

Extraction complète d'une membrane hydatique par fibroscopie bronchique

S. BOUSNINA (1), I. ZENDAH (1), K. MARNICHE (1), H. RACIL (1), E. HASSINE (1), F. EL MEZNI (2), A. CHABBOU (1)

(1) Service de Pneumologie, (2) Service d'Anatomie Pathologique, Hôpital de Pneumo-Physiologie Abderrhman-Mami, 2080 L'Ariana/Tunis, Tunisie.

RÉSUMÉ

Le kyste hydatique du poumon est une pathologie fréquente en Tunisie. Le diagnostic repose essentiellement sur l'imagerie, et le traitement est chirurgical dans la majorité des cas.

Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 74 ans, tabagique à 11 paquets-année, présentant une toux avec des expectorations muco-purulentes, parfois hémoptoïques. La radiographie thoracique montrait une opacité hétérogène, mal limitée, du tiers supérieur du champ pulmonaire gauche, persistant sous antibiotiques. La fibroscopie bronchique retrouvait une membrane hydatique au niveau de la bronche lobaire supérieure gauche, aspirée dans sa totalité. Une radiographie de contrôle réalisée après la fibroscopie notait une nette régression de l'image radiologique. Le scanner thoracique concluait à une cavité résiduelle lobaire supérieure gauche avec dilatation des bronches, et l'indication chirurgicale n'était pas retenue.

Le traitement des kystes hydatiques pulmonaires par une endoscopie demeure un événement rare, et notre observation est originale par sa forme radiologique atypique et par le fait que la fibroscopie ait été « thérapeutique ».

Mots-clés : Kyste hydatique. Fibroscopie bronchique. Traitement.

SUMMARY

Complete extraction of a hydatid membrane by bronchial fibroscopy

Pulmonary hydatid cyst is exceptional in our country. The diagnosis is generally established on the basis of imaging. Surgical treatment is indicated in most patients.

We report a case of pulmonary hydatid cyst in a 74-year-old smoker (11 package-years) who presented cough with mucopurulent expectoration and occasional hemoptysis. The chest x-ray demonstrated a poorly delimited heterogeneous opacity in the upper third of the left lung which persisted after antibiotic therapy. Bronchial fibroscopy revealed a hydatid membrane in the left superior bronchus which was totally removed by aspiration. A control radiography after the fibroscopy demonstrated a clear regression of the opacity. A thoracic CT-scan was performed and revealed a residual cavity in the left upper lobe with bronchial dilatation. The indication for surgery was not retained.

Treatment of pulmonary hydatid cyst by endoscopy is an exceptional event. Our exceptional case illustrates an atypical radiological presentation and the use of "therapeutic" fibroscopy.

Key-words: Hydatid cyst. Bronchial fibroscopy. Treatment.

Le kyste hydatique est une pathologie encore endémique en Tunisie malgré les efforts mis en œuvre pour l'éradiquer. Le kyste hydatique du poumon (KHP) dans sa

forme typique ne nécessite pas de fibroscopie bronchique pour poser le diagnostic, et le traitement admis est la chirurgie. Cependant, des formes trompeuses peuvent se rencontrer, et l'examen endoscopique peut découvrir la membrane hydatique. Son extraction per-endoscopique demeure un événement rare et, plus encore, la guérison complète par ce moyen.

OBSERVATION

M. C. A... était âgé de 74 ans, tabagique à 11 paquets-année, agriculteur de profession. Il présentait, depuis 5 ans, une toux avec expectorations blanchâtres, associée à quelques épisodes de fièvre avec frissons, anorexie et amaigrissement. Quatre jours avant son admission, il avait présenté des crachats hémoptoïques.

A l'examen physique, le patient était apyrétique, en bon état général ; les conjonctives étaient normalement colorées, la tension artérielle était à 140/90 mmHg et le pouls à 80 batt/min. Le rythme respiratoire était à 20 cycles/min, et il existait des râles crépitants au sommet du poumon gauche.

La radiographie du thorax (*figure 1*) mettait en évidence une opacité hétérogène, mal limitée, occupant le tiers supérieur du champ pulmonaire gauche. L'examen cytobactériologique des crachats (ECBC) permettait d'isoler *Streptococcus pneumoniae* à une concentration supérieure à 10^4 UFC/ml. La recherche de BAAR dans les crachats était négative. Le bilan biologique sanguin montrait une hémoglobine à 11,1g/dl, des globules blancs à $8\ 100$ éléments/ mm^3 et une vitesse de sédimentation à 45 mm à la première heure.

Le diagnostic de pneumopathie infectieuse était retenu et le patient mis sous antibiothérapie pendant 15 jours. Devant l'absence d'amélioration radiologique, un cancer broncho-pulmonaire était suspecté, et une fibroscopie bronchique était réalisée, permettant de visualiser une bronche lobaire supérieure gauche totalement obstruée par une membrane blanchâtre : celle-ci était aspirée au

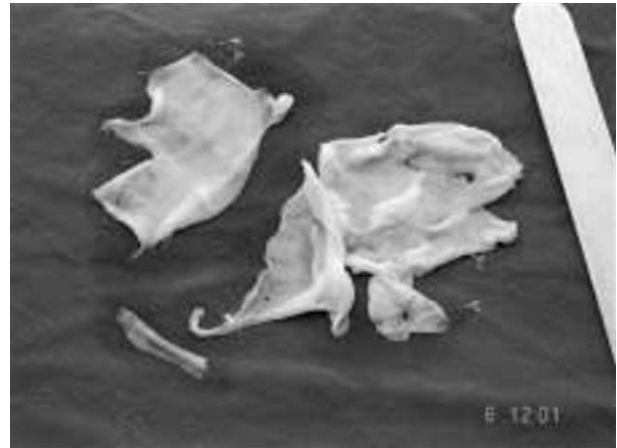


Fig. 2. — Membrane hydatique extraite.

fibroscope et extraite en totalité à la suite d'un effort de toux (*figure 2*). L'examen anatomo-pathologique de la membrane extraite confirmait son origine hydatique.

L'évolution était marquée, sur le plan clinique, par la diminution du volume des crachats, la disparition des hémoptysies, ainsi qu'une apyrexie durable. La radiographie de contrôle du thorax (*figure 3*) montrait une nette régression de l'opacité. La tomодensitométrie thoracique (*figure 4*) mettait en évidence une rétraction du culmen qui était le siège d'une cavité aérique, atone, déshabillée, de contours réguliers, à paroi fine, mesurant dans ses plus grands axes environ $40 \times 18 \times 40$ mm, ainsi que des opacités en bandes et des foyers de condensation parenchymateuse rétractile avec dilatation des



Fig. 1. — Radiographie thoracique de face. Opacité du tiers supérieur du champ pulmonaire gauche.



Fig. 3. — Radiographie thoracique de face. Régression de l'opacité pulmonaire gauche.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9284429>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9284429>

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