

Séquestration pulmonaire intralobaire chez un patient de 56 ans – A propos d'un cas

M. MOUMKINE¹, F. EL BOZOUIKI¹, N ELOUAFI², K. BOUTI¹, S. HAMMI¹

¹ Service de Pneumologie – CHU Mohammed VI Tanger

² Service de Radiologie – Hôpital Mohammed V Tanger

INTRODUCTION

La séquestration pulmonaire est une malformation congénitale rare, non héréditaire, elle se caractérise par la présence d'un segment de tissu pulmonaire qui n'est pas fonctionnel, car il est séparé des connexions bronchiques normales. L'approvisionnement en sang de ce tissu est assuré par une ou plusieurs artères systémiques aberrantes, qui proviennent généralement de l'aorte, ou plus rarement de l'une de ses branches. Dans 75% des cas, la séquestration est intra-lobaire, c'est-à-dire qu'elle est en contact avec le parenchyme pulmonaire normal. Dans les 25% restants, elle est extra-lobaire, ce qui signifie qu'elle possède son propre revêtement pleural. (1)

Cas clinique

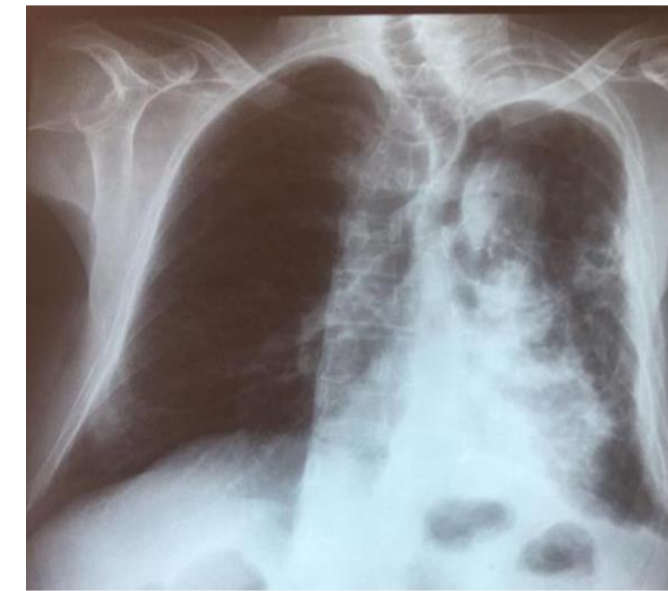
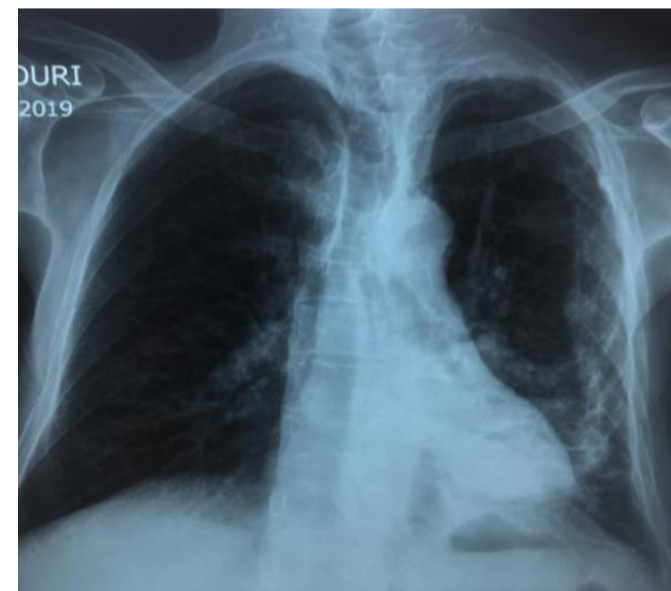
Notre patient, âgé de 54 ans, est un tabagique chronique et diabétique de type 2. Il a des antécédents d'infections bronchopulmonaires à répétition. Deux mois avant son hospitalisation, il a présenté une aggravation de sa toux chronique ainsi que plusieurs épisodes d'hémoptysie de moyenne abondance.

Au cours de son hospitalisation, il a présenté deux épisodes d'hémoptysie de grande abondance ayant nécessité des traitements hémostatiques et des transfusions sanguines à deux reprises. Sa radiographie thoracique a montré une opacité basale lobaire inférieure gauche, hétérogène et mal limitée, n'effaçant pas le bord gauche du cœur.

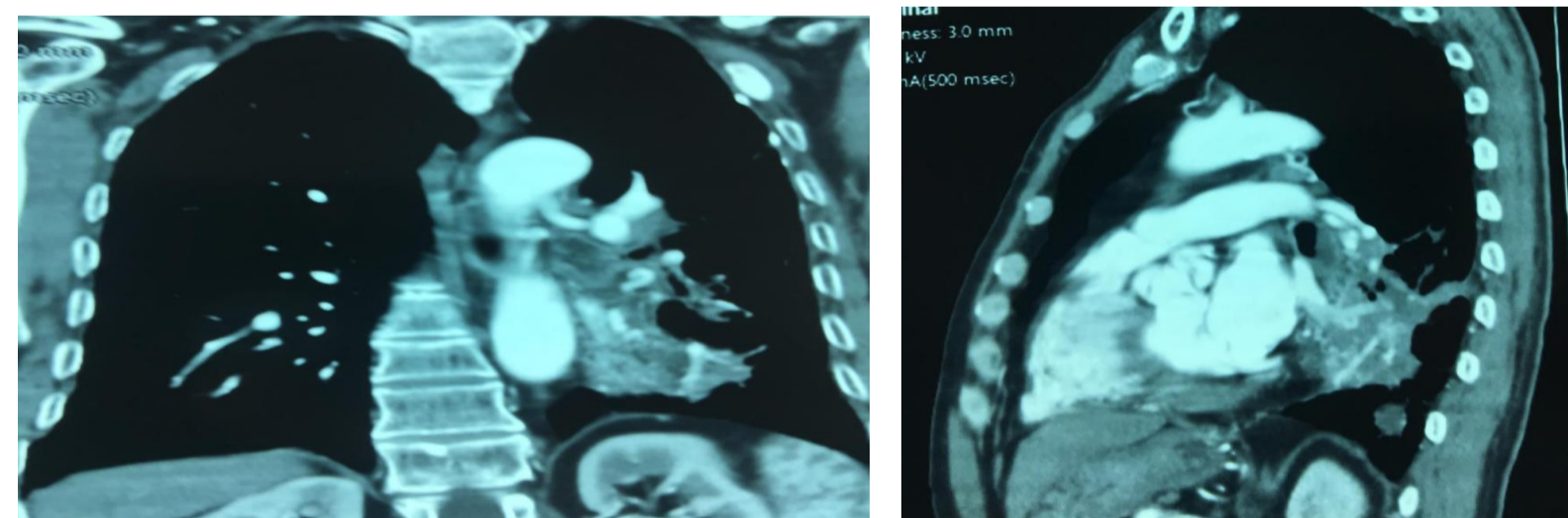
Un bilan a été réalisé, incluant deux BK Genexpert des expectorations, un Genexpert du liquide d'aspiration bronchique, ainsi qu'une sérologie aspergillaire, tous ont été négatifs.

Une TDM thoracique injectée a révélé une formation au niveau du lobe inférieur gauche, mesurant 80 mm de grand axe. Cette formation, polylobée et bien limitée, est spéculée et hétérogène, et présente une hypervascularisation, avec des vaisseaux volumineux et tortueux provenant directement de l'aorte, à la limite entre la crosse et l'aorte descendante. Il existe une dilatation des bronches (DDB) adjacente au niveau de la lingula et du culmen.

Le diagnostic de séquestration intralobaire a alors été posé, ainsi que l'indication d'une exérèse chirurgicale. Notre patient a bénéficié d'une chirurgie thoracique assistée par vidéo (VATS), qui a été convertie en peropératoire en thoracotomie postérolatérale gauche.



Radiographie Thoracique avant et 4 mois après pneumonectomie inférieure gauche



Angioscanner Thoracique (coupe frontale et sagittale): Masse polylobée, hétérogène, et hypervascularisée, avec des vaisseaux volumineux et tortueux provenant de l'aorte

DISCUSSION

La séquestration pulmonaire intralobaire est une affection souvent cliniquement muette qui peut parfois se révéler par une complication engageant le pronostic vital. En fait, avec l'âge et au fil des surinfections récurrentes, la séquestration augmente progressivement de taille, et des hémoptysies massives dramatiques peuvent survenir en rapport avec la rupture des formations anévrysmales développées aux dépens du vaisseau aberrant. Elle affecte les lobes inférieurs des poumons chez 98% des patients et le lobe inférieur gauche dans 60% des cas.

La radiographie thoracique, qui est très peu spécifique, et l'aortographie, autrefois considérée comme la référence, n'ont plus d'indication diagnostique. L'utilisation de cette dernière est désormais réservée aux techniques d'embolisation des artères aberrantes, proposées chez certains patients inopérables ayant un risque d'hémoptysie massive.

La tomodensitométrie thoracique injectée et l'angio-IRM sont les méthodes de choix. Elles permettent la visualisation de l'artère systémique, la détermination de son origine, son diamètre, son passage diaphragmatique en cas d'origine sous-diaphragmatique, et elles permettent aussi d'analyser le retour veineux et de planifier l'acte opératoire.

Le traitement des séquestrations pulmonaires est impératif en raison du risque infectieux, hémorragique ou dégénératif. L'intervention consiste en la résection du lobe atteint : soit, classiquement, par thoracotomie, ligature soigneuse de la vascularisation aberrante et lobectomie, soit par thoracoscopie (VATS : Video Assisted Thoracic Surgery), surtout pour les séquestrations extralobaires.

CONCLUSION

Les séquestrations pulmonaires posent un défi diagnostique, L'association de pneumonie itérative, d'hémoptysie et d'une masse lobaire inférieure doit faire évoquer cette pathologie rare. La visualisation de l'artère systémique aberrante par angio TDM ou angio IRM permet de confirmer le diagnostic. Devant les complications possibles notamment hémorragiques, infectieuses et de dégénérescences malignes, la chirurgie est le traitement de référence

Références

- Gabelloni M, Faggioni L, Accogli S, Aringhieri G, Neri E. Pulmonary sequestration: What the radiologist should know. Clin Imaging. mai 2021;73:61-72.2.
- Long Q, Zha Y, Yang Z. Evaluation of pulmonary sequestration with multidetector computed tomography angiography in a select cohort of patients: A retrospective study. Clinics. Juill 2016;71(7):392-8.