

Kyste hydatique du cœur. A propos d'un cas

| DR S.M SEHAB

Résumé :

L'hydatidose est une pathologie cosmopolite due au développement de la larve d'un petit ténia appelé *Echinococcus granulosus*. Bien que la localisation cardiaque soit rare on en dénombre de nos jours plusieurs cas. L'échocardiographie cardiaque et l'imagerie médicale mettent en évidence la collection liquidienne et précisent également sa topographie exacte au niveau du cœur et ses rapports avec le muscle cardiaque et les tissus avoisinants.

INTRODUCTION :

L'évolution insidieuse du kyste hydatique du cœur explique sa latence clinique entraînant un retard diagnostique et thérapeutique pouvant aboutir à des complications sévères voir fatales.

Nous rapportons le cas d'un jeune âgé de 28 ans opéré avec succès d'un kyste hydatique du ventricule gauche qui s'est développé au niveau de la jonction auriculo-ventriculaire refoulant les vaisseaux du cœur (artère circonflexe et ces branches).

Observation

Il s'agit de monsieur A.B âgé de 28 ans sans antécédents particuliers qui a consulté pour des douleurs thoraciques associées à une dyspnée d'effort apparue il y a quelque mois ; l'examen clinique était sans anomalie la radiographie du thorax montre une opacité para cardiaque gauche (figure 1), à l'ECG on note la présence de trouble de repolarisation avec une hypertrophie ventriculaire gauche.

L'échocardiographie trans-thoracique révèle la présence d'une formation kystique à coque épaisse de 63mm/52mm siégeant au niveau de la jonction auriculo-ventriculaire comprimant la base d'insertion de la grande valve mitrale (figure2).

Au scanner thoracique, on confirme l'existence de la formation kystique développé dans la paroi ventriculaire gauche atteignant la jonction auriculo-ventriculaire refoulant les vaisseaux coronaire vers l'extérieur.



Figure2: formation hyperechogène à l'échocardiographie trans thoracique

Son contenu est liquidien homogène uni loculé à paroi visible régulière non rehaussé et non calcifié évoquant un aspect compatible avec un kyste hydatique du cœur stade I de GHARBI (figure 3).

Nous complétons notre recherche diagnostique par une sérologie hydatique qui est revenue positive.

Le bilan d'extension de la maladie hydatique a révélé la présence d'un kyste hydatique du foie stade I de GHARBI non compliqué au niveau du segment V.

Nous préconisons de réaliser une enquête familiale à la recherche d'autre membre de la famille atteint de la maladie hydatique.



Figure1: opacité para cardiaque gauche à la radiographie thoracique



Figure3: aspect TDM du kyste hydatique du cœur.



Figure 4: double localisation cardiaque et hépatique.

Le patient a été opéré sous circulation extracorporelle établie entre l'aorte ascendante et les deux veines caves ; l'exploration macroscopique per opératoire on découvre la présence d'une masse kystique au niveau de la paroi postéro-latérale du ventricule gauche qui a des rapports intime avec l'artère circonflexe et ces branches en refoulant celle-ci vers l'extérieur (figure 5) ;

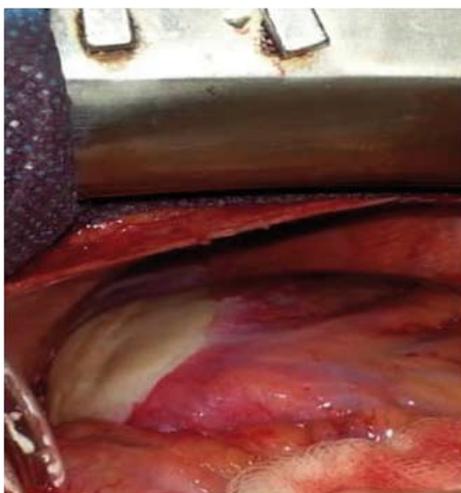


Figure 5: vue per opératoire du kyste sur la paroi postéro-latérale du VG.

Le champ opératoire est protégé par des compresses imbibées de sérum salé hypertonique de 10 à 30 % l'intervention consiste à la réalisation d'une ponction aspiration du kyste qui sera ensuite stérilisé par du sérum salé hypertonique puis on procède à l'extraction de la membrane prolifère et à la résection du dôme saillant du kyste (pourtour du kyste) en faisant attention aux vaisseaux coronaire du cœur on termine par un capitonnage de la cavité résiduelle.

L'évolution post opératoire était simple, aucune récurrence n'a été identifiée à 6mois. Le patient a été adressé en chirurgie viscérale pour traitement du kyste hydatique du foie.

Discussion

L'hydatidose cardiaque est une pathologie rare (0,5 à 2 %) de l'ensemble des localisations hydatiques [1]. (Surtout hépatique et pulmonaire). Le ventricule gauche en est la localisation dominante (60 %). En effet, l'importante masse musculaire et la riche vascularisation du ventricule gauche expliquent la prédominance du kyste hydatique à ce niveau [1].

Le kyste hydatique du cœur peut être isolé (65 %) ou associé à d'autres atteintes viscérales (35 %), surtout hépatiques ou pulmonaires [2]. Les circonstances de découverte sont variées, de la latence clinique à la rupture intra péricardique à l'origine de tamponnade La symptomatologie est variable suivant le stade évolutif du kyste, son siège par rapport aux orifices valvulaires et au tissu de conduction, et sa localisation dans le cœur droit ou gauche [8].

Le kyste se développe dans le temps et peut se présenter sous forme d'une embolisation systémique, cérébrale ou pulmonaire, ou une obstruction valvulaire [3]. L'ECG est anormal dans 40 % des cas sous forme de trouble de repolarisation et de troubles de conduction. La sérologie hydatique est positive dans 50 % des cas, sa négativité n'éliminant pas le diagnostic.

L'ETT est l'examen de référence montrant un kyste uni- ou multi vésiculaire, avec un aspect hypoéchogène cerné d'une coque dense hyperéchogène [4]. Le scanner ou l'IRM permettent d'éliminer les autres diagnostics. Le traitement chirurgical en est la référence.

La chirurgie à cœur fermé concerne les kystes isolés sous épicaudiques non compliqués, mais la chirurgie sous CEC est l'attitude retenue permettant de réaliser un geste d'exérèse le plus complet possible [5]. La kystectomie, la périkystectomie et le capitonnage de la cavité donnent les meilleures chances de guérison [6]. Une sérologie hydatique tous les 2 mois pendant 2 ans est justifiée pour détecter une éventuelle récurrence.

CONCLUSION

L'hydatidose est un véritable fléau en Algérie où toutes les localisations peuvent se voir ; l'atteinte du cœur est rare. Elle est grevée de complications potentiellement graves. La rupture endocavitaire avec embolisation systémique et/ou pulmonaire est la complication inéluctable de l'échinococcose du cœur. La gravité de cette localisation nécessite sa recherche par échocardiographie systématique chez tout patient atteint ou suspect d'hydatidose ainsi qu'une cure chirurgicale sous circulation extracorporelle.

RÉFÉRENCES

- 1.Mrad D, tlili K, Ly m et al.Profil radioclinique du kyste cardiopéricardique à propos de 17 cas. Ann Cardiol Angiol 2000 ; 49 : 414-22.
- 2.Jerbi s, Kortas c, Dammak s, Hamida N, Ennabli K. Les kystes hydatiques cardiopéricardiques à propos de 19 cas Tunis. Medecine 2004; 82 (Suppl 01): 152-7
- 3.Abid A, ben Omrane s, Kaouel K et al.Intracavitary cardiac hydatid cyst. Cardiovasc Surg 2003 ; 11 : 521-5
- 4.Klodos E, roger V, miller F, Vitz JP, Danielsou GF, Edwards W.Cardiac echinococcosis: case report of unusual echocardiographic appearance. Mayo Clin Proc 1995 ; 70 : 657-61.
- 5.Uddin MU, Sanyal L, Othman B, et al. Surgical management of echinococcus of the heart. J Cardiovasc Surg (Torino) 2004 ; 41 : 571-4.
- 6.Kaplan m, Demirtas m, cimen s, Ozler A.Cardiac cysts with intracavitary expansion. Ann Thorac Surg 2001 ; 71 : 1587-90