

Chylothorax Secondaire A Une Thrombose Veine Cave Supérieure Associé A Un Goitre Plongeant

S.Diani, H. Boujamai, S.El Morabit, J.E. Bourkadi

Service De Pneumophysiologie, Hôpital Universitaire Moulay Youssef, Chu Ibn Sina, Rabat

Date of Submission: 09-03-2024

Date of Acceptance: 19-03-2024

I. Introduction

Le chylothorax est un épanchement pleural lactescent, secondaire à une lésion du canal thoracique, provoquant une fuite de chyle dans l'espace pleural. Son diagnostic repose principalement sur le dosage des triglycérides et / ou la mise en évidence de chylomicrons dans le liquide pleural. Les causes les plus fréquentes de chylothorax sont traumatiques, principalement chirurgicales. Parmi les causes non traumatiques, on retrouve principalement les causes tumorales et notamment les lymphomes. La thrombose de la veine cave supérieure est une cause rare du chylothorax. Le traitement conservateur repose sur le drainage pleural avec une alimentation pauvre en graisse et une prise en charge étiologique adaptée. En cas d'échec, l'occlusion du conduit lymphatique thoracique par une intervention chirurgicale ou radiologique peut être envisagée.

Nous rapportons l'observation médicale d'un cas de chylothorax révélant une thrombose de la veine cave supérieure secondaire à un goitre plongeant endothoracique.

II. Observation

Il s'agit d'une femme de 65 ans, suivie pour un goitre géant et nodulaire sous carbimazole, et programmée pour une thyroïdectomie. La patiente a présenté une dyspnée de stade II selon la classification mMRC, des douleurs thoraciques de types pleurales et des épigastralgies dans un contexte d'asthénie et d'un amaigrissement non chiffré. L'examen clinique révèle la présence d'un syndrome d'épanchement liquidien à droite, une circulation veineuse collatérale (CVC) thoraco-abdominale, et un goitre géant et nodulaire plongeant (**Figure 1**). Le chylothorax est suspecté devant l'aspect lactescent du liquide pleural, et le diagnostic est confirmé par le taux élevé de triglycérides pleurales. Une TDM thoraco-abdomino-pelvienne a montré une thrombose de la veine cave supérieure avec dilatation du système azygos et une circulation veineuse collatérale, ainsi qu'un goitre hétérogène plongeant compressif avec un contact vasculaire étroit, des ganglions lymphatiques médiastinaux et un épanchement pleural droit de moyenne abondance (**Figure 2**).

Nous avons retenu le diagnostic de chylothorax secondaire à une thrombose cave supérieure dans le contexte d'un goitre plongeant. La prise en charge thérapeutique consiste en une évacuation de l'épanchement pleural et une anticoagulation, associés à un régime pauvre en graisse. L'évolution a été marquée par une amélioration clinique et radiologique.

III. Discussion

Les symptômes d'un goitre vont d'une masse cervicale asymptomatique à une compression locale provoquant une dyspnée, une dysphagie et une dysphonie [1]. Rarement, un goitre peut provoquer une compression veineuse des structures médiastinales, y compris une thrombose de la veine cave supérieure [2]. Néanmoins, le chylothorax provoqué par un goitre est très rare [3].

Un chylothorax causé par un goitre a été décrit pour la première fois en 1964 [4].

Il s'agit le plus souvent de femmes et le goitre se situe de 85 à 90 % dans le médiastin antérieur. La compression des gros vaisseaux thoraciques peut mener au syndrome cave supérieur. Le chylothorax fait partie des très rares complications du goitre.

Nous rapportons un cas rare de chylothorax secondaire à une thrombose de la veine cave supérieure associé à un goitre chez une femme.

Le chylothorax est défini comme l'accumulation de chyle contenant des taux élevés de TG dans l'espace pleural. Elle résulte généralement d'une obstruction ou d'une perturbation du drainage lymphatique par une tumeur maligne, une intervention chirurgicale ou un traumatisme.

Le diagnostic est confirmé par l'étude chimique du liquide pleural. Des triglycérides supérieurs à 110 mg/dL (1,24 mmol / l) et un taux de cholestérol inférieur à 5,18 mmol / l (2g/l) permettent de retenir le diagnostic de chylothorax.

Deux études rétrospectives ont examiné les causes du chylothorax [5,6]. Les causes les plus fréquentes de chylothorax sont traumatiques et en particulier chirurgicales. Les procédures à proximité du canal thoracique sont à risque de le léser tout au long de son trajet ou de toucher un vaisseau lymphatique tributaire.

Le lymphome est la cause la plus fréquente de chylothorax non traumatique. Cependant, un grand nombre d'autres pathologies favorise également les chylothorax par compression ou invasion du conduit thoracique. L'étiologie du chylothorax reste inconnue dans 6 % des cas.

En association avec une maladie thyroïdienne, un chylothorax traumatique a parfois été rapporté après une dissection cervicale lors d'une chirurgie du cancer de la thyroïde [7,8]. Cependant, un chylothorax non traumatique associé à un goitre a été rarement rapporté [4,9,10] et aucun cas de chylothorax secondaire à une thrombose de la veine cave supérieure associé à un goitre bénin n'a été déjà reporté.

La thrombose cave supérieure provoque l'obstruction de l'orifice du canal thoracique, ce qui conduit à une augmentation de la pression intraluminaire, une pression en retour dans les vaisseaux communicants et à la fuite du chyle depuis les canaux lymphatiques dans la cavité pleurale.

Le traitement du chylothorax peut impliquer le traitement de la maladie sous-jacente, une prise en charge conservatrice et une intervention chirurgicale [11]. Le traitement conservateur consiste à remplacer les nutriments perdus dans le chyle et à drainer le chylothorax à l'aide d'un drain thoracique [5]. La pleurodèse chimique est une alternative si le chylothorax ne répond pas à la thoracentèse et au contrôle alimentaire [12]. Un traitement chirurgical est recommandé lorsque le drain thoracique draine plus de 1,5 L/jour ou en cas d'écoulement de chyle persistant pendant plus de 2 semaines, car le drainage continu du drain thoracique est associé à un risque accru d'infection, ainsi qu'à des pertes électrolytiques et nutritionnelles. [13,14]. Chez notre patiente, un geste chirurgical était prévu, l'épanchement pleural est de moyenne abondance, la prise en charge thérapeutique a consisté en une évacuation de l'épanchement pleural et une anticoagulation pour la thrombose cave supérieure, associés à un régime pauvre en graisse. L'évolution a été marquée par une amélioration clinique et radiologique.



Figure 1 : image de la patiente montrant un goitre géant nodulaire, une circulation veineuse collatérale abdominopelvienne.



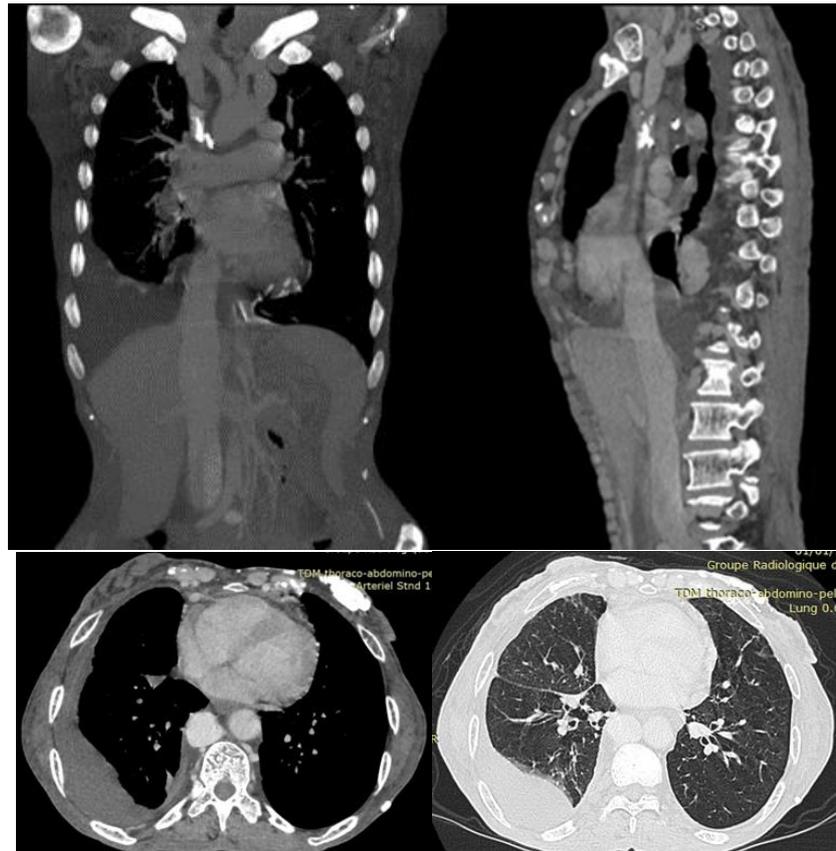


Figure 2 : TDM thoracique en coupe axiale, frontale et sagittale montrant une thrombose de la veine cave supérieure avec dilatation du système azygos et CVC, un goitre hétérogène plongeant compressif avec contact vasculaire étroit, des ganglions lymphatiques médiastinaux, ainsi qu'un épanchement pleural droit de moyenne abondance

Bibliographies

- [1]. Tunbridge WM, Evered DC, Hall R, Appleton D, Brewis M, Clark F Et Al. Le Spectre Des Maladies Thyroïdiennes Dans Une Communauté : L'enquête Whickham. Clin Endocrinol (Oxf). 1977 ; 7 (6) : 481-93.
- [2]. Verlooy H, Monteyne R, Noyen J, Coolen J. Syndrome De La Veine Cave Supérieure Dû A Un Goitre Substernal Non Toxique. Clin Nucl Med. 1994 ; 19 (4) : 353-5.
- [3]. Hunt JP, Wilson M, Buchmann LO. Chylothorax Associé A Un Goitre Sous-Sternal Traité Par Thyroïdectomie Transcervicale. Thyroïde. 2011 ; 21 (5) : 551-3.
- [4]. Bower GC. Chylothorax: Observations In 20 Cases. Dis Chest 1964;46:464—8.
- [5]. Valentine VG, Raffin TA. La Prise En Charge Du Chylothorax. Poitrine. 1992 ; 102 (2) : 586-91.
- [6]. Doerr CH, Allen MS, Nichols F3, Ryu JH. Étiologie Du Chylothorax Chez 203 Patients. Mayo Clin Proc. 2005 ; 80 (7) : 867-70.
- [7]. Khurana H, Mishra S, Jain R, Goyal GN, Bhatnagar S. Gestion Du Chylothorax Postopératoire Chez Un Patient Atteint D'un Carcinome De La Thyroïde Et D'une Lymphadénopathie - Un Rapport De Cas. Moyen-Orient J Anesthésiol. 2009 ; 20 (1) : 121-3.
- [8]. Han C, Guo L, Wang KJ, Zhao JQ. Chylothorax Bilatéral Après Dissection Du Cou Pour Cancer De La Thyroïde. Int J Oral Maxillofac Surg. 2009 ; 38 (10) : 1119-22.
- [9]. Hiroi N, Sakamoto Y, Urita Y, Higa M, Kuboki K, Yoshino G. Maladie De Graves Avec Diarrhée Intraitable, Ascite Chyleuse Et Chylothorax : A Propos D'un Cas. Thyroïde. 2007 ; 17 (12) : 1299-303.
- [10]. Simmgem M, Newlands ES, Southcott BM, Vigushin DM. Chylothorax Bilatéral Dû A Un Goitre Rétrosternal Chez Un Patient Atteint D'un Lymphome Non Hodgkinien. Med Oncol. 2001 ; 18 (2) : 153-7.
- [11]. Nair SK, Petko M, Hayward Député. Étiologie Et Prise En Charge Du Chylothorax Chez L'adulte. Eur J Cardiothorac Surg. 2007 ; 32 (2) : 362-9.
- [12]. Vargas FS, Milanez JR, Filomeno LT, Fernandez A, Jatene A, Light RW. Talc Intrapleural Pour La Prévention Des Récidives Des Épanchements Pleuraux Bénins Ou Non Diagnostiqués. Poitrine. 1994 ; 106 (6) : 1771-5.
- [13]. Marts BC, Naunheim KS, Fiore AC, Pennington DG. Prise En Charge Conservatrice Versus Chirurgicale Du Chylothorax. Suis J Surg. 1992 ; 164 (5) : 532-4.
- [14]. Selle JG, Snyder W3, Schreiber JT. Chylothorax : Indications Chirurgicales. Ann Surg. 1973 ; 177 (2) : 245-9.