

- 2-Chronic midgut volvulus with mesenteric lymphangioma A case report and review of literature: Kandpala H, Sharma R, Madhusudhana KS et al. European Journal of Radiology Extra 2004;52:115-117
- 3-Mesenteric Cystic Lymphangioma. Losanoff JE, Richman BW, El-Sherif A et al. The American college of surgeons 2003;196:598-603
- 4-Les lymphangiomes kystiques du mésentère et du méso-côlon. Prise en charge diagnostique et thérapeutique. Mabrut JY, Grandjean JP, Henry L. Ann Chir 2002; 127:343-9
- 5-Case report: volvulus of a mesenteric cyst, an unusual complication diagnosed by CT. Namasivayam J, Ziervogel MA, Hollman AS. Clinical radiology 1992;46:211-12

Lilia Ben Hassine(1), Rym Kharrat(1), Ali Ghribi(2), Fatma Fitouri(2), Hélé Louati(1), Wiem Douira(1), Lilia Lahmar(1), Ibtissem Bellagha(1) Mourad Hamzaoui(2)

(1) Department of Paediatric Radiology, Bechir Hamza Infants Hospital, Tunis, Tunisia

(2) Department of Paediatric Surgery, Bechir Hamza Infants Hospital, Tunis, Tunisia

Thymome de l'enfant : tumeur rare parfois de diagnostic difficile

Le thymome représente environ 20 % des tumeurs médiastinales et environ 50 % des tumeurs du médiastin antérieur. C'est l'apanage du sujet adulte de la 4ème à la 5ème décennie, il est rarement décrit chez l'enfant (1, 2). De par sa situation anatomique et sa fréquence, cette tumeur pose souvent des problèmes de diagnostic. Nous rapportons l'observation d'un enfant de 11 ans. Le diagnostic de thymome était difficile à établir. Une myasthénie est apparue 3 mois après la thymomectomie, sans récurrence locale à l'imagerie. Nous illustrons à travers cette observation les difficultés de diagnostic de thymome chez l'enfant vue sa rareté ; en effet dans cette tranche d'âge le tératome est la première étiologie des tumeurs médiastinales.

Observation

Il s'agit d'un enfant âgé de 11 ans, issu d'un mariage non consanguin, exposé au tabagisme passif, sans antécédents pathologiques particuliers.

La symptomatologie, remontant à quelques jours avant son admission, était marquée par l'apparition de douleurs thoraciques gauches irradiant vers l'épaule homolatérale sans autres signes d'accompagnement, en particuliers pas de toux ni hémoptysie ni altération de l'état général.

L'examen avait noté une fièvre à 38.5°C, une déformation thoracique avec protrusion de l'hémi-thoracique gauche, une adénopathie cervicale gauche centimétrique et une auscultation pulmonaire normale.

La radiographie de thorax (Fig1) avait montré une opacité homogène latéro-cardiaque gauche à limite externe nette et limite interne confondue avec le médiastin, se raccordant en pente douce avec le médiastin, le refoulant vers la droite.

Figure 1 : Radiographie thoracique de face : opacité dense paracardiacque gauche refoulant le médiastin à droite



L'échographie thoracique avait confirmé la nature tissulaire de la lésion et son siège médiastinal antérieur gauche et la présence d'un épanchement pleural homolatéral de faible abondance.

Le scanner thoraco-abdominal (Fig2) avait conclu à une masse médiastinale antérieure latéralisée à gauche, largement nécrosée, mesurant 13 x 11 x 8 cm, occupant les trois étages du médiastin, d'allure agressive, avec envahissement du thymus avec un épanchement pleural gauche et péricardique, associé à des adénomégalies de la chaîne médiastinale antérieure transverse. Sur le plan biologique, on avait noté les globules blancs à 11000, la CRP à 50 mg/l et la VS à 80. Puis une ponction pleurale n'avait pas ramené de liquide. Le dosage des marqueurs tumoraux révélait un taux de β HCG élevé à 0.8, de α FP normal et de LDH à 1305. Une tumeur germinale a été alors évoquée. On a complété par une biopsie de l'adénopathie cervicale qui était réactionnelle, et une biopsie percutanée sous contrôle tomodynamométrique de la masse qui n'était pas contributive. On a alors eu recours à une biopsie chirurgicale du processus tumoral par médiastinotomie antérieure gauche; l'examen anatomopathologique extemporané trouvait un aspect cadrant avec un seminome avec des cellules rondes, à cytoplasme clair et noyaux ronds centraux et nucléolés. L'examen anatomopathologique définitif avait trouvé un aspect de tumeur très largement nécrosée difficile à étiqueter avec précision, pouvant cadrer plutôt avec un thymome.

Une chimiothérapie néo-adjuvante à base de cisplatine et etoposide a été indiquée, il a eu 5 cures rythmées d'une cure tous les 21 jours, suivies d'une régression partielle de la masse tumorale et des adénomégalies médiastinales, estimée à 53% selon les critères RECIST.

Une résection chirurgicale est alors indiquée, on a ainsi réalisé une thymectomie totale avec curage ganglionnaire.

Figure 2 : TDM thoracique initiale : fenêtre médiastinale : volumineuse masse médiastinale antérieure gauche, refoulant les gros vaisseaux, épanchement pleural gauche



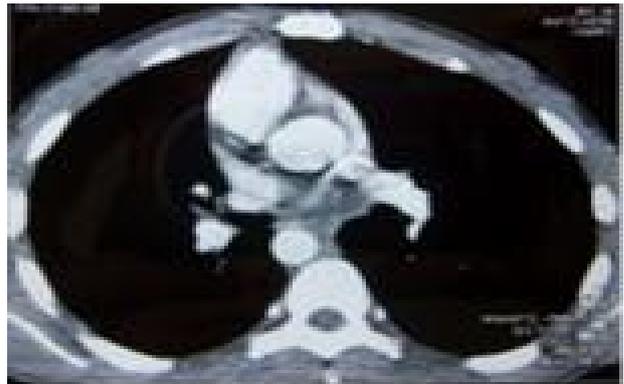
L'examen anatomopathologique a confirmé la nature thymique de la tumeur ; il s'agissait d'un thymome de type B1 selon la classification de l'OMS avec invasion minimale de la capsule ; il serait donc classé stade IIA.

A 3 mois postopératoire, l'enfant développait une faiblesse musculaire touchant essentiellement les muscles proximaux des membres, augmentant durant l'activité et s'atténuant au repos et au sommeil. Le diagnostic de myasthénie est alors évoqué. Les anticorps anti-muscles striés étaient positifs. Une récurrence tumorale a été suspectée, mais éliminée par l'imagerie (fig3, 4). L'évolution sous prostigmine, corticoïdes et imurel était favorable avec un recul de plus d'une année.

Figure 3 : Radiographie thoracique de face concomitante à la myasthénie : normale



Figure 4 : TDM thoracique concomitante à la myasthénie : pas de récurrence locale



Conclusion

Le thymome est une tumeur exceptionnelle chez l'enfant, de découverte souvent fortuite et d'évolution habituellement lente. Les maladies dys-immunitaires associées doivent être recherchées systématiquement, en particulier la myasthénie qui est la plus fréquente. Quoique rarement décrite chez l'enfant, elle est rencontrée dans 30 à 60 % des cas de thymomes selon les séries et touche plus souvent des patients jeunes (< 40 ans) et de sexe féminin (60 à 70 % des cas). La myasthénie peut être concomitante au thymome, comme elle peut survenir en postopératoire, dans 1 à 3% des cas, au quel cas une récurrence locale ou une métastase à distance doivent être éliminées de principe.

Références

1. Ben Abdallah C, Maaleg B, Abdelmoulla S et al. Le thymome de l'enfant : à propos d'un cas. *Archive de pédiatrie* 2011 ; 18 : 745-749.
2. Perrotin C, Regnard J-F. Tumeurs du thymus. *EMC-Pneumologie* 2005 ; 2 :33-48.

H. Zaïbi(1), J. Ammar(1), H. Boussen(2), A. Berraies(1), A. Hamzaoui(1)

1 Service de Pneumologie pavillon B, Hôpital Abderrahmen Mami, Ariana

2 Service d'Oncologie thoracique, Hôpital Abderrahmen Mami, Ariana

Faculté de médecine de Tunis