

PNEUMOMEDIASTIN AU COURS D'UNE CRISE D'ASTHME

Observation

- ❑ Melle J.S
- ❑ 19 ans
- ❑ ATCDS: Toux sèche paroxystique nocturne non explorée
- ❑ HDM: J-3, toux quinteuse , fièvre et dyspnée sifflante
- ❑ J0: douleur retro sternale, à irradiation cervicale et dyspnée

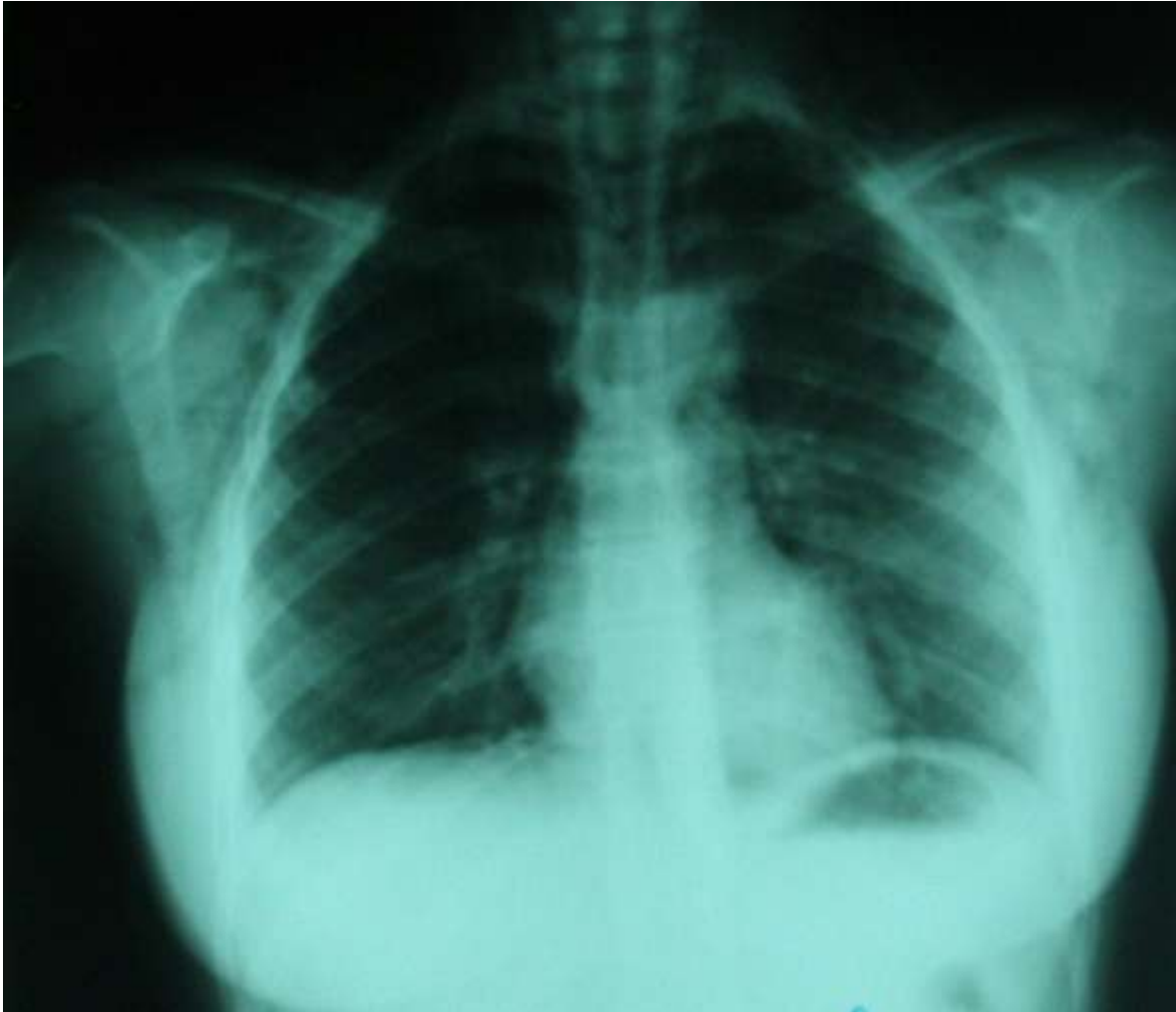
Observation

❑ Examen :

- ❖ Polypnée à 26/mn
- ❖ TC : 110/ mn
- ❖ SAT : 99% en AA
- ❖ Apyrétique
- ❖ Emphysème sous-cutané (crépitations)
- ❖ Sibilants

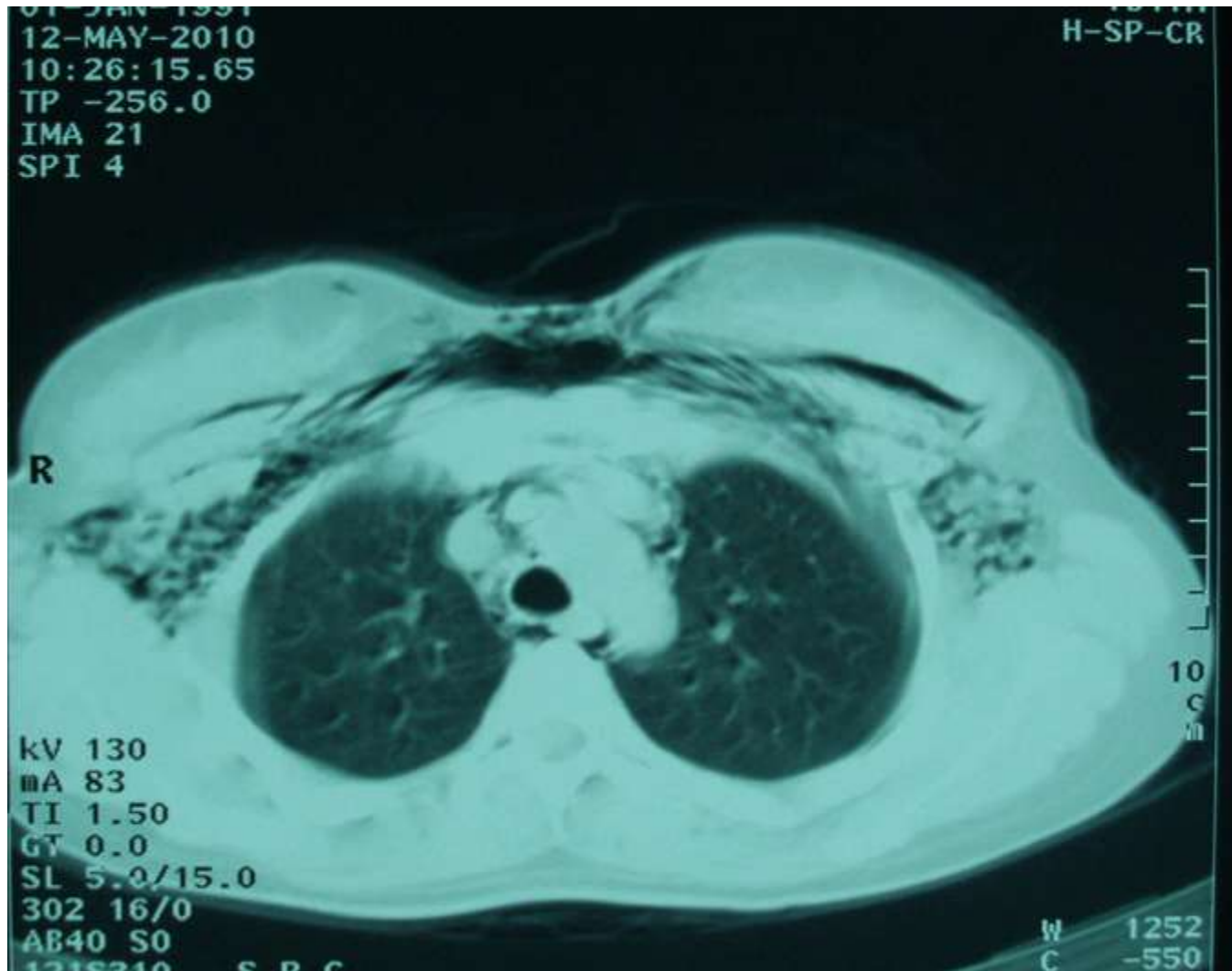
❑ **Biologie:** GB: 13200, VS: 50

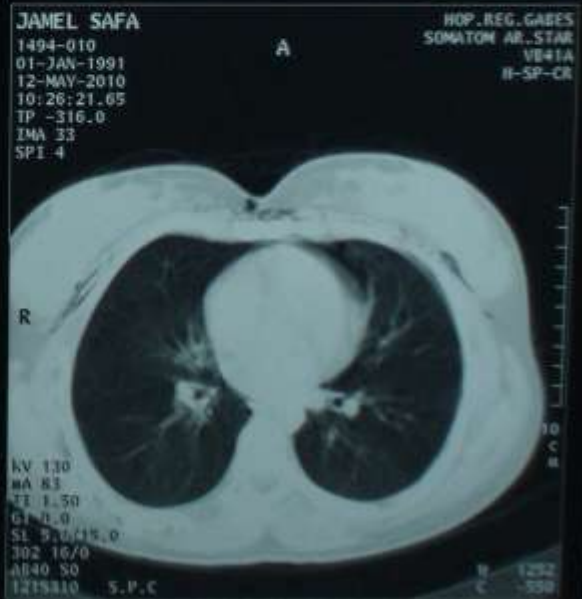
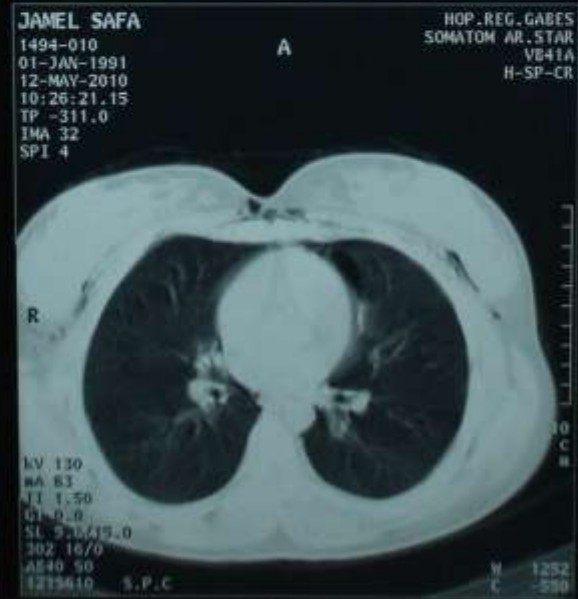
Radio Thorax





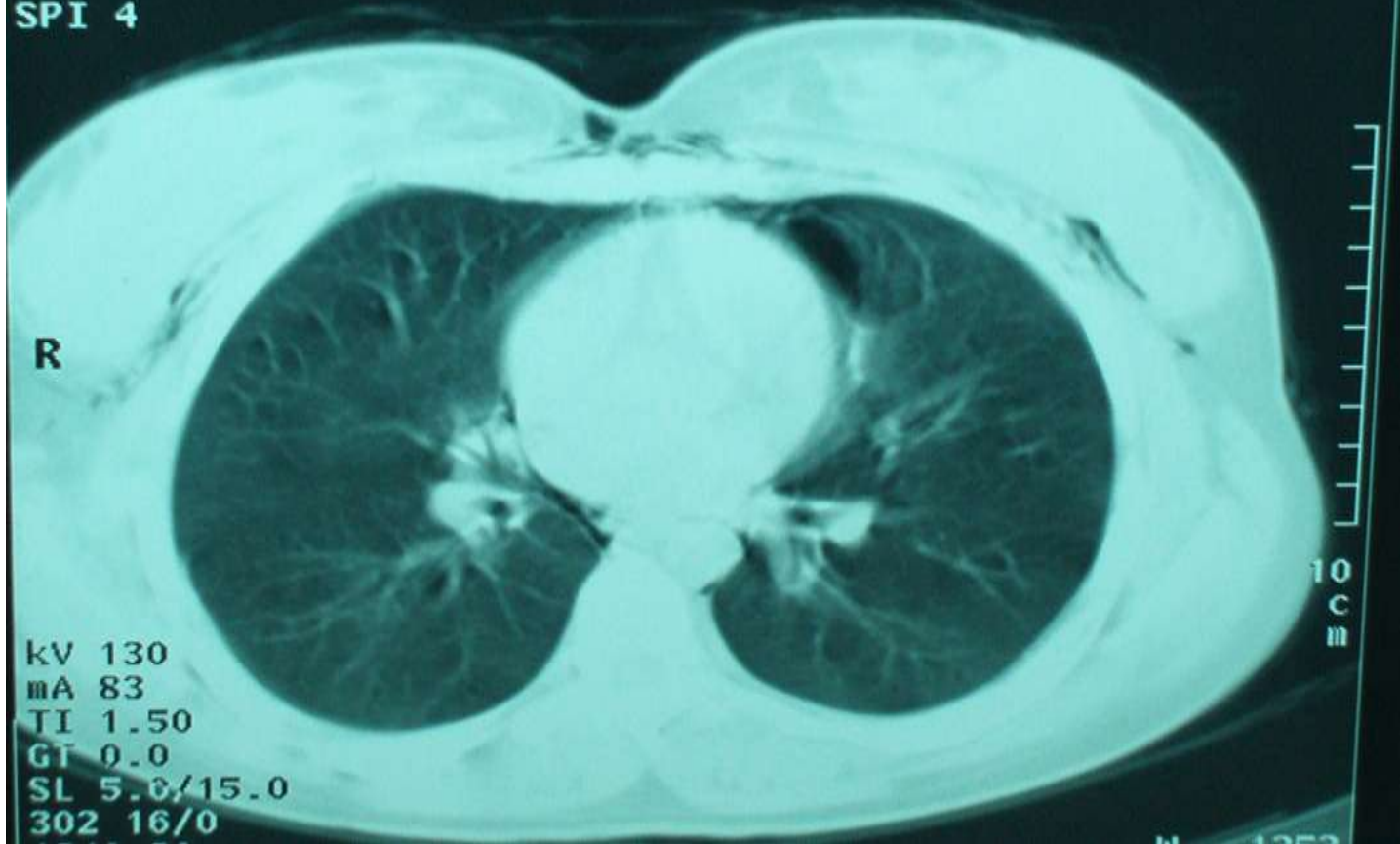
TDM Thoracique





01-JAN-1991
12-MAY-2010
10:26:21.15
TP -311.0
IMA 32
SPI 4

VB41A
H-SP-CR



kV 130
mA 83
TI 1.50
GT 0.0
SL 5.0/15.0
302 16/0

10
cm

M 1253

Traitement

- Repos
- Corticoïdes
- Nébulation de bronchodilatateurs
- Antibiotiques
- Surveillance

Evolution

Favorable:

❑ Clinique:

- ❖ disparition de la douleur, diminution de la toux, et de la dyspnée
- ❖ régression de l'emphysème

❑ Biologique et radiologique

- ❑ Instauration d'un traitement de fond et suivi régulier à la consultation externe
- ❑ Bien contrôlée sous traitement

Rappel Théorique

Introduction

- ❑ Présence anormale d'air au niveau du médiastin
- ❑ Affection rare, Incidence difficile à établir car symptomatologie discrète et diagnostic souvent non fait.
- ❑ Sujet jeune, de sexe masculin
- ❑ Complique 0,3-5 % des asthmes de l'enfant

- ❑ Présence anormale d'air au niveau du médiastin
- ❑ Affection rare, Incidence difficile à établir car symptomatologie discrète et diagnostic souvent non fait.
- ❑ Sujet jeune, de sexe masculin
- ❑ Complique 0,3-5 % des asthmes de l'enfant

Physiopathologie

- ❑ Ruptures alvéolaires secondaires à une hyperpression intra-bronchique brutale .
- ❑ l'air passe dans les espaces interstitiels et, par voie centripète, gagne le médiastin en progressant le long des axes broncho-vasculaires jusqu'au hile, décompression dans les tissus sous cutanés et les espaces cervicaux profonds et, éventuellement, vers le péricarde .
- ❑ La brèche alvéolaire peut également siéger en périphérie, à travers la plèvre viscérale, créant un pneumothorax associé.

Etiologies

Tableau I
Causes des pneumomédiastins.

Rupture trachéo-bronchique	Traumatisme Accident chirurgical ou endoscopique Néoplasie
Perforation digestive	Oesophagienne : – iatrogène ou traumatique – vomissement (syndrome de Boerhaave) – néoplasie Duodénale ou colique : – perforation – diverticulite – ulcère – chirurgie
Lésion du massif facial ou du cou	Fracture ou chirurgie Chirurgie dentaire
Rupture alvéolaire par hyperpression	Traumatisme fermé Asthme – corps étrangers Toux intenses Hyperventilation mécanique Vomissements – cétoacidose diabétique Manœuvre de Valsalva Efforts sportifs – accouchement Utilisation de cannabis ou de crack
Rupture alvéolaire par fragilité	Infections bactériennes ou virales Emphysème Sarcoïdose – Silicose Fibrose Atteinte médicamenteuse (bléomycine)

Diagnostic positif

❑ Radiographie pulmonaire

- ❖ Présence d'air anormal au sein du médiastin.
- ❖ Clartés fines linéaires intra médiastinales limitées en dehors par la plèvre qui apparaît alors comme une fine ligne opaque. L'air médiastinal délimite fréquemment le bouton aortique, les reliquats thymiques et l'aorte descendante.
- ❖ Un emphysème pariétal cervico-thoracique ou un pneumothorax sont souvent associés.
- ❖ Parfois, le pneumomédiastin n'est visible que sur le cliché de profil : il se traduit par une clarté rétrosternale ou des lignes claires bordant la crosse de l'aorte ou délimitant la paroi antérieure de la trachée.

Diagnostic positif

- ❑ **La TDM thoracique**: plus sensible que la radiographie thoracique
 - Montre la dissection par de l'air de l'ensemble des structures anatomiques du médiastin et du cou.
 - Indiqué devant le doute diagnostique et devant la suspicion de lésion organique associée bronchique ou œsophagienne.
- ❑ **Le transit œsophagien** est indiqué en cas de suspicion de rupture œsophagienne.
- ❑ **Les examens endoscopiques** sont à éviter. Ils peuvent aggraver les lésions existantes et donc le pronostic.

Evolution

- ❑ Guérison en 48 à 96 heures avec disparition complète des signes cliniques et radiologiques.
- ❑ Aucune thérapeutique spécifique notamment antibiothérapie et oxygénothérapie ne semble avoir fait preuve de son efficacité.
- ❑ Les récurrences paraissent rares.
- ❑ Les complications sont exceptionnelles, cependant des cas de pneumomédiastins compressifs avec tableau de tamponade nécessitant un drainage chirurgical ont été décrits.

CONCLUSION

- ❑ Le pneumomédiastin spontané est une entité très rare et bénigne.
- ❑ L'imagerie médicale :
 - ❖ Le diagnostic positif
 - ❖ Le diagnostic étiologique
 - ❖ Apprécie le pronostic et le suivi des patients.
 - ❖ Permet d'éliminer les autres causes de douleurs thoraciques ou de détresse respiratoire comme la tamponade cardiaque, l'angine de poitrine, la dissection aortique, l'anévrisme rompu, la médiastinite et l'embolie pulmonaire.