

Médiastinites Descendantes Nécrosantes

Pierre-Emmanuel Falcoz

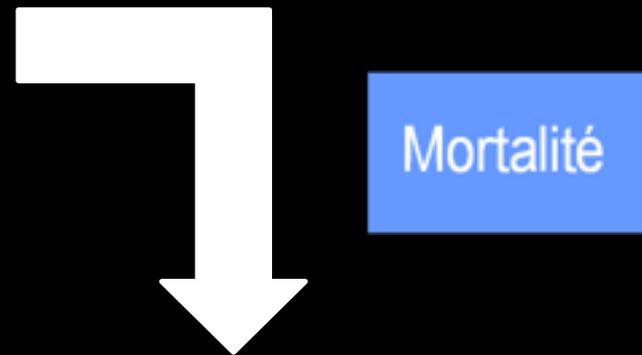
Service de Chirurgie Thoracique – Pôle de pathologie thoracique
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Collège de Pathologie Respiratoire

7 février 2009

INTRODUCTION

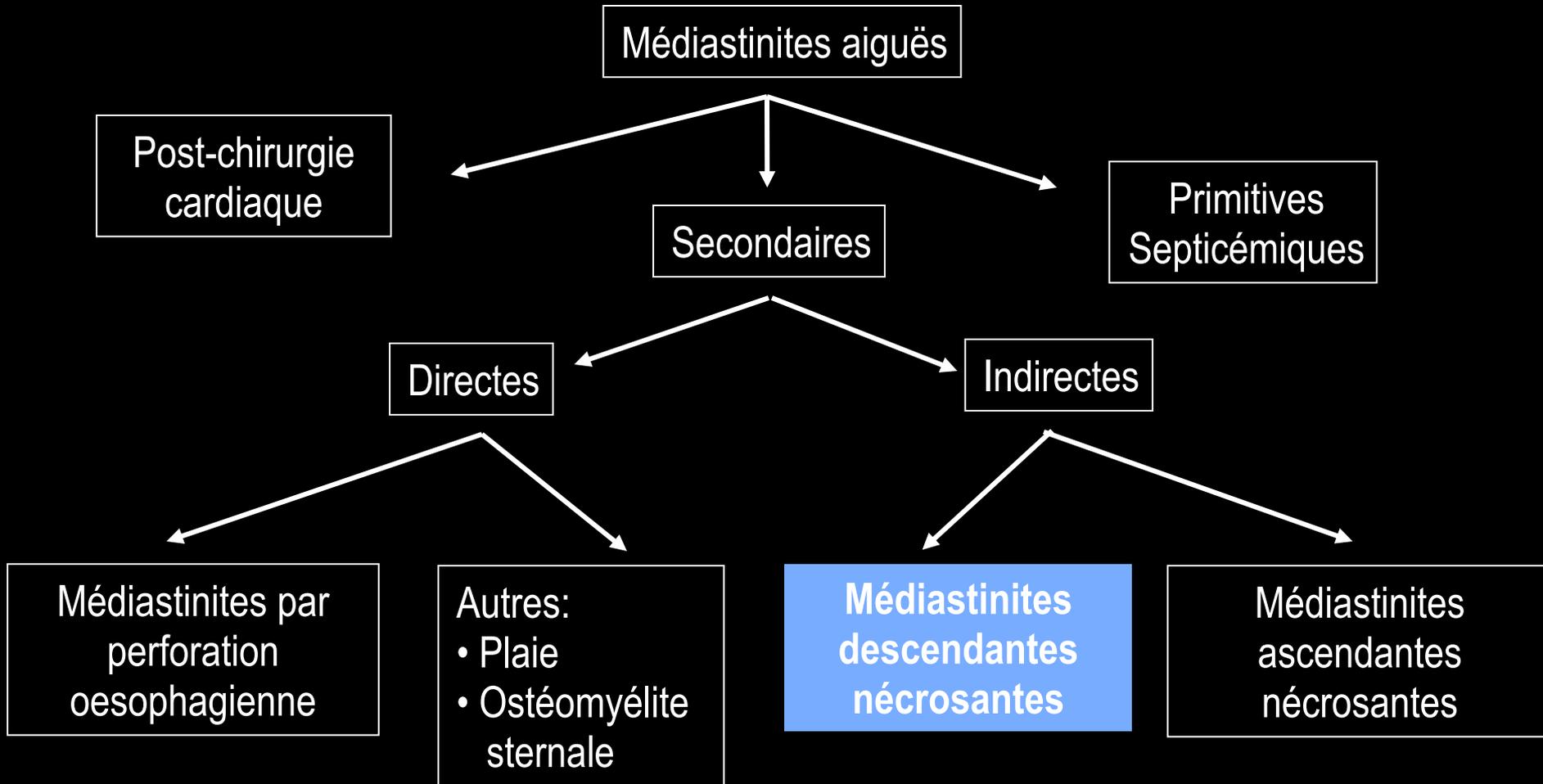
- Affection rare
- Pronostic redoutable
 - Fréquent retard diagnostic
 - Drainage inapproprié



100% en l'absence de traitement
> 50% si traitement non optimal
< 20% si traitement adapté

Singhal et al. Heart, lung and Circulation 2008

CLASSIFICATION



DÉFINITION

Atteinte infectieuse du médiastin

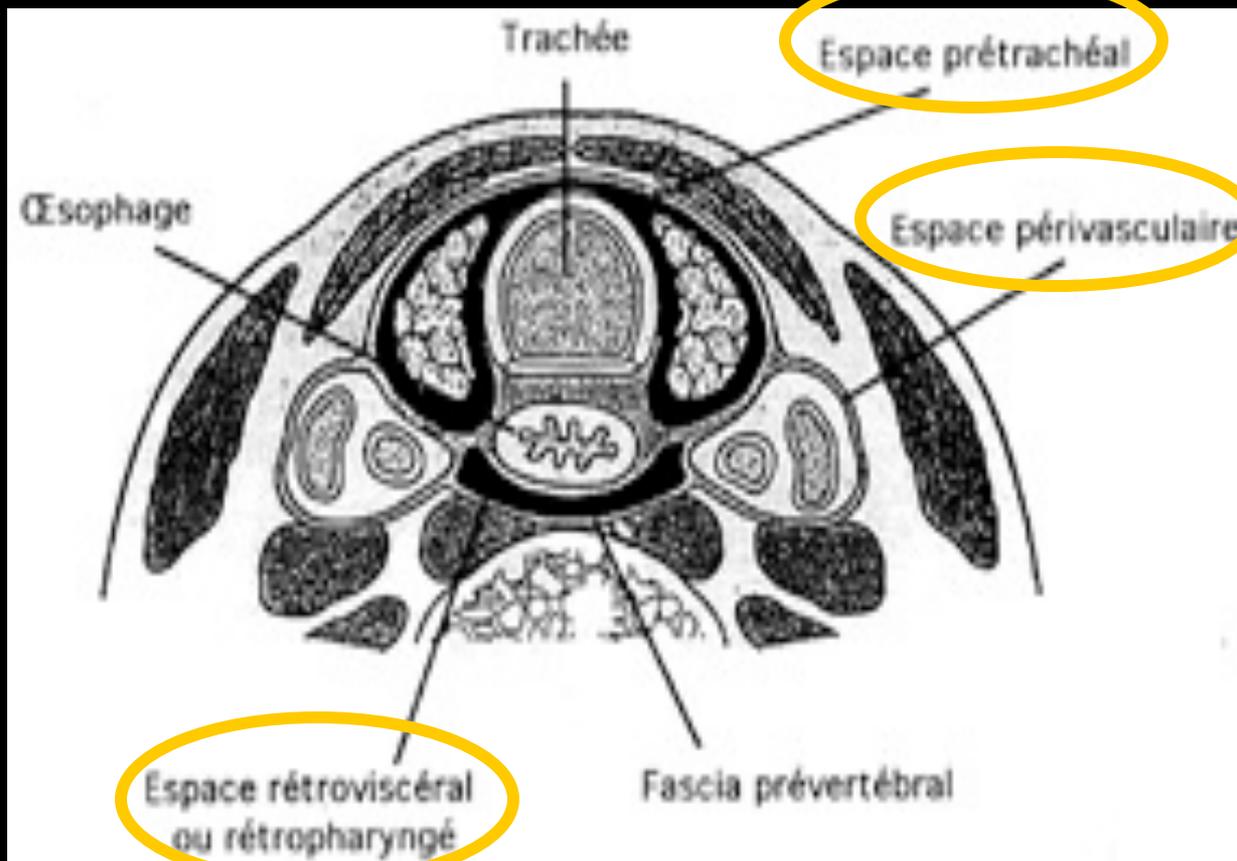
- 1) Manifestations clinique de sepsis sévère
- 2) Caractéristiques radiologiques évocatrices de médiastinites
Élargissement médiastinal et collections médiastinales gazeuses et liquidiennes
- 3) Critères per opératoires (ou autopsie) de médiastinites
- 4) Continuité avec une infection oro pharyngée ou cervical

PHYSIOPATHOLOGIE

- L'infection cervicale peut diffuser suivant trois voies :
 - **Espace prétrachéal** : mettant en relation le cou et le médiastin antéro-supérieur (7%)
 - ⇒ Continuité avec péricarde et plèvre
 - ⇒ Risque de péricardite , pleurésies, empyèmes pleuraux

Moncada et al. Chest 1978
 - **Espace périvasculaire (20%)**

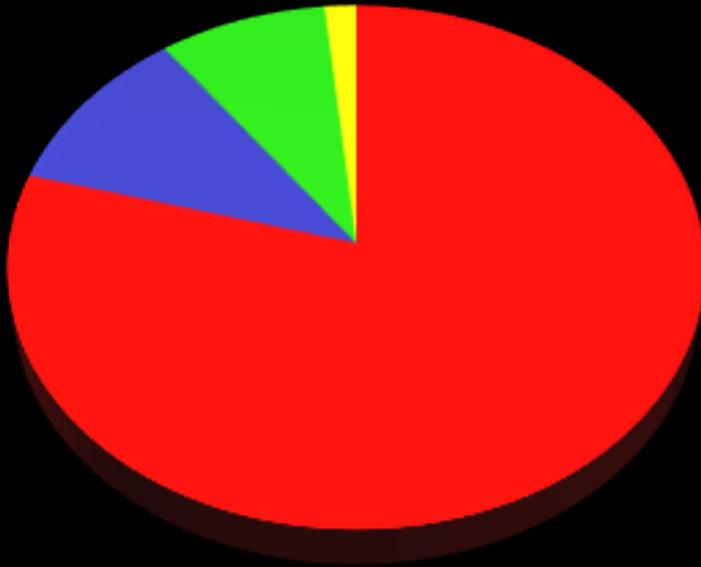
Wheatley et al. Ann Thorac Surg 1990
 - **Espace rétropharyngé** : voie élective de communication entre le cou et le médiastin postérieur (70%)



PHYSIOPATHOLOGIE

- **Continuité cervico-médiastinale** des fascias et des espaces celluloux
 - ⇒ Propagation des coulées de nécrose le long des aponévroses qui délimitent les espaces cervico-médiastinaux
- « **Immunodépression** » (AINS, corticoïdes, diabète)
- **Facteurs mécaniques** accélérant la colonisation du médiastin depuis la porte d'entrée :
 - Phénomène de gravité
 - Pression négative intra-thoracique
 - Variation de la pression avec la respiration

ÉPIDÉMIOLOGIE



- Abcès dentaire
- Abcès amygdalien ou peri amygdalien
- Abcès rétro pharyngien
- Epiglottite

- Délai d'hospitalisation : 5 à 15 jours
- Molaires majoritairement responsable (2^e et 3^e)

LES GERMES EN CAUSES

Flore poly microbienne (88%)

- Streptocoques aérobies ou anaérobies
- Staphylocoques
- Bacteroides
- Pseudomonas aeruginosa
- Corynebacteries
- Enterobacteries
- Fusobactéries
- Candidoses ...



CLINIQUE

- Peu de signes spécifiques
- Diagnostic le plus souvent retardé
- Anamnèse +++

Trois phases

Phase I : abcès dentaire ou périamygdalien traité par une antibiothérapie simple

Phase II : cervicite avec ou sans **emphysème sous cutané**

Phase III : Aggravation brutale du **syndrome infectieux**

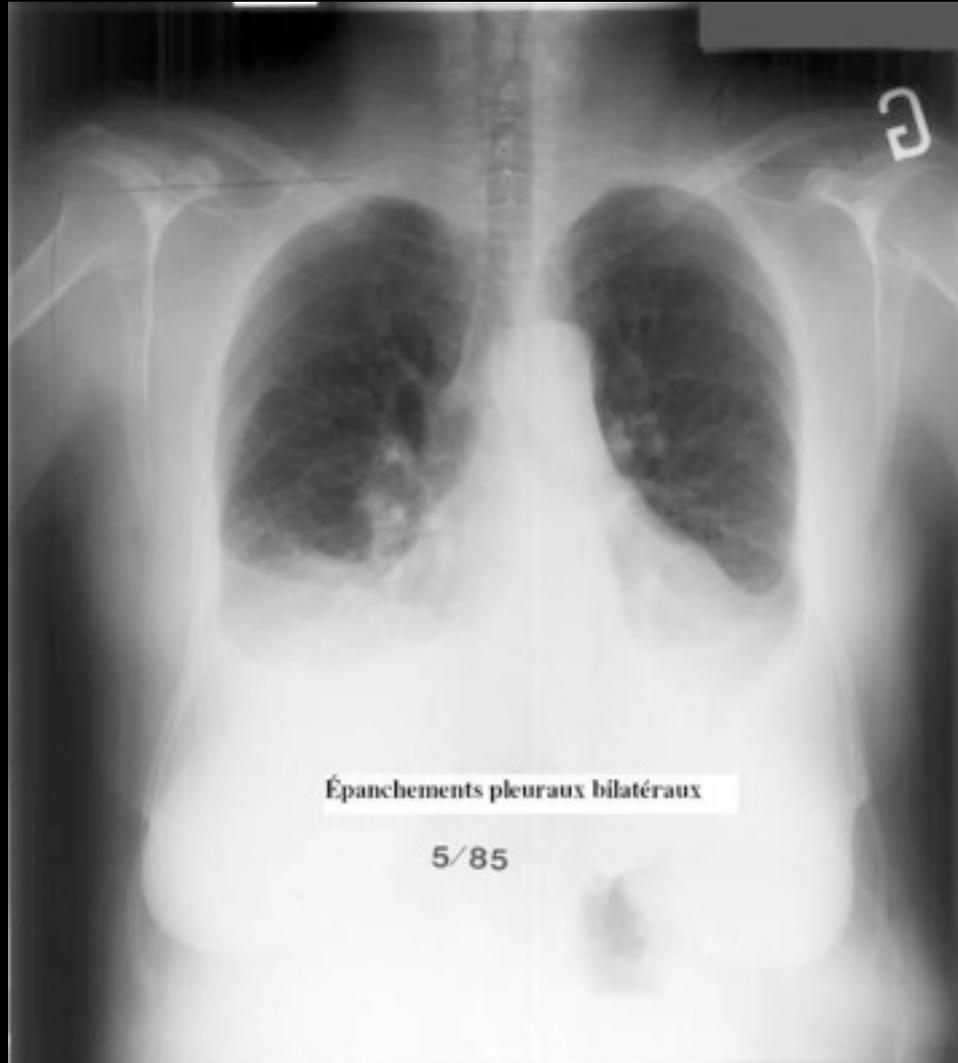
douleur

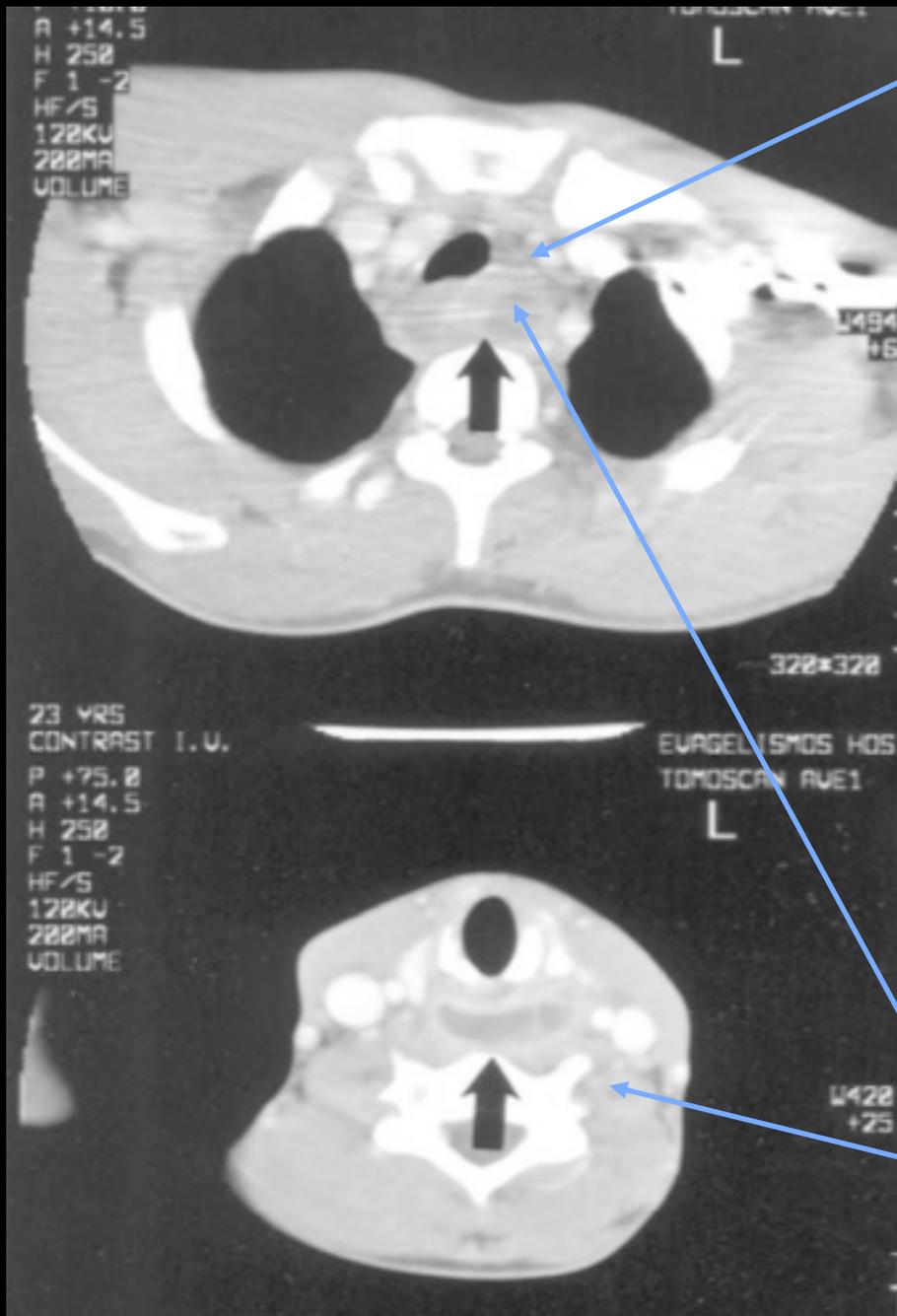
Apparition d'une toux, avec dyspnée, sternale, **dysphagie douloureuse**



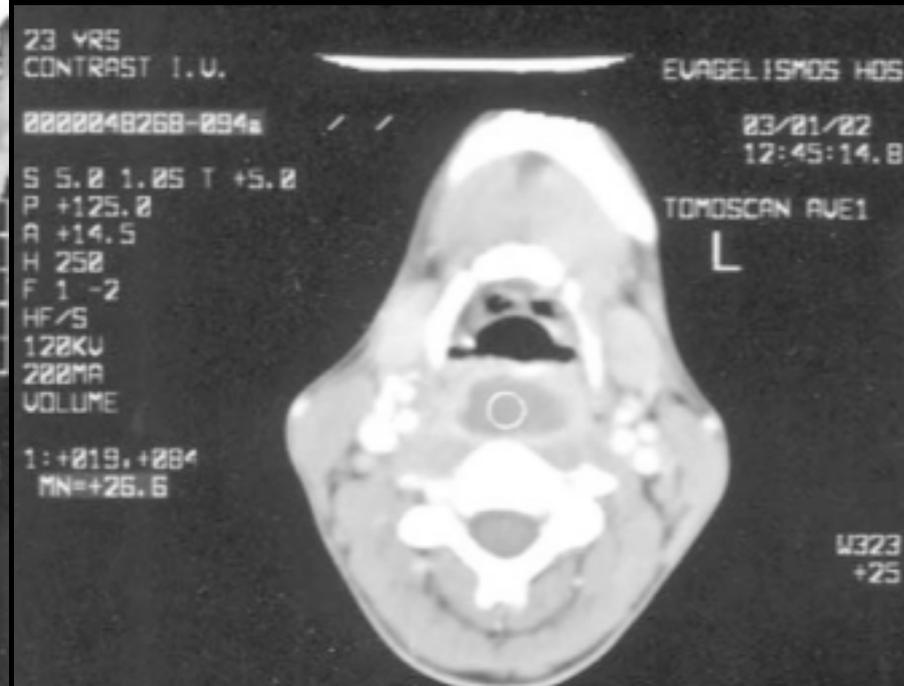
Scanner cervico-thoracique

IMAGERIE



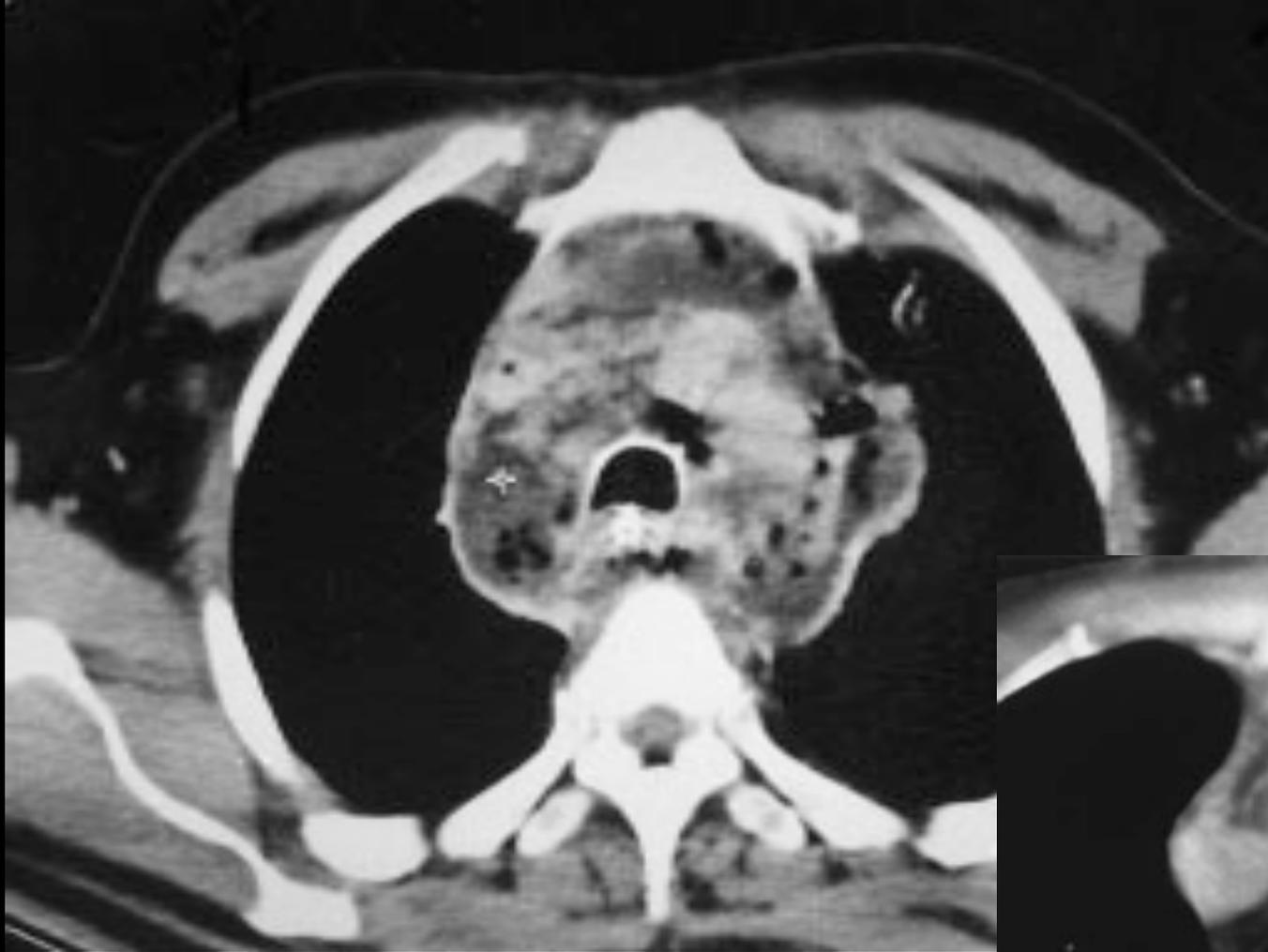


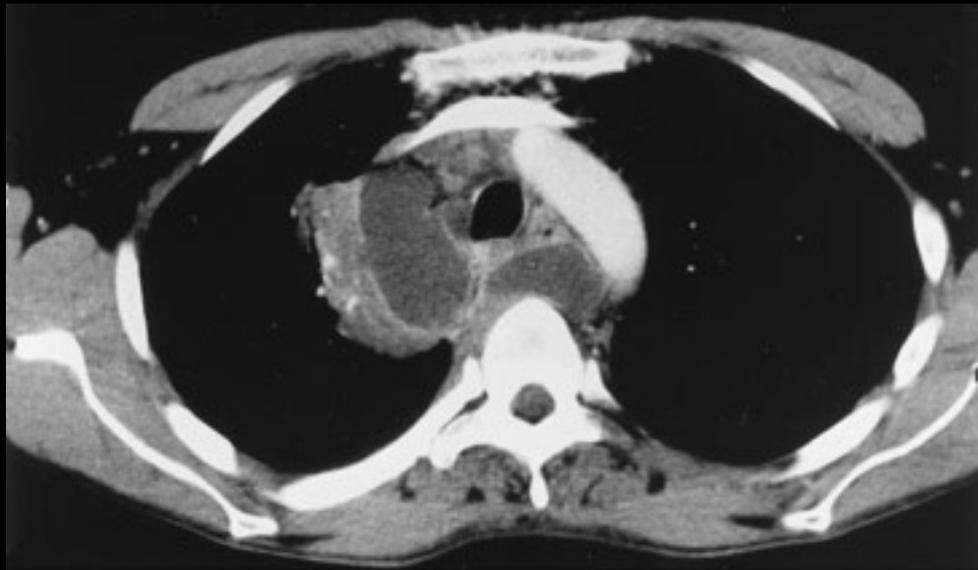
Déplacement antérieur de la clarté trachéale



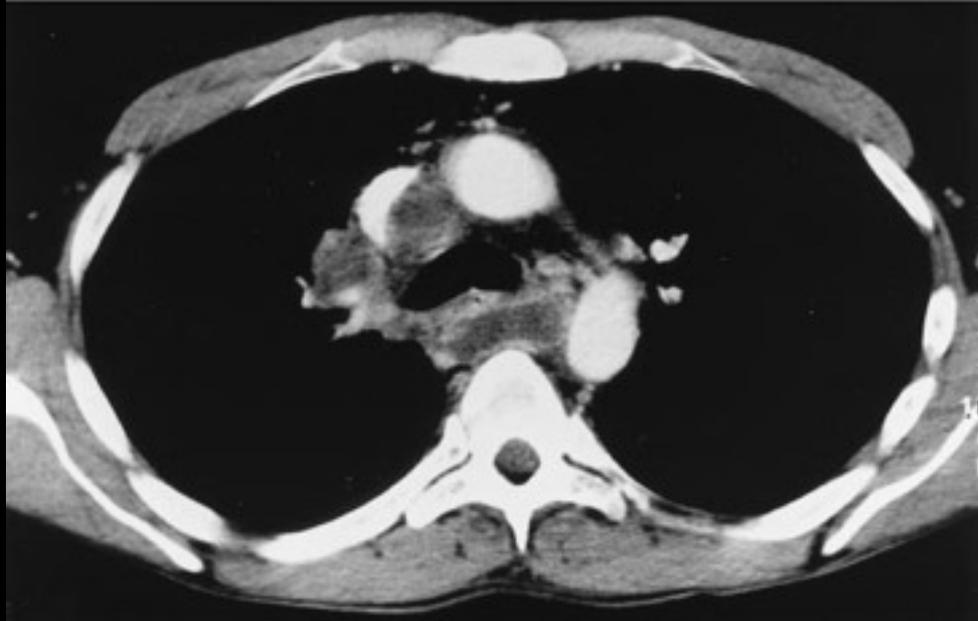
Emphysème médiastinal

Elargissement espace rétroviscéral (S. de Minigerod)





A



B

TRAITEMENT

Multidisciplinaire : 3 grands axes

- **Traitement symptomatique en RÉANIMATION**
 - ⇒ **Prise en charge du choc septique et des défaillances associées**
(VVC fémorale et stomie d'alimentation)
- **Traitement ANTIBIOTIQUE à large spectre**
 - ⇒ **Initialement probabiliste puis secondairement adapté**
(> 3 semaines IV puis 3 semaines PO)
- **Traitement CHIRURGICAL de débridement et drainage**
 - ⇒ **Attitude agressive la plus précoce possible**

TRAITEMENT CHIRURGICAL

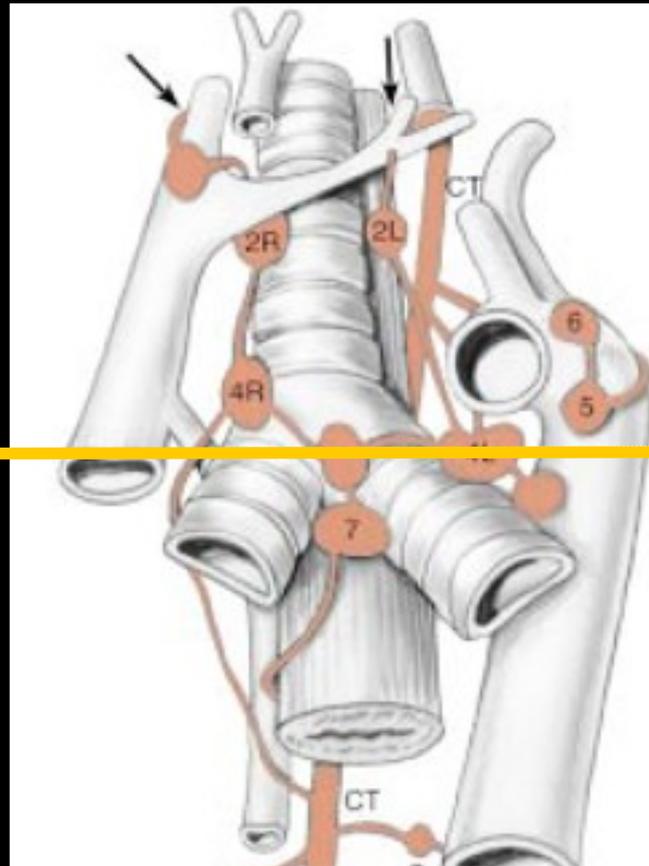
Voie d'abord

Cervicotomie

Carène

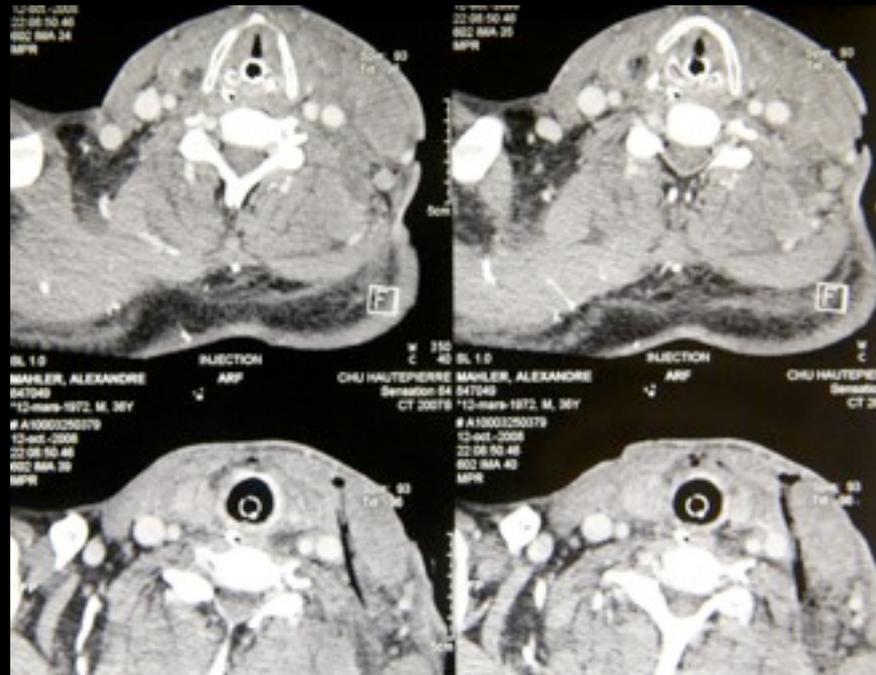
Carène

Thoracotomie



TRAITEMENT CHIRURGICAL

- **Étage cervical :**
 - Cervicotomie en collier avec débridement et drainage
 - Trachéotomie de principe ou au besoin



TRAITEMENT CHIRURGICAL

▪ Étage thoracique :

- Thoracotomie (Postero-Latérale ou Axillaire) : standard

⇒ Accès à l'ensemble de la cavité pleurale et à tous les composants du médiastin

⇒ drainage large : médiastinal ET pleural

Plusieurs drains de gros calibres

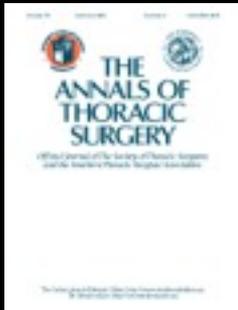
Pendant 2 à 3 semaines (*Estrera AS et al. Surg Gynecol Obstet 1983*)

Alterner lavage (\pm fibrinolyse) et drainage

Dérivation salivaire et gastrique ? (*Brichon PY et al. Sem Hop Paris 1990*)

- Débridements et nécrosectomie avec prélèvements multiples

TRAITEMENT CHIRURGICAL



1999

Management of Descending Necrotizing Mediastinitis: An Aggressive Treatment for an Aggressive Disease

Charles-Henri Marty-Ané, MD, Jean-Philippe Berthet, MD, Pierre Alric, MD, Jean-Dominique Pegis, MD, Philippe Rouvière, MD, and Henri Mary, MD
Service de Chirurgie Thoracique et Vasculaire, Hôpital Arnaud de Villeneuve, Montpellier, France.

- 12 patients
- Évolution favorable chez 10 patients : 9 drainés par thoracotomie
- 2 décès
 - Un drainé par minithoraco: fistule trachéale
 - Un par médiastinostomie postérieure: abcès persistant

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Ce qui est discuté actuellement

■ Choix de la voie d'abord :

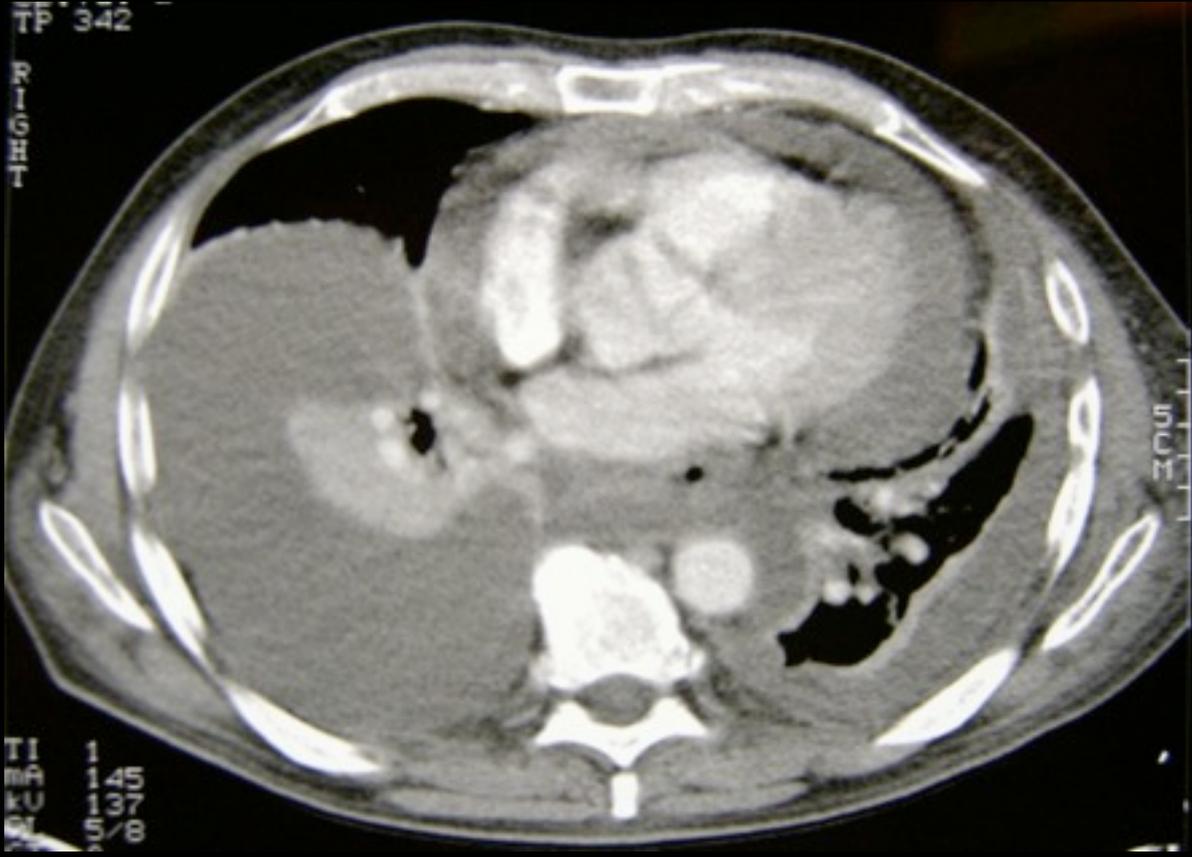
- Drainage par voie cervicale des médiastinites > bifurcation trachéale ? *Avant 1990 ...*
- Absès médiastinaux drainés par cervicotomie sous contrôle médiastinoscopique ? *(Kracht M et al. Ann Chir 1988)*
- Sternotomie ? *Pseudarthrose septique ...*
- Médiastinotomie antérieure ? *Médiastin postérieur ...*
- Bilatérale d'emblée (Clamshell) ? *Mécanique ventilatoire ...*
- Chirurgie vidéo-assistée ? *Stade précoce ...*

COMPLICATIONS

- **Pleurésies**
- **Pneumopathies** ⇒ **SDRA**
- **Péricardites**
- **Erosion des gros vaisseaux** (*Wheatley MJ et al. Ann Thorac Surg 1990*)
- **Fistules trachéales et trachéo-oesophagiennes**
- **Thrombophlébites suppurées VJI** (*Wills PI et al. Laryngoscope 1981*)

TP 342

R
I
G
H
T



T
I
M
E
k
U
00111111
1
004
00115

300

SURVEILLANCE TDM



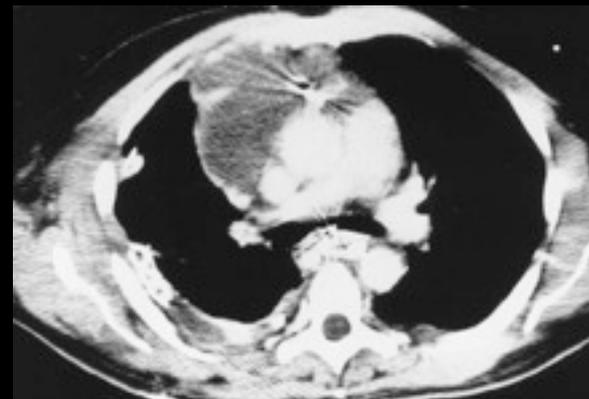
2000

DESCENDING NECROTIZING MEDIASTITIS: AN ANALYSIS OF THE EFFECTS OF SERIAL SURGICAL DEBRIDEMENT ON PATIENT MORTALITY

Richard K. Freeman, MD
Eric Vallières, MD
Edward D. Verrier, MD
Riyad Karmy-Jones, MD
Douglas E. Wood, MD

Objectives: Descending necrotizing mediastinitis is a polymicrobial infection originating in the oropharynx with previously reported mortality rates of 25% to 40%. This investigation reviews the effects of serial surgical drainage and debridement on the survival of patients with descending necrotizing mediastinitis. *Methods:* A retrospective review of

- En cas de détérioration
- Systématique à 48h puis hebdomadaire
- Recherche de poches persistantes ou mal drainées



Ré-intervention ou drainage scanno-guidé

CONCLUSION

- Affection rare mais grave
- Précocité du diagnostic : facteur pronostic majeur
- **Prise en charge multidisciplinaire**
 - ⇒ Centres spécialisés médicaux-chirurgicaux
- **Chirurgie agressive CERVICALE et MEDIASTINALE**
- Surveillance TDM
 - ⇒ Examen de référence puis contrôle régulier

**Le médiastin fait tout à la fois office
d'accordéon amortisseur
de matelas protecteur
et de lubrifiant isolant !**

Barety