

Hydatidose Pulmonaire Et Cardiaque Révélée Par Une Urticaire Pulmonary And Cardiac Hydatidosis Revealed By Urticaria

Hajar Arfaoui, Salma Msika, Hajar Bamha, Hasna Jabri, Wiam Elkhatabi,
Moulay Hicham Afif

Hôpital 20 Aout 1953, CHU Inb Rochd, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

Résumé :

L'hydatidose multiple est rare. Les auteurs rapportent le cas d'un jeune patient admis pour une image pulmonaire en lâcher de ballon avec une opacité paracardiaque droite révélée par des hémoptysies minimes récidivantes et plusieurs épisodes d'urticaire inexpliquée. Le bilan a confirmé une hydatidose pulmonaire multiple avec une atteinte du ventricule droit. Le patient a été opéré pour son atteinte cardiaque et pulmonaire.

Mots clés : Kyste hydatique, poumon, cœur, urticaire.

Date of Submission: 25-07-2023

Date of Acceptance: 05-08-2023

I. Introduction :

L'hydatidose pulmonaire multiple est rare. L'atteinte pulmonaire multiple est le plus souvent secondaire, suite à l'ouverture d'un kyste hydatique primitif dans la circulation veineuse. La rupture du kyste dans la veine cave inférieure peut être à l'origine de son passage et éventuellement de sa localisation au niveau des cavités cardiaque droites et/ou de l'artère pulmonaire. Nous rapportons l'observation d'un jeune patient qui présente des épisodes d'urticaire révélant une hydatidose pulmonaire multiple associée à une localisation au niveau de l'oreille droite.

II. Observation:

Mr E. A. est âgé de 23 ans et n'a pas d'antécédents pathologiques particuliers. Il est admis pour des hémoptysies minimes remontant à novembre 2017 sans aucun autre signe respiratoire. Il rapporte par ailleurs 3 épisodes d'urticaire sans étiologie évidente ayant cédé sous traitement anti-histaminique. A l'admission, le patient est en très bon état général et l'examen pleuro-pulmonaire est sans particularités.

La radiographie thoracique (figure 1) a objectivé une image en lâcher de ballon faite de multiples opacités arrondies diffuses aux deux champs pulmonaires, certaines sont pleines et homogènes, d'autres réalisent des images hydro-aériques. Nous soulignons également une opacité à projection para-cardiaque droite. Le scanner thoracique a confirmé la nature liquidienne et l'aspect kystique des lésions pulmonaires. Certains niveaux hydro-aériques sont d'aspect ondulé (figure 2). Cet aspect est en faveur d'une hydatidose pulmonaire multiple. Le scanner a également montré une image kystique intracardiaque au niveau du ventricule droit (VD) (figure 3). La sérologie hydatique était positive.

La bronchoscopie était normale, il n'a pas été visualisé de membranes hydatiques et la recherche de scolex était négative. L'échocardiographie a confirmé la présence au niveau du VD d'une formation kystique ovoïde mesurant 44 sur 51 mm, cloisonnée faisant évoquer un kyste hydatique (KH) de stade III responsable d'une insuffisance tricuspide excentrée sans autres anomalies associées. L'IRM cardiaque a montré une formation en hypersignal (T1) siégeant en intra VD (figure 4).

L'échographie abdominale et l'IRM cérébrale étaient normales.

Le patient a bénéficié d'une extraction du KH cardiaque avec résection concomitante des kystes pulmonaires sous CEC (figure 5 et 6). L'opération était réalisée par sternotomie médiane, le champ opératoire était entouré de sérum salé hypertonique, le liquide intrakystique était aspiré, la membrane germinale ainsi que les vésicules filles ont été enlevé pour les kystes pulmonaires (7 kystes à gauche et 4 à droite) et pour le kyste cardiaque avec résection de son dôme saillant et capitonnage de ce dernier.

Les suites opératoires ont été marquées par le décès du patient 4 jours après par un choc anaphylactique, et cela malgré les mesures de réanimation.

III. Discussion :

L'hydatidose pulmonaire multiple est rare [1]. L'atteinte cardiaque l'est encore plus. Le dernier cas rapporté dans notre service associant une atteinte pulmonaire multiple et une atteinte de l'artère pulmonaire (infundibulum) a été diagnostiqué et publié en 2011 [2].

Le foie constitue habituellement le premier filtre pour le parasite « *echinococcus granulosus* ». Ce filtre n'étant pas étanche, le parasite peut migrer dans sa forme larvaire vers les poumons via la veine cave inférieure vers le cœur droit puis vers l'artère pulmonaire et enfin se loger dans le parenchyme pulmonaire. Le passage exceptionnel vers les capillaires veineux pulmonaires puis vers le cœur gauche peut être à l'origine d'une atteinte multiviscérale.

L'hydatidose pulmonaire multiple peut être primitive due à des infestations itératives ou le plus souvent secondaire à une atteinte de l'artère pulmonaire. Le passage des parasites dans le cœur droit est en générale furtive et ne laisse pas l'occasion au parasite de prendre sa forme kystique. C'est ce qui fait la particularité de notre cas. Le kyste cardiaque est responsable de l'ensemencement hydatique des poumons par une véritable « embolie hydatique ».

L'atteinte cardiaque, quant à elle, est plus rare. Elle représente 0.5 à 2% de toutes les localisations confondues [3,4]. Si l'atteinte du ventricule gauche (VG) représente 60% des atteintes cardiaques, l'atteinte de l'oreillette droite et du VD réunis ne représentent que 4 à 17%.

Le tableau clinique de l'hydatidose pulmonaire et/ou cardiaque est souvent muet [3]. Les signes révélateurs sont peu spécifiques (douleur thoracique, dyspnée, hémoptysie le plus souvent minime comme c'était le cas de notre patient). Exceptionnellement le KH cardiaque sera révélé par des palpitations ou encore des syncopes.

L'imagerie thoracique montre une silhouette cardiaque normale, légèrement déformée ou rarement une cardiomégalie. Elle s'accompagne le plus souvent de multiples opacités pulmonaires arrondies et bilatérales réalisant l'aspect en lâcher de ballon associées à des images hydro-aériques témoignant de la rupture des kystes. La TDM thoracique confirme la nature kystique et montre des kystes d'âge différent (pleins à complètement vides).

L'ECG est non spécifique. L'échocardiographie permet un diagnostic anatomique précis et confirme la nature liquidienne [5,6]. Cet examen est en général suffisant, il peut être complété par l'échographie transoesophagienne ou l'IRM en cas de doute.

La rupture des kystes dans les bronches peut être révélée par une hydatydoptysie qui est pathognomonique lorsqu'elle est visualisée par le médecin mais son absence n'élimine pas le diagnostic. Cette rupture passe le plus souvent inaperçue ou est révélée par des manifestations extra-respiratoires tel l'urticaire ou le choc anaphylactique qui sont exceptionnels. L'urticaire a été un signe pouvant révéler l'atteinte hydatique précocement chez notre patient mais il a été traité de façon symptomatique sans examen complémentaire malgré la récurrence. Ce signe est systématiquement décrit dans l'enseignement du KH mais rarement rapporté dans la littérature. Ainsi, N Larbi [7] a rapporté deux cas d'urticaire compliquant la rupture de KH hépatiques dans le péritoine sur 15 patients étudiés et M. Rami et al ont rapporté 2 cas sur 5 patients [8].

Les manifestations anaphylactiques au cours de l'hydatidose, s'il y a eu précédemment un contact, sont bien connues car le contenu du kyste est riche en antigène hydatique [9]. D'un point physiopathologique dans notre observation le premier contact s'est probablement produit lors de la fissuration d'un kyste pulmonaire. Cette complication est grevée d'une mortalité de 2,9% [10]. Nous insistons sur la connaissance de cette complication, certes rare, chez les patients connus porteurs de kystes hydatiques.

Le traitement d'une hydatidose cardio-vasculaire est chirurgical. Le geste se déroule sous circulation extra corporelle (CEC), car elle permet une meilleure exploration du cœur et des vaisseaux et minimise le risque de dissémination per-opératoire du parasite en cas d'effraction du kyste. Après ponction-stérilisation du kyste au sérum salé hypertonique, son ablation est suivie d'une résection de son dôme saillant ou d'une périkystectomie [6]. Le pronostic dépend essentiellement de la rupture intra-cardiaque ou non du kyste.

L'atteinte pulmonaire concomitante peut relever d'une cure chirurgicale si le nombre et le siège le permettent ou à défaut d'un traitement médical anti-parasitaire en général peu efficace. En l'absence de consensus, il est difficile d'évaluer ce traitement. Il est cependant souhaitable de prolonger le traitement en se basant sur les données cliniques et surtout de la cinétique des sérologies de contrôle vu que l'aspect radiologique peut rester stable. Il faut bien entendu être attentif aux effets secondaires (bilan hépatique, rénal et hématologique réguliers).

IV. Conclusion :

Le kyste hydatique est par définition une maladie bénigne, cependant l'atteinte multiviscérale et particulièrement l'atteinte cardiaque augmente le risque de dissémination hydatique potentiellement grave. Le diagnostic est basé essentiellement sur les examens radiologiques et la sérologie hydatique, les signes cliniques

étant peu spécifiques. Nous soulignons cependant que les manifestations allergiques dont l'urticaire peuvent être révélatrices et pourraient contribuer au diagnostic précoce.

Bibliographie :

- [1]. Racil.H, Ben Amar.J, El Filali Moulay.R Et All. Kystes Hydatiques Complicés Du Poumon. Rev Mal Respir 2009 ; 26 :727-34.
- [2]. Elkhattabi.W, Afif. H, Berrada.Z, Rhissassi.J, Aichane. A, Bouayad.Z. Hydatidose Pulmonaire Multiple Avec Localisation Cardiovasculaire. Rev Mal Respir 2011 ; 28 :686-90.
- [3]. Mzabi.R, Dziri.C. Les Echinococoses Extra-Hépatiques : Diagnostic Et Traitement. Rev Prat 1990; 40 : 220-4.
- [4]. Boujnan.MR, Langar.J, Rokbani.L, Et Al. Kyste Hydatique Cardiaque, Particularités Diagnostiques Et Evolution. La Tunisie Médicale 1990 ;68 :221-3.
- [5]. Hernigou,A. Plaifosse.MC, Merans.SL, Et Al. Place De L'échographie Dans Le Diagnostic De Diagnostic De Cinq Kystes Hydatiques Du Cœur. Ann Radiol 1983 ;26 :648-54.
- [6]. Orchane.J, Ozay.B. Tartan.Z, Et Al. Chirurgie Des Kystes Hydatiques Cardiaques, Trente Neuf Ans D'expérience. Ann Cardiol Angeiol 2008 ; 57:58- 61.
- [7]. Larbi.N, Hedfi.S, Selmi.M, Ben Salah.K. La Rupture Aiguë Du Kyste Hydatique Du Foie Dans Le Péritoine. À Propos De 15 Cas. Ann Chir, 2002 ; 127 :487-8.
- [8]. M.Rami.M, Khattala.K , Mahmoudi.A, EL Madi.A, Afifi.A, Bouabdallah .Y. Un Mode De Révélation Rare Du Kyste Hydatique Hépatique: La Rupture Intrapéritonéale, À Propos De 5 Cas. Pan African Medical Journal. 2011 8:27.
- [9]. Horzik.M, Bunoza.D, Maric.K. Anaphylactic Shock In A Female Patient Due To Spontaneous Of Hepatic Hydatid Cyst: A Case Report. Hepatogastroenterology 1996;43:1601-02.
- [10]. El Moussaoui R, Faroudy.M, Ababou.A, Lazreq C, Sbihi.A. Anaphylactic Shock By Peritoneum Post-Traumatic Ruptured Hydatid Cystof The Liver. JEUR 2005;18:93-6.

Figure 1 : Radiographie thoracique de face montrant une image en lâcher de ballons.

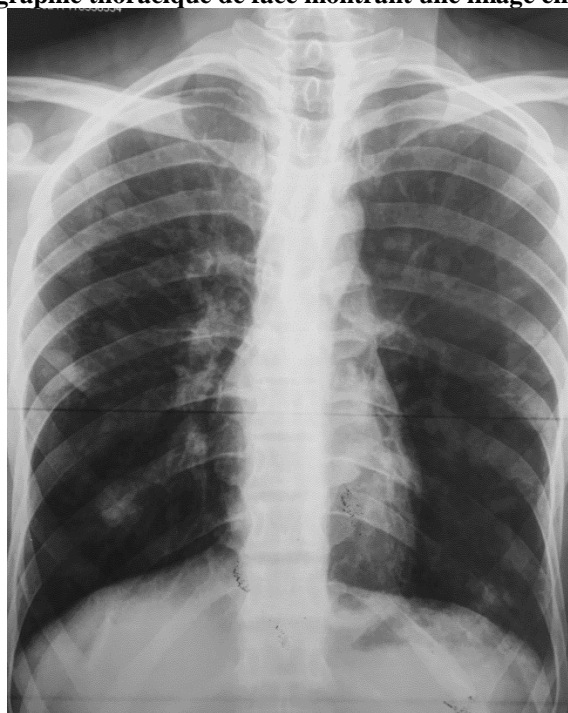


Figure 2 : TDM thoracique montrant les kystes pulmonaires dont certains siègent de niveaux hydro-aériques.

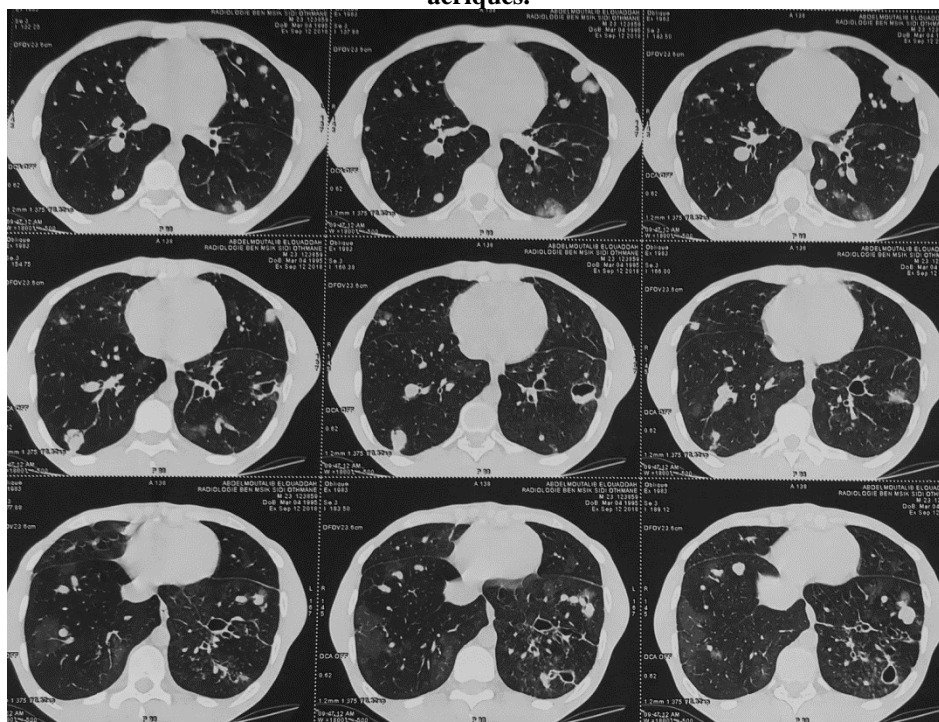


Figure 3 : TDM thoracique : image hypodense au niveau du VD.

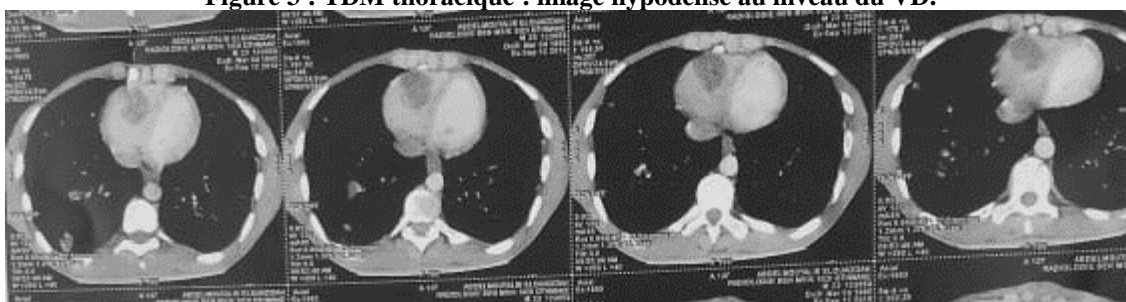


Figure 4: IRM cardiaque : kyste du VD.

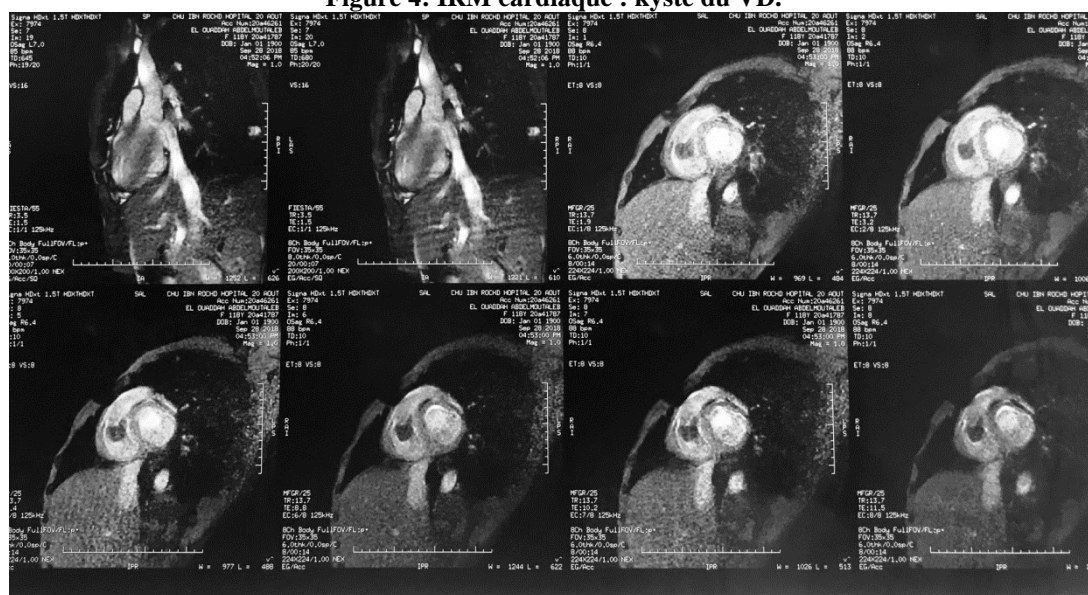


Figure 5: Ablation du kyste du VD.

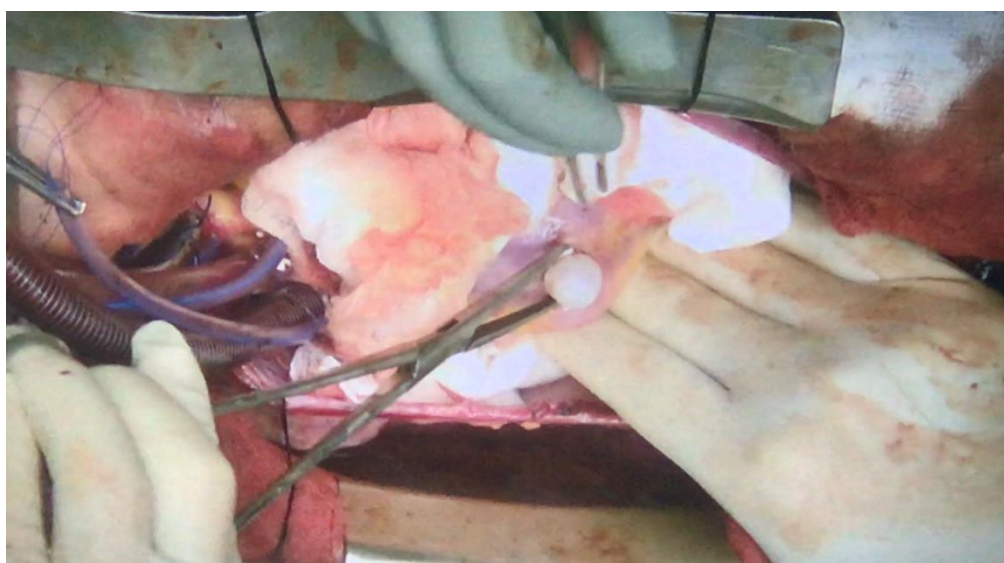
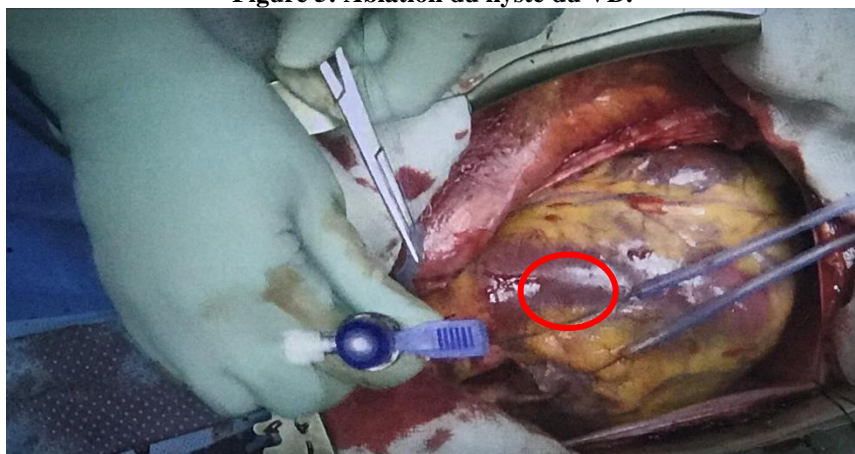


Figure 6 : Les vésicules après leur ablation du poumon et du coeur.

