



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

Annales de Cardiologie et d'Angéiologie xxx (2017) xxx–xxx

**Annales de
cardiologie
et d'angéiologie**

Fait clinique

Le kyste hydatique du cœur. Quelle modalité d'imagerie pour un diagnostic précis ?

Cardiac hydatid cyst. Which imaging modality for an accurate diagnosis?

A. Ben Khalfallah^{a,b,*}, H. Ben Slima^{a,b}

^a Faculté de médecine de Tunis, université de Tunis El Manar, 1007 Tunis, Tunisie

^b Service de cardiologie, hôpital De Menzel Bourguiba, 7050 Bourguiba, Tunisie

Reçu le 26 novembre 2015 ; accepté le 21 décembre 2016

Résumé

L'échinococcose cardiaque est rare. Son évolution spontanée est grave du fait du risque de rupture. Ses manifestations cliniques sont variables, souvent latentes et trompeuses. Le diagnostic est évoqué parfois par la radiographie thoracique. Il est beaucoup facilité grâce aux moyens d'imagerie non invasive en particulier l'échocardiographie transthoracique (ETT) et transœsophagienne (ETO), la tomодensitométrie thoracique et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Cette dernière par le biais d'une analyse morphologique et topographique précise le diagnostic du kyste hydatique, et ses rapports avec le muscle cardiaque et avec les tissus avoisinants. Grâce à l'analyse fonctionnelle en mode ciné des mouvements du kyste par rapport à la paroi cardiaque, elle confirme son caractère fixe ou libre dans les cavités cardiaques, détermine sa zone d'insertion, sa déformabilité, son risque de rupture et son retentissement sur la contraction myocardique. Notre observation permet d'illustrer l'apport respectif de ces différentes techniques d'imagerie et leurs contributions respectives pour l'identification du KH, de sa paroi, de son contenu, de ses rapports avec les différentes tuniques et cavités cardiaques et de ses rapports avec les poumons et le médiastin.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Kyste hydatique du cœur ; Échocardiographie ; Tomodensitométrie ; Imagerie par résonance magnétique

Abstract

Cardiac echinococcosis is rare. Its spontaneous course is serious because of the risk of rupture. Its clinical manifestations are variable, often latent and misleading. The diagnosis is sometimes referred to by chest radiography. It is much facilitated by non-invasive imaging techniques in particular transesophageal and transthoracic echocardiography, CT scan and magnetic resonance imaging. The latter through a morphological and topographical analysis accurate diagnosis of hydatid cyst and its relationship to cardiac muscle and surrounding tissue. Through functional analysis in cine cyst movements relative to the heart wall, it confirms its free or fixed character in the heart chambers, determines its insertion area, its deformability, the risk of rupture and its impact on myocardial contraction. Our case illustrates the relative contribution of these different imaging techniques and their respective contributions to the identification of hydatid cyst of its wall, its contents, its relationship with the various tunics and heart chambers and its relations with the lungs and mediastinum.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Cardiac hydatid cyst; Echocardiography; CT scan; Magnetic resonance imaging

1. Introduction

Le kyste hydatique (KH) est une anthroponose due au développement chez l'homme de la larve d'*Echinococcus granulosus*. L'hydatidose sévit en particulier dans le

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : benkhalallah@planet.tn (A. Ben Khalfallah).

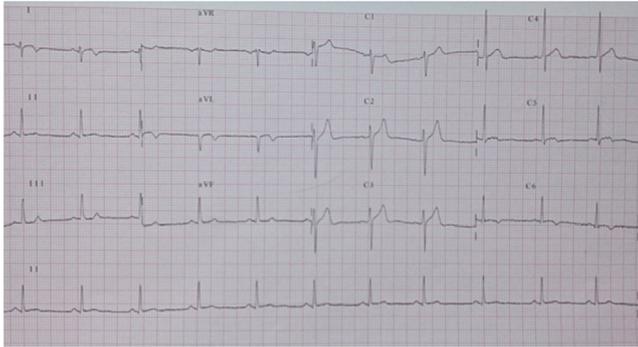


Fig. 1. ECG enregistré un rythme sinusal avec des troubles de la repolarisation de type ischémie sous-épicaudique dans le territoire antérolatéral.

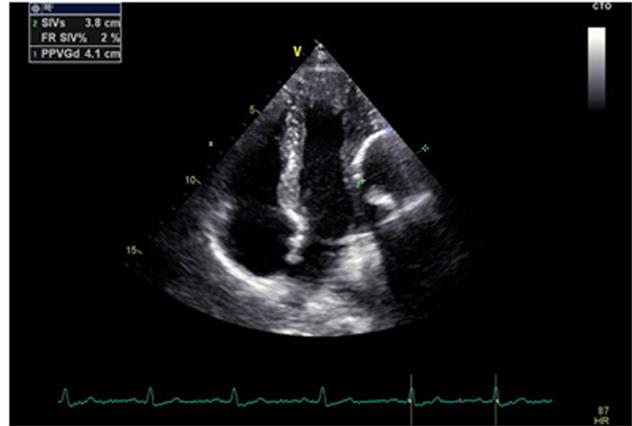


Fig. 3. ETT : structure liquidienne arrondie mesurant 45 × 38 mm de diamètre para-cardiaque gauche contractant des rapports étroits avec la paroi antérolatérale du ventricule gauche (VG). Cette structure a des parois épaissies calcifiées. Le Doppler ne signale pas de flux dans la cavité. Les cavités cardiaques sont normales, il n'y a pas de lésions valvulaires, ni d'anomalies de la cinétique segmentaire. La fraction d'éjection globale est évaluée à 72 %.

bassin méditerranéen en particulier d'Afrique du Nord mais aussi en Amérique latine, en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Europe centrale. La Tunisie (15 cas/100 000 habitants) et le Maroc (7,2/100 000) sont réputés parmi les pays à forte endémicité hydatique [20].

Nous rapportons un nouveau cas de KH de localisation cardiaque chez un jeune homme de 32 ans. L'objectif de notre observation est d'illustrer les aspects, en imagerie, des KH cardiaques et de préciser l'apport de ces techniques dans la précision du siège du kyste, de sa nature et de ses rapports avec le myocarde et avec le réseau coronarien.

2. Observation

M. S. âgé de 32 ans, originaire d'un milieu rural, a consulté pour des douleurs précordiales d'effort évoluant depuis plusieurs mois. Son examen clinique est strictement normal. Son ECG a enregistré un rythme sinusal avec des troubles de la repolarisation de type ischémie sous-épicaudique dans le territoire antérolatéral (Fig. 1). La radiographie du thorax a montré une silhouette cardiaque de taille normale avec une structure ovalaire à contour calcifié se projetant sur le bord gauche du cœur déformant l'arc inférieur gauche (Fig. 2a). La radio-cinéma du cœur confirme la présence d'une structure ovalaire à parois calcifiées

greffée sur le bord gauche du cœur et mobile avec lui (Fig. 2b). Le bilan biologique note l'absence d'hyper-éosinophilie. La CRP est normale. Les enzymes sont normales et les troponines I négatives. La sérologie parasitaire effectuée par la méthode quantitative d'hémagglutination est négative avec une valeur inférieure à 1/80.

L'ETT (Fig. 3) montre une structure liquidienne arrondie mesurant 4,5 × 3,8 mm de diamètre, para-cardiaque gauche contractant des rapports étroits avec la paroi antérolatérale du ventricule gauche (VG). Cette structure a des parois épaissies calcifiées. Le Doppler ne signale pas de flux dans la cavité. Les cavités cardiaques sont par ailleurs normales : il n'y a pas de lésions valvulaires, ni d'anomalies de la cinétique segmentaire. La fraction d'éjection globale est évaluée à 72 %. L'ETO (Fig. 4) confirme les données de la voie transthoracique. Elle précise le siège para-cardiaque gauche de la masse kystique qui refoule la paroi latérale du VG, son contenu liquidien et les calcifications

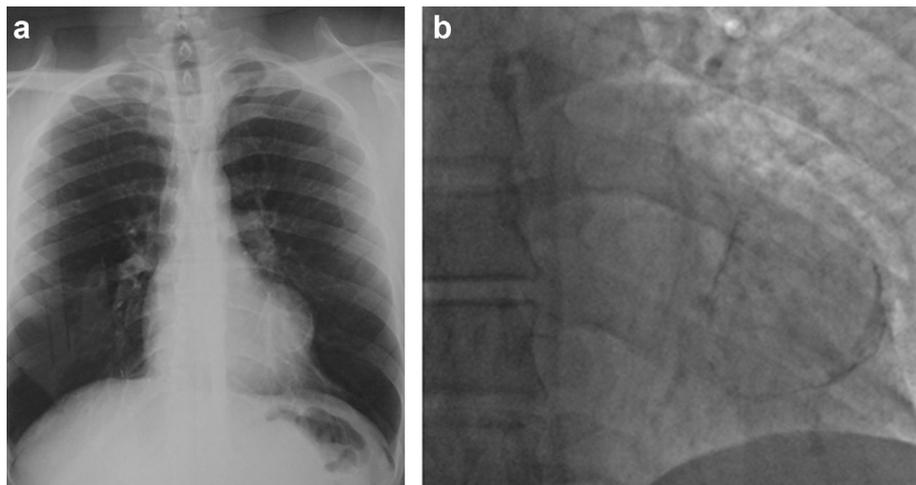


Fig. 2. a : structure ovalaire à contour calcifié se projetant sur le bord gauche du cœur déformant l'arc inférieur gauche ; b : radio-cinéma : structure ovalaire à parois calcifiées se projetant sur le bord gauche de la silhouette cardiaque.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5596486>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5596486>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)