

EMBOLIE PULMONAIRE D'ORIGINE HYDATIQUE : A PROPOS D'UN CAS

HYDATIC PULMONARY EMBOLISM. ABOUT ONE CASE

S. M'SAAD, S. FOUZI, H. AYÈDI, A. AYOUB.

Service de pneumologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Correspondance :

Hajer Ayèdi
service pneumologie,
CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Téléphone : 21674242245
E-mail : hajer.chaabane @ rns.tn

Résumé

Introduction

L'embolie pulmonaire d'origine hydatique constitue une entité rare. Elle expose au risque de cœur pulmonaire chronique et d'insuffisance respiratoire chronique.

Observation

Une patiente de 37 ans, aux antécédents d'hydatidose pulmonaire et hépatique opérée, est hospitalisée pour exploration d'une symptomatologie évoluant depuis un mois faite d'une dyspnée à l'effort, toux productive et vomique hydatique.

La radiographie thoracique était normale. L'imagerie (angioscanner thoracique et échographie cardiaque) a conclu à une embolie pulmonaire d'origine hydatique dont le point de départ est un kyste hydatique du cœur droit. L'évolution sous traitement médical a été marquée par la stabilité de la symptomatologie clinique.

Commentaire

L'embolie hydatique est due à l'ensemencement d'éléments hydatiques dans la circulation pulmonaire. Son point de départ est habituellement un kyste hydatique du cœur droit.

La symptomatologie clinique est dominée par la toux, l'hémoptysie, les vomiques hydatiques et la dyspnée d'effort. Le diagnostic positif a largement bénéficié de l'apport de l'imagerie en particulier l'angioscanner thoracique et l'échographie cardiaque.

Le pronostic de cette affection est particulièrement sombre. Son traitement est essentiellement chirurgical visant à traiter le kyste primaire.

Mots clés : Embolie pulmonaire – Kyste hydatique – Traitement

Summary

Background

Hydatid pulmonary embolism is rare which can be complicated by chronic cor pulmonale and respiratory chronic failure.

Case report

A 37 –year –old woman, who had been operated twice for hydatid cystic, was hospitalized for cough, exercise-induced dyspnea and vomit, which had developed over the previous month. The standard chest X-ray was normal. Imaging findings (angioscanner and cardiac echography) showed a hydatid pulmonary embolism which started from hydatid cysts on the right heart.

Discussion

Hydatid pulmonary embolism is due to the spread hydatid elements in the pulmonary circulation. It results from the rupture of hydatid cyst on the right heart.

Clinical manifestations are dominated by cough, hemoptysis, vomit and exercise – induced dyspnea. Positive diagnosis has benefited from imaging especially angioscanner and cardiac echographic findings. Prognosis is particularly poor. The treatment is mainly surgical aiming at curing the primal cyst.

Key words : Pulmonary embolism – Hydatid cyst – Treatment

INTRODUCTION

L'hydatidose est une parasitose due au développement chez l'homme de la larve du tænia *Echinococcus granulosus*.

La localisation cardiaque est rare [1], sa fréquence étant estimée entre 0,5 et 2%.

L'atteinte du ventricule droit est particulièrement grave exposant au risque d'embolie hydatique [2, 3], de traitement difficile et de pronostic réservé.

OBSERVATION

Mme S.Z. âgée de 37 ans, non tabagique, opérée en 1986 pour kyste hydatique du poumon droit et en 1987 pour hydatidose hépatique, a été hospitalisée en Février 2005 pour une symptomatologie évoluant depuis un mois et faite d'une douleur basithoracique droite, dyspnée au moindre effort, toux productive ramenant des expectorations purulentes avec vomique hydatique franche. A l'admission, la température était à 37,5°C, la pression artérielle à 120/70 mmHg, le pouls à 88 battements/min et le rythme respiratoire à 24 cycles/min. L'auscultation pulmonaire révélait une diminution des vibrations vocales et du murmure vésiculaire à la base pulmonaire droite. Le reste de l'examen était sans particularité. La radiographie du thorax (fig. 1) montrait une ascension de la coupole diaphragmatique droite avec une pointe sus diaphragmatique du cœur. Le bilan biologique était normal. La gazométrie trouvait une PaCO₂ à 32 mmHg, une PaO₂ à 100 mmHg, une saturation à 99%. La sérologie hydatique par méthode d'hémagglutination était positive à une valeur supérieure à 1/2560. La bascilloscopie dans les crachats était négative. L'ECG montrait un bloc de branche droit incomplet. La spirométrie révélait une capacité vitale (CV) à 2,13 litres, un volume expiratoire maximum seconde (VEMS) à 1,28 litres et un rapport Tiffeneau VEMS/CV à 60%. Devant les antécédents d'hydatidose pulmonaire opérée, la notion de vomique hydatique et la dyspnée d'effort d'apparition récente, une embolie hydatique a été suspectée.

Une échographie cardiaque transthoracique a été alors pratiquée montrant la présence d'une image hyperéchogène faisant 17 mm de grand axe débutant au niveau de l'infundibulum et arrivant à la valve pulmonaire évoquant une structure hydatique, sans retentissement valvulaire pulmonaire. L'échographie abdominale était normale. L'angioscanner thoracique (fig. 2 et 3) mettait en évidence de multiples emboles grossièrement arrondies ou ovalaires légèrement isodenses au parenchyme hépatique, comblant la lumière des segmentaires de la lobaire supérieure, n'épargnant que la ventrale et le tronc de la lobaire

inférieure ainsi que les branches de la pyramide basale avec présence de multiples opacités au niveau du segment de Fowler et de la région axillaire du lobe supérieur droit.

La localisation cardiaque droite a été jugée inaccessible à la chirurgie, la patiente a été alors mise sous Albendazole à la dose de 10mg/Kg/j.

Notre patiente est actuellement sous contrôle périodique, le périmètre de marche est stable au bout de 24 mois de recul. Le scanner thoracique de contrôle, pratiqué au bout d'une année de traitement médical, n'a révélé aucune amélioration des lésions.



Fig. 1 : Radiographie thoracique de face : Surélévation de la coupole diaphragmatique droite



Fig. 2 : Angioscanner thoracique : multiples embolies comblant la lumière des segmentaires de la lobaire supérieure droite

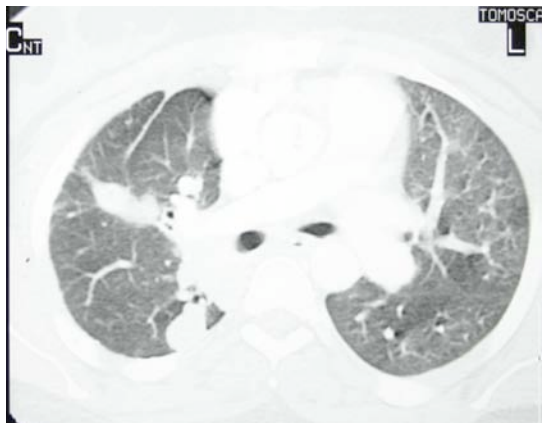


Fig. 3 : Angioscanner thoracique : multiples opacités au niveau du segment de Fowler et de la région axillaire droit

DISCUSSION

L'embolie pulmonaire hydatique est due à l'ensemencement d'éléments échinococciques dans la circulation pulmonaire.

Il s'agit d'une entité de description rare [1]. Son point de départ est habituellement un kyste hydatique du cœur droit en particulier le ventricule droit [2] comme c'était le cas dans notre observation. Il a été également rapporté des cas d'embolie pulmonaire hydatique secondaires à la rupture d'une hydatidose hépatique ou pelvienne dans les veines contiguës [2, 3].

Les embolies parasitaires peuvent, en obstruant les vaisseaux artériels, aboutir à l'installation d'une hypertension artérielle pulmonaire. Ils peuvent donner naissance à des lésions hydatiques secondaires responsables d'une destruction du parenchyme pulmonaire et de l'arborisation bronchique [4]. L'association de ces phénomènes sera à l'origine ultérieurement d'une insuffisance respiratoire chronique et d'un cœur pulmonaire chronique [4, 5].

Les signes correspondant à l'embolie pulmonaire hydatique constituent un complexe symptomatique polymorphe. La phase initiale contemporaine de la rupture du kyste primitif est parfois accompagnée d'un choc anaphylactique ou d'un cœur pulmonaire aigu pouvant entraîner le décès brutal [6] ; plus souvent, cette phase prend l'aspect d'une pneumopathie aiguë fébrile ou passe totalement inaperçue. Au décours d'une phase de latence de durée variable, apparaissent les manifestations de l'échinococcose métastatique installée avec hémoptysie, fébricule, vomique hydatique à répétition [6, 7] et dyspnée d'effort. Chez notre patiente, outre les antécédents d'hydatidose opérée, la notion de vomique hydatique était

suffisante pour retenir l'origine échinococcique du tableau clinique.

La radiographie du thorax pourrait mettre en évidence des signes d'échinococcose métastatique avec de multiples opacités de petite taille, bien limitées et diffuses aux deux champs pulmonaires, dont certaines présentent un niveau hydro-aérique [7, 8]. A ces images pourront se superposer des images arrondies le long du trajet des artères pulmonaires, correspondant à une hydatidose secondaire intra-artérielle. Dans notre observation, la radiographie du thorax était dans les limites de la normale.

L'échographie cardiaque permet d'orienter le diagnostic d'embolie hydatique par la mise en évidence d'une localisation cardiaque associée [7, 9, 10].

L'échographie trans-oesophagienne a montré sa supériorité par rapport à l'échographie trans thoracique [11].

L'angioscanner thoracique spiralé permet de confirmer le diagnostic en montrant les kystes hydatiques intra-artériels sous forme d'hypodensités rondes intra-luminales [1]. Cet intérêt est parfaitement illustré par notre observation.

L'imagerie par résonance magnétique représente actuellement l'examen radiologique le plus performant. Elle permet de faire grâce à l'étude multiplanaire le bilan des lésions cardiaques, vasculaires et pulmonaires [11, 7, 1]. Elle a l'avantage, par rapport à l'angiographie, d'être non invasive. Celle-ci permet la mise en évidence d'images lacunaires intracardiaques et d'images d'arrêt au niveau des branches de l'artère pulmonaire [8].

Le pronostic de cette affection reste particulièrement sombre, elle continue à faire l'objet d'un diagnostic trop tardif ou purement nécroscopique [1, 7, 6].

Le traitement est chirurgical, visant à traiter le kyste primaire cardiaque ou hépatique. Le traitement des kystes pulmonaires est à envisager une fois la source d'ensemencement est contrôlée. Des traitements larvicides sont désormais disponibles, mais les reculs sont courts pour juger de leur efficacité [12]. Chez notre patiente, le traitement médical n'a donné aucune amélioration ni clinique ni radiologique.

CONCLUSION

L'embolie pulmonaire d'origine hydatique constitue une entité de description rare. Son pronostic reste réservé malgré le traitement chirurgical et médical d'où l'importance de la prévention.

REFERENCES :

- 1- Mokaddem A, Sdiri W, Selmi K et al: Embolie pulmonaire hydatique. *Tunisie Med* 2003 ; 11 : 894-7.
- 2- Kammoun S, Zayène M, Fendri S et al: Cœur pulmonaire chronique par embolies hydatiques compliquant un kyste du foie. *Ann Cardiol Angeiol* 1997 ; 46(5-6) : 317-20.
- 3- Hirzalla M.O, Samara A, Ateyat B et al – Recurrent hydatid pulmonary embolism. *Am Rev Respir Dis* 1989 ; 140 : 1082-5.
- 4- Bèji M, Louzir B, El Mekki F, Jouini S, Mahaouachi R, Daghfous J : Cœur pulmonaire chronique post hydatique – *Rev Mal Resp* 1997 ; 14 : 129-31.
- 5- Drira I, Fennira H, Hantous S et al: Embolies pulmonaires hydatiques. *Rev Pneumol clin* 2000 ; 56 : 41-4.
- 6- Letessier E, Afkhami S, Paineau J, Hamelin E, Lerat F, Visset J: Embolie pulmonaire hydatique mortelle lors d'une hépatectomie pour kyste hydatique. *J Chirurgie* 1992 ; 129 : 3 : 142-4.
- 7- Ben M'Rad S, Mathlouthi A, Merai S, Mestiri I, Ben Miled Mrad K, Djenayah F : Embolie pulmonaire d'origine hydatique. *Presse Med* 1998 ; 5 : 205-7.
- 8- M'Raihi M L, Djemal A, M'zah N, Mechmèche R, Zegaya M, Ben Ismail M : hydatidose pulmonaire multiple associée à un kyste intra cardiaque . *Rev Pneumol Clin* 1989 ; 45 : 78-80.
- 9- Guillot B, Andre-Fouet X, Chuzel M, Bozio A : Kyste hydatique du cœur dignostiqué par échographie. *Arch.Mal.Cœur* 1982 ; 12 : 1431-5.
- 10- Bashour TT, Alali ARK, Mason DT, Saalouke M : Eccinococcosis of the heart: clinical and echocardiographic features in 19 patients. *Am Heart J* 1996 ; 132 : 1028-30.
- 11- Mahdhaoui A, Bouraoui H, Suissi J et al: Echinococose cardiaque à propos d'une double localisation : artère pulmonaire – ventricule gauche. *Rev Med Int* 2004 ; ,25 : 93-7.
- 12- M Riquet, R Souilamas : Kyste hydatique pulmonaire. Indication thérapeutique. *EMC pneumologie- 6-003-M10* ; 2000 : 6 p.