

A propos de la prise en charge chirurgicale des hydatidoses médiastinales : About the surgical management of mediastinal hydatidosis

M.RHAOUTI^{1,*}; F.LAMOUME¹. I.LARRAMACH¹; M.LAKRANBI^{1,2}; Y.OUADNOUNI^{1,2}; M.SMAHI^{1,2}

1: service de chirurgie thoracique, CHU HASSAN II FES-Maroc

2 : Faculté de médecine et de pharmacie Sidi mohammed ben abdellah

* : Auteur correspondant

E-mail : drmaroua93@gmail.com

Abstract: *Mediastinal cysts (KM) are rare anomalies, often asymptomatic. However, surgical management may be necessary to eliminate symptoms and prevent complications. Through three clinical cases, this article shares the experience of surgical excision of mediastinal hydatid cysts. Observations include patients presenting with hemoptysis, chest pain, and neurological symptoms, with radiological images revealing cystic lesions. Surgical procedures involved thoracotomies and pericystectomies, with particular attention to preservation of adjacent structures.*

Keywords: hydatid cysts, mediastinum, surgical excision.

Résumé:

Les kystes médiastinaux (KM), sont des anomalies rares, souvent asymptomatiques. Cependant, une prise en charge chirurgicale peut être nécessaire pour éliminer les symptômes et prévenir les complications.

À travers trois cas cliniques, cet article partage l'expérience de l'exérèse chirurgicale des kystes hydatiques médiastinaux. Les observations comprennent des patients présentant des hémoptysies, des douleurs thoraciques, et des symptômes neurologiques, avec des images radiologiques révélant des lésions kystiques. Les interventions chirurgicales ont impliqué des thoracotomies et des périkystectomies, avec une attention particulière à la préservation des structures adjacentes.

Mots clés : kystes hydatiques, médiastin, exérèse chirurgicale.

Introduction :

Les kystes médiastinaux (KM), principalement d'origine congénitale, représentent des anomalies malformatives bénignes rares, présentant diverses variétés en fonction de leur origine tissulaire.

Bien que souvent diagnostiqués chez les adultes plus âgés, ces kystes sont généralement acquis et asymptomatiques à ce stade. Le seul traitement radical et définitif demeure l'exérèse chirurgicale complète du kyste, visant à éliminer les symptômes, à obtenir un diagnostic formel et à prévenir les complications.

Cette intervention est traditionnellement recommandée pour tous les kystes symptomatiques, même asymptomatiques de grande taille, ainsi que dans les cas de doute diagnostique.

À travers l'exploration de quatre cas cliniques, nous partagerons notre expérience dans la prise en charge chirurgicale des kystes hydatiques médiastinaux.

Observation 1 :

Monsieur M.K, âgé de 30 ans, opéré il y a 10 ans pour un kyste hydatique du poumon gauche, et réopérer 1an plus tard pour une récurrence du kyste du même côté, admis pour prise en charge des hémoptysies de moyenne abondance. L'examen clinique à l'admission trouvait un patient, apyrétique, eupneïque. Un scanner thoracique montrait une image aérienne lobaire supérieure à paroi épaisse évoquant un kyste hydatique du poumon excavé, et une image liquidienne lobaire inférieure rétrocardiaque évocatrice d'un kyste hydatique du poumon, et une autre lésion basale sous pleurale spontanément hypodense (figure 1). Une fibroscopie bronchique avait objectivé un aspect inflammatoire avec quelques sécrétions muqueuses collantes, les éperons de la lobaire supérieure gauche sont légèrement épaissis. Une spirométrie a été réalisée n'a objectivé ni trouble ventilatoire obstructif ni restrictif.

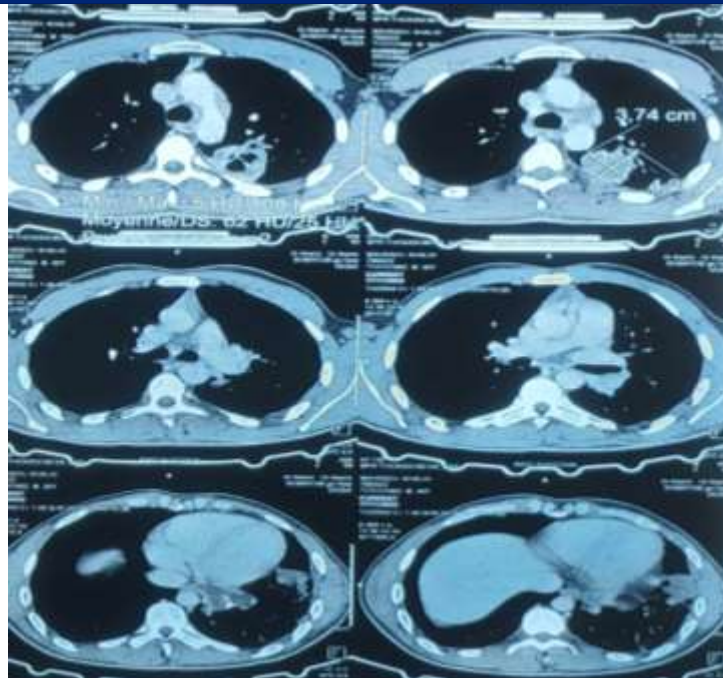


Figure 1 : TDM thoracique montrant une image aérienne lobaire supérieure à paroi épaisse évoquant un kyste hydatique du poumon excavé, et une image liquidienne lobaire inférieure rétrocardiaque, et une autre lésion basale sous pleurale

Le patient a bénéficié d'une thoracotomie postéro-latérale gauche, l'exploration trouve de multiples nodules et micronodules hydatiques et un kyste hydatique médiastinale.

Le patient a bénéficié d'une exérèse du kyste hydatique médiastinal en contact de la veine pulmonaire inférieure en entier sans ouverture (figure2). Avec une kystectomie multiples emportant le gros kyste hydatique du culmen ainsi que de multiples nodules hydatique.



Figure 2 : lésion kystique médiastinale réséquer sans ouverture de la lésion

Observation 2 :

Madame E.N, âgée de 64 ans, opérée il y a 34 ans pour un kyste hydatique du poumon droit et du foie, admise pour prise en charge de douleur thoracique gauche. L'examen clinique à l'admission trouvait une patiente, apyrétique, eupneïque. Un scanner thoracique trouve une petite formation kystique du segment ventral du lobe supérieur gauche (figure 3).

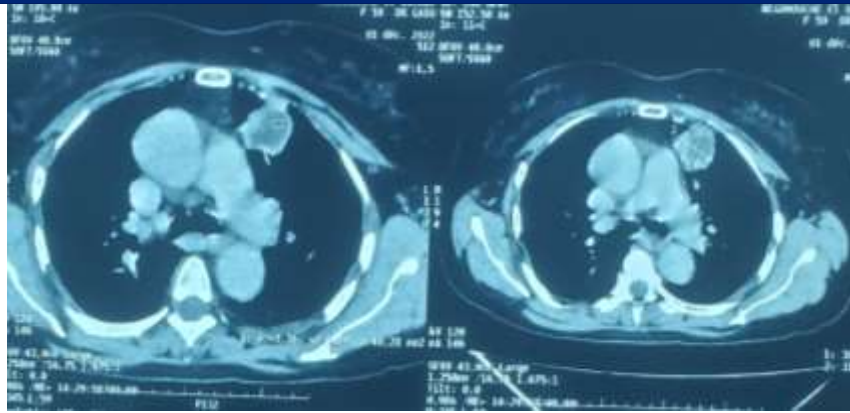


Figure 3: TDM thoracique montrant une lésion kystique du segment ventral du lobe supérieur gauche

La patiente a bénéficié d'une thoracotomie postéro-latérale gauche conservatrice, l'exploration trouve une lésion kystique calcifié médiastinale en contact avec le péricarde et le nerf phrénique, et une autre lésion kystique scissurale gauche.

La patiente a bénéficié d'une exérèse du kyste hydatique médiastinal en entier sans ouverture (figure4). Avec une kystectomie du kyste hydatique scissural.

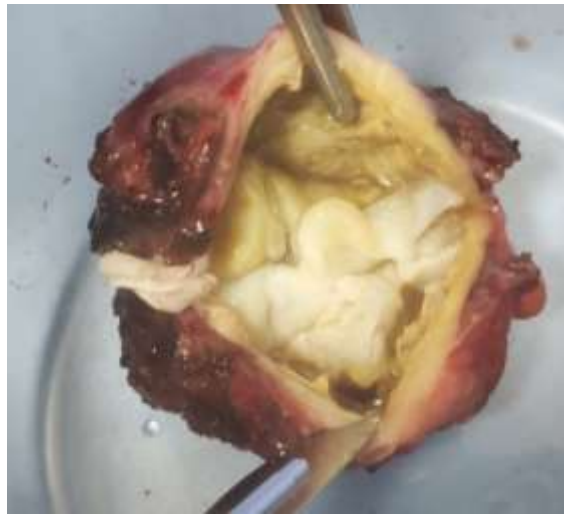


Figure 4 : lésion kystique médiastinale ouverte après exérèse

Observation 3 :

Patient de 35 ans, non-fumeur, opéré pour un kyste hydatique du foie il y a 2ans, compliqué en post opératoire par un hydropneumothorax droit drainé, qui présente des hémoptysies de faible abondance associé à des névralgies cervico-brachiale droite de type plexique.

L'examen physique a révélé une atrophie musculaire, une diminution de la puissance musculaire et une paresthésie du membre supérieur droit.

TDM cervico thoracique a révélé un KH médiastinal de l'apex en contact avec l'artère sous clavière et continuité avec un autre kyste hydatique (Figure 5)

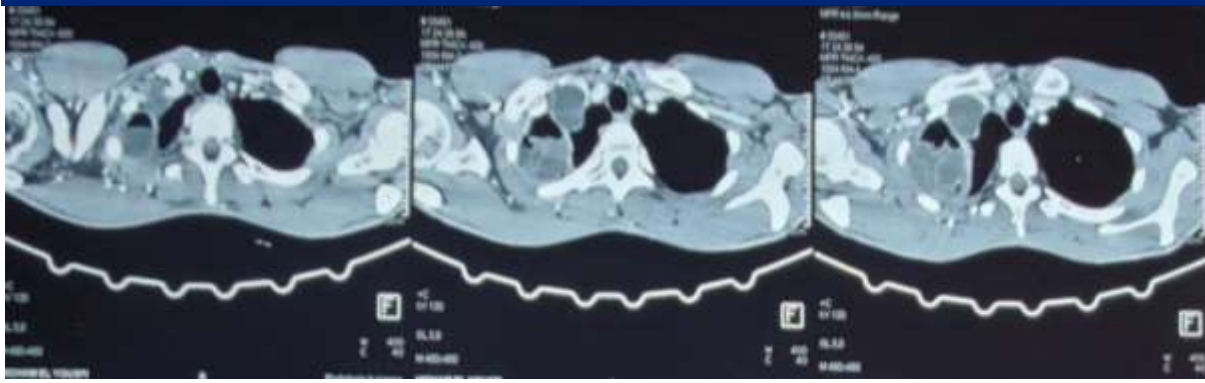


Figure 5 : TDM cervico-thoracique objectivant un KH médiastinal de l'apex en contact avec l'artère sous clavière.

Le patient a bénéficié d'un abord par une mini thoracotomie conservatrice passant par le lit du 4^{ème} EIC vidéo-assisté, l'exploration avait trouvé plusieurs kystes sous pleuraux réséqués et une autre lésion hydatidique pulmonaire apicale au contact avec une autre lésion hydatidique apicale sous pleurale au contact de l'artère sous clavière, Nous avons procédé à une libération des 2 lésions apicales suivies d'une périkystectomie de la lésion pulmonaire avec fermeture de 2 fistules bronchiques, suivies d'une périkystectomie partielle de la lésion sous pleurale apicale en conservant son fond au contact de l'artère sous clavière (figure 6).

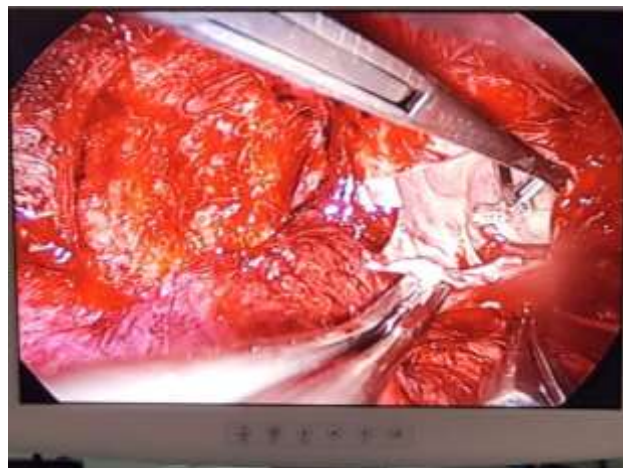


Figure 6 : vue opératoire conservant le fond du kyste en contact de l'artère sous clavière

Discussion :

Le traitement radical des kystes hydatidiques médiastinaux nécessite une exérèse chirurgicale complète, représentant la solution définitive pour éliminer les symptômes, établir un diagnostic formel et prévenir les complications. Cette intervention est traditionnellement recommandée pour les kystes symptomatiques, même de grande taille et asymptomatiques, ainsi que dans les cas de doute diagnostique [1].

L'exérèse chirurgicale est réalisée par vidéothoroscopie (VT) ou minithoracotomie. L'avantage de cette approche réside dans la suppression complète de la masse médiastinale, permettant ainsi l'élimination des symptômes, la prévention des complications potentielles et un diagnostic précis grâce à l'étude anatomopathologique.

Dans notre pratique courante nous trouvons VATS est dangereuse vu la localisation de ces lésions kystiques en regard du carrefour vasculaire et nerveux, mettant en jeu le pronostic vital du patient.

En effet, lorsque la paroi du kyste présente des adhérences étroites avec les organes vitaux du médiastin, une approche plus prudente est nécessaire pour éviter les complications vasculaires et nerveuses. Dans de tels cas, il peut être nécessaire de laisser le fond du kyste en place tout en coagulant l'épithélium interne pour prévenir la production de liquide et la récurrence. Il est important de noter que cette résection incomplète présente un risque accru de récurrence, tout comme le morcellement du kyste pendant l'exérèse. [2]. Comme le cas chez notre troisième patient la lésion était en contact de l'artère sous Clavière d'où la décision de laisser la coque en regard.

La décompression par ponction liquidienne à l'aiguille peut être une option utile pour faciliter la dissection, surtout dans le cas de kystes volumineux ou sous tension, sans entraîner de conséquences significatives. [2, 3, 4].

Conclusion

Les indications chirurgicales pour les kystes hydatiques médiastinaux sont désormais étendues et largement consensuelles, en raison des faibles taux de morbidité et de mortalité associés à la chirurgie mini-invasive. Cela plaide en faveur d'une intervention précoce, évitant ainsi les complications kystiques qui pourraient rendre la chirurgie plus difficile et augmenter les risques, en particulier en tenant compte des structures vasculaires et nerveuses délicates en période peropératoire.

Bibliographie :

- [1] Takeda S, Miyoshi S, Minami M, Ohta M, Masaoka A, Matsuda H. Clinic
- [2] Demmy TLKM, Detterbeck FC, Kline GG, Kohman LJ, DeCamp MM, Wain JC. Multicenter VATS experience with mediastinal tumors. *Ann Thorac Surg* 1998;66:187—92.
- [3] Naunheim KS, Andrus CH. Thoracoscopic drainage and resection of giant mediastinal cyst. *Ann Thorac Surg* 1993;55:156—8.
- [4] 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.