Kyste hydatique cardiaque rompu dans le péricarde compliqué de tamponnade : à propos d'un cas

Cardiac hydatidic cyst ruptured in the pericardium complicated tamponade. A case report

Redha Lakehal, Soumaia Bendjaballah, Radouane boukarroucha, Farid Aimer, Rabeh Bouharagua, Amine Amrous, Khacha Khaled, Baya Aziza, Abdelmalek Bouzid

Service de Chirurgie Cardiaque,
EHS Dr Djaghri Mokhtar,
Constantine – Algérie.

Correspondance à :
Redha LAKEHAL
lakehal.redha@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2020.7112>

Historique de l'article :

Reçu le 4 octobre 2019
Accepté le 29 mars 2020
Publié le 02 mai 2020

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

Introduction. La localisation cardiaque de la maladie hydatique est rare (< 3%) même dans les pays endémiques. C'est une affection caractérisée par une longue tolérance fonctionnelle et un grand polymorphisme clinique et para clinique. L'hydatitose cardiaque est grave à cause du risque de rupture imposant une chirurgie semi urgente. Le diagnostic repose sur la sérologie et l'échocardiographie. Le but de cette observation est de montrer un cas de rupture d'un kyste hydatique du ventricule gauche dans le péricarde donnant un tableau de tamponnade. **Observation.** Nous rapportons l'observation un homme âgé de 22 ans présentant un tableau de tamponnade avec turgescence des veines jugulaires et orthopnée suite à la rupture brutale du kyste hydatique du VG dans le péricarde. En préopératoire : dyspnée stade II de la NYHA. Radiographie pulmonaire : ICT : 0,65. ECG : RRS. Echocardiographie : épanchement péricardique compressif avec collapsus de l'OD, compression du VD, présence d'image kystique de la paroi postéro-inférieure du VG rompu dans le péricarde avec images écho gènes intra péricardique VG : 59/37 mm, VD : 18 mm, FE : 75%. TDM thoracique : KHC rompu dans le péricarde. Le patient a subi une ponction évacuatrice avant l'intervention chirurgicale. L'exploration per opératoire : épanchement péricardique de grande abondance avec liquide eau de roche, membrane kystique flottant en intra péricardique ainsi que les vésicules filles. Le geste : prélèvement péricardique, ablation de la membrane et les vésicules filles, stérilisation par du sérum salé hypertonique de la cavité péricardique et la cavité kystique résiduelle et enfin résection d'une partie du péri kyste et capitonnage de la cavité résiduelle. Les suites post opératoires étaient simples. **Conclusion.** Les progrès de l'imagerie font de l'échographie l'examen de choix dans la détection du kyste hydatique du cœur. L'indication opératoire est formelle dans tous les cas du kyste du cœur car l'évolution spontanée est mortelle à plus ou moins brève échéance. En fait le véritable traitement de la maladie parasitaire et sa prophylaxie la lutte contre l'échinococcose repose sur des mesures de prévention.

Mots-clés : Kyste hydatique du cœur, *Echinococcose granulosa*, circulation extracorporelle, prévention.

ABSTRACT

Introduction. Cardiac location of the hydatid disease is rare (<3%) even in endemic countries. It is an affection characterized by a long functional tolerance and a great clinical and lab polymorphism. Cardiac hydatitosis is a serious condition because of the risk of rupture imposing an urgent semi surgery. Diagnosis relies on serology and echocardiography. The aim of this observation is to show one of the fatal complications of this affection. **Case report.** We report the case of a 22-year-old male patient, presenting with tamponade with turgidity of the jugular veins and orthopnea following the brutal rupture of the hydatid cyst of the LV in the pericardium. Preoperative data: dyspnea stage II of the NYHA. Pulmonary radiography: CTI at 0.65. ECG: RSR. Echocardiography: Compressive pericardial outpouring with collapse of the RA, compression of the RV, cystic presence of image of the wall postero-inferior of the LV broken in the pericardium with echoic images will intra pericardial, LV: 59/37 mm, RV: 18 mm, EF: 75%. Chest CT: cardiac hydatid cyst broken in the pericardium. The patient has undergone an evacuation puncture before surgical operation. Peroperative exploration: Pericardial outpouring of great abundance with limpid liquid, cystic membrane floating will intra pericardial as well as the blisters. The gesture consisted pericardial taking away, we aspirated the entire contents of the cyst, removed its germinative membrane, and washed the cavity with 30% hypertonic saline solution and upholstery was performed of the residual cavity. The immediate postoperative course was simple. **Conclusion:** Progress in imagery makes echography the examination of choice in the hydatid detection of the cyst of the heart. The operational indication is formal in all the cases of the cyst of the heart because the spontaneous evolution is mortal at more or less short terms. In fact, the true treatment of parasitic disease is disease prevention.

Keywords: Cyst hydatid, heart, *Echinococcosis granulosa*, cardiopulmonary bypass, prevention.

Pour citer l'article :

Lakehal R, Bendjaballah S, Aimer F, et al. Kyste hydatique cardiaque rompu dans le péricarde compliqué de tamponnade : à propos d'un cas. *Batna J Med Sci* 2020;7(1):50-2.
<https://doi.org/10.48087/BJMScr.2020.7112>

INTRODUCTION

La localisation cardiaque de la maladie hydatique est rare (< 3 %) même dans les pays endémiques. C'est une affection caractérisée par une longue tolérance fonctionnelle et un grand polymorphisme clinique et para clinique.

L'hydatitose cardiaque est grave à cause du risque de rupture imposant une chirurgie semi

urgente. Le diagnostic de la rupture repose sur la clinique et l'échocardiographie.

Le but de cette observation est de montrer un cas de rupture d'un kyste hydatique du ventricule gauche dans le péricarde donnant un tableau de tamponnade.

OBSERVATION

Nous rapportons l'observation un homme âgé de 22 ans présentant un tableau de tamponnade avec turgescence des veines jugulaires et orthopnée suite à la rupture brutale du kyste hydatique du ventricule gauche dans le péricarde.

Il présentait en préopératoire : une dyspnée stade II de la NYHA. La radiographie pulmonaire montrait un ICT : 0,65. L'ECG montrait un rythme régulier sinusal avec troubles de la repolarisation.

Figure 1. Aspect échocardiographique d'un kyste cardiaque de la paroi postéro-inférieure du ventricule gauche rompu dans le péricarde.

L'échocardiographie montrait un épanchement péricardique compressif avec collapsus de l'oreillette droite, compression du ventricule gauche, présence d'image kystique de la paroi postéro-inférieure du ventricule gauche rompu dans le péricarde avec images écho gènes intra péricardique, Ventricule gauche : 59/37 mm, Ventricule droit : 18 mm, Fraction d'éjection : 75% (figure 1). La TDM thoracique montrait un kyste hydatique cardiaque rompu dans le péricarde (figure 2).

Figure 2. Aspect scanographique d'un kyste cardiaque avant la rupture dans le péricarde.

Le patient a subi une ponction évacuatrice avant l'intervention chirurgicale afin d'évacuer le contenu péricardique, ce qui a permis de retirer 500 cc de liquide eau de roche. La voie d'abord était une sternotomie médiane verticale.

Le patient a été opéré sous circulation extracorporelle établie entre l'aorte et les deux veines caves. L'exploration per opératoire montrait un épanchement péricardique de grande

abondance avec liquide eau de roche, membrane kystique flottant en intra péricardique ainsi que les vésicules filles ; le kyste hydatique siégeant à la paroi postéro-inférieure du VG mais rompu dans le péricarde.

L'intervention consistait en un prélèvement péricardique, ablation de la membrane et les vésicules filles, stérilisation par du SSH à 30% de la cavité péricardique et la cavité kystique résiduelle et enfin résection d'une partie du péri kyste et capitonnage de la cavité résiduelle. Durée de la CEC: 57 mn, clampage aortique : 38 mn et assistance circulatoire : 15 mn.

Les suites post opératoires étaient simples. Séjour en unité de soins intensifs : 48 heures. Durée d'intubation : 11 heures. Durée de séjour en postopératoire : 7 jours. Le patient est mis sortant au 8^{ème} jour.

L'étude anatomopathologique était revenue en faveur d'un kyste hydatique cardiaque. Les échocardiographies de contrôles faites le 1^{er}, le 3^{ème}, le 6^{ème}, le 9^{ème} mois et à un an n'ont pas montré de récurrences cardiaques.

DISCUSSION

Le kyste hydatique cardiaque est une affection parasitaire qui correspond au développement au niveau du cœur de la forme larvaire du *Taenia echinococcus* [1-2]. La distribution des localisations kystiques est parallèle à l'importance du débit sanguin coronaire : 60 % au niveau du VG, 15 % au niveau du ventricule droit [1-2].

La présentation clinique du KHC est très peu spécifique. La notion d'exposition aux chiens et aux moutons, le contexte endémique ou les antécédents personnels d'autres localisations hydatiques doivent faire évoquer le diagnostic.

Les circonstances de découverte sont nombreuses. En effet, 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 [5-6-9].

Le kyste se développe dans le temps et peut se présenter sous forme d'une embolisation systémique, cérébrale ou pulmonaire, ou une obstruction valvulaire [11] ou un tableau de tamponnade par rupture kystique.

Sur le plan paraclinique, la radiographie thoracique ne permet pas de fournir des éléments spécifiques quant à l'origine hydatique. Le signe le plus fréquemment retrouvé est la cardiomégalie avec ou sans déformation des contours du cœur.

Certains aspects observés sur la radiographie pulmonaire orientent vers la rupture du kyste hydatique dans le péricarde comme c'était le cas de notre patient. Elle montre dans ce cas l'augmentation brutale du volume de la silhouette cardiaque [12].

Dans les zones d'endémie et surtout chez les patients ayant d'autres localisations hydatiques, l'indication de l'échographie cardiaque doit être large. Elle permet de visualiser le kyste avec un aspect anéchogène parfois contenant des vésicules filles ou des trabéculations, plus rarement la masse est pleine et correspond à un kyste rompu [10-11]. Elle doit être aussi réalisée chez tout patient opéré d'un kyste hydatique pour le dépistage d'une localisation cardiaque associée.

L'intérêt du scanner et de l'imagerie par résonance magnétique est également apprécié dans la littérature. Ils contribuent particulièrement à préciser les rapports avec les structures cardiaques, et en particulier les coronaires. L'IRM est aussi intéressante en cas de doute diagnostique ou de discordance entre l'échographie et la tomodensitométrie [9]. Le risque évolutif vers les complications graves impose un diagnostic et une prise en charge chirurgicale rapide. Le traitement chirurgical est la seule attitude qui puisse assurer la guérison du kyste hydatique. Le but du traitement chirurgical est de prévenir de nouvelles embolies, la rupture et de soulager le cœur afin d'assurer une hémodynamique satisfaisante. La kystectomie, la périkystectomie et le capitonnage de la cavité donnent les meilleures chances de guérison [12]. La circulation extracorporelle est d'une grande utilité dans la réalisation d'un bilan myocardique et péricardique complet [5].

Le patient a été opéré en urgence sous circulation extracorporelle vu la rupture du kyste hydatique cardiaque en intra péricarde avec tableau de tamponnade et avant la survenue d'un choc anaphylactique ce qui explique la survie du patient malgré la gravité de cette complication fatale [7-8].

CONCLUSION

La rupture d'un kyste hydatique du cœur constitue une véritable urgence. Les progrès de l'imagerie font de l'échographie l'examen de choix dans la détection du kyste hydatique du cœur. L'indication opératoire est formelle dans tous les cas de rupture car l'évolution spontanée est mortelle.

En fait le véritable traitement de la maladie parasitaire est sa prophylaxie. La lutte contre l'échinococcose repose sur des mesures de prévention qui visent à interrompre le cycle biologique à l'intérieur des hôtes et entre l'hôte définitif et l'hôte intermédiaire, sur une éducation sanitaire et sur une législation.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

- Demirci S, Gunaydin G, Dogan KH, Toy H. Sudden death due to hydatid cyst rupture located in right ventricle. *Am J Forensic Med Pathol* 2008;29:346-348.
- Chirurgie des kystes hydatiques cardiaques. Trente-neuf ans d'expérience. Surgery of cardiac hydatid cysts. An experience of 39 years. G. Orhan *, B. Ozay, Z. Tartan, E. Kurc, B. Ketenci, M. Sargin, M.M. Demirtas, S.A. Aykut G. Orhan et al. / *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* 2008 ;57:58-61.
- Zalila S, Slimane ML, Labidi S, Bennaceur M. Hydatidose cardiaque (à propos de 13 cas). *Tunis Med* 1986;64: 607-14.
- Mrad D, Tilili K, Ly M et al. Profil radioclinique du kyste cardiopéricardique à propos de 17 cas. *Ann Cardiol Angiol* 2000 ; 49 : 414-22.
- 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.
- Elhattaoui M, Charef N, Bennis A et al. Cardiac hydatid cysts: report of 10 cases. *Arch Mal Coeur Vaiss* 2006;99:19-25.
- Yaliniz H, Tokcan A, Salih OK, Ulus T. Surgical treatment of cardiac hydatid disease: a report of 7 cases. *Tex Heart Inst J* 2006;33:333-9.
- Tuncer E, Tas SG, Mataraci I et al. Surgical treatment of cardiac hydatid disease in 13 patients. *Tex Heart Inst J* 2010;37:189-93.
- Trigano JA, Mourot F, Talmoudi T, Malmejac C. Sémiologie du kyste hydatique du cœur : étude d'une série continue de 13 cas et intérêt du scanner. *Arch Mal Coeur* 1985;13:1895-9.
- Abid A, Ben Omrane S, Kaouel K et al. Intracavitary cardiac hydatid cyst. *Cardiovasc Surg* 2003;11:521-5.
- 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.
- Kaplan M, Demirtas M, Cimen S, Ozler A. Cardiac cysts with intracavitary expansion. *Ann Thorac Surg* 2001;71:1587-90.

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- *Open access* : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.net