

Il a montré un rétrécissement irrégulier, ulcéré et excentrée aux bords spiculés des 2/3 inférieurs de l'œsophage thoracique s'étendant sur 10 cm. Une tomodynamométrie thoraco-abdominale a été réalisée le même jour montrant un épaississement circonférentiel et irrégulier du moyen et du bas œsophage engainant la paroi antérieure de l'aorte sur 180° et arrivant de contact de l'oreillette gauche sans plan de clivage. Nous avons évoqué en premier lieu un cancer de l'œsophage. Afin d'avoir une confirmation histologique, nous avons réalisé une deuxième fibroscopie le 22 décembre 2005. Elle a montré de vastes ulcérations longitudinales très creusantes, confluentes et circonférentielles avec des bords réguliers et bourgeonnants qui s'étendaient entre 24 cm et 37 cm. Les biopsies ont de nouveau conclu à une œsophagite aiguë et ulcérée sans signe de spécificité ni de malignité. Devant cette discordance entre les données clinique, endoscopiques, radiologiques et le résultat des biopsies, nous avons décidé de réaliser une écho-endoscopie. Elle a été faite le 29 décembre 2005. Elle a mis en évidence un épaississement circonférentiel et hypoéchogène de la paroi de l'œsophage thoracique inférieur avec une désorganisation architecturale des couches pariétales. Cet épaississement arrive au contact de l'aorte et de l'oreillette gauche. Il existait des d'adénopathies péri-œsophagiennes bien limitées, hypoéchogènes et de taille > 1 cm. De nouvelles biopsies ont été réalisées dont l'étude anatomopathologique a encore une fois conclu à une œsophagite aiguë et ulcérée sans signe de spécificité. Nous avons retenu le diagnostic d'un cancer de l'œsophage thoracique inférieur. Après correction de l'anémie et de l'hypo albuminémie, nous avons réalisé le 28 février 2006, une intervention d'Akiyama.

L'examen macroscopique de la pièce opératoire a montré une sténose fibreuse étendue sur 2,5 cm, des ulcérations à fond nécrotiques et plusieurs formations polypoïdes. L'étude histologique a mis en évidence des remaniements inflammatoires au niveau du chorion qui s'étendaient jusqu'à la séreuse, associés à un infiltrat lymphoplasmocytaire folliculaire. Il n'y avait ni granulome tuberculoïde, ni dysplasie ni éléments mycéliens ni parasitaires. Cet aspect a permis de retenir le diagnostic d'une maladie de Crohn œsophagienne. Les suites ont été compliquées d'un hydro-pneumothorax droit qui a nécessité un drainage thoracique itératif. La patiente a été mise sortante le 30 mars 2006. Elle a été régulièrement suivie. Elle s'alimentait normalement avec un gain pondéral. Le transit intestinal était normal. Nous avons réalisé une coloscopie qui a été normale et un transit du grêle qui n'a pas montré d'anomalie du grêle. En décembre 2006, soit au 9<sup>ème</sup> mois postopératoire, elle a présenté une sténose anastomotique qui a été dilatée avec succès. Depuis cette date, elle est restée asymptomatique. Elle est décédée en 2009 d'un accident domestique.

### Conclusion

La maladie de Crohn œsophagienne isolée représente un déficit diagnostique : souvent suspectée jamais retenue à cause de la crainte de méconnaître un carcinome. En attendant un ou des marqueur(s) histologique(s) spécifique(s), l'œsophagectomie est la seule option thérapeutique.

### Références

1. Decker GA, Loftus EV Jr, Pasha TM, Tremaine WJ, Sandborn WJ. Crohn's disease of the esophagus: clinical features and outcomes. *Inflamm Bowel Dis.* 2001;7:113-9.

*Riadh Bel Haj Salah, Mounir Ben Moussa, Adeljelil Zaouche.*

*Service de Chirurgie « A ». Hôpital Charles Nicolle. Tunis. Tunisie  
Unité de recherche en chirurgie. Faculté de médecine de Tunis. Tunisie.  
Université Tunis El Manar*

---

## Hémolymphangiome kystique du médiastin

L'hémolymphangiome (HL) kystique est un hamartome vasculaire bénin, considéré comme une malformation vasculaire à flux lent [1]. La localisation purement médiastinale est inhabituelle et ses conséquences sont parfois graves [2]. En effet, cette lésion est découverte le plus souvent de façon fortuite, mais elle peut être révélée par des signes de compression des organes de voisinage. Bien qu'il s'agisse d'une lésion bénigne, l'HL kystique a tendance à infiltrer les structures avoisinantes imposant souvent une résection chirurgicale agressive [3]. Cette lésion survient le plus souvent chez l'enfant et rarement chez l'adulte. Nous en rapportons un cas chez une femme de 67 ans.

### Observation

Il s'agissait d'une femme âgée de 67 ans, diabétique, hypertendue et hypothyroïdienne, qui consultait pour une dyspnée d'effort isolée stade III, évoluant depuis un an. La radiographie du thorax montrait un élargissement du médiastin supérieur et moyen avec un index cardio-thoracique de 0,61. La fibroscopie bronchique ainsi que l'épreuve d'effort étaient normales. A l'échographie cardiaque, il y avait une cardiomégalie de type hypertensive. La conduite à tenir était d'ajuster le traitement antihypertenseur. L'évolution était marquée par une aggravation de la symptomatologie. Une tomodynamométrie thoracique était indiquée. Elle montrait une masse au niveau de la partie moyenne du médiastin antérieur, mesurant 45x25 mm, rétro sternale discrètement latéralisée à gauche, en contact intime avec le cœur, l'aorte ascendante et le tronc de l'artère pulmonaire. Après injection du produit de contraste, il existait une faible opacification partielle et progressive de cette masse [Figure 1]. Ces aspects radiologiques évoquaient un thymome. Une résection chirurgicale par sternotomie médiane était réalisée. L'examen en per-opératoire visualisait une masse tissulaire intra péricardique sessile de 3 cm de diamètre au contact de l'infundibulum pulmonaire. Elle paraissait non invasive et clivable. Le thymus était d'aspect normal. Une tumorectomie avec clivage total étaient réalisés. Macroscopiquement, il s'agissait d'une formation kystique de 3,5cm de grand axe, à contenu hémorragique [Figure 2]. A l'examen histologique, cette formation correspondait à une prolifération vasculaire bénigne, cernée par une fine capsule fibreuse, la délimitant du

tissu musculo-adipeux adjacent. Elle était constituée de cavités kystiques de taille variable, tapissées par un épithélium aplati endothéliiforme et renfermant dans leurs lumières des sérosités ponctués de lymphocytes. Plus rarement, les lumières vasculaires étaient gorgées d'hématies [Figure 3]. Les cloisons fibreuses étaient parcourues par un infiltrat inflammatoire mononucléé, de densité modérée et renfermaient quelques fibres musculaires lisses. Des amas lymphoïdes étaient observés. Le diagnostic retenu était celui d'un HL kystique du médiastin. L'évolution était favorable après un recul de 6 mois.

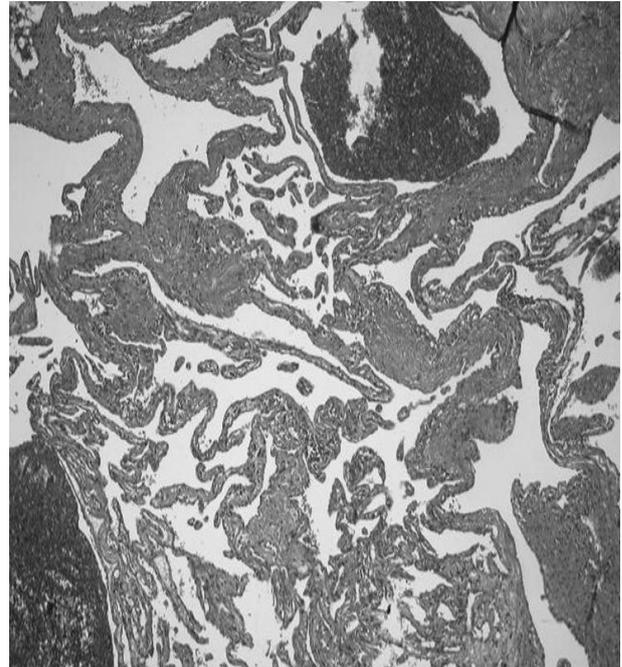
**Figure 1 :** Tomodensitométrie thoracique : Masse médiastinale en contact intime avec le cœur et les gros vaisseaux.



**Figure 2 :** Macroscopie : Formation kystique à contenu hémorragique



**Figure 3 :** Histologie : Prolifération vasculaire associant des vaisseaux sanguins et lymphatiques.



### Conclusion

L'HL kystique du médiastin est une malformation vasculaire rare associant à la fois des vaisseaux lymphatiques et vasculaires. La découverte est le plus souvent fortuite mais peut être faite lors d'une complication de compression. La résection chirurgicale complète est le traitement de choix diminuant les risques de récurrence.

### Références

- 1- Tang SJ, Sreenarasimhaiah J, Tang L, Rollins N, Purdy PD. Endoscopic injection sclerotherapy with doxycycline for mediastinal and esophageal lymphangiohemangioma. *Gastrointest Endosc.* 2007; 66: 1196-200.
- 2- Xu M, Luo D, Lei W, Zhang H, Wu N, Zhou C. Mediastinal Lymphangiohemangioma Communicating With the Left Innominate Vein. *J Comput Assist Tomogr* 2005; 29: 650-2.
- 3- Bosdure E, Mates M, Mely L, Guys JM, Devred P, Dubus JC. Hémolympangiome kystique intra thoracique : un diagnostic différentiel rare de bronchiolite aiguë chez un nourrisson. *Arch Pédiatr* 2005; 12 : 168-72.

*Alia Zehani\**, *Aida Ayadi-Kaddour\**, *Jouda Cherif\*\**, *Adel Marghli\*\*\**, *Majed Béji\*\**, *Tarek Kilani\*\*\**, *Faouzi El Mezni\**

*Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques- Hôpital Abderrahman Mami-Ariana-Tunisie.*

*Service de Pneumologie- Hôpital La Rabta- Tunis-Tunisie.*

*Service de Chirurgie Thoracique- Hôpital Abderrahman Mami- Ariana-Tunisie.*

*Faculté de Médecine de Tunis*

*Université Tunis El Manar*