

Patiente de 59 ans Pas d'antécédent particulier Consulte au SAU pour dyspnée



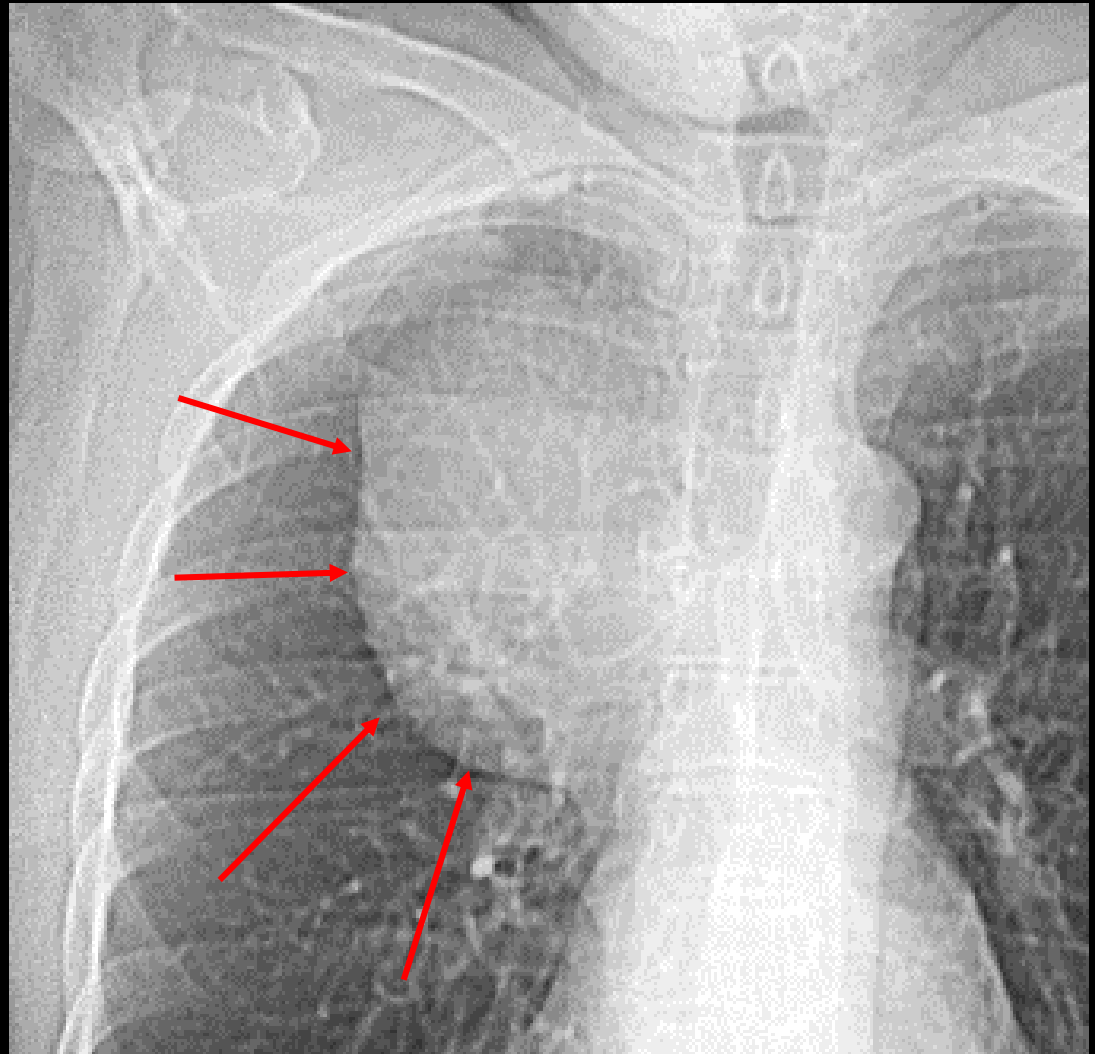
Quels sont les items
sémiologique à retenir pour
déterminer le siège de l'opacité
thoracique apicale droite.



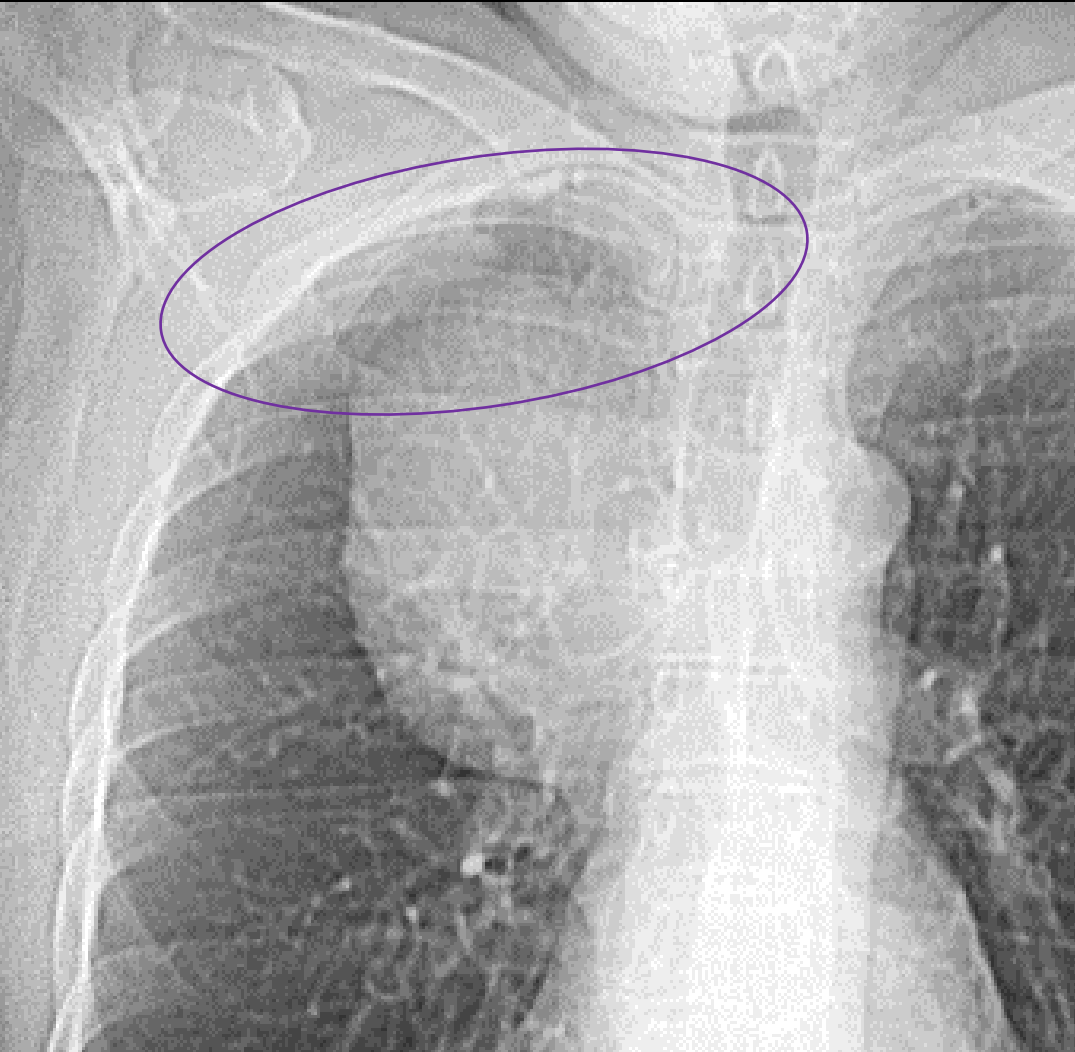
les contours de la masse ne sont silhouettés par le gaz pulmonaire que sur l'hémicirconférence droite.

La masse n'est donc pas intraparenchymateuse mais **en partie médiastinale**

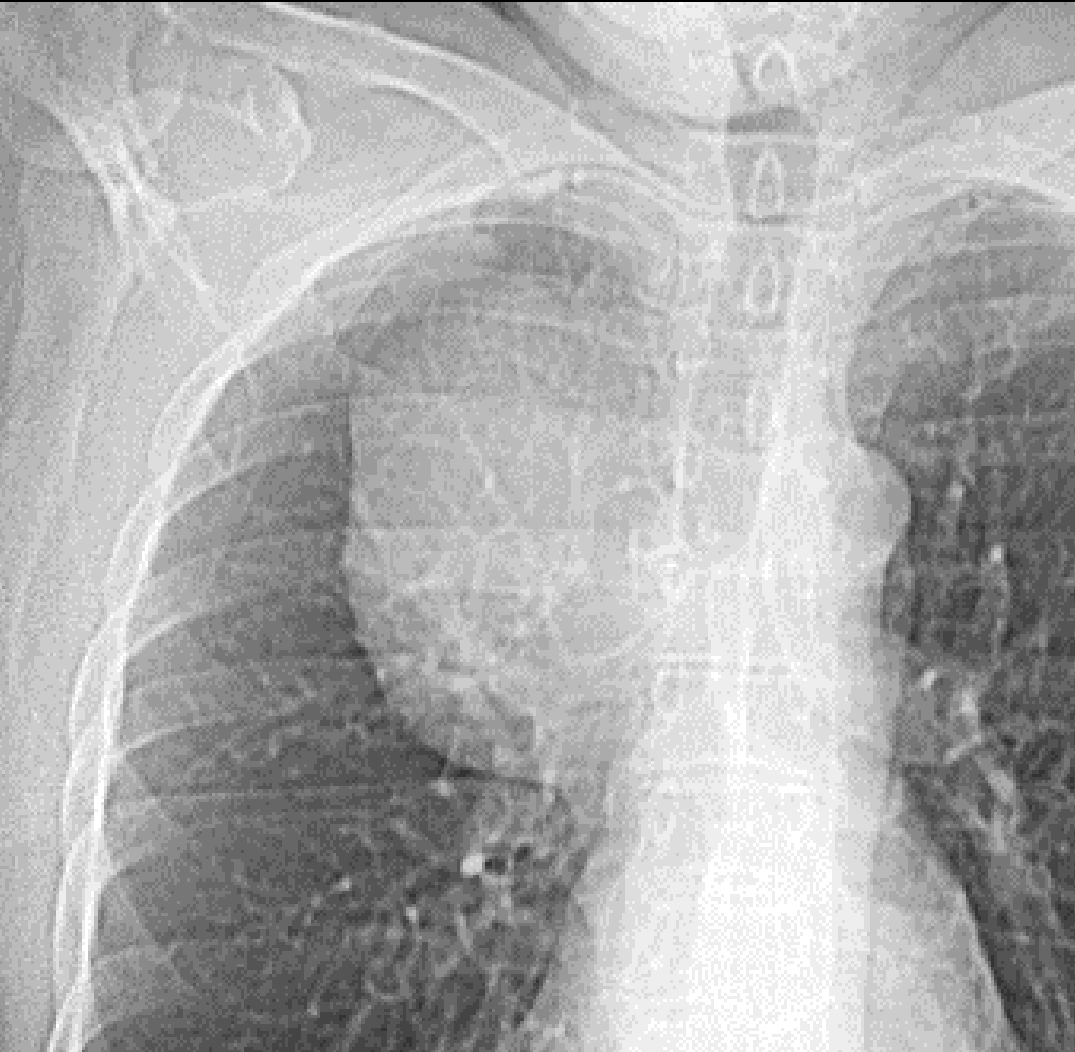
le contour est souligné par une bande de Mach (effet de bord majoré par le fonctionnement rétinien) sur les 2/3 inférieurs du contour externe



la bande de Mach disparaît au pôle supérieur de la masse

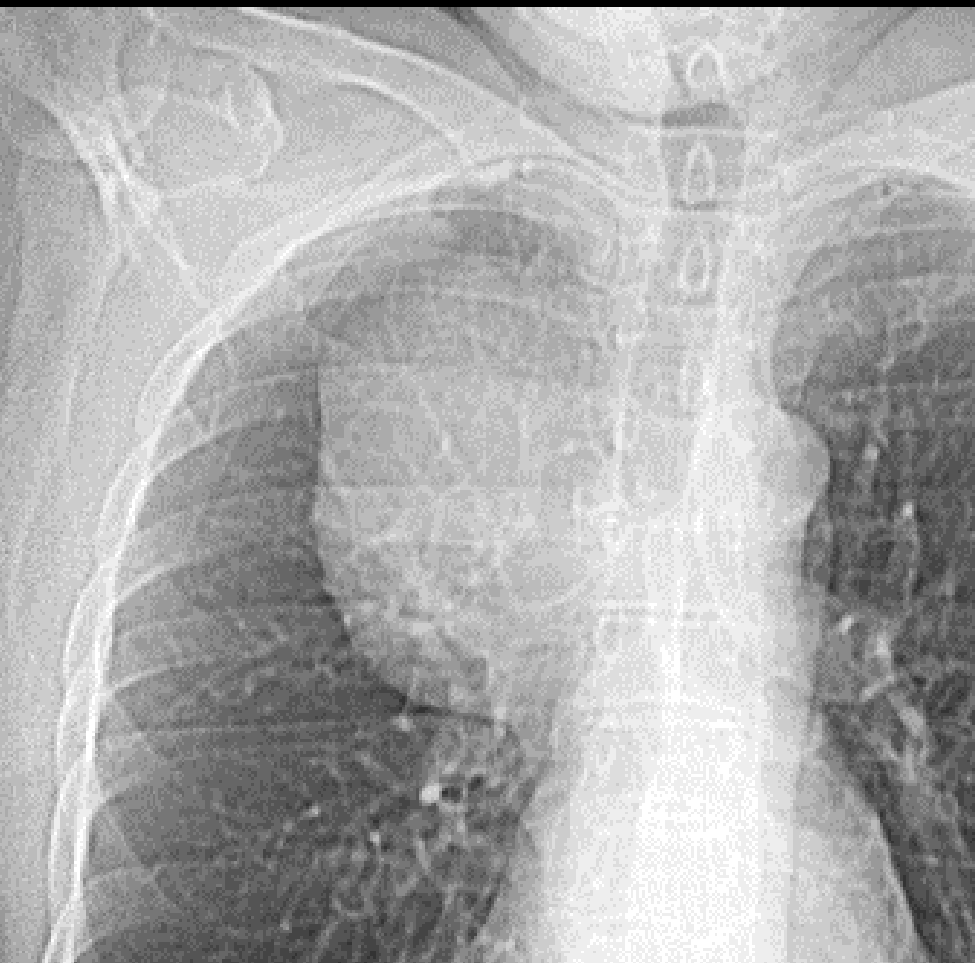


cet aspect est caractéristique d'une lésion pleurale ou pariétale (en continuité avec la paroi) : puisqu'à ce niveau, le pôle supérieur n'est plus silhouetté par du gaz il est donc en continuité avec la paroi



Enfin, sous réserve que la masse soit de densité hydrique "tissu mou", c'est-à-dire ni grasseuse ni gazeuse, on peut utiliser le **signe de la silhouette de Benjamin Felson** pour localiser la lésion dans un plan sagittal :

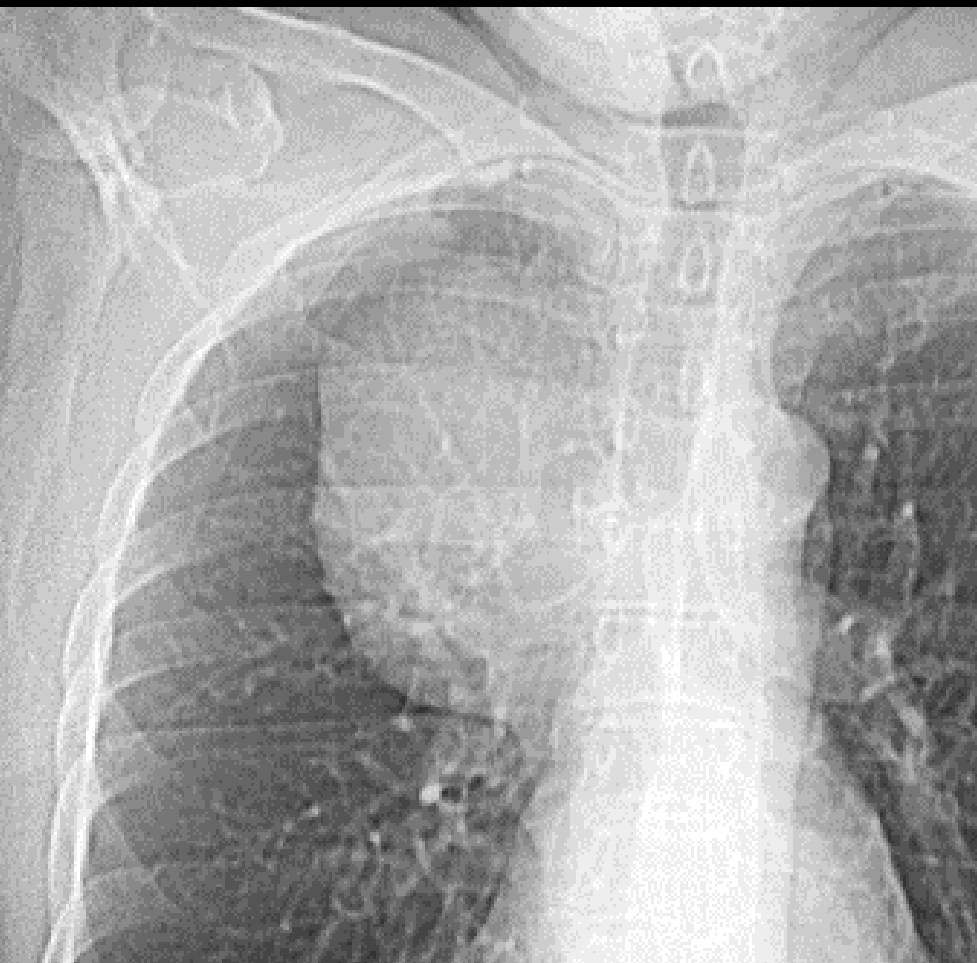
l'absence de contour visible entre la masse et l'arc supérieur du bord droit du médiastin qui correspond à la VCS doit faire conclure que **la masse et la VCS sont dans le même plan coronal**



nous pouvons apporter 2 éléments supplémentaires en faveur du siège antérieur de la masse:

.le **signe du recouvrement hilair**: les vaisseaux du hile sont visibles à travers la masse sans être refoulés

la trachée et la bronche souche droite ne sont pas déplacées ni comprimées ; la masse n'est donc pas dans le plan du médiastin moyen mais siège en totalité dans le médiastin antérieur

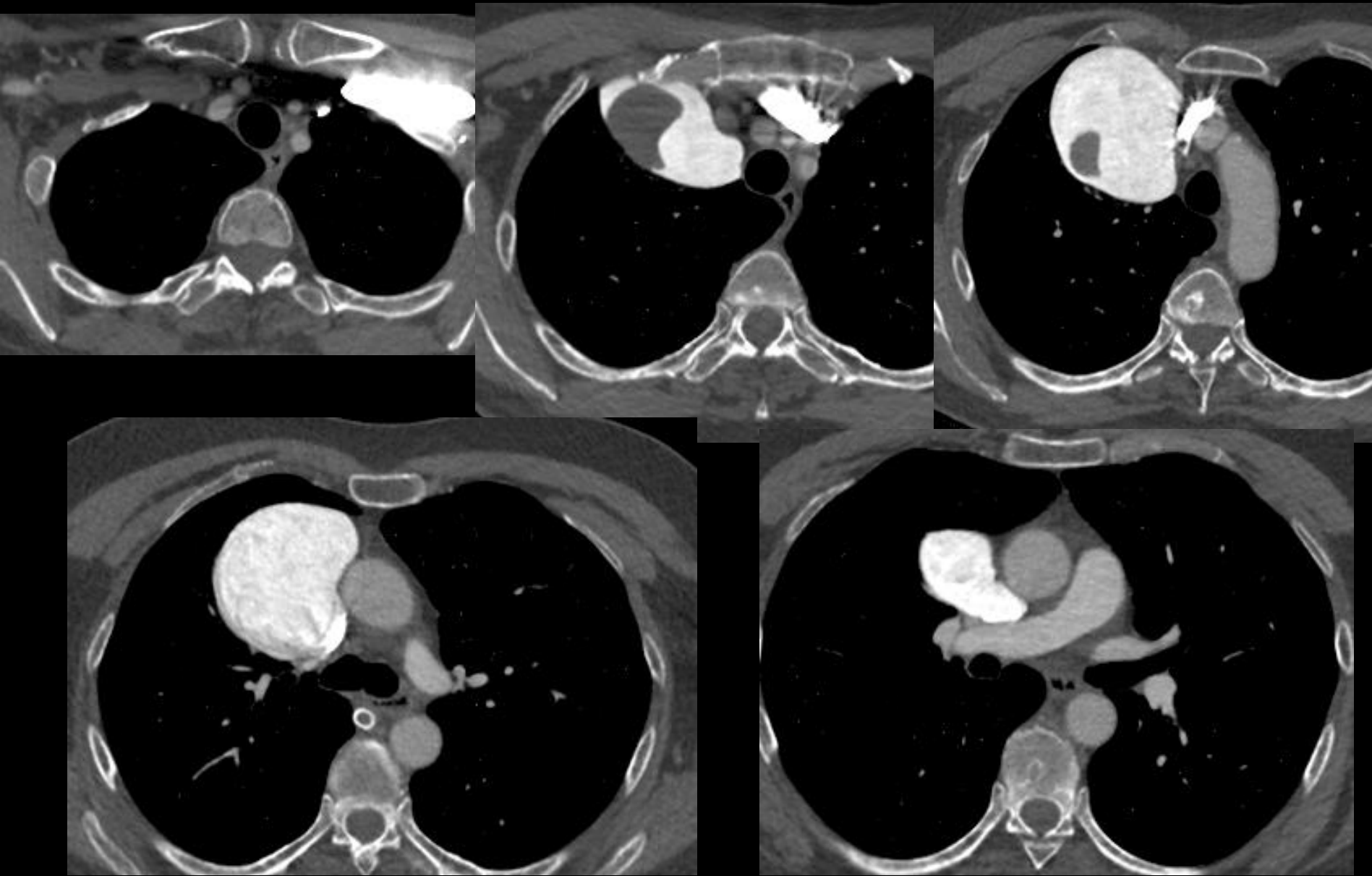


en résumé un masse en partie médiastinale, de siège très antérieur et en partie pariétale, en contiguité ou en continuité avec la VCS ne peut guère correspondre qu'à **une masse vasculaire de la VCS** elle même

NB si le silhouettage accentué par la bande de Mach s'était étendu au pôle supérieur de la masse, c'est bien entendu à une masse postérieure pararachidienne (tumeur neurogène qu'il aurait fallu penser)

l'angioscanner thoracique va bien sur nous éclairer mais dès les coupes sans injection on voit que **la masse homogène, à contours arciformes se situe bien en lieu et place de la VCS.**



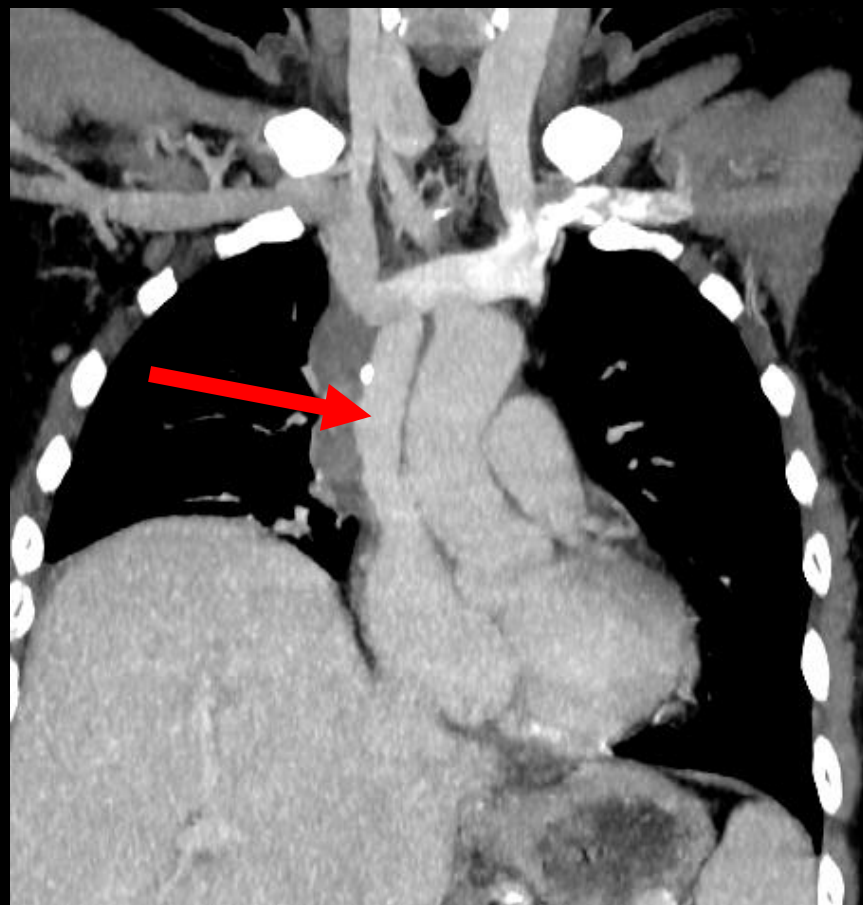


l'angioscanner thoracique confirme le diagnostic

d'anévrisme sacculaire de la VCS avec thrombus endoluminal



le traitement chirurgical a consisté en une résection de l'anévrisme avec pontage tronc veineux brachio-céphalique gauche-atrium droit



contrôle à 4 mois



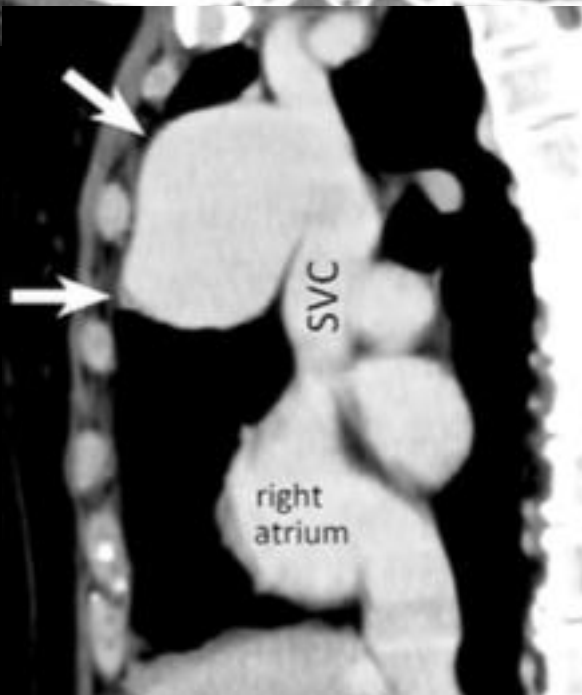
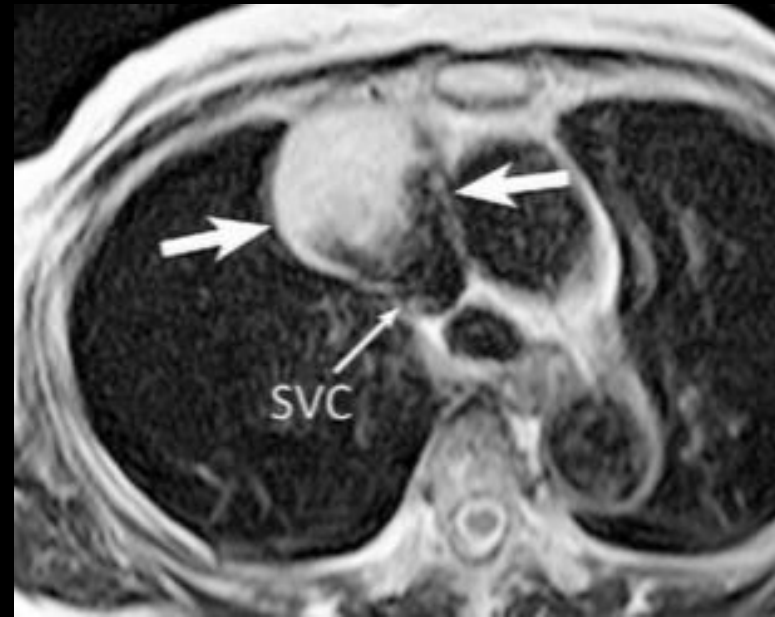
**Asymptomatic Saccular Aneurysm
of the Superior Vena Cava**

Intern Med 54: 2419-2420, 2015

Asako Kuhara, Kiminori Fujimoto, Masamichi Koganemaru and Toshi Abe



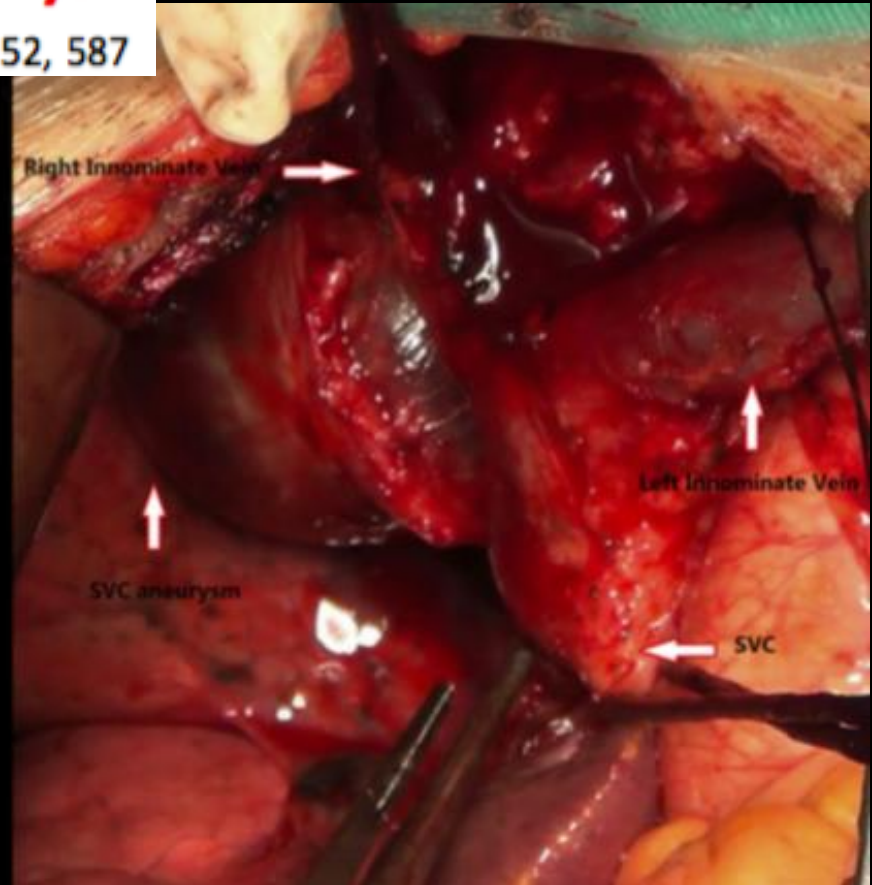
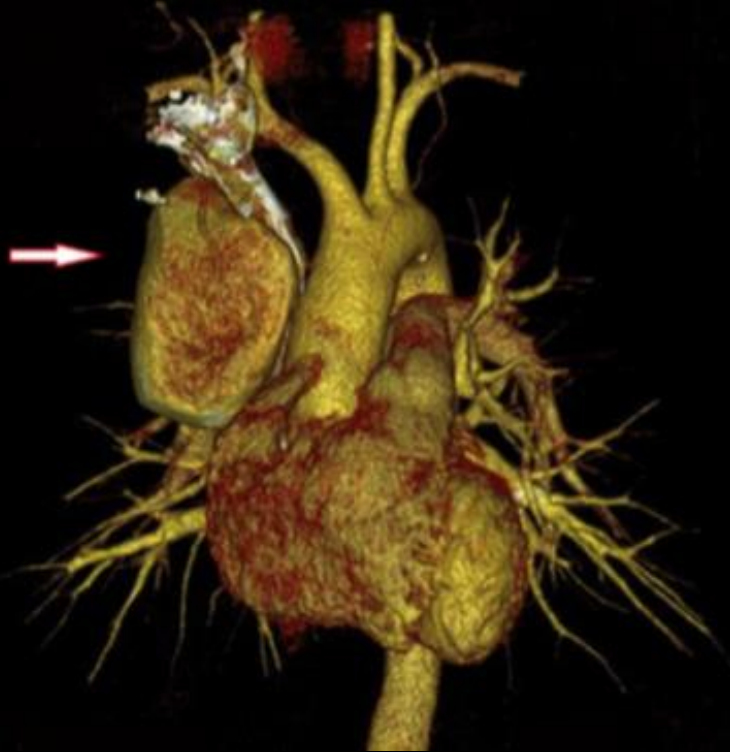
- *Patiente de 63 ans*
- *Asymptomatique*
- *Masse bien limitée sus-hilaire droite*



- Masse vasculaire de 6 cm, médiastinale antérieure, en continuité avec la VCS : anévrisme sacculaire de la VCS
- Non traité
- Stabilité iconographique durant les 3 années du suivi

Giant Superior Vena Cava Aneurysm

Y. Yuan, H.J. Lu * Eur J Vasc Endovasc Surg (2016) 52, 587

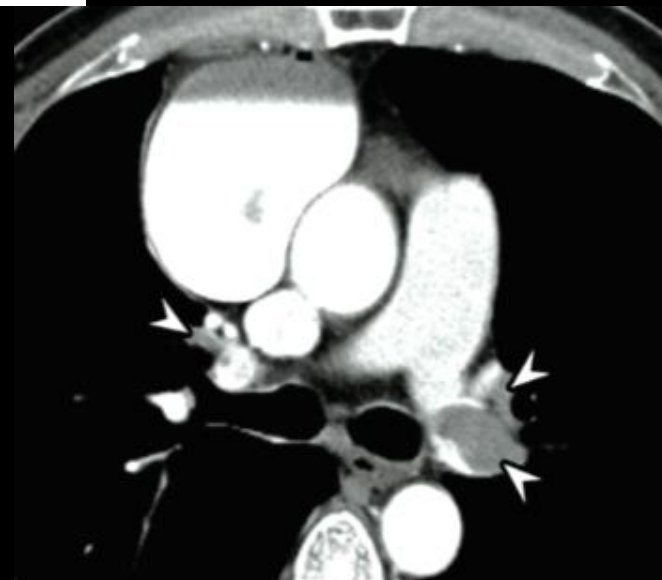


- Patiente de 36 ans, dysphonie depuis 3 mois, pas d'ATCD
- Scanner : anévrisme sacculaire de 8 cm de la VCS
- Opéré (sternotomie), excision de l'anévrisme et suture du défaut de la VCS, pas d'anomalie de la graisse médiastinale et des structures adjacentes
- Récupération rapide post-opératoire et régression de la dysphonie

Unusual Cause of Acute Right Ventricular Dysfunction: Rapid Progression of Superior Vena Cava Aneurysm Complicated by Thrombosis and Pulmonary Thromboembolism

Sang Gi Oh

J Korean Med Sci 2011; 26: 690-693



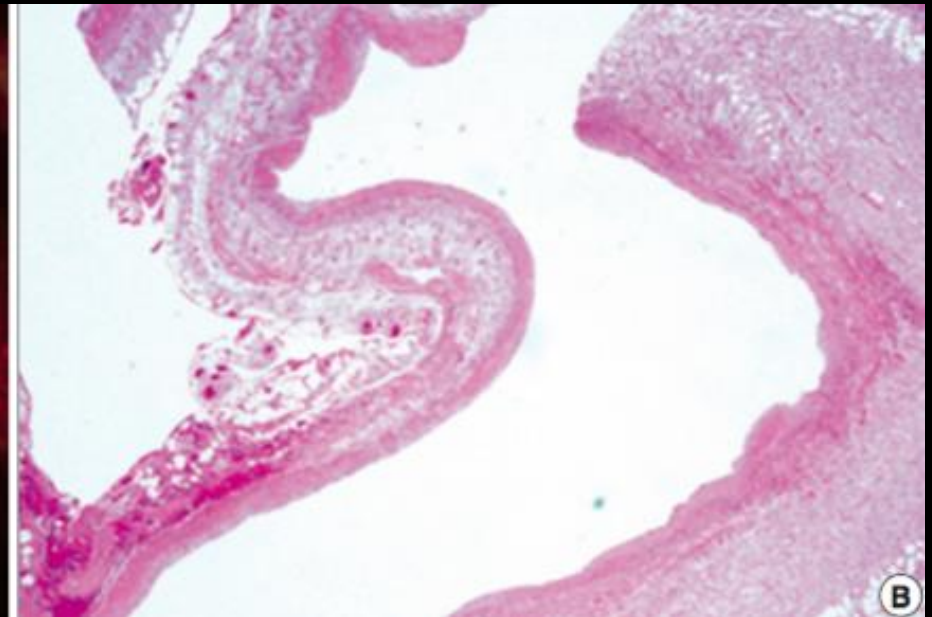
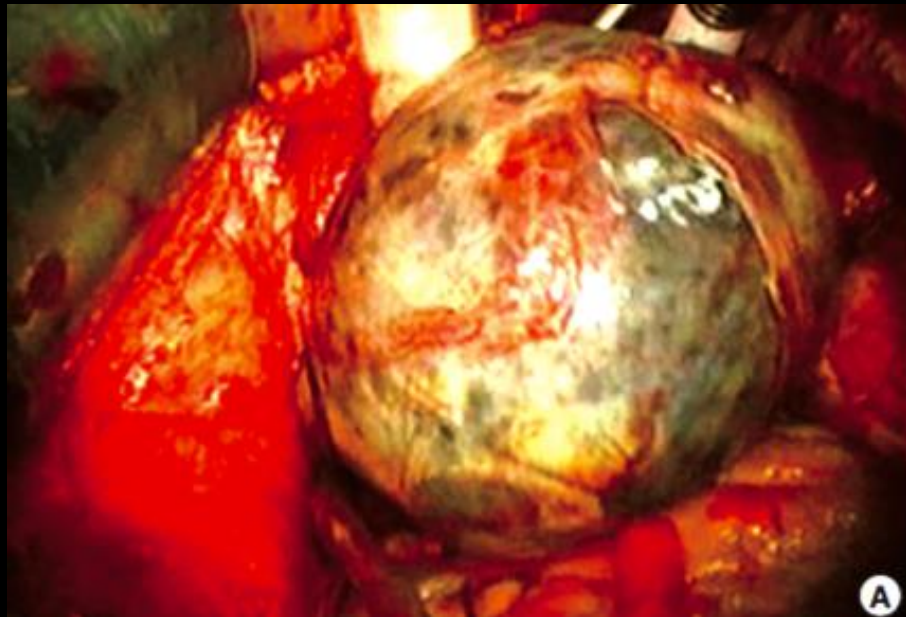
Patient de 55 ans, DT, dyspnée, hypotension, suivi depuis 2 ans pour anévrisme de la VCS stable jusque là

RP : augmentation de taille de l'anévrisme

ETT : VD dilaté et hypokinétique avec HTAP modérée en faveur d'une EP

Scanner : anévrisme géant de 10 cm partiellement thrombosé de la VCS étendu au TVBC gauche, EP multiples.

Unusual Cause of Acute Right Ventricular Dysfunction: Rapid Progression of Superior Vena Cava Aneurysm Complicated by Thrombosis and Pulmonary Thromboembolism

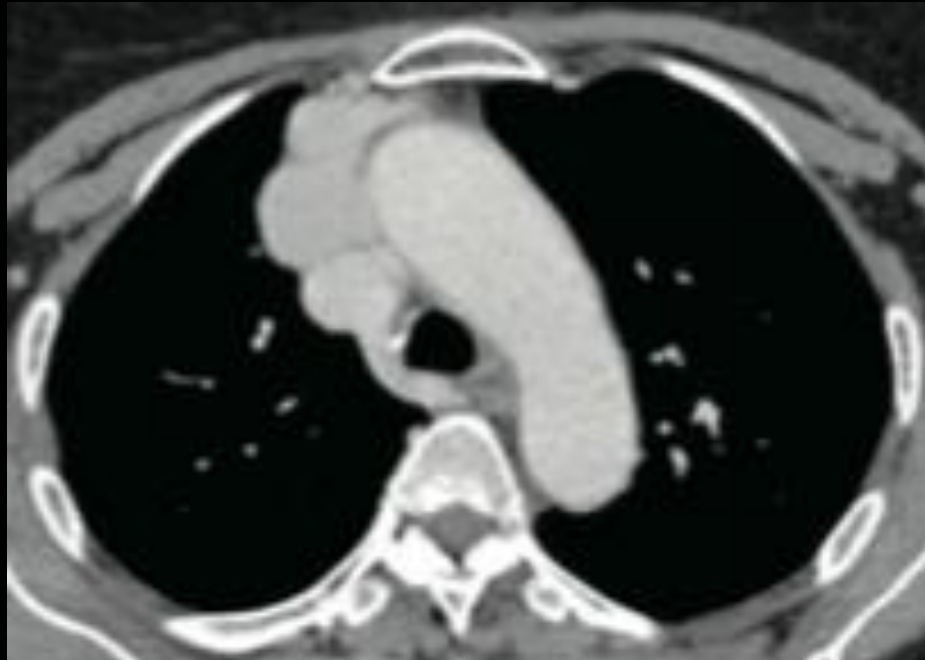


Ttt chirurgical : résection du sac anévrismal et reconstruction de la VCS
Histo : anévrisme vrai, 3 tuniques pariétales

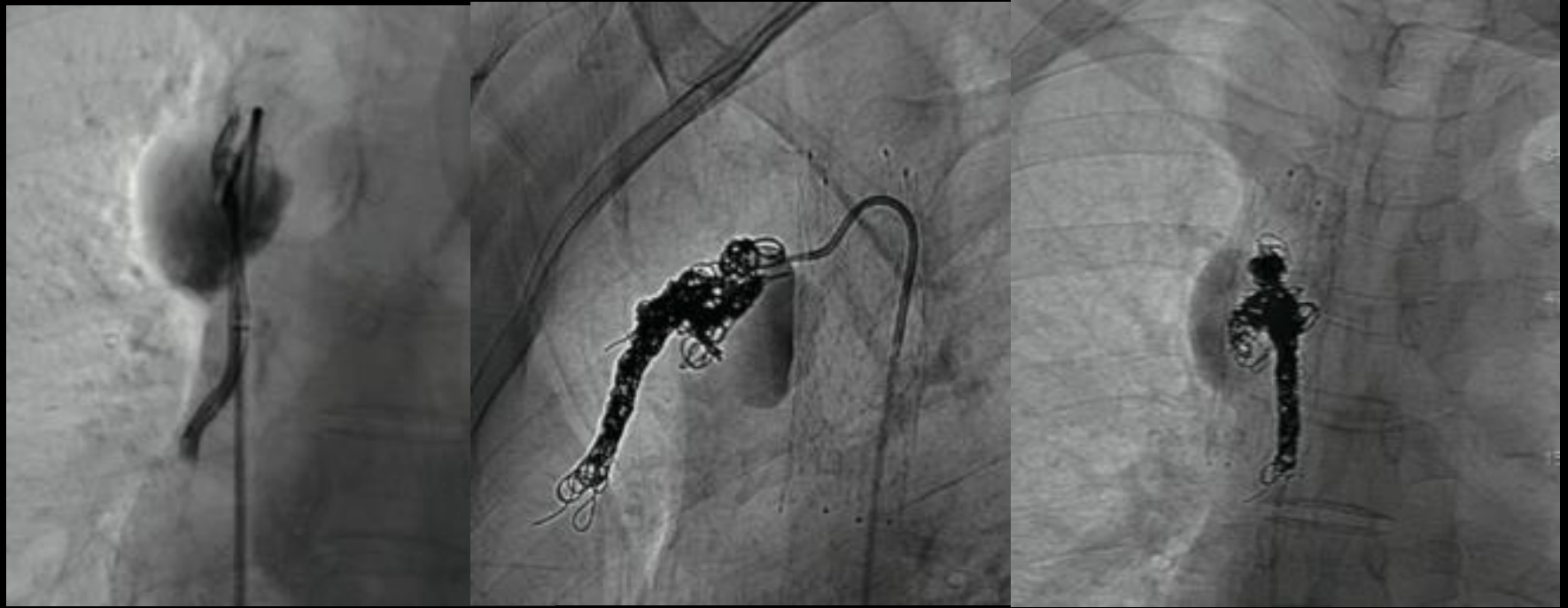
Endovascular management of a large aneurysm of the superior vena cava involving internal thoracic vein with remodeling technique

Quant Imaging Med Surg 2016;6(3):315-317

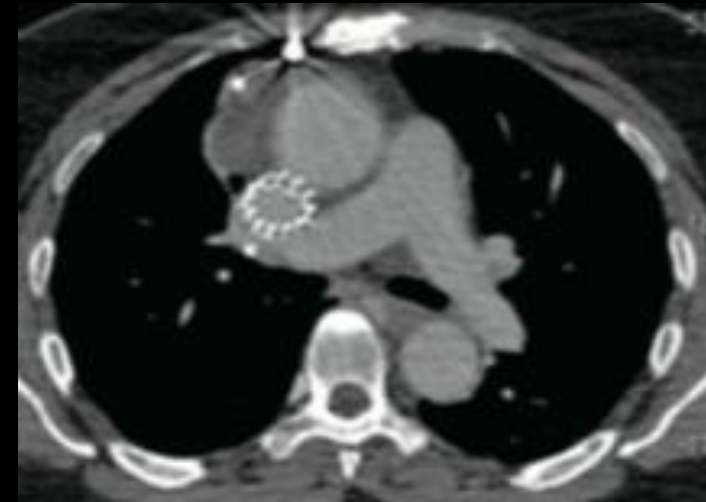
Loïc Griviau, Olivier Chevallier, Sylvain Favelier, Pierre Pottecher, Sophie Gehin, Romaric Loffroy



- Patiente de 66 ans, anévrisme de la VCS étendu à la veine thoracique interne droite
- Anticoagulation
- Traitement par voie endovasculaire



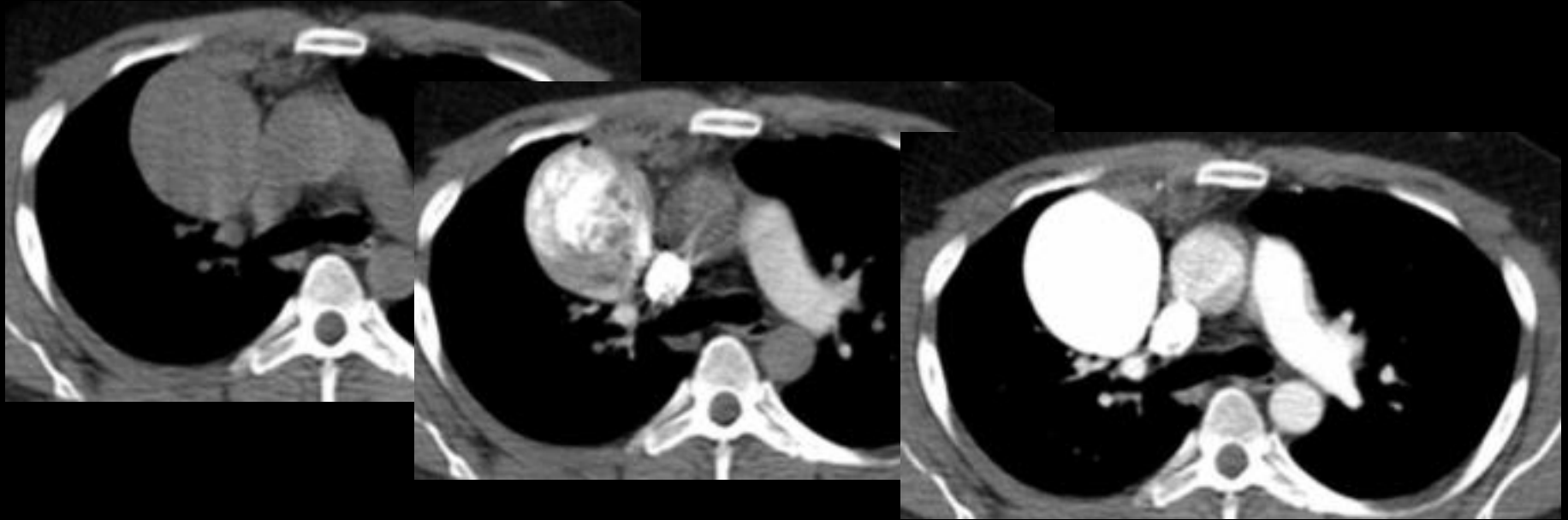
Embolisation de la veine thoracique interne par des coils via le sac anévrysmal
Stent non couvert de la VCS
Occlusion du collet anévrysmal par des coils à travers les mailles du stent
Approche préférée à un stent couvert de la VCS pour préserver la veine azygos



Saccular Aneurysm of Superior Vena Cava Treated with Percutaneous, Transcatheter Thrombin Injection

Tomasz Jargiello

Cardiovasc Intervent Radiol (2014)

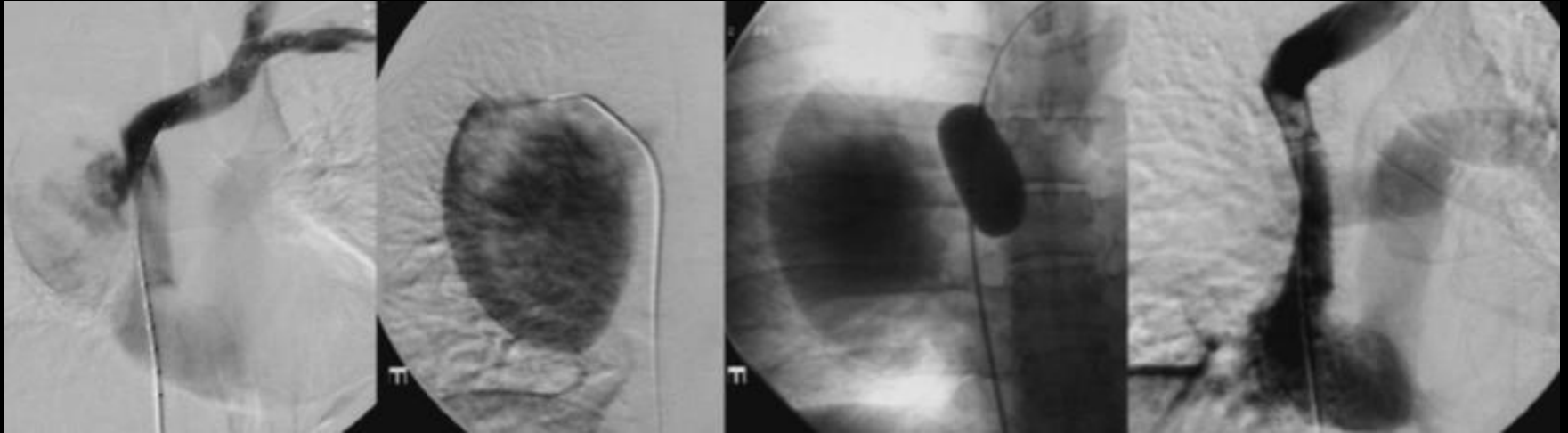


Patient de 24 ans, malformation vasculaire superficielle de la main et du thorax,
asymptomatique

Découverte à la RP d'une masse médiastinale droite => anévrisme de la VCS au scanner (RP 2 et
4 ans avant N)

Décision de ttt percutané devant le haut risque de la chirurgie (malformation vasculaire
pariétale) et du stent endovasculaire (collet trop proche de la confluence des veines
brachiocéphaliques, risque de migration)

Saccular Aneurysm of Superior Vena Cava Treated with Percutaneous, Transcatheter Thrombin Injection



3 mois : exclusion complète
mais petite progression de taille



12 mois : nette régression

Occlusion de la VCS par un ballonnet le temps d'injecter la thrombine dans l'anévrisme (3s)
Thrombine : enzyme participant à la formation de fibrine et à l'agrégation plaquettaire

Anévrismes de la VCS

- Très rare, environ 35 cas dans la littérature, 1^{er} en 1949, plus de fusiformes que de sacciformes
- Etiologie : congénitale, post-traumatique, post-infectieux
- En général isolé, parfois associé à des hygromes kystiques, des angiomes, ou d'autres malformations vasculaires
- Le + souvent **asymptomatique**, découvert fortuitement sur une RP : élargissement du médiastin supérieur
- Parfois **dyspnée**, douleur thoracique (suspicion complication)

Anévrisme de la VCS

- Complications possibles (rares) : progression de taille rapide, thrombose, obstruction veineuse, EP, rupture, paralysie hémidiaphragmatique

Saccular Aneurysm of the Superior Vena Cava Detected by Computed Tomography and Successfully Treated With Surgery

Kazimierz Gozdzik et al., Ann Thorac Surg 2004

Giant saccular superior vena cava aneurysm—a rare and difficult clinical case, Dariusz Janczak et al., J Thorac Dis 2016

Anévrismes de la VCS

- Traitement variable :
 - Anévrisme fusiforme : **surveillance**, anticoagulation au long cours (prévention thrombose/EP) ou juste **antiagrégation plaquettaire**
 - Anévrisme sacciforme : ttt variable, **surveillance si < 4cm, antiagrégants**, anticoagulation + discutée car risque + important de rupture, chirurgie préventive (CEC) ou si grossit/thrombose/symptomatique, bons résultats, alternative : traitement percutané par injection de thrombine si petit collet, ou traitement endovasculaire

Saccular Aneurysm of the Superior Vena Cava Detected by Computed Tomography and Successfully Treated
Kazimierz Gozdzik et al., Ann Thorac Surg 2004

Giant saccular superior vena cava aneurysm—a rare and difficult clinical case, Dariusz Janczak et al., J Thor