

## Kyste hydatique du septum interventriculaire : à propos d'un cas.

*Hydatid cyst of the interventricular septum. A case report.*

Rédha Lakehal, Soumaia Bendjaballah, Farid Aimer, Rabeh Bouharagua, Khaled Khacha, Abdelmalek Bouzid.

Service de chirurgie cardiaque, Ehs  
Dr Djaghri Mokhtar, Constantine,  
Algérie.Correspondance à :  
Rédha LAKEHAL  
[lakehal.redha@gmail.com](mailto:lakehal.redha@gmail.com)DOI: <https://doi.org/10.48087/BJMS.cr.2019.6215>

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

**Introduction.** La localisation cardiaque de la maladie hydatique est rare (< 3%) même dans les pays endémiques. C'est une affection caractérisée par une longue tolérance fonctionnelle et un grand polymorphisme clinique et paraclinique. L'hydatidose cardiaque est grave à cause du risque de rupture imposant une chirurgie semi urgente. Le diagnostic repose sur la sérologie hydatique et l'échocardiographie. Le but de ce travail est de montrer une localisation cardiaque rare au niveau du septum interventriculaire de cette affection. **Observation.** Nous rapportons l'observation d'un homme âgé de 48 ans asthmatique présentant un kyste hydatique cardiaque de découverte fortuite lors d'une TDM thoracique demandée pour un bilan de pneumopathie. En préopératoire : dyspnée stade II de la NYHA. Radiographie pulmonaire : ICT : 0,60. ECG : RRS. Echocardiographie : Masse kystique intra septale grossièrement arrondie homogène mesurant 30,4 sur 23, 5, VG : 50 /34 mm, VD : 26mm, FE : 60 %. Sérologie hydatique positive. TDM thoracique : nodules pseudo-kystiques des 2 pyramides basales avec nodule kystique en projection du VD. L'exploration peropératoire par voie transtricuspidale montre un bombement du SIV sous la valve tricuspide septale. Le geste a consisté en une ponction du kyste a ramené liquide eau de roche puis la septotomie a permis de retirer la membrane et les vésicules filles et enfin stérilisation par du SSH a 30 % et le capitonnage de la cavité résiduelle. Les suites post opératoires étaient simples. **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 de kyste du cœur car l'évolution spontanée est mortelle à plus ou moins brève échéance. En fait, le véritable traitement de la maladie parasitaire et sa prophylaxie, 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, Echinococcose granulosis, chirurgie, prévention.

## ABSTRACT

**Introduction.** The cardiac location of the hydatid disease is rare (< 3%) even in endemic countries. It is an affection characterized by a long functional tolerance and a great clinical and lab polymorphism. Cardiac Hydatidosis is serious because of the risk of rupture imposing a semi urgent surgery. Diagnostic is made by serology and echocardiography. The goal of this work is to show a rare cardiac location on the level of the inter ventricular septum. **Methods.** We report the observation of a 48-year-old asthmatic man, presenting a cardiac cyst hydatid of fortuitous discovery at the time of a chest CT performed for an assessment of pneumopathy. Examination revealed a stage II dyspnea of the NYHA. Pulmonary radiography: CTI at 0.60. ECG: regular sinus rhythm. Echocardiography: intra septal cystic mass, round homogeneous and measuring 30.4 / 23, 5mm, LV: 50/34 mm, RV: 26mm, EF: 60%. Positive hydatid serology. Chest CT: pseudo-cystic nodules of the 2 basal pyramids with cystic nodule in projection of the LV. The preoperative exploration by transtricuspid way showed a convexity of the interventricular septum under the septal tricuspid valve. The gesture consisted of puncture of the cyst that brought back a limpid liquid then the septotomy allowed withdrawn membrane and the blisters and finally sterilization by hypertonic saline serum at 30% and reduction of the residual cavity. The immediate postoperative course was simple. **Conclusion.** Progress in imaging makes echocardiography the examination of choice in the hydatid detection of the cyst of the heart. The operational indication is formal in all cases of cysts in the heart because the spontaneous evolution is mortal at a more or less long term. In fact, the true treatment of the parasitic disease and its disease prevention the fight against echinococcosis remains preventive measures which aim at stopping the biological cycle of the parasite, through health education and a legislation.

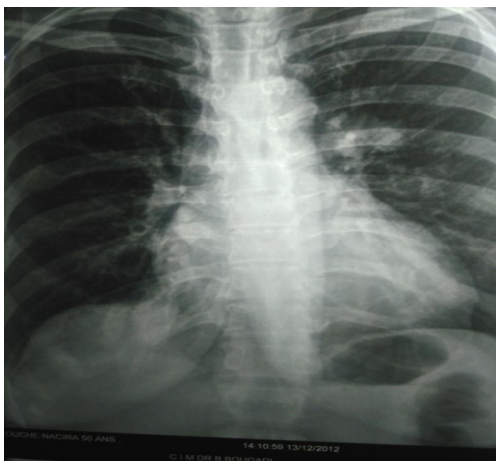
**Keywords:** Cyst hydatid, heart, Echinococcosis granulosis, surgery, prevention.

## Introduction

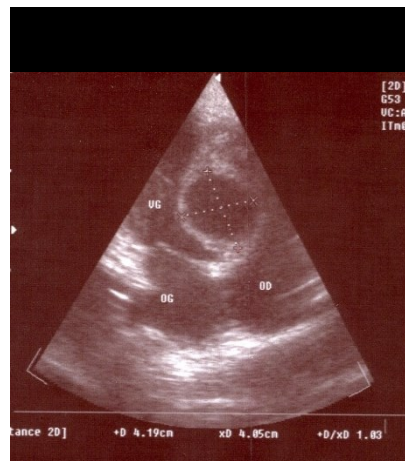
La localisation cardiaque de la maladie hydatique est rare (< 3%) même dans les pays endémiques. C'est une affection caractérisée par une longue tolérance fonctionnelle et un grand polymorphisme clinique et paraclinique. L'hydatidose cardiaque est grave à cause du risque de rupture imposant une chirurgie semi urgente. Le diagnostic repose sur la sérologie hydatique et l'échocardiographie. Le but de cette observation est de montrer une localisation cardiaque peu fréquente au niveau du septum interventriculaire qui sous-manifeste sous la forme d'un kyste de contenu liquide à parois calcifiées souvent enchâssé dans le myocarde.

## Observation

Nous rapportons l'observation d'un homme âgé de 48 ans asthmatique présentant un kyste hydatique cardiaque de découverte fortuite lors d'une TDM thoracique demandée pour un bilan de pneumopathie. En préopératoire : classe fonctionnelle dyspnée stade II de la NYHA. Radiographie pulmonaire : ICT à 0,60 (figure 1). ECG : Rythme régulier sinusal sans troubles conductifs. Echocardiographie : Masse kystique intra septale grossièrement arrondie homogène mesurant 30,4 sur 23, 5mm, VG : 50 /34 mm, VD : 26mm, FE : 60 % (figure 2). TDM thoracique : Nodules pseudo-kystiques des 02 pyramides basales avec nodule kystique en projection du ventricule droit (figure 3).



**Figure 1.** Radiographie pulmonaire. Kyste hydatique du septum interventriculaire.



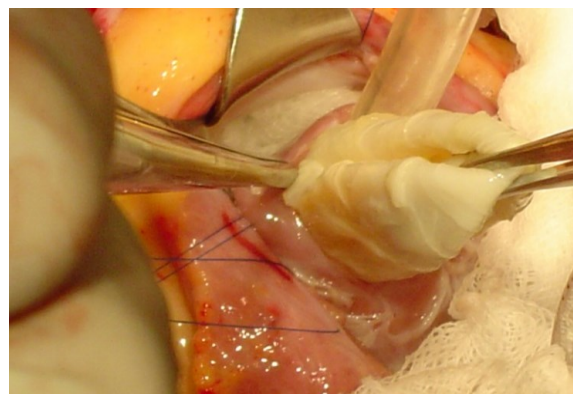
**Figure 2.** Aspect échographique d'un kyste hydatique du septum interventriculaire

Sérologie hydatique positive. La voie d'abord est une sternotomie médiane verticale. Le patient a été opéré sous circulation extracorporelle (CEC) établie entre l'aorte ascendante et les deux veines caves. L'exploration per opératoire par voie transtricuspidale montrait un bombement du septum interventriculaire sous la valve tricuspide septale. Le geste consistait en une ponction du kyste à ramené 20 cc de liquide eau de roche puis la septotomie a permis de retirer la membrane et les vésicules filles et enfin on a procédé à la stérilisation de la cavité kystique par du SSH à 30 % et capitonnage de la cavité résiduelle (figure 4).

Durée de la CEC : 65 mn, du clampage aortique : 45mn et d'assistance circulatoire : 16mn. Les suites post opératoires étaient simples. Séjour en unité de soins intensifs : 48 heures. Durée d'intubation : 12 heures. Durée de séjour en postopératoire : 8 jours. Le patient est mis sortant au 9<sup>ème</sup> jour.



**Figure 3.** Aspect scannographique d'un kyste hydatique du septum interventriculaire.



**Figure 4.** Aspect peropératoire d'une extraction d'un kyste hydatique du septum interventriculaire après septotomie.

L'étude anatomopathologique était revenue en faveur d'un kyste hydatique cardiaque. Les échocardiographies de contrôles faites le 1<sup>er</sup>, le 3<sup>ème</sup>, le 6<sup>ème</sup>, le 9<sup>ème</sup> mois et à un an n'ont pas montrés de récurrences cardiaques.

## Discussion

La localisation cardiaque de l'hydatidose provient essentiellement de la localisation coronaire après franchissement des filtres hépatique et pulmonaire. La localisation au niveau du septum interventriculaire comme dans cette observation représente 5 à 20 % des localisations (1-2). L'atteinte septale peut être responsable de troubles conductifs (3) malgré que ce patient n'ait pas de troubles conductifs à l'EKG.

La radiographie thoracique détecte uniquement les formes volumineuses responsables d'une déformation de la silhouette cardiaque. L'échocardiographie transthoracique est l'examen de première intervention (4) en montrant sa topographie et en précisant son volume. TDM thoracique permet un bilan morphologique et d'extension précis (5). IRM thoracique permet une caractérisation tissulaire du kyste hydatique cardiaque (6-7).

### 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 du kyste du cœur car l'évolution spontanée est mortelle à plus ou moins brève échéance. En fait, le véritable traitement de la maladie parasitaire et sa prophylaxie, 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.

**Déclaration d'intérêts** : l'ensemble des auteurs ne déclare pas de conflits d'intérêt en rapport avec cet article.

### Références

1. Elkouby A, Vaillant A, Comet B, Malme-jac 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.
2. El Abbassi Skalli A, El Alraoui F, Chikhaoui N, Kadiri R. Kyste hydatique du médiastin. À propos de 2 cas. *J Ra-diol* 2000;81:154-7.
3. Gomez FP, Duran H, Tamames S, Per-rote JL, Blames A. Cardiac echinoco-sis: clinical picture and complica-tions. *Br Heart J* 1973;35:1326-31.
4. Kostucki W, Kuck MV, Cornil A. Chan-ging echocardiographic features of a hydatid cyst of the heart. *Br Heart J* 1985;54:224-5.
5. Trigano JA, Mourot F, Talmoudi T, Mal-mejac C, Torresani J, Houel J. Sémiolo-gie du kyste hydatique du coeur. Étude d'une série continue de 13 cas et intérêt du scanner. *Arch Mal Cœur* 1985;78: 1895-9.
6. Pasaoglu I, Dogan R, Pasaoglu E, To-kgozolu L. Surgical treatment of giant hydatid cyst of the left ventricle and diagnosis value of magnetic resonance imaging. *Cardiovasc Surg* 1994; 2:114-6.
7. Ameli M, Maborhan A, Nauraii S. Surgical treatment of hydatid cysts of the heart: report of six cases. *J Thorac Car-divasc Surg* 1989;98:892-901.

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)

