

## Kyste hydatique du cœur chez l'enfant : A propos d'un cas

*Heart hydatid cyst in a child: a case report*

Baya AZIZA, Samiha CHERIF, Bouzid ABDELMALEK

Service de chirurgie cardio-vasculaire, EHS Djeghri Mokhtar, Constantine, Algérie

Correspondance à :  
Aziza BAYA  
[baziza73@gmail.com](mailto:baziza73@gmail.com)

DOI: <https://doi.org/10.48087/BIMS.cr.2019.6118>

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**

L'échinococcose est rare, en dehors des formes endémiques dans certaines régions dans le monde. La localisation cardiaque est très rare, 0,5 à 2 %. Elle est rare chez l'adulte et plus rare chez l'enfant. Le ventricule gauche est le plus touché. Nous rapportons le cas d'un kyste hydatique du cœur découvert fortuitement chez une fille âgée de 12 ans. La patiente a été opérée avec succès par sternotomie sous circulation extracorporelle sous clampage aortique.

**Mots-clés** : échinococcose ; enfant ; ventricule gauche.

**ABSTRACT**

Echinococcosis is rare despite endemic occurrence in some regions of the world. The cardiac location is rare 0,5 to 2% of all locations. This is a rare disease in adults, but even rarer in children. The most frequent location is in the left ventricle. We report a case of hydatid cyst of the heart discovered fortuitously in a 12-year-old girl. The patient underwent with success a resection of the cyst, by sternotomy under cardiopulmonary by pass with aortic clamping.

**Keywords**: echinococcosis; children; left ventricle.

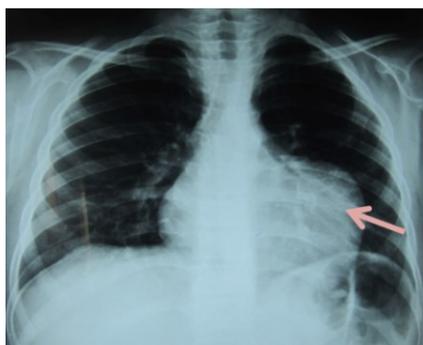
**Introduction**

L'hydatidose cardiaque est rare; elle est caractérisée par son polymorphisme clinique, paraclinique et radiologique. Son pronostic est réservé du fait du risque de rupture et de dissémination hémotogène. La particularité de cette localisation est qu'elle pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques. Nous présentons le cas d'un kyste hydatique cardiaque de la paroi latérale du ventricule, opéré avec évolution favorable.

**Observation**

Il s'agit d'une patiente âgée de 12 ans issue d'un milieu rural, sans antécédents particuliers ; sa pathologie a été découverte fortuitement lors de la réalisation d'une multitude d'explorations suite à un accident de la circulation ainsi une radiographie du thorax a objectivé une voussure au niveau de l'arc inférieur gauche (Figure1) sans cardiomégalie ni anomalie du parenchyme pulmonaire ; une échographie abdominale avait révélé une hydatidose hépatique. Devant l'origine rurale de la patiente et les constatations radiologiques et échographiques, une sérologie hydatique a été réalisée, revenant positive.

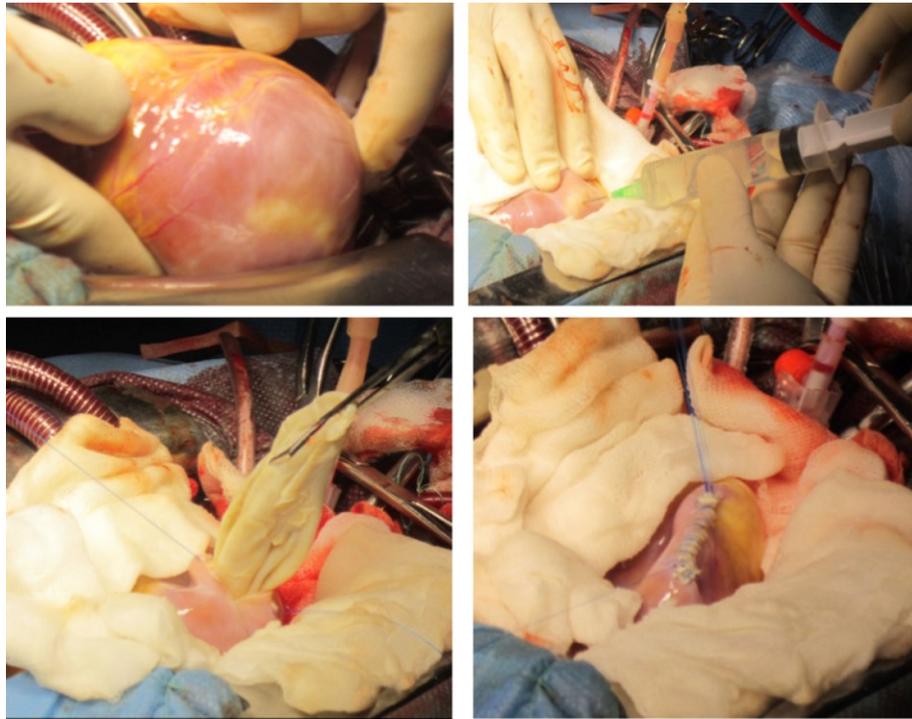
Le bilan radiologique a été complété par une échocardiographie qui a montré une masse arrondie homogène, mesurant 63/44mm, intra myocardique au niveau de la paroi postérieure du ventricule gauche. Une tomодensitométrie thoraco abdomino pelvienne, visualisant un kyste hydatique uniloculaire intra cardiaque du ventricule gauche, associé à une hydatidose hépatique (figure 2). L'enfant a été opérée par sternotomie médiane verticale sous circulation extracorporelle sous clampage aortique.



**Figure 1.** Aspect en dôme saillant du kyste hydatique.



**Figure 2.** Localisation hépatique et cardiaque du kyste hydatique.



**Figure 3.** De gauche à droite et de haut en bas. Aspect peropératoire du kyste hydatique. Aspiration de la cavité kystique de la paroi latérale du ventricule gauche. Evacuation de la membrane prolifère. Capitonage de la cavité résiduelle et du contenu de la cavité kystique.

L'exploration peropératoire objective un gros kyste avec un dôme saillant au niveau de la paroi latérale de ventricule gauche; nous avons procédé à une ponction du kyste qui a retiré un liquide en eau de roche, puis nous avons ouvert la cavité kystique après protection du médiastin par des champs imbibés au sérum salé hypertonique. Après évacuation de toutes les vésicules filles et de la membrane prolifère, la cavité résiduelle a été lavée abondamment au sérum salé hypertonique puis capitonnée (Figure 3). Les suites postopératoires étaient simples avec une échocardiographie de contrôle qui a objectivé une petite cavité résiduelle avec une fraction d'éjection du ventricule gauche conservée à 58%. La patiente a quitté l'hôpital au 8<sup>ème</sup> jour et orientée vers un service de chirurgie viscérale pour prise en charge de l'hydatidose hépatique.

## Discussion

Le kyste hydatique du cœur (KHC) est secondaire au développement intracardiaque d'*Echinococcus granulosus*. La distribution des localisations kystiques est parallèle à l'importance du débit sanguin coronaire : 60 % au niveau du ventricule gauche, 15 % au ventricule droit et 15 % au niveau du septum inter ventriculaire. L'atteinte auriculaire est rare. Le péricarde est atteint dans 2 à 10 % des cas. Le kyste hydatique cardiaque est de siège sous-péricardique ou sous-endocardique, surtout au niveau de la paroi ventriculaire gauche (1).

La présentation clinique du kyste hydatique cardiaque est polymorphe et non spécifique. Le kyste hydatique peut se voir à tout âge mais il est plus rare chez l'enfant que chez l'adulte (2). Chez notre patiente, le diagnostic a été découvert fortuitement, puis confirmé par l'échographie transthoracique, le scanner thoracique et la sérologie hydatique. L'apport de l'échographie transoesophagienne (ETO) ne trouve son intérêt que dans les localisations intra-auriculaires. La tomodynamométrie a été réalisée dans le cadre d'un bilan de localisations polyviscérales ainsi que des atteintes cardiaques multiples. L'IRM cardiaque, bien qu'elle soit actuellement d'un grand apport pour le diagnostic car elle fournit une image plus complète de l'anatomie cardiovasculaire, sans irradiation ni injection de produit de contraste, n'a pas été réalisée chez notre patiente pour souci économique.

La gravité du KHC réside dans ces complications fatales surtout la rupture intracardiaque avec des accidents emboliques systémiques ou pulmonaires, choc anaphylactique, rupture intra péricardique, troubles conductifs (surtout localisation septale) et ischémie myocardique (3,4). Pour cela, le traitement du KHC doit être rapide dès que le diagnostic est posé, il repose sur l'exérèse chirurgicale.

Un traitement postopératoire par albendazole pendant 3 à 6 mois est recommandé afin de minimiser le risque de récurrence locale bien que cet effet n'ait pas été formellement démontré.

## Conclusion

L'hydatidose est une maladie ubiquitaire pouvant atteindre tous les organes et en premier lieu le foie et les poumons et survient à tout âge. L'atteinte cardiaque est rare, posant un problème diagnostique avec les autres masses cardiaques d'où l'intérêt des données épidémiologiques et des antécédents pathologiques des patients. Cette pathologie est aussi grave par ces complications fatales, souvent elle est découverte tardivement, expliquant les localisations polyviscérales et les localisations multiples au sein d'un même organe rendant la prise en charge thérapeutique difficile. Pour cela, l'imagerie doit rechercher des signes spécifiques associés à la sérologie hydatique, permettant ainsi d'évoquer le diagnostic précocement surtout dans un pays d'endémie hydatique (5). La particularité de cette pathologie réside dans le fait que malgré un traitement radical et bien conduit, les récurrences peuvent survenir, rendant ainsi le pronostic de cette pathologie imprévisible.

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

## Références

1. Aubry P. Hydatid or hydatid cyst News 2013 Updated 06/11 / tropical Medecine2013.
2. Hela Ben Jmaà1 Mohamed Abdennadher1, Aiman Dammak, Traitement chirurgical d'un kyste hydatique du septum inter-auriculaire Chirurgie thoracique et cardio-Vasculaire - 2012 ; 16(2) : 118-120
3. Kaplan M, Demirtas M, Cimen S, Ozler A. Cardiac hydatid cysts with intracavitary expansion Ann Thoracic Surg 2001;71:1587-1590
4. Di Bello R, Menenotez H. Intracardiac rupture of hydatid cysts of heart. A study based on three personal observations and 101 cases in world literature. Circulation 1963;27:366-374.
5. Dighiero Jorge, MD, Eduardo joaquin Canabal, MD, Cesar v. Aguirre, MD, Echinococcus Disease of the Heart Circulation 1958; 17: 127-132

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](mailto:BatnaJMS@gmail.com) ou connectez-vous sur le site de la revue : [www.batnajms.net](http://www.batnajms.net)

