



M EL HAJJAM
P LACOMBE

□ Patiente de 40 ans

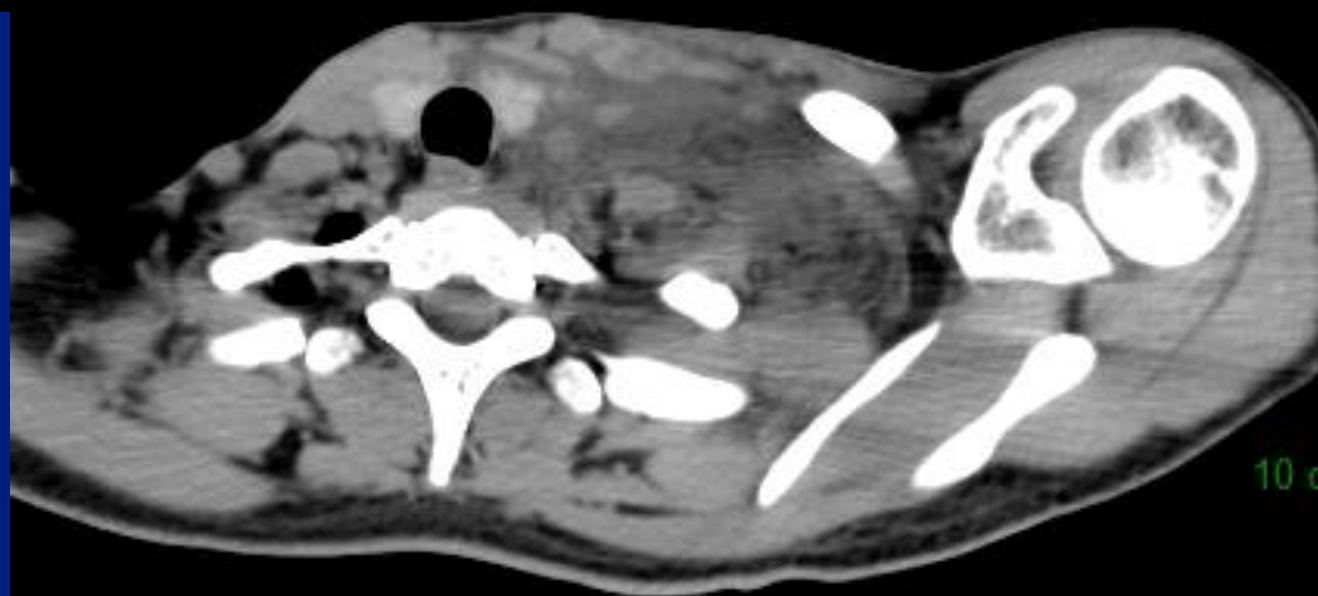
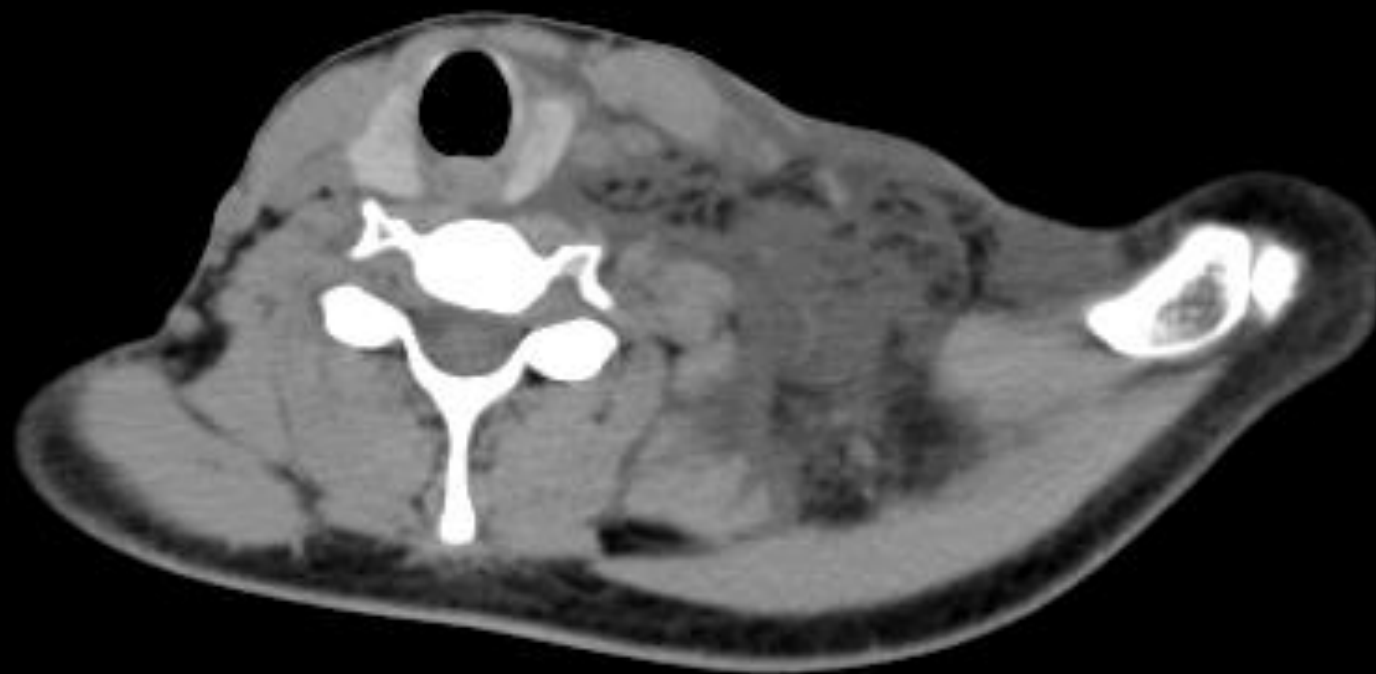


Diagnostic ?

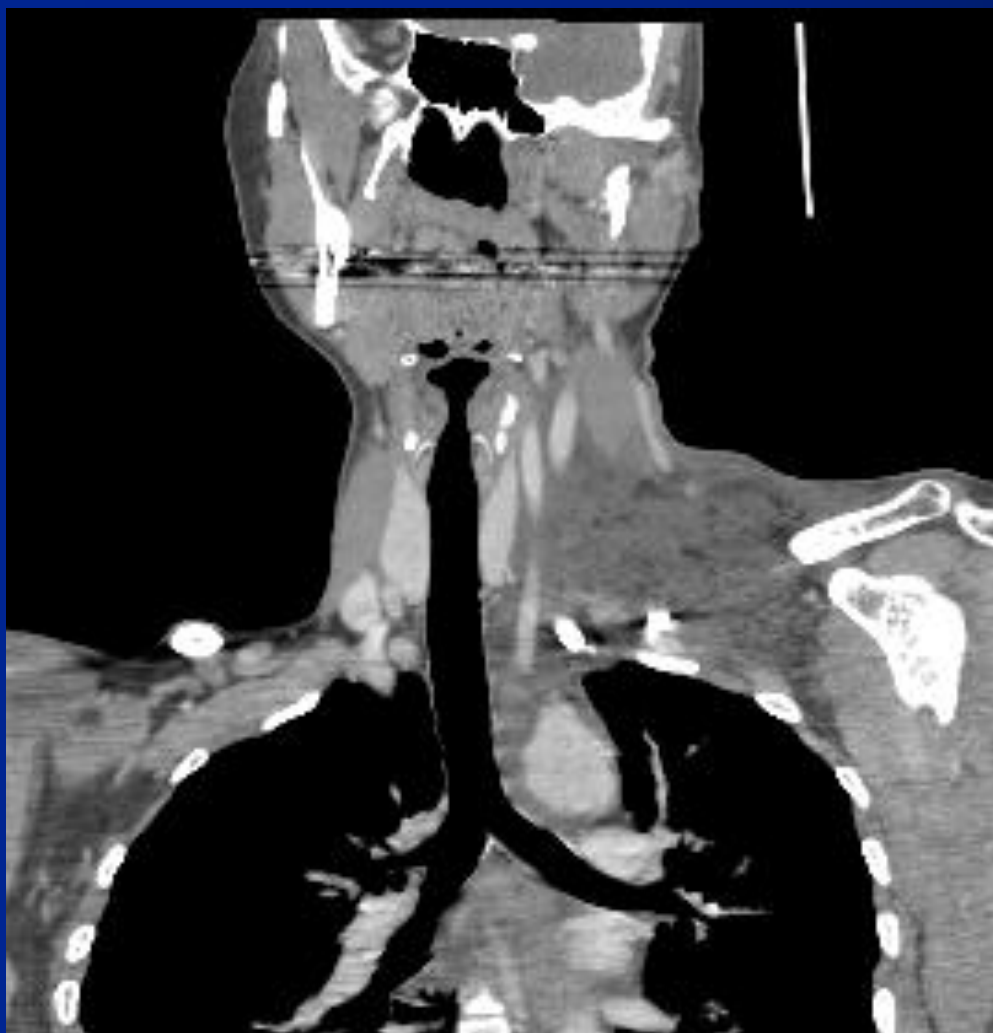


M EL HAJJAM
P LACOMBE

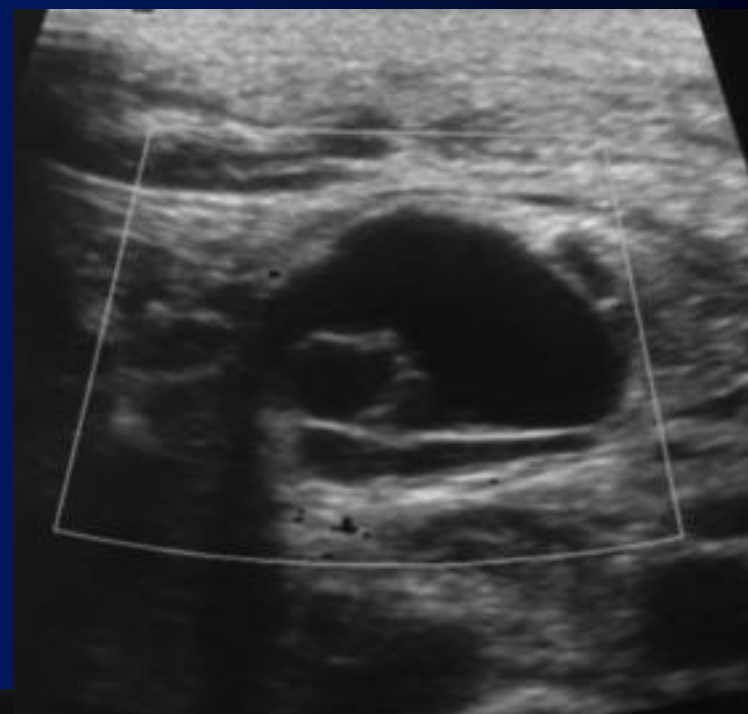
- Patiente de 40 ans
- Gonflement cervical gauche brutal

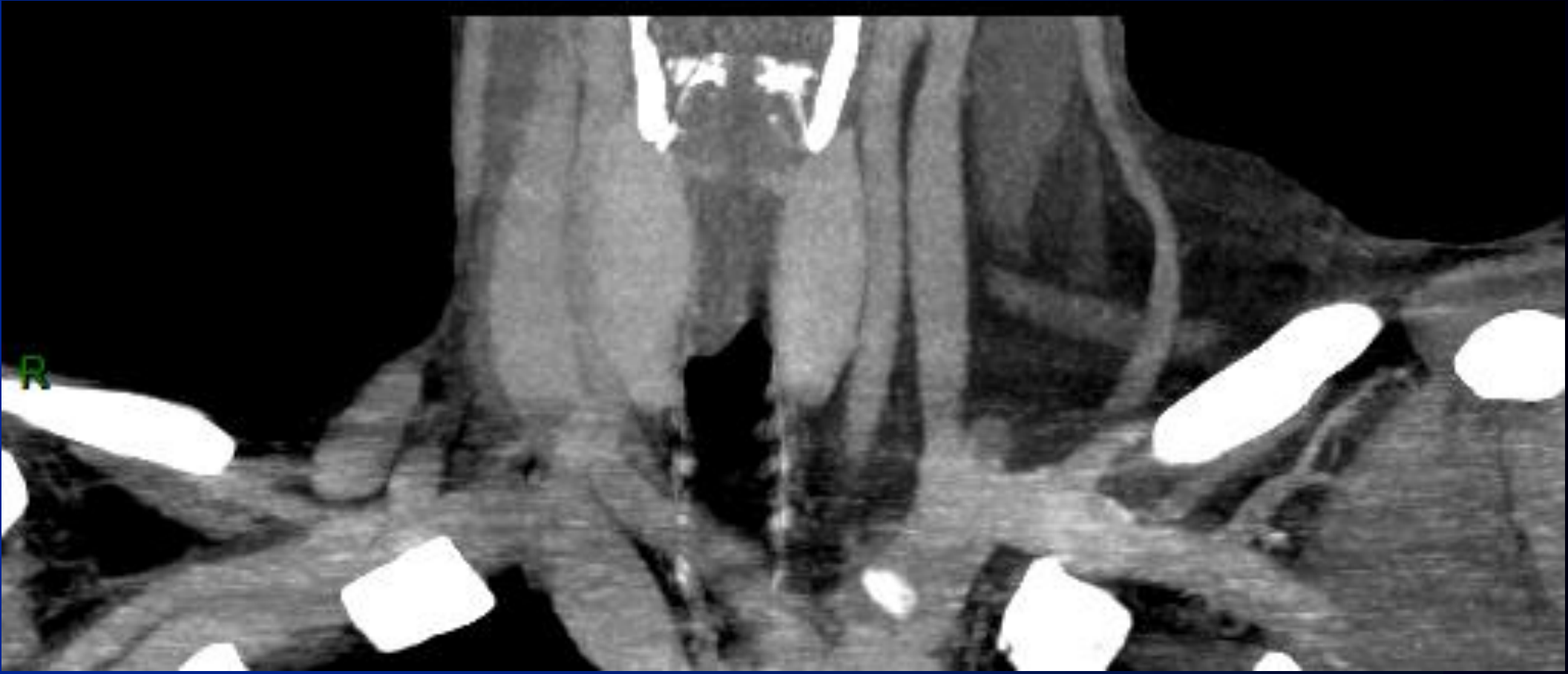






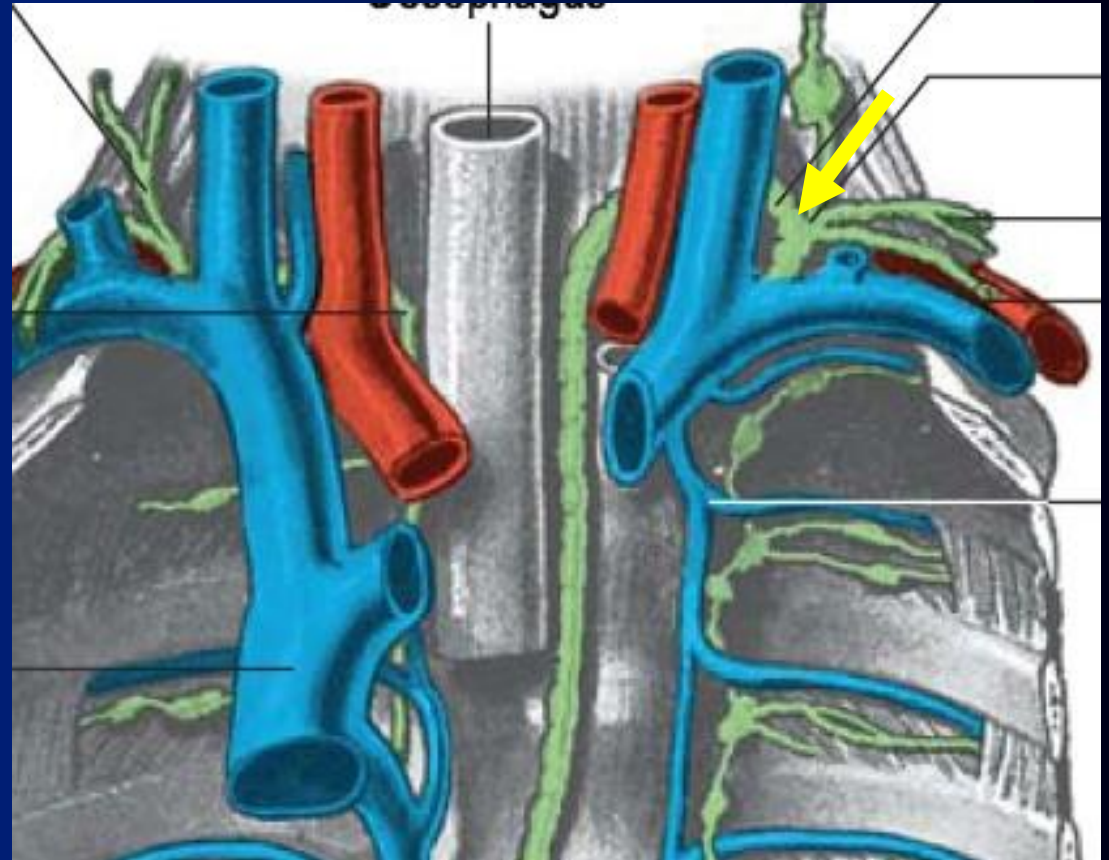
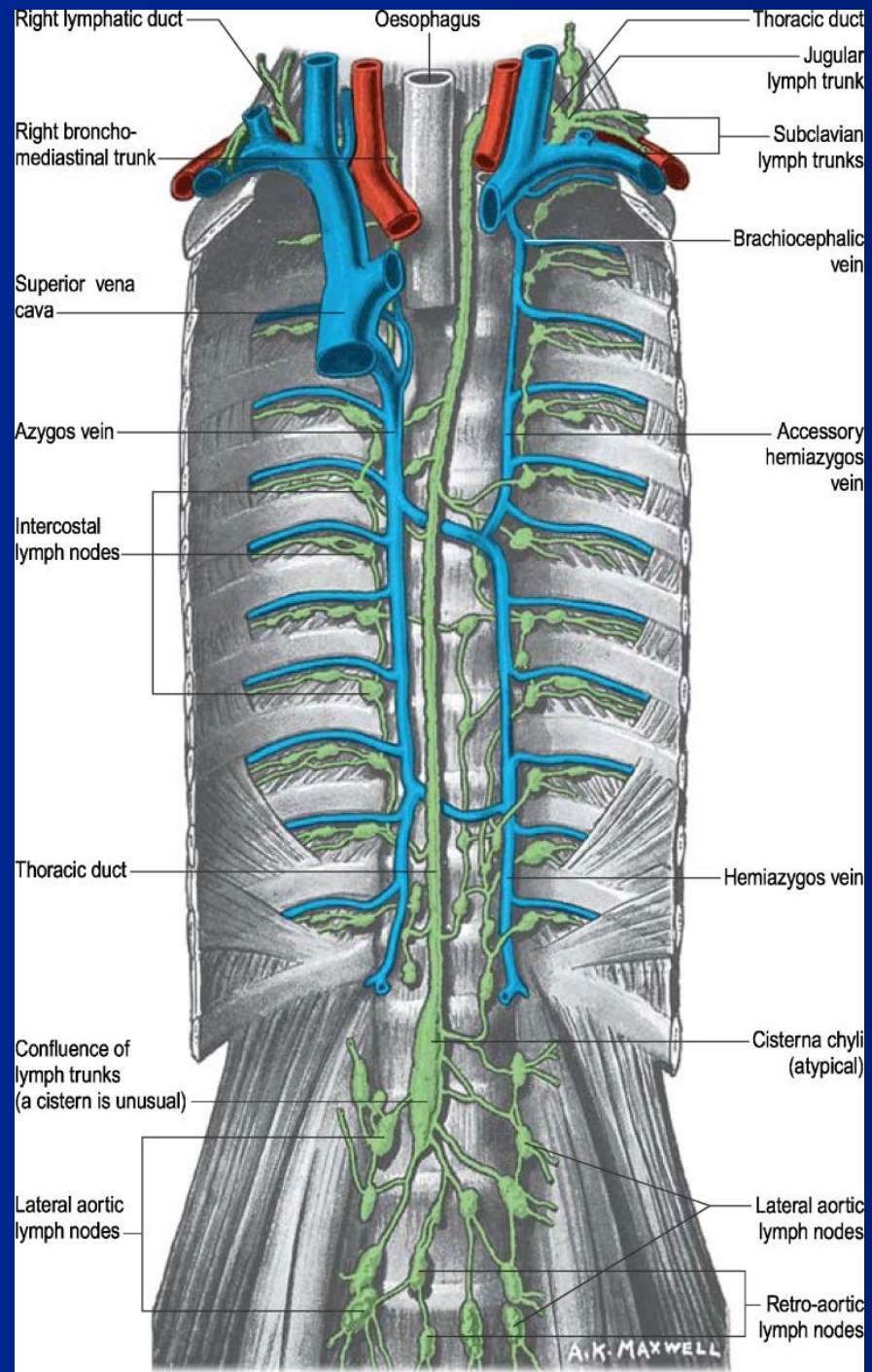






Diagnostic ?





Diagnostic

Rupture spontanée
du canal thoracique

au niveau de son abouchement
sub-clavier gauche

Discussion

Neck swelling following a vigorous neck massage

A. Ceylan, T. Akçam, E. Karatap, F. Çelenk

Department of Otolaryngology, Gazi University School of Medicine, Besevler, Cankaya, 06500, Ankara, Turkey, tel.:+90 312-202 64 73, e-mail: fcelenk@gazi.edu.tr

CASE REPORT

A 19-year-old man was admitted with a left supraclavicular mass that had been present for three days, and had started two days after undergoing vigorous massage of the neck by a professional masseur. The mass had increased progressively in size over the ensuing three days prior to attendance at the hospital, but there were no other relevant symptoms, and specifically no dyspnoea or dysphagia. On physical examination, there was a 6 x 5 x 6 cm painless and fluctuant mass in the left supraclavicular fossa, overlapping the sternocleidomastoid muscle anteriorly, and no coexisting adenopathy or additional neck mass. Ultrasonography of the neck revealed a fluid mass suggesting a venous haemorrhage within the neck musculature, whereas magnetic resonance imaging (MRI) demonstrated a 6 x 5.5 x 6 cm cystic mass located in the supraclavicular region between the carotid artery and internal jugular vein (*figure 1*). Percutaneous needle aspiration was performed, and the aspirate found to be milky macroscopically. Biochemical analysis of the fluid

Figure 1. MRI: A cystic mass located in the supraclavicular region between the carotid artery and internal jugular vein



Figure 2. *The thoracic duct*

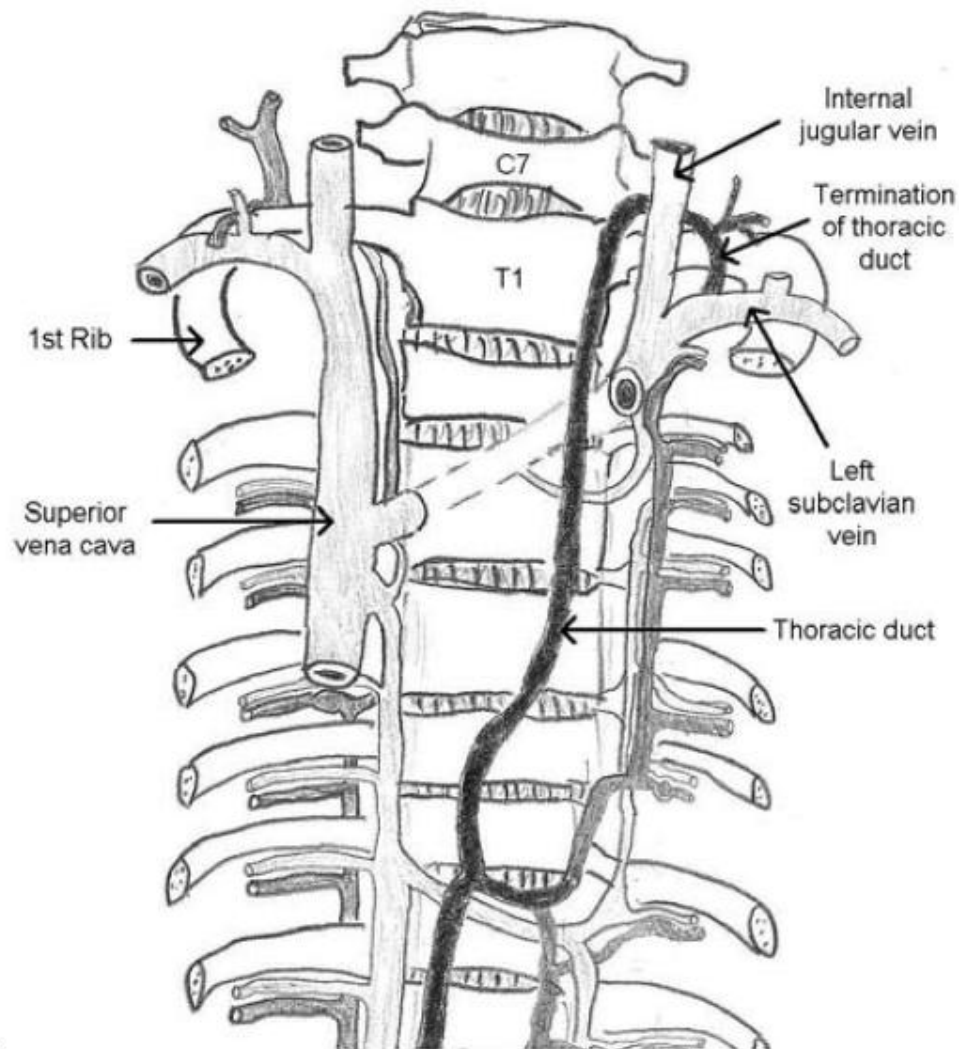
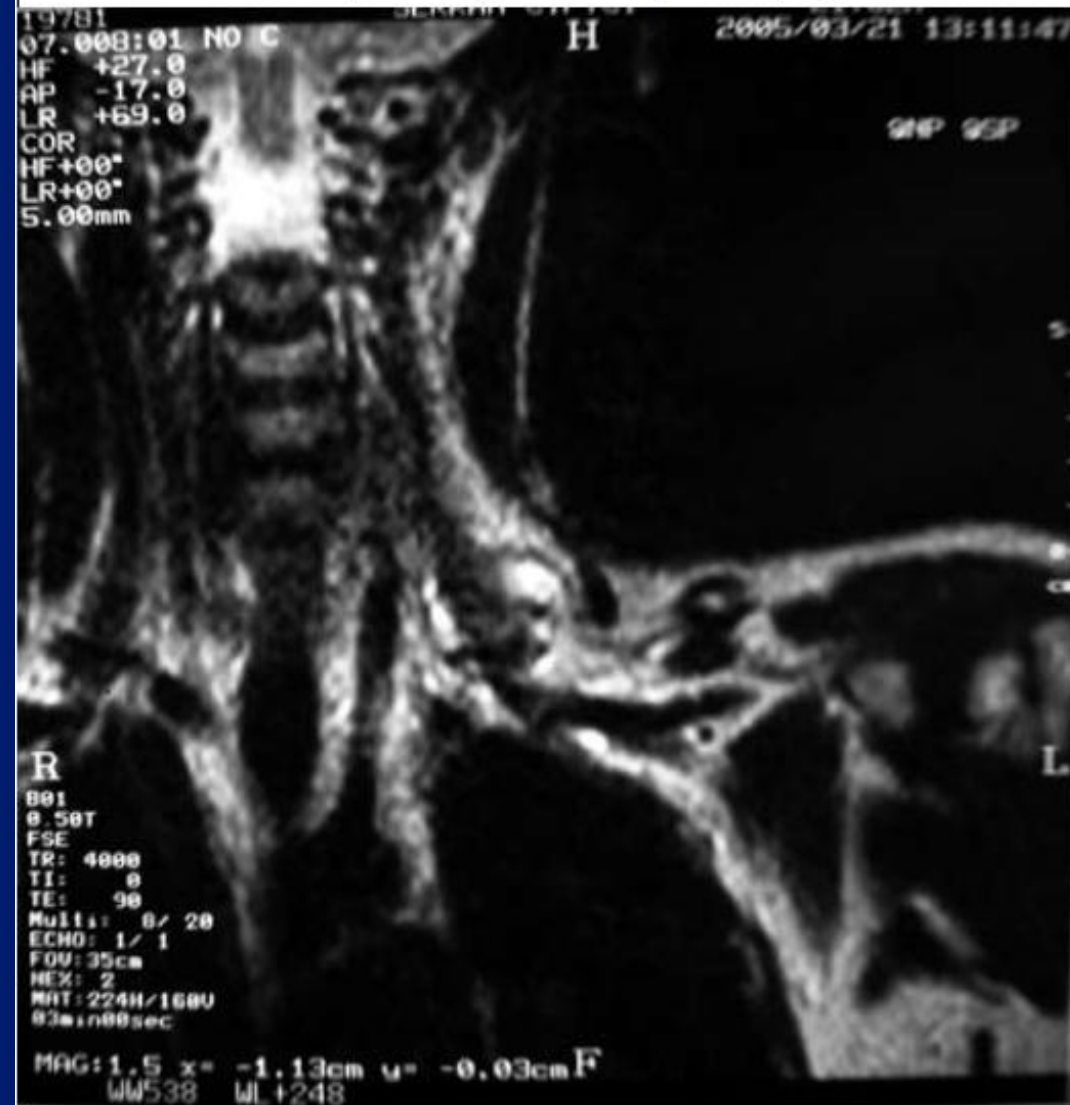


Figure 3. *An MRI was performed after one month and showed complete regression of the lymphocele*





Société Nationale Française
de Médecine Interne

Rupture du canal thoracique : une complication rare des traumatismes fermés du thorax

C Fontaine (1); C Roubille (1); S Riviere (2); A Le Quellec (3);

(1) Médecine Interne A, CHU Saint Eloi, Montpellier, FRANCE

(2) Service de Médecine Interne A, Hôpital Saint Eloi, Montpellier, FRANCE

(3) Service de Médecine Interne A, Hôpital St Eloi, Montpellier, FRANCE

Introduction

La pathologie du canal thoracique est dominée par les obstructions et les ruptures (1). La rupture du canal thoracique (RCT) est une complication rare des traumatismes fermés du thorax (une vingtaine de cas publiés). Nous en rapportons un nouveau cas.

Patients et Méthodes

Une femme de 42 ans, d'origine marocaine, sans antécédent, se plaint le 24 octobre d'une douleur latéro-cervicale gauche. Elle constate un comblement du creux sus-claviculaire et une tuméfaction latéro-cervicale du même côté, douloureuse à la pression. L'interrogatoire retrouve le 18 octobre 2008 un traumatisme hémithoracique gauche lié à la ceinture de sécurité de son véhicule après avoir freiné violemment pour éviter un chien sur la route. Elle consulte aux Urgences : absence d'escarre d'innoculation, patiente apyrétique. La numération, la CRP, l'ionogramme, la fonction rénale, le bilan hépatique sont normaux. L'écho-doppler veineux des axes sous-clavier et jugulaire élimine une thrombophlébite. La tomodensitométrie cervico-thoraco-abdomino-pelvienne (TDM CTAP) trouve un aspect infiltré d'une part des tissus cellulo-grasieux latéro-cervicaux gauches s'étendant au médiastin antérieur, d'autre part de la graisse rétropéritonéale et du grand épiploon. Elle est transférée dans notre service le 26 octobre.

Résultats

A l'entrée, l'infiltration latéro-cervicale et sus-claviculaire gauche est à peine visible mais on constate une matité de la base gauche. La biologie ne trouve pas de syndrome inflammatoire, C1 estérase, C3 et C4 normaux, électrophorèse des protéines sériques normale, anticorps anti-nucléaires négatifs. Absence de protéinurie. Une nouvelle TDM CTAP est réalisée le 27 octobre : nette détersion de l'aspect infiltré précédemment décrit avec une disparition des anomalies sous diaphragmatiques, mais il existe un épanchement pleural gauche de moyenne abondance. La ponction pleurale ramène un liquide lactescent composé de chylomicrons et de lymphocytes contenant 39 g/l de triglycérides. Après relecture du scanner et discussion des diagnostics différentiels, une RCT sur traumatisme fermé du thorax est retenue. L'évolution a été capricieuse (2) sous traitement médical associant repos, régime sans graisse et octréotide (600µg/24h) (3) en continu pendant 6 jours mais favorable après trois semaines.

Conclusion

La RCT est habituellement de diagnostic facile car elle survient au décours d'une chirurgie thoracique ou d'une pathologie tumorale. La RCT par traumatisme fermé du thorax est de diagnostic plus difficile en raison de sa symptomatologie polymorphe, et du délai parfois prolongé séparant le traumatisme du début des symptômes. L'interrogatoire minutieux reste indispensable dans l'enquête étiologique.

Références bibliographiques :

Johnstone DW et al. Chest Surg Clin N Am. 1994; 4: 617-28
Miller JI Jr et al. Chest Surg Clin N Am. 1996; 6: 139-48
Mikroulis D et al. Chest. 2002; 121: 2079-80