

Profil étiologique des masses médiastinales antérieures

ZARROUQ M., ARFAOUI H., MSIKA S., BAMHA H., BOUGTEB N., JABRI H., EL KHATTABI W., AFIF M.H
SERVICE DE PNEUMOLOGIE, HÔPITAL 20 AOÛT 1953, CHU IBN ROCHD, CASABLANCA (MAROC)

INTRODUCTION

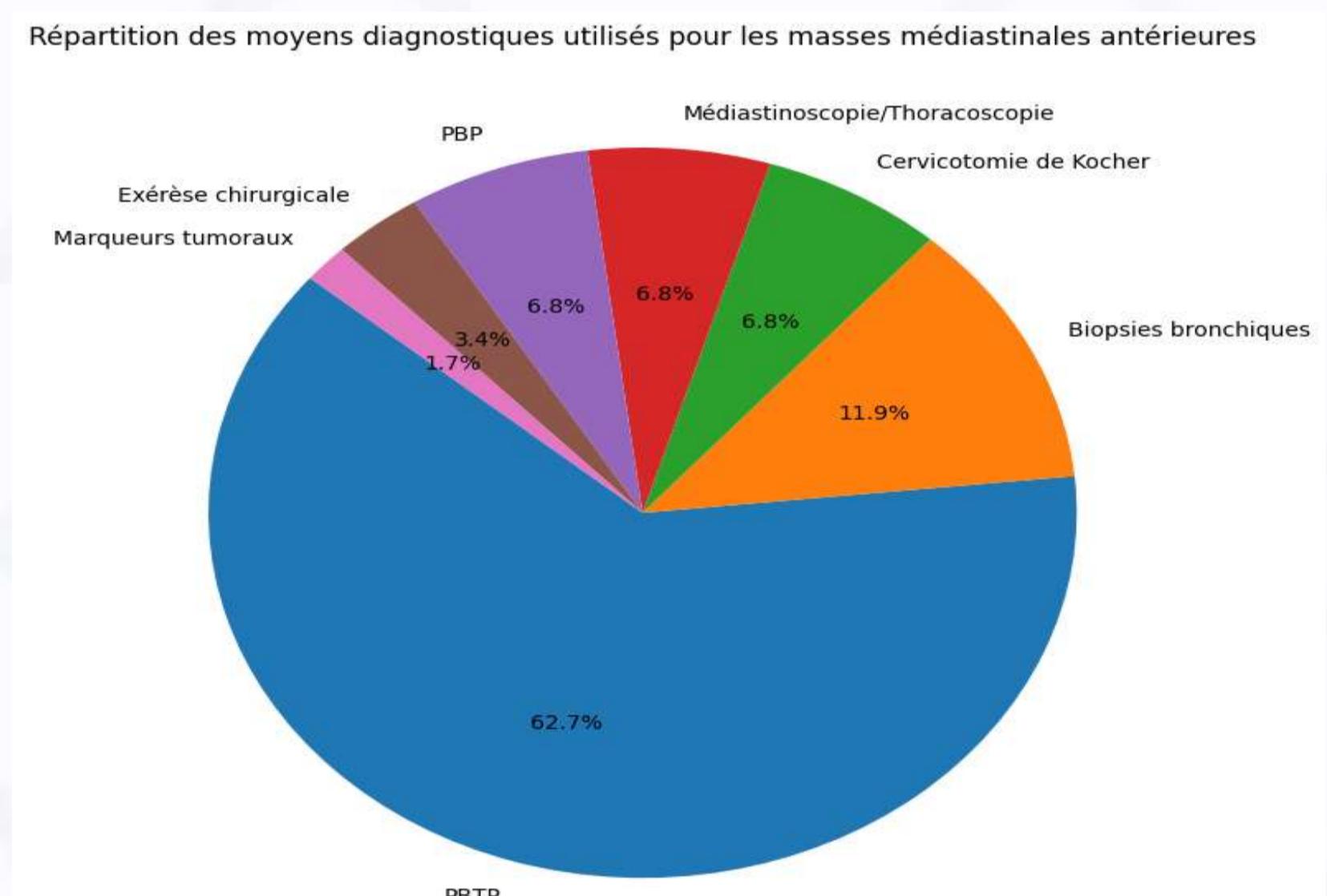
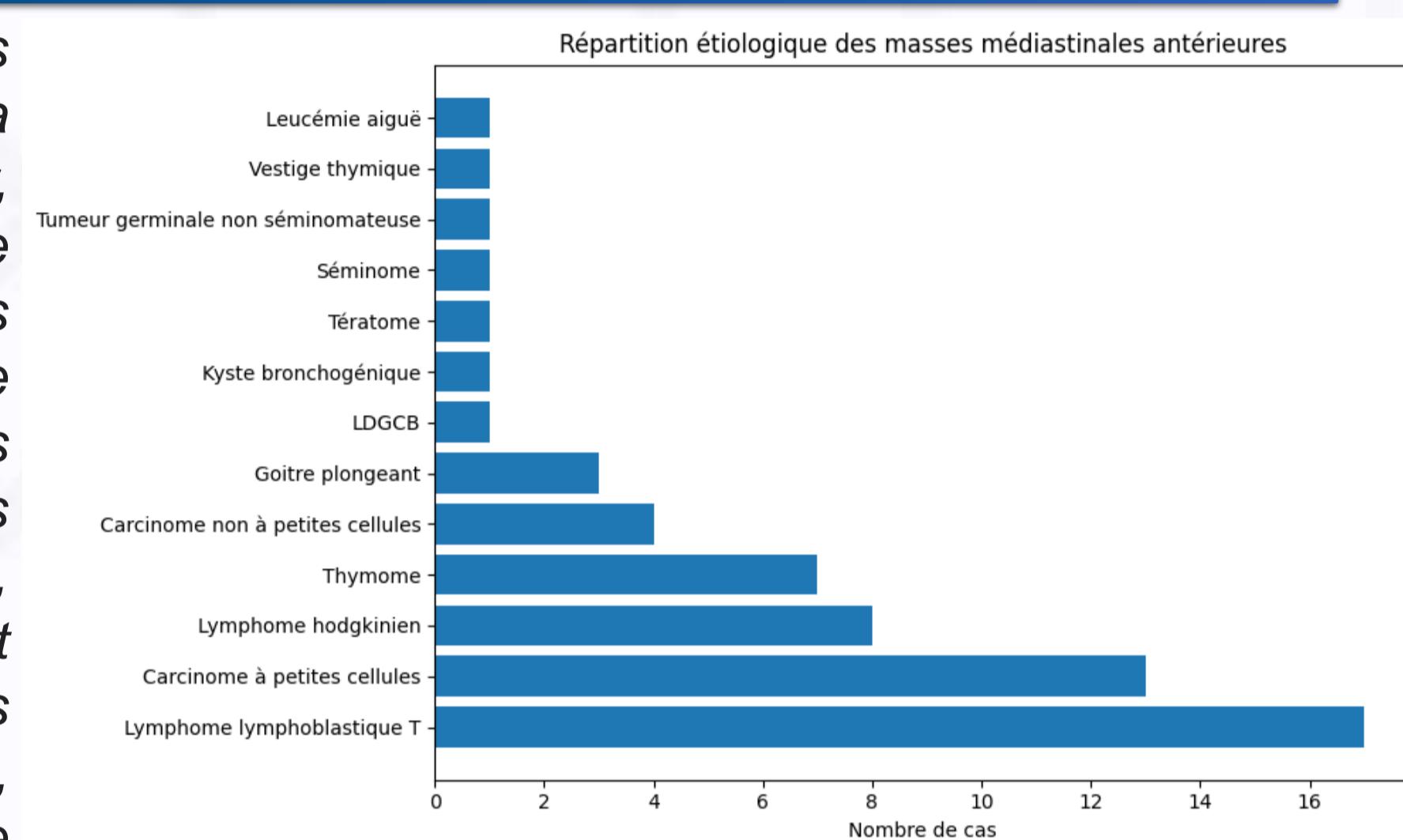
Les masses médiastinales antérieures regroupent un ensemble hétérogène de lésions dont le diagnostic étiologique est dominé par la règle des « 4 T » : thymome, tumeurs germinales, tumeurs thyroïdiennes et tératomes. Leur identification est essentielle, car le pronostic et la prise en charge varient selon l'étiologie. L'étude de leur profil étiologique permet donc d'orienter le diagnostic et d'optimiser la stratégie thérapeutique. L'objectif de notre étude est d'étudier les étiologies des masses médiastinales antérieures.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Notre étude est rétrospective portant sur 59 cas de masses médiastinales antérieures colligées entre janvier 2017 et juillet 2025 au service de maladies respiratoires de l'hôpital universitaire de 20 Août.

RÉSULTATS

La moyenne d'âge était de 41.2 ans. Le sexe masculin prédominait dans 34 cas. La découverte fortuite était retrouvée chez 7 cas. Ailleurs, la symptomatologie clinique était faite surtout de syndrome cave supérieur, douleur thoracique, dyspnée à l'effort et de toux sèche. La radiographie thoracique montrait un élargissement médiastinal dans la majorité des cas associé à une opacité de type pleural dans 9 cas. La radiographie thoracique était normale dans 3 cas. La TDM thoracique réalisée chez tous nos patients objective une masse médiastinale antérieure dans tous les cas, associée à un épanchement pleural homolatéral dans 13 cas, épanchement péricardique dans 3 cas. Le diagnostic histologique était obtenu par une biopsie transpariétale (PBTP) dans 37 cas, par des biopsies bronchiques dans 7 cas, une cervicotomie de Kocher dans 4 cas, une médiastinoscopie ou thoracoscopie dans 4 cas, par ponction biopsie pleurale (PBP) dans 4 cas, deux patients ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale et les marqueurs tumoraux étaient positifs dans un seul cas. L'examen anatomopathologique complété par une immunohistochimie (IHC) avait montré un lymphome lymphoblastique T (17 cas), un carcinome à petites cellules (13 cas), un lymphome hodgkinien (8), un carcinome non à petites cellules (4), un thymome (7 cas), un goître plongeant (3 cas), un kyste bronchogénique (un cas), un lymphome diffus à grandes cellules B (un cas), un tératome (un cas), un séminome (un cas), vestige thymique (un cas), une leucémie aiguë (un cas), et un cas de tumeur germinale non séminomateuse. La décision thérapeutique des carcinomes à petites cellules et non à petites cellules était prise après une concertation pluridisciplinaire, ainsi le traitement était chirurgical dans 11 cas, une chimiothérapie était indiquée dans 23 cas. 25 patients étaient adressés en hématologie pour complément de suivi.



DISCUSSION

Les masses médiastinales antérieures regroupent un ensemble hétérogène de pathologies dont le diagnostic étiologique repose classiquement sur la règle des « 4 T » : thymome, tumeurs germinales, tumeurs thyroïdiennes et lymphomes (1,2). La symptomatologie clinique est souvent peu spécifique et dominée par des signes de compression médiastinale tels que la dyspnée, la douleur thoracique ou le syndrome cave supérieur, rendant le diagnostic parfois tardif (3). L'imagerie thoracique, en particulier la tomodensitométrie, occupe une place centrale dans l'évaluation des masses médiastinales antérieures en permettant de préciser leur localisation, leurs rapports anatomiques et d'orienter l'étiologie (2,4). Toutefois, la confirmation diagnostique repose sur l'examen histologique complété par l'immunohistochimie, indispensable pour différencier les diverses étiologies et guider la prise en charge thérapeutique (1). Celle-ci nécessite une approche multidisciplinaire intégrant pneumologues, radiologues, pathologistes, chirurgiens et oncologues.

CONCLUSION

Nous rappelons à travers cette étude que les masses médiastinales constituent souvent un problème de diagnostic étiologique. Le scanner thoracique est la plaque tournante dans la démarche diagnostique. La preuve histologique est indispensable pour prédire du pronostic et orienter l'attitude thérapeutique ultérieure nécessitant une collaboration étroite entre pneumologue, oncologue, chirurgien, radiologue et pathologue.

BIBLIOGRAPHIE

1. Duwe BV, Sterman DH, Musani AI. Tumors of the mediastinum. *Chest*. 2005.
2. Carter BW, Benveniste MF, Madan R, et al. ITMIG classification of mediastinal compartments and multimodality imaging. *Radiographics*. 2017.
3. Juanpere S, Cañete N, Ortúño P, et al. A diagnostic approach to the mediastinal masses. *Insights Imaging*. 2013.
4. Whitten CR, Khan S, Munneke GJ, et al. A diagnostic approach to mediastinal abnormalities. *Radiographics*. 2007.