

Un syndrome coronarien aigu faisant révéler la présence d'une masse intra cardiaque

An acute coronary syndrome revealing an intra cardiac mass

Majed Hassine, Jamila Gharbi, Marouen Mahjoub, Mehdi Boussadaa, Nidhal Bouchahda, Majdi Massoud, Fethi Betbout, Habib Gamra

Cardiology A department Fattouma Bourguiba University Hospital – Cardiothrombosis Research Laboratory (LR12SP16) – University of Monastir – Tunisia

RÉSUMÉ

Nous décrivons le cas d'une patiente qui a présenté un syndrome coronarien aigu et une fibrillation auriculaire paroxystique liés à une compression coronaire extrinsèque par une masse cardiaque en rapport avec un kyste hydatique du cœur droit. Devant le caractère compressif de la masse ainsi que l'ischémie myocardique qu'elle provoquait, la décision chirurgicale a été retenue.

MOTS-CLÉS

Syndrome coronarien aigu, Kyste hydatique, Compression, IRM

SUMMARY

We describe the case of a patient presenting with acute coronary syndrome and paroxystic atrial fibrillation due to a tumor developing in the right cavities of the heart causing extrinsic compression of the right coronary artery. The decision was to operate the patient.

KEYWORDS

Acute coronary syndrome, hydatid cysts, compression, Magnetic resonance imaging.

Correspondance

Majed Hassine
Service de cardiologie A, Hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir
Email : majed.hassine18@gmail.com

INTRODUCTION

Le kyste hydatique est une anthroponose due au développement chez l'homme de la larve d'Echinococcus Granulosus (1). L'hydatidose sévit en particulier dans le bassin méditerranéen en particulier l'Afrique du Nord (2).

Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 60 ans se présentant avec un syndrome coronaire aigu avec un premier passage documenté en fibrillation auriculaire révélant un kyste hydatique du cœur droit.

Le but de ce cas clinique est de révéler un aspect inhabituel de l'hydatidose, aussi bien de sa localisation, de son mode de présentation clinique ainsi que de ses implications thérapeutiques.

OBSERVATION

Mme BM âgée de 60 ans, asthmatique sous bronchodilatateur, en hypothyroïdie bien équilibrée sous opothérapie a consulté les urgences pour une douleur thoracique constrictive rétro-sternale d'une durée de 15 minutes associée à des palpitations. Devant un ECG objectivant une fibrillation auriculaire (FA) à 150 battements par minute avec un sous décalage ST en inférieur et un dosage des troponines ultra-sensibles à 220 ng /l, le diagnostic de syndrome coronarien aigu SCA ST (-) troponine (+) a été retenu et la patiente a été hospitalisée pour complément de prise en charge.

L'examen clinique n'a pas objectivé de fièvre, de signes d'insuffisance cardiaque ou une altération de l'état général.

Les examens biologiques étaient normaux hormis une hyper-éosinophilie sanguine à 9%.

L'échocardiographie (figure 1) a révélé un ventricule gauche non hypertrophié non dilaté de fonction systolique préservée avec une cinétique segmentaire homogène avec la présence d'une masse kystique non circulante de 60x55 mm comprimant les cavités droites avec un épanchement péricardique minime.



Figure 1. Masse kystique en regard de la paroi latérale des cavités droites exerçant un effet de masse en voie apicale coupe 4 cavités en échocardiographie

L'exploration coronarographique (figure 2) faite dans les 24 heures a montré un réseau coronaire lisse indemne de lésions significatives avec une compression extrinsèque de la coronaire droite dans son segment moyen. Une sérologie hydatique demandée dans le cadre du bilan étiologique est revenue positive.

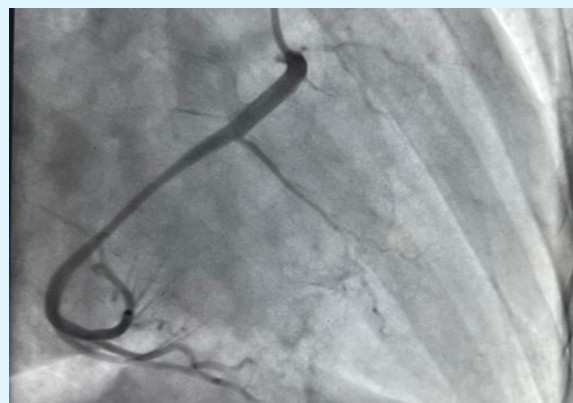


Figure 2. Image de compression extrinsèque de l'artère coronaire droite dans son segment moyen en coronarographie

Un scanner cardiaque (figure 3) a mis en évidence une masse kystique de la paroi latérale du ventricule droit au niveau du sillon auriculo-ventriculaire bien limitée de 67 x 60 mm exerçant un effet de masse sur les cavités droites avec un contact étroit avec l'artère coronaire droite au niveau de son segment moyen sans véritable envahissement de cette dernière.

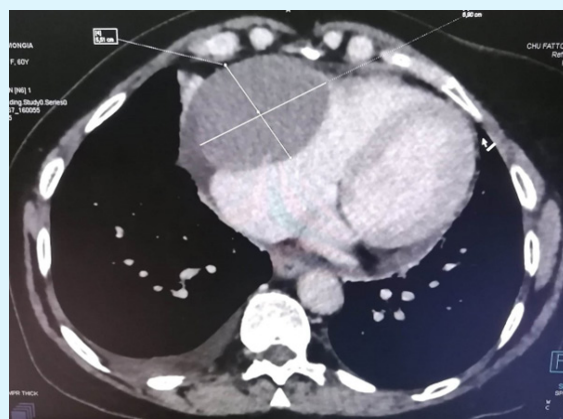


Figure 3. Masse kystique en regard du sillon auriculo-ventriculaire du cœur droit en tomodensitométrie cardiaque en coupe transversale.

Une tomodensitométrie thoracique et abdomino-pelvienne n'a pas objectivé de localisations hydatiques secondaires notamment pulmonaire et hépatique.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cardiaque (figure 4) a également objectivé une masse cardiaque de la paroi latérale du ventricule droit à développement exophytique évoquant en premier lieu un kyste hydatique.

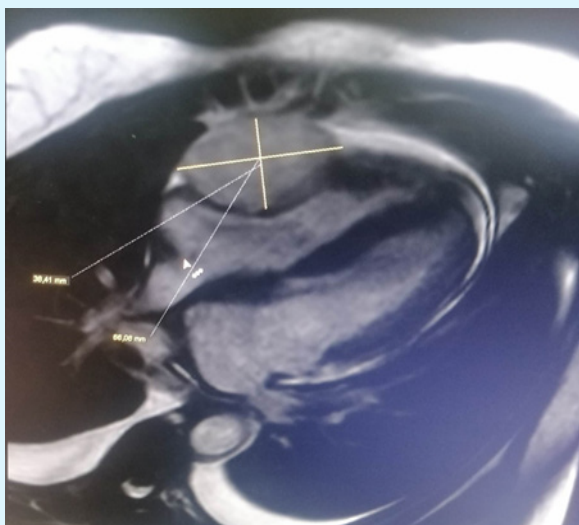


Figure 4. Image kystique en regard des cavités droites exerçant un effet de masse en IRM

Devant le caractère compressif de la masse ainsi que l'ischémie myocardique qu'elle provoquait, la décision était d'opérer la patiente. L'intervention a conclu à la présence d'un kyste contenant plusieurs vésicules filles au niveau de la partie latérale du ventricule droit. Le liquide hydatique a été aspiré et du sérum salé hypertonique a été injecté et les kystes ont été réséqués.

Les suites opératoires ont été simples, après 72 heures de réanimation, la sortie a eu lieu à J5 post opératoire. Une étude anatomopathologique a confirmé l'origine hydatique de cette masse. La patiente a été mise sous traitement médical adjuvant à base d'albendazole. Le contrôle post opératoire après un mois a noté la disparition des douleurs thoraciques avec normalisation des troubles de la repolarisation électriques.

DISCUSSION

Notre patiente âgée de 60 ans, s'est présentée pour douleur thoracique avec des modifications électriques et une FA paroxystique. Une coronaropathie a été suspectée mais le diagnostic a été progressivement réorienté par l'échocardiographie, l'hyperéosinophilie sanguine, l'IRM cardiaque et la sérologie hydatique.

L'hydatidose est la forme larvaire du parasite *Echinococcus Granulosus* qui sévit dans sa forme adulte dans l'intestin grêle des canidés (3).

L'importante masse musculaire et la riche vascularisation du ventricule gauche expliqueraient la fréquence de la localisation du kyste hydatique à ce niveau (4-6).

La latence clinique totale est fréquente, elle représente dans certaines séries 50 % des cas (7). La présentation clinique ainsi que la symptomatologie dépendent de la localisation du kyste, de l'intégrité du kyste ainsi que ses rapports anatomiques avec les organes adjacents. La douleur thoracique est le symptôme le plus fréquemment rapporté (8). Quand elle est associée aux anomalies électrocardiographiques, elle serait probablement en rapport avec une ischémie myocardique fonctionnelle secondaire à la compression extrinsèque des artères coronaires par le kyste hydatique (9).

Des complications graves peuvent révéler le kyste hydatique du cœur telle que la rupture intrapéricardique (10). Cette dernière est responsable d'une péricardite aiguë séro-fibrineuse qui peut évoluer vers la tamponnade (11,12).

A l'échocardiographie le kyste hydatique apparaît donc comme une formation liquidienne arrondie homogène. Elle permet également de détecter des complications à type de fissuration ou de rupture et d'étudier le retentissement sur la fonction cardiaque (13).

Le scanner cardiaque est utile pour déterminer plus précisément la localisation de la tumeur, et également pour déterminer l'état coronarien du patient nécessaire avant l'intervention (14).

L'IRM est la technique la plus performante en termes de caractérisation tissulaire. Elle permet une étude statique dans l'optique d'une caractérisation tissulaire et morphologique, dynamique explorant la mobilité de la tumeur, les rapports intracavitaires, le retentissement sur la fonction cardiaque et sur les valves (14).

Le traitement du kyste est chirurgical car l'évolution spontanée est mortelle à plus ou moins brève échéance suite à la rupture kystique et la dissémination hémotogène. Le traitement chirurgical comporte une kystectomie ou au moins une vidange du kyste qui est stérilisé par l'injection intra-kystique d'une solution parasiticide (13).

Le traitement médical de l'hydatidose à base d'Albendazole représente un traitement de deuxième recours pour les patients non opérables du fait de kystes hydatiques trop nombreux ou de terrain débilité (8).

CONCLUSION

L'hydatidose cardiaque, bien que rare, doit être évoquée devant un contexte clinique, biologique et radiologique suggestif du fait du risque de rupture qui engage le pronostic vital à court et à moyen terme (5). Elle a largement bénéficié de la multiplicité des techniques d'acquisition radiologique qui ont un impact aussi diagnostique que pronostic. La mortalité, autrefois lourde, a diminué avec les progrès thérapeutiques des techniques chirurgicales (12).

REFERENCES

1. Hamani A, Kerme A, Zbir E, Khatouri A. Kyste hydatique du cœur. Apport de l'échocardiographie bidimensionnelle – À propos de 2 cas opérés. *Arch Mal Cœur* 1992;85:95-8
2. Ben Khalfallah A. Apport de l'échocardiographie transœsophagienne dans le diagnostic du kyste hydatique du cœur – À propos d'un cas. *Maghreb Med* 1996;305
3. Lanzoni AM, Barrios. Dynamic left ventricular outflow obstruction caused by cardiac echinococcosis. *Am Heart J* 1992;124:1083-5
4. Orhan G, Ozay B, Tartan Z, Kurc F, Ketenci B, Sargin M, et al. Chirurgie des kystes hydatiques cardiaques. Trente-neuf ans d'expérience. *Ann Cardiol Angéiol* 2008;57:58-61.
5. Perez Gomez F, H Duran, S Tamames, J L Perrote, A Blanes. Cardiac echinococcosis clinical pictures and complications. *Br Heart J* 1973;35:1326-31.
6. Sarkis A, Ashoush R, Alawi A, Haddad A, Jebara V, Checrallah E. Kyste hydatique du cœur simulant une ischémie coronarienne. *Ann Cardiol Angéiol*. 2001; 50: 206-10
7. Jerbi S, Kortas C, Dammak S, Hamida N, Aly F, Mlika S et al. Les kystes hydatiques cardio-péricardiques. A propos de 19 observations. *Tunis Med*. 2004; 82: 152-7.
8. Elkouby A, Vaillant A, Comet B, Malmejac C, Houel J. L'hydatidose cardiaque. Revue de la littérature récente à propos d'une expérience de 15 cas. *Ann Chir Thorac Cardiovasc*. 1990; 44: 603-10
9. Bréchignac X, Durieu I, Perinetti M, Gérinière L, Richalet C, Vital Durand D. Kyste hydatique du cœur. *Presse Med*. 1997; 26: 663-5.
10. Haouala H, Rahal N, M'Henni H, Ben Hamadi F, Mechmech R, Guediche M. Kyste hydatique du cœur de type multivésiculaire. A propos d'un cas. *Ann Cardiol Angéiol*. 1989; 38: 83-6
11. Mrad Dali K, Tlili K, Ly M, Romdhani N, Bakir D, Gharbi H et al. Profil radioclinique du kyste hydatique cardiopéricardique: à propos de 17 cas. *Ann Cardiol Angéiol*. 2000; 49: 414-22.
12. Baqué J, Huart V, Pierrot JM, Louail B, Grinda JM, Sapoval M et al. Kyste hydatique du septum interventriculaire du cœur: aspect en scanner multibarrette et en IRM. *J Radiol*. 2003; 84: 614-6
13. Nour-Eddine M, Habbal R, Haddani J, Mehadji BZ, Chraïbi N. Epanchement péricardique révélateur d'une hydatidose médiastinale. A propos d'un cas. *Arch Mal Cœur Vaiss*. 2000; 93: 95-9.
14. Challaoui M, Bouhouch R, Akjouj M, Chat L, Alami D. Hydatidose péricardique : à propos de 3 observations. *J Radiol* 2003;84:329-31.