



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Compression cardiaque d'origine hydatique

Cardiac compression of hydatid origin

I. Bouassida^a, C. Pricopi^{a,*}, G. Mangiameli^a,
A. Arame^a, J.B. Auliac^b, B. Gorbatai^b,
M. Riquet^a, F. Le Pimpec Barthes^a

^a Service de chirurgie thoracique, université Paris-Descartes, hôpital
Européen-Georges-Pompidou, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France

^b Service de pneumologie, centre hospitalier François-Quesnay, 2, boulevard Sully, 78200
Mantes-La-Jolie, France

MOTS CLÉS

Kyste ;
Hydatidose ;
Échinococcose ;
Péricarde

Résumé

Introduction. – La maladie hydatique cardiaque est rare et touche 0,5 à 2 % des patients atteints d'hydatidose. L'hydatidose intrapéricardique isolée est quant à elle extrêmement rare.

Observation. – Nous rapportons le cas d'une jeune femme souffrant de compression cardiaque due à de multiples kystes hydatiques primaires intrapéricardiques. Depuis un an, elle présentait une altération progressive de l'état général, une dyspnée, des sueurs et une perte de poids de 8 kg. Un élargissement du médiastin était visible sur la radiographie du thorax. La tomodensitométrie, l'échocardiographie et l'IRM dynamique montraient des kystes médiastinaux multiples avec un effet de masse sur le cœur et le tronc de l'artère pulmonaire. La taille de l'artère pulmonaire principale était réduite à 5 mm de diamètre et la veine pulmonaire supérieure droite était presque oblitérée par des kystes postérieurs. Les fractions d'éjection ventriculaire droite et gauche étaient estimées à 34 %. Une résection complète par sternotomie des kystes a été effectuée. L'intervention chirurgicale fût difficile techniquement, en raison d'un processus inflammatoire local majeur. Les résultats postopératoires après un épisode initial d'embolie pulmonaire localisée étaient finalement satisfaisants.

Conclusion. – L'hydatidose peut entraîner une atteinte cardiaque sévère. Ces formes rares de maladie hydatique doivent être connues, même dans les régions non endémiques, par les chirurgiens en raison de l'importance des flux migratoires actuels.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pricopiciprian@yahoo.com (C. Pricopi).

KEYWORDS

Mediastin cyst;
Hidatidosis;
Echinococcosis;
Pericardium

Abstract

Introduction. — Cardiac hydatid disease is uncommon and occurs in 0.5 to 2% of patients with hydatidosis. Isolated intrapericardial hydatid cystic disease is extremely rare.

Observation. — We report the case of a young woman with cardiac compression due to multiple primary intrapericardial hydatid cysts. Since 1 year, she had gradual general health deterioration including dyspnoea, sweats and weight loss of 8 kg. A widening of the mediastinum was observed on chest X-ray. The CT-scan, echocardiography and the dynamic IRM showed multiple mediastinal cysts with mass effect on the heart and main pulmonary artery. The size of the main pulmonary artery was reduced to 5 mm in diameter and the right upper pulmonary vein was nearly closed by posterior cysts. The right and left ventricular ejection fractions were estimated at about 34%. A complete resection of the cysts was performed by sternotomy. The surgical procedure was technically difficult because of major local inflammatory process. The postoperative outcome after an initial pulmonary embolism event was finally favourable.

Conclusion. — Hydatidosis can lead to severe cardiac involvement. These rare forms of hydatid cystic disease must be known even in non endemic regions by surgeons because of increasing mobility of the world's population.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

L'hydatidose est une maladie endémique de certaines régions du globe. Elle est due au développement de la forme larvaire d'*Echinococcus granulosus*. Les organes les plus souvent atteints sont le foie (50%–70%) et le poumon (20–30%) [1]. L'hydatidose cardiopéricardique est extrêmement rare. Seuls de petites séries de maladies hydatiques cardiaques et d'hydatidose primaire du péricarde ont été publiés dans la littérature. Nous rapportons un cas d'hydatidose primaire diffuse intrapéricardique révélé par une importante compression du cœur et des gros vaisseaux.

2. Cas clinique

Une femme roumaine de 21 ans présentait une dyspnée d'installation progressive, depuis un an associée à une perte de poids de 8 kg, des sueurs nocturnes et des douleurs thoraciques. Sur la radiographie thoracique il existait un élargissement du médiastin ainsi qu'une condensation du lobe supérieur droit. Une hyperleucocytose (13000/ml) sans hyperéosinophilie a été identifiée par le bilan biologique. La sérologie hydatique était négative.

Plusieurs volumineux kystes médiastinaux entraînant une compression des cavités cardiaques ainsi qu'un rétrécissement important du tronc de l'artère pulmonaire et de sa branche droite étaient visualisés sur la tomodensitométrie (TDM) thoracique (Fig. 1). S'y associaient des opacités interstitielles des lobes supérieur droit et moyen mais aucune lésion hépatique n'était retrouvée.

L'échocardiographie transthoracique couplée aux clichés dynamiques par imagerie en résonance magnétique nucléaire (IRM) révélait une sténose majeure du tronc de l'artère pulmonaire ne mesurant plus que 5 mm de

diamètre. Cette sténose était secondaire à un kyste localisé dans la fenêtre aorto-pulmonaire. Un agglomérat kystique de six centimètres multiloculaire était situé sur la paroi inférieure du ventricule gauche associée à de multiples kystes uniloculaires en contact avec les autres cavités cardiaques (Fig. 2). Toutes ces lésions rétrécissant les cavités ventriculaires cardiaques entraînaient une importante diminution de la fraction d'éjection des ventricules gauche (FEVG 34%) et droit (FEVD 35%). La veine pulmonaire supérieure droite était comprimée, quasi obstruée, expliquant les opacités pulmonaires dans ce territoire directement liées à cette gêne au retour veineux.

Le tableau clinique et l'imagerie étaient évocateurs d'hydatidose médiastinale primaire. Un traitement par Albendazol® a immédiatement été débuté suivi d'un traitement chirurgical. L'exérèse des kystes a été réalisée par sternotomie. En peropératoire, nous avons pu confirmer que tous les kystes étaient intrapéricardiques (Fig. 3). Après protection de l'ensemble du champ opératoire par des champs imbibés de sérum salé hypertonique à 20%, les kystes ont été ponctionnés puis réséqués. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de kystes hydatiques. Le traitement par Albendazole® a été maintenu pendant 3 mois.

Les suites opératoires étaient marquées par la survenue d'une embolie pulmonaire lobaire localisée, résolutive sous traitement anticoagulant. Les suites ont été simples sur le plan chirurgical. À sa sortie de l'hôpital, la patiente était asymptomatique sur le plan respiratoire. Une quasi normalisation de la radiographie thoracique était observée avec une silhouette cardiaque normale et une nette régression des opacités pulmonaires droites (Fig. 4). Sur l'examen de contrôle par TDM fait à un mois postopératoire, il n'y avait aucun kyste hydatique persistant et toutes les opacités des lobes supérieurs droit et moyen avaient disparu. Un contrôle à 8 mois par TDM confirmait l'absence de récurrence.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8958023>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8958023>

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