MedWiki-DZ (https://www.medwiki-dz.com/)

Adénopathies médiastinales

Dernière mise à jour : 2019/04/15 20:25

Adénopathies médiastinales

 $https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id = cours:residanat:pneumologie:adenopathies_mediastinales$

Dernière mise à jour : 2019/04/15 20:25 - Imprimé le : 2024/09/27 09:36



Table des matières

Adéi	nopathies médiastinales	
Adéı	nopathies médiastinales	1
	ntroduction	
2. D	Diagnostic positif	1
	Diagnostic étiologique	
	1. Adénopathies médiastinales bénignes	
	3.1.1. Sarcoïdose	
3	3.1.2. Causes infectieuses	2
3	3.1.3. Silicose	2
3.2	2. Adénopathies médiastinales malignes	2
	3.2.1. Lymphomes médiastinaux	
	3.2.2. Métastases	

Adénopathies médiastinales

1. Introduction

- Hypertrophie pathologique des ganglions du médiastin moyen
- Opacités médiastinales les plus fréquentes
- Intérêt :
 - Fréquence (30% de la pathologie médiastinale)
 - Diagnostic étiologique difficile
 - Pronostic variable selon l'étiologique

2. Diagnostic positif

1. Circonstances de découverte : variables

- Fortuite
- Bilan d'une autre affection
- AEG
- Signes de compression (toux, dyspnée, dysphagie, syndrome cave supérieur)

2. Examen clinique:

- Signes éventuels de compression (circulation veineuse collatérale)
- Syndrome de Claude Bernard Horner
- ADP périphériques, SPM +++

3. Examens complémentaires :

- <u>TLT</u>: opacité(s), ovalaire ou polycyclique, contours nets, limite interne noyée dans le médiastin; +/- images associées (parenchyme, plèvre, paroi)
- <u>TDM</u>: analyse anatomique précise et recherche de signes associés (PID, tumeur...)

3. Diagnostic étiologique

3.1. Adénopathies médiastinales bénignes

3.1.1. Sarcoïdose

1. Forme ganglio-médiastinale isolée :

- Forme latente de découverte fortuite le plus souvent
- Souvent volumineuses, bilatérales et symétriques

- La clinique peut parfois suffir au diagnostic (ADP périphérique, uvéite, érythème noueux, IDR négative)
- Lofgren : ADP bilatérales symétriques, fièvre, artharlgies, érythème noueux, IDR négative
- Certitude = anatomopathologie (éperons, transbronchique)

2. Forme ganglio-pulmonaire:

ADP + atteinte parenchymateuse (syndrome interstitiel bilatéral)

3.1.2. Causes infectieuses

1. Tuberculose:

- 1. Primo-infection:
 - Complexe radiologique ganglio-pulmonaire caractéristique
 - ADP inter-bronchique ou latéro-trachéale, souvent unilatérale, compressive
 - Peuvent être bilatérales et volumineuses
 - Atteinte parenchymateuse associée dans 10% des cas
 - Le contexte clinique, le virage tuberculinique, le contage et l'âge (enfant++)
 ⇒ diagnostic
 - Complication : fistulisation endo-bronchique (BK+ expectorationà
 - Parfois : aspect pseudo-tumoral = problème diagnostic (lymphomes)

2. Réinfection:

ADP médiastinales de la tuberculose pulmonaire commune

2. Infection virale:

- Mononucléose infectieuse (diagnostic sérologique)
- Ornithose
- Histoplasmose (rare)

3.1.3. Silicose

Évoquée devant des ADP avec calcifications périphériques (en coquille d'oeuf) + contexte d'exposition à la silice

3.2. Adénopathies médiastinales malignes

3.2.1. Lymphomes médiastinaux

1. Lymphome Hodgkinien:

- Atteinte médiastinale dans 50% des cas, rarement isolée (10%), le plus souvent inaugurale
- ADP bilatérales, symétriques, élargissement du médiastin en "cheminée" latérotrachéal uni- ou bilatéral
- Signes locaux (dyspnée, toux) et/ou généraux (AEG, fièvre, prurit)

- Lésions parenchymateuses possibles : atélectasie (compression), nodules (extension, métastases)
- Diagnostic histologique
- Autres localisations et manifestations extra-thoraciques (épanchements, HPM/SPM, ADP périphériques)

2. Lymphomes malins non Hodgkiniens:

 Atteinte médiastinale rare (10-23%), le plus souvent des formes agressives (haute malignité dans 50% des cas)

3.2.2. Métastases

- Cancer loco-régional : bronchique
- Cancer à distance : testicule, utérus, digestif, thyroïde, rein...

— Résumé basé sur le cours de Pr. R. Yahiaoui (2014-2015)