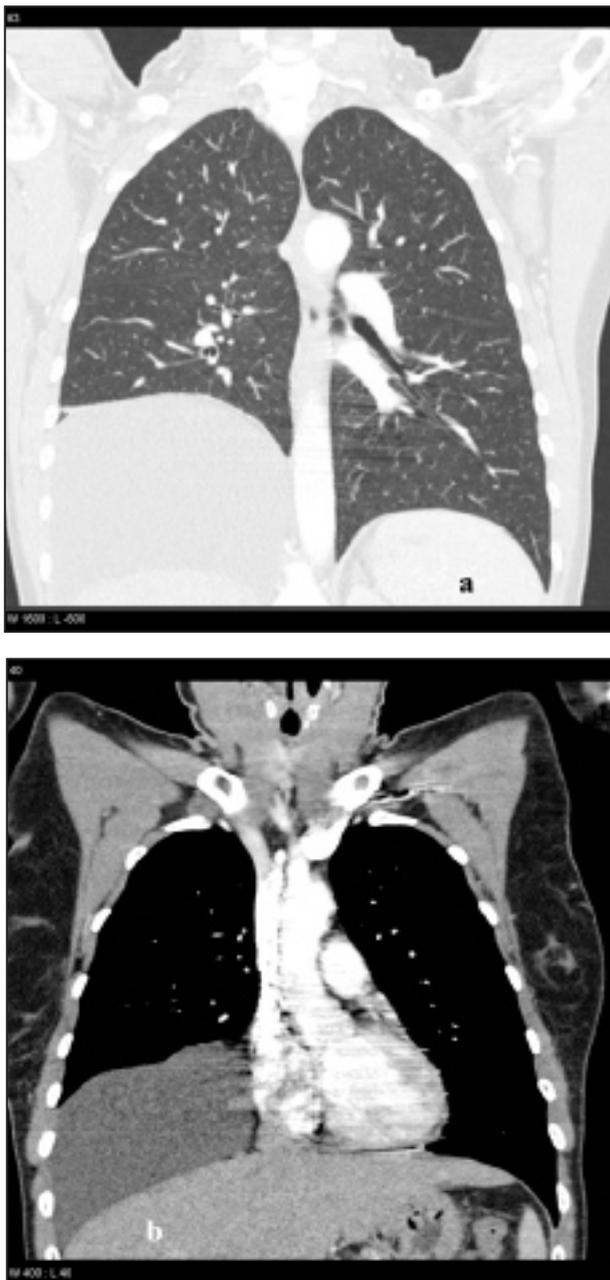


Figure 2. Tomodensitométrie thoracique en fenêtre parenchymateuse (a) et médiastinale (b) démontrant une masse supra-diaphragmatique droite.

droite avec atélectasie pulmonaire sus-jacente. Aucune adénopathie n'est visualisée.

- une résonance magnétique (Fig. 3) centrée sur le diaphragme : celle-ci ne démontre pas de communication entre la formation liquidienne et le péricarde.

La patiente étant symptomatique, la résection chirurgicale de la masse kystique est envisagée.

L'intervention chirurgicale authentifie un volumineux kyste pleuro-péricardique dont l'origine pédiculaire se situe au niveau du récessus

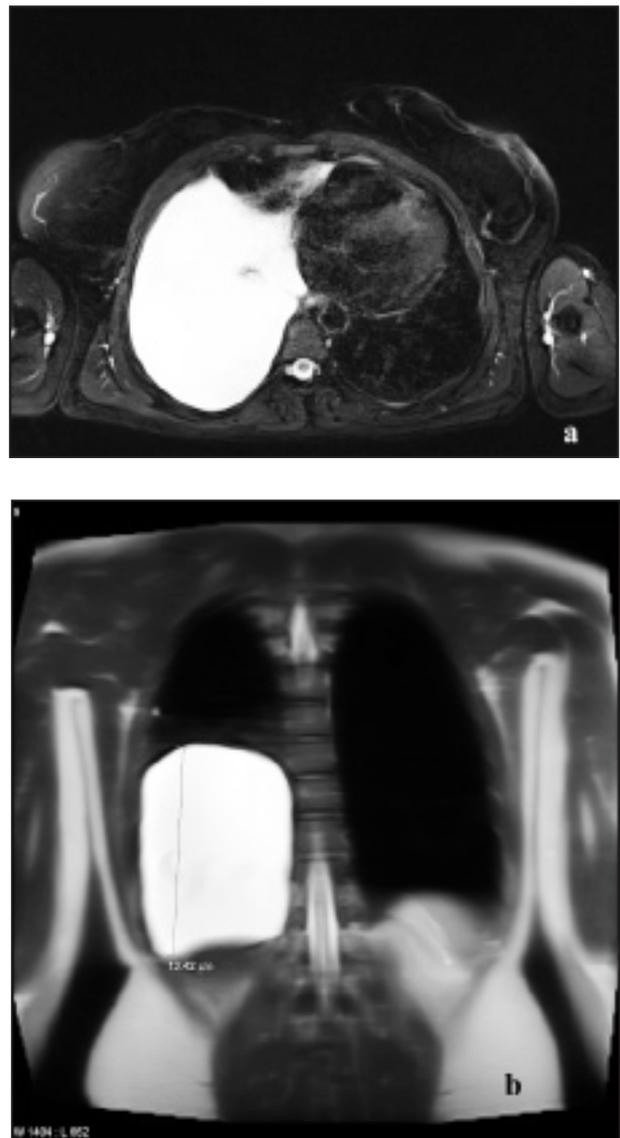


Figure 3. IRM en séquence pondérée T2 en coupes axiale (a) et coronale (b) montrant une lésion hyper-intense atteignant un grand axe de 13 cm.

pleuro-péricardo-phrénique. Ce kyste contient 1.300 cc d'un liquide séreux.

L'analyse anatomo-pathologique macroscopique de la pièce opératoire (Fig. 4) met en évidence la paroi d'un kyste vidé de son contenu, mesurant 13 x 8 x 0,2 cm. La cloison externe est congestive et partiellement grasseuse; la paroi interne est lisse, sans particularité.

L'analyse microscopique démontre une paroi fibro-musculo-grasseuse renfermant des vaisseaux sanguins congestifs tapissés par un épithélium pavimenteux unistratifié. Aucun signe dysplasique et aucune image de malignité ne sont démontrés.

L'examen anatomopathologique conclut au diagnostic de kyste pleuro-péricardique bénin.

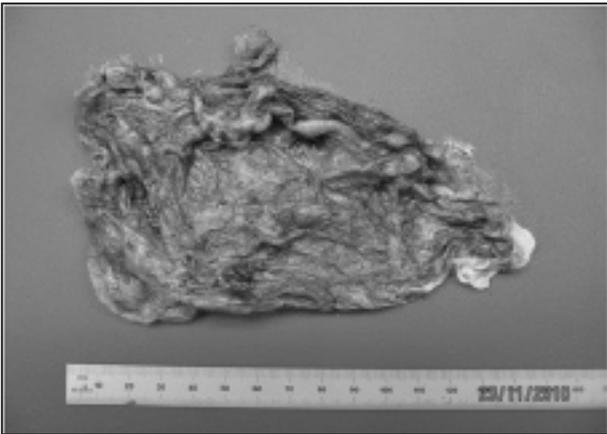


Figure 4. Aspect macroscopique du kyste pleuro-péricardique réséqué.

La radiographie thoracique réalisée trois jours après l'opération (Fig. 5) révèle la disparition totale de la lésion et la réexpansion de l'hémichamp pulmonaire droit.

La patiente présente une bonne évolution clinique et peut quitter le service de chirurgie cardio-vasculaire 7 jours après l'opération.

DISCUSSION

Le kyste pleuro-péricardique est une entité rare dont la prévalence est de 0,01%. Il représente environ 7% des tumeurs médiastinales, 11% des kystes médiastinaux (1) et se situe le plus souvent au niveau de l'angle cardio-phrénique droit (2). Il peut cependant aussi se retrouver dans n'importe quelle partie du médiastin.

Son origine est embryologique et résulte d'un défaut de fermeture de la cavité coelomique, laquelle correspond à un vaste espace intra-embryonnaire s'étendant de la région thoracique à la région pelvienne, apparaissant vers la 4^{ème} semaine de gestation (3).

Le kyste pleuro-péricardique est une formation uniloculaire composée d'une capsule de tissu fibreux, recouverte dans sa partie interne par une seule couche continue de cellules endothéliales. Ce kyste peut être pédiculé ou non pédiculé et contient du liquide correspondant à un transsudat. Il est généralement découvert de façon fortuite, dans le décours d'un examen radiologique. Lorsque le kyste pleuro-péricardique est symptomatique, il peut se manifester par une dyspnée, une toux, une douleur rétrosternale, des palpitations ou des troubles de déglutition (4). Les examens radiologiques mettent en évidence une masse supra-diaphragmatique gauche ou droite bien délimitée, en contact avec la silhouette cardiaque, pouvant atteindre un diamètre de 15 cm. Sur un scanner réalisé en contraste



Figure 5. Radiographie du thorax 3 jours après exérèse du kyste pleuro-péricardique : réexpansion de l'hémichamp pulmonaire droit

spontané, cette masse présente une densité comprise entre -10 et 10 UH et ne se rehausse pas après injection de produit de contraste.

L'IRM démontre une structure bien limitée, hypo-intense en pondération T1 et hyper-intense en pondération T2. La séquence T2 en double écho est particulièrement utile pour attester de la nature séreuse du liquide contenu au niveau du kyste.

Le diagnostic différentiel à envisager correspond aux autres formations kystiques médiastinales et particulièrement :

- le kyste bronchogénique (une localisation au niveau de l'espace cardio-phrénique est atypique pour ce genre de lésion);
- les tumeurs thymiques (elles peuvent parfois présenter une composante kystique et se situer au niveau de l'espace cardio-phrénique);
- le lymphangiome péricardique kystique (formation kystique contenant de multiples septa; son diagnostic repose sur la ponction aspiration qui révèle la présence de lymphocytes et de protéines et l'analyse anathomopathologique qui démontre un kyste multiloculaire à paroi épaissie) (5).

La prise en charge d'un kyste pleuro-péricardique se limite généralement à sa surveillance. Néanmoins, s'il se complique (compression des voies aériennes ou des structures vasculaires,...), devient symptomatique ou augmente de volume, une exérèse chirurgicale doit être envisagée (6).

CONCLUSION

Le kyste pleuro-péricardique est une formation kystique médiastinale relativement rare, d'origine embryologique.

Il est généralement découvert de façon fortuite et sa prise en charge est limitée à une surveillance radiologique s'il est asymptomatique et non compliqué.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lemarie E, Diot P, Magro P, et al.— Tumeurs médiastinales d'origine embryonnaire. *EMC Pneumologie*, 2005, **2**, 105-125.
2. Smahi MS, Lakranbi M, Amara B, et al.— Kyste pleuro-péricardique géant en «haltère». *J Radiol*, 2010, **91**, 1295-1296.
3. Langman J, Sadler TW, Belaisch G, et al.— Embryologie médicale. 7 ed E. Pradel. 2003, 531.
4. Asiri A., Tounsaoui B.— Le kyste pleuro-péricardique. A propos d'un cas. *Rev Maladies Respir*, 2004, **21**, 64.

5. Jeung MY, Gasser B, Gangi A, et al.— Imaging of cystic masses of the mediastinum. *Radiographics*, 2002, **22**, S79-S93.
6. Le Pimpec-Barthes F, Gazes A, Bagan P, et al.— Les kystes du médiastin : approche diagnostique et traitement. *Rev Pneumol Clin*, 2010, **66**, 52-62.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr Milicevic M, Service d'Imagerie Médicale, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.
Email : Mladen.milicevic@chu.ulg.ac.be