

KYSTE HYDATIQUE CARDIAQUE GÊNANT LA PERFUSION CORONAIRE: à propos d'un cas.

BOUKERROUCHA R⁽¹⁾, MESSIKH N⁽²⁾, DJEBIENE M⁽³⁾.

1) Faculté de Médecine Tizi ouzou, Algérie.

2) Faculté de Médecine Constantine, Algérie.

3) Faculté de Médecine Annaba, Algérie.

E-mail : Redhouane Boukerroucha: redbouker2001@yahoo.fr

E-mail: Nadjet Messikh : nadcardiacsurgery@gmail.com

E-mail: Djebienne Mahfoud: djebien_mahfoud@yahoo.fr

RÉSUMÉ :

Le kyste hydatique est une affection parasitaire liée à l'infestation par la larve du parasite « *Echinococcus granulosus* ». La localisation cardiaque est rare (0.5 à 2%) et ceci même dans les pays endémiques. C'est une affection caractérisée par une longue tolérance fonctionnelle et un grand polymorphisme clinique et l'absence de signes cliniques spécifiques. L'hydatidose cardiaque est grave à cause des complications évolutives (rupture intra et extra cavitaire et parfois compression du réseau coronaire) imposant une chirurgie semi-urgente. Le diagnostic repose sur la sérologie et l'échocardiographie. Cette observation résume un aspect particulier de cette affection (kyste hydatique gênant la perfusion coronaire par compression de celle ci). Nous rapportons, l'observation d'un patient âgé de 19 ans sans antécédents qui se plaignait de douleurs thoraciques avec modifications électriques à l'électrocardiogramme. L'ensemble des explorations radiologiques (échocardiographie et TDM) ont conclu à la présence d'un kyste hydatique de la paroi latérale du ventricule gauche et la coronarographie objective une compression de l'interventriculaire antérieure par la masse kystique. Le patient a été opéré sous circulation extracorporelle après une sternotomie. Le geste opératoire a consisté en la ponction et l'évacuation de son contenu multi vésiculaire et capitonnage de la cavité résiduelle en sa totalité. Les suites postopératoires immédiates étaient simples avec disparition des troubles électriques. 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 car l'évolution spontanée est mortelle à plus ou moins brève échéance. En fait, le véritable traitement de la maladie parasitaire et sa prophylaxie ainsi que 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.

Mots clés : Kyste hydatique du cœur, *Echinococcus granulosus*, Syndrome coronarien, Circulation extracorporelle, Prévention.

ABSTRACT : CARDIAC HYDATID CYST INTERFERING WITH CORONARY PERFUSION: ABOUT A CASE.

The hydatid cyst is a parasitic disease associated with larval infestation of the parasite « *echinococcus granulosus* ». Cardiac localization is rare (0.5 to 2%), even in endemic countries. It is a condition characterized by a long functional tolerance and a large clinical polymorphism and the absence of specific clinical signs. Cardiac hydatidosis is serious because of progressive complications (intra- and extra-cavitary rupture and sometimes compression of the coronary network) requiring semi-urgent surgery. The diagnosis is based on serology and echocardiography. This observation summarizes a particular aspect of this condition (hydatid cyst impeding coronary perfusion by coronary compression). We report the case of a 19-year-old woman with no previous history of chest pain with electrical changes to the electrocardiogram. All radiological investigations (echocardiography and CT) concluded that there is a hydatid cyst of the left ventricular lateral wall and coronary angiography objectifies the compression of the anterior interventricular by the cystic mass. The patient underwent extracorporeal circulation after a sternotomy. The surgical procedure consisted of the puncture and evacuation of its multi-vesicle content and padding of the residual cavity in its entirety. Immediate postoperative outcomes were simple with the disappearance of electrical disorders. Advances in imaging make ultrasound the examination of choice in the detection of the hydatid cyst of the heart. The operative indication is formal in all cases of the cyst of the heart because the spontaneous evolution is fatal at most or shorter term. In fact, the true treatment of parasitic disease and its prophylaxis the fight against echinococcosis rely on preventive measures that aim to interrupt the life cycle inside.

Key words: Hydatid cyst of the heart, *Echinococcus granulosus*, Acute coronary syndrome, Extracorporeal circulation, Prevention.

INTRODUCTION

Le kyste hydatique est une affection qui se développe chez l'homme par l'infestation à la larve d'*Echinococcus Granulosus*, parasite adulte de l'intestin grêle des canidés. L'hôte intermédiaire est le mouton. L'homme représente l'hôte accidentel, il s'infeste en ingérant les crudités infectées et par contact direct avec l'hôte définitif. Bien que rarement retrouvé dans les pays occidentaux développés, le kyste hydatique sévit de manière endémique dans certains pays d'élevage de mouton avec une incidence qui varie de 1 à 220 cas /100000 habitants [1] (bassin méditerranéen, le Moyen-Orient, la chine, l'Amérique du Sud, l'Afrique et l'Australie) [2].

Après le passage à travers la paroi intestinal dans le flux porte, souvent c'est le foie qui est atteint (>65% des cas) suivi par le poumon (25%). Une fois le filtre hépatique traversé, le cœur est atteint dans 0.5 à 2 % des cas [3,4] et entre 0,03 à 1,1% des localisations de l'hydatidose selon l'Organisation mondiale de la santé [5]. La localisation cardiaque est souvent primitive, le ventricule gauche est le siège le plus souvent observé (60%), le septum interventriculaire dans 10 à 20% des cas, le ventricule droit est atteint dans 5 à 10 % des cas, les oreillettes 5 à 8% dans des cas et enfin le péricarde dans 4 à 10% des cas [6]. C'est une affection caractérisée par une longue tolérance fonctionnelle, un grand polymorphisme clinique et l'absence de signes cliniques spécifiques. L'hydatidose cardiaque est grave à cause des complications évolutives (rupture intra et extra cavitaire et parfois compression du réseau coronaire) imposant une chirurgie semi urgente. Le diagnostic repose sur la sérologie et les différentes explorations radiologiques (échocardiographie, CT et IRM) [2]. Ce cas clinique exceptionnelle est l'exemple d'un kyste hydatique gênant la perfusion coronaire par compression des coronaires révélé par une symptomatologie angineuse.

OBSERVATION

Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 19 ans, originaire d'un milieu rural, sans antécédents particuliers qui se plaignait depuis quelques jours de douleurs thoraciques atroces d'allure coronarienne rebelles au traitement antalgique. L'examen cardiaque n'a pas révélé de souffle ni signes d'insuffisance cardiaque gauche ou droite. Le reste de l'examen ne révèle pas la présence de masse abdominale ou pelvienne. A l'électrocardiogramme, rythme sinusal avec des troubles de repolarisation à type d'ischémie sous épicaudique en territoire apicolatéral : inversion de l'onde T en dérivations précordiales (Figure 1).

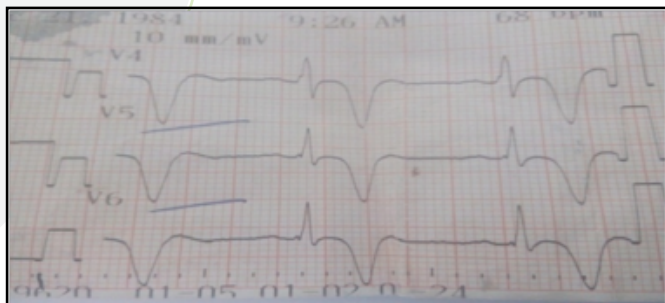


Figure 1. Electrocardiogramme : inversion de l'onde T.

La radiographie pulmonaire montrait une cardiomégalie avec déformation de l'arc inférieur gauche, champs pulmonaires libres (figure 2).

L'échocardiographie montrait un processus tumoral multivesiculaire d'aspect hydatique de 5 cm sur 05 cm siégeant à la paroi postéro-latérale du ventricule gauche (VG) prenant les segments moyen et apical. Des troubles de la cinétique cardiaque



Figure 2. Radiographie du thorax déformation de l'arc inférieur gauche.

ont été observés dans le segment concerné par le processus tumoral, fraction d'éjection de 53.5%, IT grade I, PAS 26 mm Hg. L'écho Doppler n'a pas objectivé d'anomalie de flux dans la cavité (Figure 3).



Figure 3. Échocardiographie.

La TDM thoracique réalisée avec injection intraveineuse de produit de contraste a confirmé les données constatées à l'échocardiographie en montrant une formation hypodense de forme globalement ovalaire bien limitée à contenu hétérogène multivesiculaire de 05 cm/05cm de siège intramyocardique développée au niveau de la paroi postéro-latérale vers la pointe du VG (Figure 4).

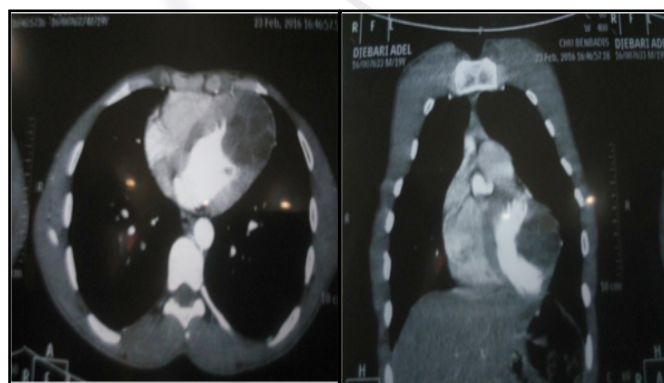


Figure 4. TDM thoracique (coupe transversale et frontale).

La coronarographie pratiquée a révélé l'absence de lésions coronaires, mais présence d'un effet de masse induisant une compression et une réduction du diamètre de l'artère interventriculaire antérieure dans son segment moyen.

Le bilan biologique a montré une hyper éosinophilie avec sérologie de Wright négative. Les enzymes étaient normales et les troponines I négatives. Devant l'origine rurale et le caractère multiviscéculaire de la cavité, le diagnostic du kyste hydatique du cœur a été retenu. Le bilan d'extension n'a pas été réalisé, vu le caractère urgent du kyste.

Le patient a été opéré sous circulation extracorporelle (CEC) établie entre l'aorte ascendante et les deux veines caves en normothermie. La voie d'abord était une sternotomie. A l'exploration per opératoire : masse kystique développée en plein paroi postéro-latérale du VG avec dôme saillant en regard du péricarde. L'artère interventriculaire antérieure était refoulée vers la droite par le processus tumoral (Figure 5).

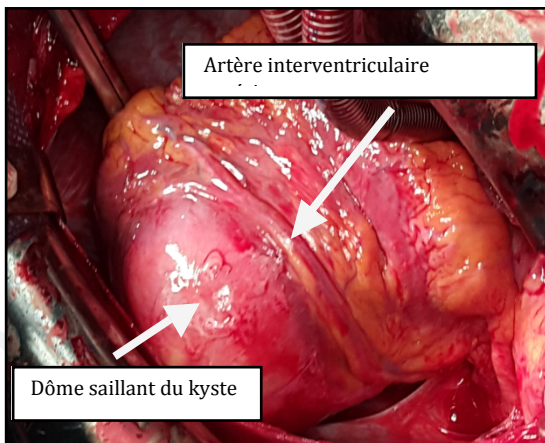


Figure 5. Aspect après la péricardotomie.

Après clampage aortique et cardioplégie sanguine froide par la racine aortique, une décharge au niveau de cette dernière est établie. Et avant de procéder à tout geste au niveau du kyste, des champs imbibés au sérum hypertonique ont été placés autour de la masse kystique. Cette masse a été ponctionnée ramenant du liquide claire eau de roche. L'étape suivante a consisté en l'incision du dôme saillant à distance de l'artère interventriculaire antérieure (IVA) et parallèle à celle-ci. Evacuation de son contenu multi vésiculaire et d'éventuelles vésicules filles incrustées au niveau de la paroi. Du tissu péricystique adhérant à la paroi latérale du VG a été respecté de peur de créer une plaie de la paroi ventriculaire gauche. Stérilisation de la cavité résiduelle par le sérum hypertonique et capitonnage de cette cavité en sa totalité. Fermeture de l'incision après résection du dôme saillant du côté opposé à l'IVA par un double surjet au prolène appuyé sur des bandelettes (Figure 6).

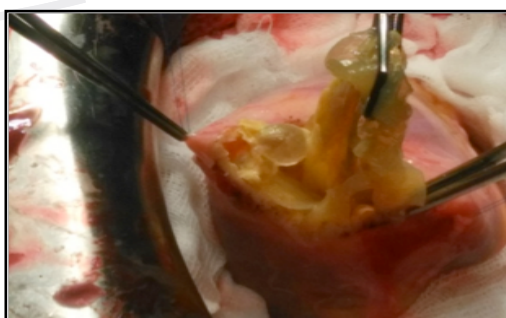


Figure 6. Evacuation des vésicules filles.

Évacuation des champs de protection et lavage du sac péricardique au sérum hypertonique. La durée de CEC était de 50 min et le clampage aortique de 36 min. Sortie de CEC sans inotropes positifs ni de vasoconstricteurs.

Les suites postopératoires immédiates étaient simples avec disparition des troubles électriques. Les suites postopératoires ont été simples (séjour en unité de soins intensifs de 48 heures, la durée d'intubation de 16 heures. La durée de séjour en postopératoire de 7 jours). Le patient n'a pas été mis sous albendazole vu son indisponibilité ni en préopératoire ni en postopératoire. La paroi du kyste a été confiée pour un examen anatomopathologique qui a confirmé l'hydatidose. Le patient a été confié au médecin traitant pour bilan d'extension et suivi.

DISCUSSION

L'hydatidose est une affection secondaire au développement du *taenia E. granulosus* qui est un cestode de la famille des plathelminthes. C'est une pathologie qui constitue un problème de santé publique dans les pays en voie de développement où l'élevage constitue une activité prépondérante associé à un niveau socio-économique bas. Le parasite dans sa forme adulte est présent dans l'intestin de l'hôte définitif (animal carnivore : chien, coyote et loup), l'œuf qui contient l'embryon hexacanthe est libéré dans les selles de l'hôte définitif et le kyste hydatique est présent chez l'hôte intermédiaire (animal herbivore : mouton). L'homme est une impasse parasitaire, il est contaminé par l'ingestion de crudités infectées et mal lavées (légumes) ou par contact direct avec l'animal infecté (hôte définitif).

Une fois ingéré, l'œuf libère la larve qui traverse la barrière intestinale et emprunte le flux veineux porte, dans la majorité des cas, la larve est retenue au niveau du filtre hépatique (50 à 70%), non bloquée à ce niveau, le parasite parvient au cœur droit et aux arborisations de l'artère pulmonaire où il peut se développer (25 à 40%) [2]. Parfois, le parasite parvient à franchir ce second filtre et regagne le cœur gauche. De là, il peut rejoindre la circulation artérielle systémique et atteindre n'importe quel organe tel que le cœur (01 à 2%) [3]. Le cœur peut être contaminé par le circuit veineux trans-hépatique (filtre hépatique), par le système cave (veines azygos), ou par rupture d'un kyste pulmonaire dans une veine pulmonaire et parfois par contact direct avec un kyste hépatique ou pulmonaire [7]. La larve atteint le myocarde principalement par le réseau coronaire, après être passée à travers les mails du filtre pulmonaire ou par une communication intracardiaque (communication inter auriculaire).

La distribution de l'atteinte cardiaque est dominée par la localisation du ventricule gauche (60%), le septum interventriculaire (9 à 20%), l'oreillette et le ventricule droit dans 4 à 17% des cas [2], l'oreillette gauche (1,6%) et le sinus de Valsalva (1,6%) [5]. Cette distribution est expliquée par des considérations anatomiques (l'importance de la musculature et la richesse du réseau coronaire du ventricule gauche). Et en raison de cette musculature (régime de pression), le kyste a un développement lent (1cm/an et atteint la maturité à 5 ans) [1]. En raison des pressions qui règnent dans les différentes cavités cardiaques, le kyste aura un développement sous épicaire (expression extracavitaire) pour la localisation gauche (ventricule gauche) et sous endocavitaire (intra cavitaire) pour la localisation droite (ventricule droit).

Le kyste hydatique est une affection à expression clinique latente et parfois elle prête confusion sauf en cas de localisation critique. Elle dépend du siège, de la taille, du nombre et de l'intégrité de la masse, 10 % des patients sont symptomatiques, divers symptômes ont été décrits telles que : douleur thoracique, palpitation, toux, dyspnée et douleurs angineuses simulant un

syndrome coronarien aigu par compression [9], voire même un syndrome coronarien typique en rapport avec l'occlusion d'une artère coronaire rapporté par certains auteurs comme, Ruggero De Paulis et al. et Fatih Levent et al. [4,8]. Mais souvent, une douleur thoracique ou une dyspnée révèlent le kyste cardiaque. Le kyste a une croissance lente. Lorsqu'il atteint un certain volume et envahit les structures de voisinage (tissu de conduction, artères coronaires et obstruction des voies d'éjections), cette masse va induire une gêne à l'éjection ventriculaire (souvent le ventricule droit), imitant une valvulopathie telle qu'un rétrécissement mitral ou tricuspide (kyste du septum interauriculaire ou ventriculaire), induire une obstruction de la voie d'éjection droite et pulmonaire avec réduction de la compliance et le remplissage du ventricule droit (VD) avec réduction du volume d'éjection du VD et réduction par conséquent du retour au niveau de l'oreillette gauche avec une baisse du débit cardiaque gauche, cette gêne au remplissage du VD est également à l'origine d'un tableau d'insuffisance cardiaque droite avec comme conséquences une hypoperfusion cérébrale et syncope (kyste du ventricule droit), les mêmes conséquences sont observées en cas de protrusion intra VG d'un kyste septal interventriculaire, un bloc auriculo-ventriculaire (kyste du septum interventriculaire), une douleur angineuse en cas de compression du réseau coronaire (développement sous épicaudique).

L'autre expression clinique est une complication évolutive, soit il s'agit d'une rupture intra péricardique (un état de choc anaphylactique, une tamponnade, une péricardite aiguë, péricardite chronique constrictive et/ou kyste hydatique du péricarde secondaire) [9], soit d'une rupture intra cavitaire droite à l'origine d'un état de choc anaphylactique et dissémination pulmonaire, ou gauche à l'origine d'un état de choc et une dissémination systémique du parasite. La rupture est estimée entre 25 et 40% selon Vazhev ZG, Stoev HA [10].

Différentes complications ont été décrites au décours d'un kyste hydatique cardiaque (syndrome ischémique, arythmies par compression des petits vaisseaux coronaires et du tissu de conduction, insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire, hypertension artérielle pulmonaire post embolique et embolie systémique), certaines mettent en jeu le pronostic vital du patient (état de choc anaphylactique par rupture intracardiaque des kystes, tamponnade par réaction exsudative du péricarde et mort subite).

Dans certaines situations anatomiques, le développement de la masse est à l'origine d'une gêne de la perfusion coronaire à l'origine d'un syndrome coronarien (symptomatologie clinique angineuse et électrique), certains auteurs ont rapporté des cas typiques de douleur angineuse [7-18]. Différents mécanismes ont été incriminés : sans signes de compression [7,11-13,15], avec signes de compression [9, notre cas], une fistule coronaire [17], une occlusion d'une artère coronaire [4,8], un épanchement péricardique compressif [6,10]. Dans notre cas clinique, c'est la masse kystique qui a atteint un volume ayant induit une compression de l'artère interventriculaire antérieure à l'origine des manifestations cliniques et électriques.

Une fois suspecté, le kyste hydatique nécessite une confirmation. L'hyéréosinophilie n'est pas spécifique. La positivité de la sérologie hydatique dépend du stade évolutif du kyste (contact des antigènes avec le sang, elle peut être positive dans 50 % des cas [19]) et de l'organe concerné. Selon Sachar et al., différentes méthodes sont utilisées : immunoélectrophorèse hydatique, ELISA, test d'agglutination au latex et l'IHA test. Le test ELISA a une sensibilité de 80 à 100% et une spécificité de 88 à 96 % en cas d'atteinte hépatique, de sensibilité à 50-56% en cas d'atteinte pulmonaire et de 25 à 65% pour les différents autres

organes [20], et peut être négative si la capsule isole le parasite de tout contact immunitaire de l'hôte [20]. Et selon Vazhev ZG, Stoev HA, le test ELISA a une grande sensibilité pour la localisation hépatique (85-98%), de 50 à 56% pour l'atteinte hépatique et de 25-à 56% pour les autres organes [10]. La négativité des tests sérologiques n'élimine pas le diagnostic, c'est un test de présomption.

L'électrocardiogramme peut montrer des troubles de la repolarisation, voire des signes d'infarctus du myocarde, comme ça était décrit par certains auteurs (Ruggero De Paulis et al. et Fatih Levent et al.) [4,8]. La radiographie pulmonaire peut être normale dans 20% des cas (petit kyste ou siège dans le septum ou dans l'oreillette gauche). Elle peut exprimer une cardiomégalie (30%) et surtout l'accentuation de l'arc inférieur gauche (50%), des calcifications peuvent se projeter dans l'ère cardiaque [6]. Dans le cas présenté, on observe une déformation de l'arc inférieur gauche en rapport avec le développement extracavitaire du kyste hydatique. Il s'agit d'un élément d'orientation de grande valeur. La confirmation du diagnostic est obtenue par les différentes explorations radiologiques. L'échocardiographie Doppler est une méthode non invasive et répétitive à la demande mais le résultat est opérateur dépendant. Elle permet de poser le diagnostic positif du kyste hydatique, son siège, son aspect uni ou multivésiculaire, ses rapports avec les différentes cavités cardiaques, son retentissement sur l'hémodynamique (pseudobstruction valvulaire) et son développement (intra ou extra cavitaire). L'échographie trans œsophagienne (ETO), grâce à la proximité des structures cardiaques de la sonde d'exploration, permet de préciser le siège du kyste, d'apprécier ses différentes dimensions, son développement (sous endocardique ou sous épicaudique), ses rapports avec les structures cardiaques (valves et chambres d'éjections) et d'observer les deux troncs coronaires. Dans notre cas, l'échocardiographie a permis de poser le diagnostic positif, de préciser le développement et le caractère sous épicaudique du kyste.

La TDM est une autre méthode précise dans la démarche diagnostique positive du kyste, elle précise son siège, sa taille, son caractère multivésiculaire ou non, ses rapports avec les différentes structures cardiaques et son retentissement. Dans notre observation, la TDM a permis le diagnostic positif et aider à adopter une stratégie opératoire en analysant ses rapports anatomiques et son développement.

D'autres auteurs ont évalué l'apport de la résonance magnétique (IRM) [6, 21, 22], qui permet de localiser le kyste, de préciser son caractère uni ou multivésiculaire, ses rapports avec les différentes structures cardiaques, son développement, son stade évolutif et apprécier son retentissement fonctionnel (fonction cardiaque et contractilité des différents segments). L'IRM n'a pas été pratiquée dans notre cas car l'échocardiographie et la TDM ont précisé le diagnostic positif et ont permis de poser l'indication opératoire.

En présence d'une symptomatologie coronaire typique, d'autant plus qu'il y a des facteurs de risque d'une maladie coronaire, la pratique d'une coronarographie est indiquée afin de préciser d'éventuelles participation de lésions coronaires de façon directe (fistule ou occlusion d'une artère coronaire) ou indirecte (compression). Différents auteurs ont rapporté des résultats de coronarographie pratiquées [7-13,15,17]. Différents mécanismes ont été incriminés: sans signes de compression coronaire [7,11-13,15], des signes de compression coronaire dans notre cas [9], une fistule entre le réseau coronaire et une cavité cardiaque ou un vaisseau de la base du cœur responsable d'un vol coronaire, dans l'observation de Tekin A.F et al, il s'agit d'une fistule entre la coronaire droite d'une part et d'autre part de la coronaire

gauche fistulisées toutes les deux dans l'artère pulmonaire mais sans communication entre ces éléments vasculaires et la cavité kystique [17], occlusion de l'IVA dans les observations de Ruggero De Paulis et al. et Fatih Levent et al [4,8], un épanchement péricardique compressif [6,10]. D'autre n'ont pas jugé utile la réalisation de cette exploration invasive [14,16,18].

Dans notre observation, la coronarographie a objectivé la compression de l'IVA sans qu'il y ait de lésions coronaires. Cette compression peut expliquer la symptomatologie coronaire et les modifications électriques et l'évacuation du kyste a permis la régression de la symptomatologie fonctionnelle et électrique.

Une fois le diagnostic posé, le traitement est indiqué le plus tôt possible voire en urgence car il s'agit du seul traitement curatif du kyste hydatique en raison du risque évolutif (complications: rupture, choc anaphylactique, dissémination) d'autant qu'il y a évidence d'un retentissement sur la circulation coronaire ce qui permet de lever la compression et d'éviter l'ischémie myocardique.

Différentes questions se posent : quel abord du cœur (sternotomie, thoracotomie) ?, quelle est la conduite de cette chirurgie (sans CEC ou avec, sous assistance circulatoire ou sous clampage aortique) ? Quelle protection doit-on utiliser contre le parasite (scolicide) ? Et quel abord du kyste (avec ou sans ouverture des cavités cardiaques en fonction du siège, des rapports et du développement intra ou extra cavitaire) ? faut-il ou non pratiquer un pontage coronaire ?

Dans la configuration actuelle, l'abord par sternotomie médiane permet une meilleure maîtrise du geste opératoire d'autant que le kyste hydatique est isolé. Sous CEC et après clampage aortique et de l'artère pulmonaire (protection myocardique et protection contre la dissémination du parasite) et protection myocardique. Le geste opératoire dépend de la localisation. Dans notre cas, un abord direct au niveau du dôme saillant est préconisé par différents auteurs [7-18]. Le geste consiste à protéger le champs opératoire par des compresses imbibées de scolicide, la décompression par onction du kyste et l'injection d'un scolicide (solution saline hypertonique 20% : destruction du parasite par effet osmotique), ouvrir le kyste au niveau du dôme saillant à distance et en parallèle du trajet des artères coronaires (IVA), l'évacuation de la totalité du contenu sans omettre la membrane prolifère et les vésicules filles incrustées dans la paroi, la stérilisation de la cavité résiduelle, le capitonnage de celle-ci après résection du dôme saillant (périskystectomie partielle) en préservant et en restant à distance des éléments vasculaires cardiaque, suture appuyée par surjet aller-retour au fil non résorbable permettant de renforcer la paroi myocardique du VG.

Aucun auteur n'a rapporté un complément du traitement par l'association d'un pontage coronarien, dans les cas de compression de l'artère coronaire, la simple levée de la compression par l'évacuation de la masse permet le rétablissement d'un flux normal dans le lit coronaire et la régression des signes cliniques et électrocardiographique, un résultat obtenu dans notre cas clinique et celui de Begum Uygur et al [9]. En cas d'occlusion, les deux observations rapportées par Ruggero De Paulis et al. et Fatih Levent et al [4,8], aucun pontage n'a été pratiqué, les auteurs argumentent par la non viabilité de la paroi myocardique infarctée confirmée par la pratique d'une scintigraphie myocardique.

La place et le rôle du traitement médical, selon certains auteurs est de réduire le risque de récurrence (administration préopératoire et post opératoire), et en cas de la non opérabilité des patients. Selon les recommandations de l'OMS, l'albendazole est utilisé à la dose de 10 à 15 mg/kg/j par cures d'un mois espacées de 15 jours, pendant 6 mois [23]. Il est également, prescrit en préopératoire [3].

Le meilleur traitement reste la prévention en rompant la transmission à l'homme du parasite par une meilleure hygiène (lavage des aliments et éviter tout contact avec les animaux susceptibles de porter le parasite).

CONCLUSION

La localisation cardiaque du kyste hydatique est rare et toujours primitive. Le tableau clinique est caractérisé par sa latence et son polymorphisme. Une symptomatologie angineuse chez un patient vivant dans une zone endémique doit être explorée par différents moyens (ECG, Téléthorax, échocardiographie, coronarographie). La TDM et l'IRM sont des compléments d'investigation afin d'adopter la stratégie opératoire. En présence d'un kyste hydatique cardiaque, il faut faire un bilan d'extension (autres localisations viscérales). Le pronostic est dominé par la survenue de complications le plus souvent redoutables (rupture, dissémination et choc anaphylactique). La chirurgie constitue le seul traitement radical. Le traitement médical (albendazole) est un complément à la chirurgie, ou la seule alternative dans certaines situations (formes disséminées et non opérables). Sans oublier que la meilleure thérapeutique sera la rupture du cycle du parasite par des mesures préventives rigoureuses (règles d'hygiène, abattage des chiens errants, contrôle vétérinaire...).

CONFLITS D'INTÉRÊT :

Aucun.

DATE D'ENVOI : 18/03/2019.

DATE D'ACCEPTATION : 20/09/2020.

DATE DE PUBLICATION : 25/03/2021.

RÉFÉRENCES

1. L'aarje A, Lyazidi S, Kitane Y, Alami A, Habbal R. Cardiac hydatid cyst of the right ventricle: Severe localization. *Journal of Cardiology Cases*. 2017;16: 138–140.
2. Orhan G, Ozay B, Tartan Z, Kurc E, Ketenci B, Sargin M, Demirtas MM, Aykut SA. Chirurgie des kystes hydatiques cardiaques. Trente-neuf ans d'expérience Surgery of cardiac hydatid cysts. An experience of 39 years. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 2008; 57: 58–61.
3. Wadhawa V, Shah J, Doshi C, Ramani J, Lakhia K, Rathod D et al. Surgical overview of cardiac echinococcosis: a rare entity. *Interact CardioVasc Thorac Surg*. 2018: 1–7.
4. De Paulis R, Seddio F, Colagrande L, Polisca P, and Chiariello L. Cardiac Echinococcosis Causing Coronary Artery Disease. *Ann Thorac Surg*. 1999;67: 1791–3.
5. Maaroufi I, Moutakillah Y, Drissi M, Abdedaim HG, Aït Houssa M, Boulahya A. Localisation exceptionnelle du kyste hydatique cardiopéricardique au niveau des vaisseaux de la base du cœur avec rare association rénale. *Journal de Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire*. 2018; 22(4).
6. Ben Khalfallah A, Ben Slima H. Le kyste hydatique du cœur. Quelle modalité d'imagerie pour un diagnostic précis ? *Ann Cardiol Angeiol (Paris)* (2017). <http://dx.doi.org/10.1016/j.ancard.2016.12.008>.
7. Charfeddine S, Mallek S, Gueldiche M, Triki F, Ben Jmâac H, Frikha I et al. A huge cardiac hydatid cyst: An unusual cause of chest pain revealing multivisceral hydatidosis in a young woman. *J Saudi Heart Assoc*. 2015; 27: 286–291.
8. Levent F, Edem E, Volkan Emren S. Sedat Altay Coronary compression by supposed cardiac hydatid cyst: an unusual cardiac mass. *Adv Interv Cardiol*. 2018; 14, 2(52): 208–209.

9. **Uygur B, Ustabasioglu FE, Karakurt H, Akinci O, Celik O.** An Unusual Cause of Chest Pain: An Isolated Huge Cardiac Hydatid Cyst. *Journal of Clinical Ultrasound*. 2017; vol. 00, n°. 00.
10. **Vazhev ZG, Stoev HA.** Cardiac *Echinococcosis* Involving Left Ventricular Myocardium in an 18-Year-Old Patient. *Folia Medica I*. 2018 I Vol. 60 I No. 2. DOI: 10.1515/folmed-2017-0081.
11. **Kosar F, Aksoy Y, Sahin I, Erdil N.** Pericardial Hydatid Cyst Mimicking Acute Coronary Syndrome. *Tex Heart Inst J*. 2005; 32: 570-2.
12. **Sogunuru G, Murty DS, Reddy Chinta V, Vuddanda K, Moka N.** Cardiac hydatidosis presenting as an acute coronary syndrome. *BMJ Case Reports*. 2010; doi:10.1136/bcr.02.2010.2752.
13. **Tekbas EO, Tekbas G, Atilgan ZA, Islamoglu Y, Cil H, Yazici M.** Left ventricle hydatid cyst mimicking acute coronary syndrome. *J Infect Dev Ctries*. 2012; 6(7): 579-583.
14. **Epcacan S, Ramoglu MG, Ozdemir F.** Isolated cardiac hydatid cyst mimicking myocardial ischaemia in a female patient. *Cardiology in the Young*. 2018; page 1 of 2.
15. **Tuncer E, Turk U, Alioglu E.** Cardiac Hydatid Cyst: An Unusual Cause of Chest Pain. *Int Cardiovasc Res J*. 2013; 7(4): 150-151.
16. **Khosravi A, Taghipour H, Fanaei SA, Assar O, Ghyasy MS, Javad Mirlohi MS.** Heart Hydatid Cyst Close to the Left Descending Artery in a Thirteen-Year-Old Boy. *Iran Red Crescent Med J*. 2014 September;16(9): e15164. DOI: 10.5812/ircmj.15164.
17. **Tekin AF, Durmaz MF, Dag li M, Akbayrak S, Akbayrak P, Turgut B.** Left ventricular hydatid cyst mimicking acute coronary syndrome. *Radiology Case Reports*. 2018; 13: 697-701.
18. **Kitane LY, Alami A, Habbal R.** Cardiac hydatid cyst of the right ventricle: Severe localization L'aarje AS. *Journal of Cardiology Cases*. 2017;16: 138-140.
19. **Moghul D and Hamidi H.** Incidental finding of cardiac hydatid cysts, report of two cases. *BMC Medical Imaging*. 2018: 18:22.
20. **Sachar S, Goyal S, Sangwan S.** Uncommon Locations and Presentations of Hydatid Cyst. *Ann Med Health Sci Res*. 2014 May-Jun; 4(3): 447-452.
21. **Yilmaz R, Akpinar YE, Bayramoglu Z, Ozyavuz HI, Unal OF, Dursun M.** Magnetic resonance imaging characteristics of cardiac hydatid cyst. *Clinical Imaging*. 2018;51: 202-208.
22. **Dursun M, Terzibasoglu E, Yilmaz R, Cekrezi B, Olgar S, Nisli K, et al.** Cardiac Hydatid Disease: CT and MRI Findings. *AJR*. 2008; 190: 226-232.
23. **Bakkali A, et al.** Les kystes hydatiques cardiaques à propos de 17 cas opérés. *Ann Cardiol Angeiol. Paris*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ancard.2017.04.010>.