

Hydatidose cardio pulmonaire compliquée d'une hémoptysie grave :

A propos d'un cas

A.Ouahchi, I.Touari, R.Direche, A.Djebbar

Service de pneumophthisiologie ; EPH -Batna

Introduction :

L'Hydatidose pulmonaire (H.P.) est une anthroponose cosmopolite due à la forme larvaire d'un Taenia du chien; Echinococcus granulosus.

Le poumon est l'organe le plus fréquemment atteint (15 - 30 %) après le foie (60-70 %). La localisation cardiaque est exceptionnelle, elle constitue 0,5 à 2 % des autres localisations.

Observation :

Le patient H.H âgé de 31 ans originaire et demeurant à Batna. Marié sans enfants, commerçant de profession. D'origine citadine, sans contact hydatidique évident admis dans notre service le 09/12/2015 pour la prise en charge d'une hémoptysie de grande abondance associée à une dyspnée au moindre effort.

Antécédents :

- Polykystose hydatidique pulmonaire et cardiaque ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale pour un kyste hydatidique (K.H.) interventriculaire : kystectomie avec capitonnage remontant à 5 années.
- Embolie pulmonaire et hospitalisation dans le service de cardiologie CHU batna, il y a 1 an.

L'examen clinique :

- Patient conscient, bien orienté dans le temps et l'espace
- Légère pâleur cutanéomuqueuse
- Dyspnée : FR= 24 cycles/min
- FC : 94 battements /min
- SaO₂ à l'air ambiant 92%
- TA : 110/70 mmHg
- Poids : 56 Kg
- Taille : 160 cm
- L'examen pleuro-pulmonaire et cardio vasculaire sans particularité.

Bilan biologique :

- Groupeage rhésus : O Rh+
- FNS : - GB : $7,9 \times 10^3$ /UL
- GR : $4,29 \times 10^6$ /UL
- Hb : **10,2 g/dl**
- Hte : 29,8 %
- Plaquettes : 290×10^3 /UL
- TP : 100% INR : 1,05
- VS : 24 mm
- CRP < 12 mg/L
- Recherche de BK : examen direct et culture négative
- Sérologie hydatidique : positive

Bilan radiologique :

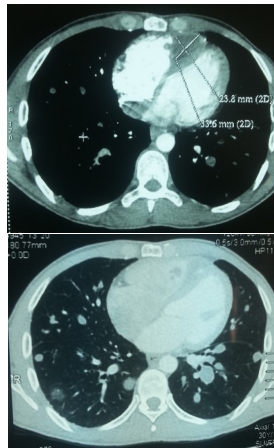
♦ **Radio du thorax** : des opacités pulmonaires multiples de diamètre variable, bilatérales réalisant un aspect en lâcher de ballon



♦ **Echographie abdominopelvienne** : Pas de localisation hépatique.

♦ **TDM thoracique** :

- H. P. bilatérale. K.H. du septum interventriculaire qui fait saillie dans la lumière du ventricule droit
- Embolie pulmonaire parasitaire segmentaire et sous segmentaire bilatérale avec des signes d'HTAP.

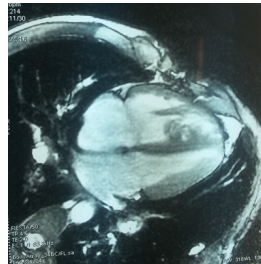


♦ Echocardiographie :

- Masse triangulaire intraventriculaire droit accolée à la portion moyenne du septum interventriculaire avec des petites clartés en son sein (capitonnage du premier kyste)
- Cavités droites dilatées
- HTAP à 80mmhg
- Ventricule gauche de bonne fonction systolique

♦ IRM cardiaque :

- K.H. intra-ventriculaire d'allure actif compliqué d'une embolie hydatidique passive bilatérale avec des signes d'HTAP



Prise en charge thérapeutique :

- Antibiothérapie par voie systémique (céphalosporine de 3^e génération)
- Hémostatique (Dicynone)
- Vasoconstricteur (Syntocinon)
- Transfusion sanguine

Discussion :

- ♦ L'hydatidose thoracique multiple avec atteinte cardiaque, associée à des localisations pulmonaires et intra-artérielle pulmonaire est exceptionnelle [1], elle est due à l'ouverture d'un K.H. primitif dans la circulation veineuse, notamment dans la veine cave inférieure. Les kystes peuvent alors migrer vers le cœur droit puis vers l'artère pulmonaire réalisant ainsi de véritables embolies hydatiques [2].
- ♦ La vomique hydatidique est le seul signe clinique spécifique. Son absence ne devrait pas éliminer le diagnostic d'hydatidose
- ♦ L'imagerie joue un rôle important dans l'orientation diagnostique et le bilan d'extension.
- ♦ La radiographie thoracique est souvent suffisante pour suspecter le diagnostic d'H.P. multiple, surtout lorsque les kystes sont à des stades différents (kystes pleins, fissurés, partiellement ou complètement vidés). Certains aspects sont même pathognomoniques comme l'aspect de membranes flottantes ou « en nœud ».
- ♦ TDM thoracique, est un examen sensible quant à la détection de kystes de petite taille et la détection d'autres localisations associées à l'HPM notamment cardiaque
- ♦ La sérologie hydatidique positive renforce le diagnostic d'hydatidose [3]. Celle-ci est positive dans 50 à 80 % des cas.

- ♦ La localisation cardiaque du K.H. est rare, elle est due au développement de la forme larvaire du *Taenia echinococcus* au niveau du cœur. Sa fréquence est estimée entre 0,5 et 2 % de l'ensemble des localisations hydatiques [3, 4].
- ♦ Les localisations les plus fréquentes sont le ventricule gauche (60 %), le septum interventriculaire (9-20 %), le ventricule et oreillette droite (4-17 %) avec possibilité d'extension vers les artères pulmonaires. L'atteinte vasculaire peut se compliquer d'une atteinte multiviscérale : pulmonaire avec une véritable embolie hydatique, ou extra-pulmonaire secondaire à une atteinte du cœur gauche puis de l'aorte avec une dissémination systémique [5].
- ♦ La symptomatologie clinique est variable suivant le nombre, le volume et le stade évolutif (fermé ou rompu) des kystes ainsi que le siège par rapport aux orifices valvulaires et au tissu de conduction et la localisation dans le cœur droit ou gauche. Le tableau clinique est souvent pauvre ou muet [3]. L'électrocardiogramme ne montre pas de signes électriques spécifiques. Il s'agit le plus souvent de troubles de repolarisation [6, 7].
- ♦ La TDM thoracique peut objectiver des formations de densité liquidienne intracardiaque et/ou intravasculaires [8].
- ♦ L'échocardiographie transthoracique permet un diagnostic anatomique et topographique précis et témoigne de la nature liquidienne des kystes [9, 10].
- ♦ L'IRM thoracique est une technique performante qui permet une meilleure analyse des différents constituants de la masse cardiaque et des gros vaisseaux. Elle permet le diagnostic des formes atypiques au scanner, des atteintes vasculaires et des formes pseudo tumorales.
- ♦ L'évolution spontanée du K.H. cardiaque est imprévisible, il peut involuer et se calcifier ou se rompre à tout moment et exposer le malades à des complications redoutables: la migration vers les artères pulmonaires et l'embolisation pulmonaire périphérique reste fréquente (70 % des cas).
- ♦ Le traitement d'une hydatidose cardiovasculaire est donc chirurgical. Le geste se déroule sous circulation extracorporelle, car elle permet une meilleure exploration du cœur et des vaisseaux et minimise le risque de dissémination peropératoire du parasite en cas d'effraction du kyste [10].
- ♦ La cure d'une atteinte pulmonaire peut être concomitante ou le plus souvent différée en un deuxième temps. Le pronostic dépend des structures atteintes et de la rupture ou non du kyste dans les cavités cardiaques.
- ♦ Les traitements antiparasitaires utilisés dans les essais publiés sont prescrits à des doses et des durées différentes. Il est donc difficile d'en apprécier les résultats. En l'absence de consensus, les résultats thérapeutiques sont très variables, le taux de réponse est estimé à 75 % mais de durée longue [7].

Conclusion :

Le kyste hydatidique du cœur est rare. L'atteinte cardiovasculaire survient à un stade tardif de la maladie. La rupture endocavitaire est grave. L'atteinte pulmonaire emboligène souvent associée est caractérisée par la multiplicité et la bilatéralité des kystes.

La gravité du pronostic justifie une cure chirurgicale systématique. La chirurgie sous circulation extracorporelle est la technique de choix.

Le risque accru de survenue de complications graves et les difficultés de prise en charge thérapeutique de ces formes rendent sévère leur pronostic d'où la nécessité de la prévention de la maladie

Bibliographie :

1. Racil H, Ben Amar J, El Filali Moulay R. Kystes hydatiques compliqués du poumon Rev Mal Respir 2009 ; 26 : 727-734
2. Ramos G, Orduña A, Garcia-Yuste M. Hydatid cyst of the lung: diagnosis and treatment World J Surg 2001 ; 46 : 46-57
3. Mzabi R, Dziri C. Les échinococcoses extra-hépatiques : diagnostic et traitement Rev Prat 1990 ; 40 : 220-224
4. Boujnan M.R, Langar J., Rokbani L. Kyste hydatique du cœur, particularités diagnostiques et évolution La Tunisie médicale 1990 ; 68 : 221-223
5. Jaafari A, Nedja F, Boukhriss B. Embolie pulmonaire hydatidique fatale : à propos de deux observations Ann Cardiol Angeiol 2009 ; 58 : 125-128
6. Macedo A.J, Magalhães M.P, Tavares N.J. Cardiac hydatid cyst in child Pediatr Cardiol 1997 ; 18 : 226-228
7. Afif H, Aichane A, Trombati N, et al. Hydatidose pulmonaire multiple en lâcher de ballons avec localisation cardiaque Rev Mal Respir 2000 ; 17 : 697-699
8. Khannoum M, Ferretti G, Ranchoup Y, et al. Hydatidose intrathoracique, apport de la tomodensitométrie. À propos de 25 observations J Radiol 1993 ; 74 (11) : 541-548
9. Hermitage A, Plainfosse M.C, Merrans S.L, et al. Place de l'échographie dans le diagnostic de cinq kystes hydatiques du cœur Ann Radiol 1983 ; 26 : 648-654
10. Orhane G, Ozyay B, Tartan Z. Chirurgie des kystes hydatiques cardiaques, trente-neuf ans d'expérience Ann Cardiol Angeiol 2008 ; 57 : 58-61
11. Mzabi R, Dziri C. Les échinococcoses extra-hépatiques : diagnostic et