

Kyste hydatique intra myocardique de découverte fortuite

Le kyste hydatique du cœur est une affection rare représentant 0,5 à 2% de l'ensemble des localisations hydatiques [1]. La maladie demeure longtemps latente à cause d'un développement lent de la forme larvaire d'Echinococcus Granulosus [1, 2]. Il pose des problèmes diagnostique et thérapeutique parfois difficiles à résoudre.

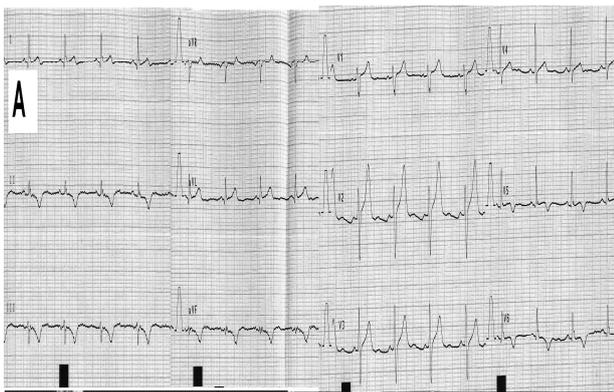
Nous présentons le cas d'un kyste hydatique cardiaque de découverte fortuite, opéré avec évolution favorable.

Observation :

Notre patient est un homme âgé de 35 ans, hospitalisé en urgence suite à un accident d'électrocution par un courant alternatif à 380 Volts. L'examen physique est strictement normal, en particulier, il n'a pas de lésions de brûlures. L'électrocardiogramme (Figure 1 A) a montré une ischémie sous-épicaire en inféro-latéral.

Figure 1a : Les examens para cliniques :

L'ECG montre une ischémie sous-épicaire en inféro-latéral



La radiographie thoracique est sans anomalies. Les marqueurs enzymatiques (troponines et CPK) sont revenus négatifs. L'échographie cardiaque transthoracique (Figure 1 B) pratiquée le lendemain de son hospitalisation a mis en évidence une masse échogène au niveau de la paroi inféro-postérieure du ventricule gauche au niveau du segment moyen de forme ovale paraissant pleine d'échostructure hétérogène et de tonalité calcique. Elle mesure 37 * 62 mm de grand axe. Le doppler tissulaire est en faveur d'une localisation myocardique. L'angiographie coronaire a éliminé une compression extrinsèque des artères coronaires. Un scanner cardiaque 64 barrettes (Figure 1C) a montré une masse tumorale qui a une densité para liquidienne (25 UH) sans rehaussement significatif, contenant des calcifications arciformes centrales et périphériques se développant aux dépens du muscle myocardique et restant à distance des vaisseaux coronaires. L'IRM cardiaque a confirmé les données du scanner et a montré que la masse cardiaque se développe dans la paroi postéro-

inférieure du ventricule gauche mesurant 4,5 * 5 * 6 cm bien limitée en hyper signal hétérogène T1 hypo signal T2, sans rehaussement significatif après Gadolinium.

Figure 1b : Les examens para cliniques :

L'échographie Transthoracique (VG : ventricule gauche, VD : ventricule droit, KH : Kyste hydatique)

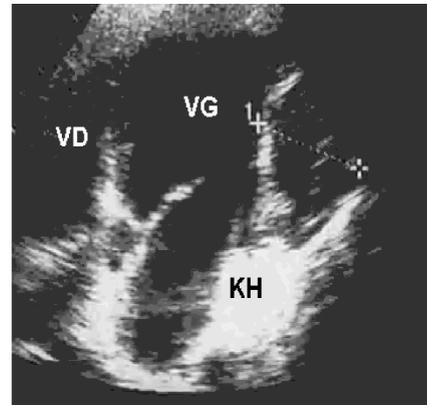
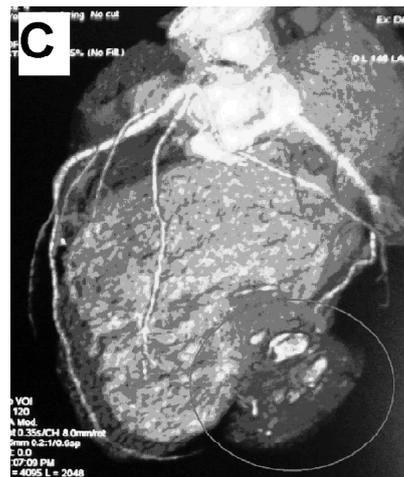


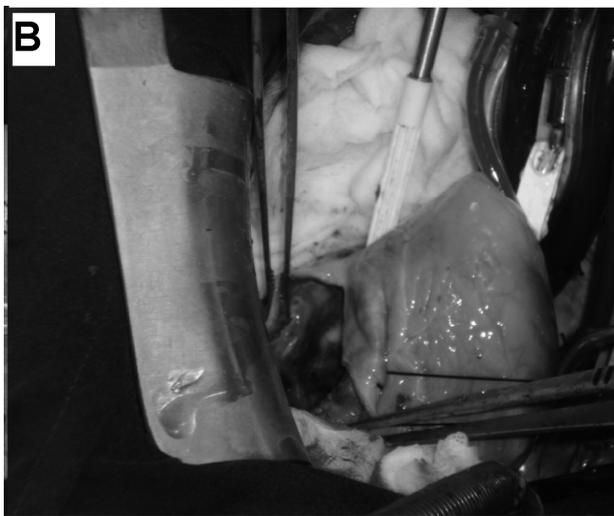
Figure 1c : Les examens para cliniques :

L'Angioscanner cardiaque montrant une tumeur cardiaque



L'ensemble de ces examens, nous a fait fortement suspecter un kyste hydatique intra myocardique calcifié. La recherche d'autres localisations hydatiques est revenue négative. La sérologie hydatique est aussi négative. Il a été opéré le 18/09/2010, sous circulation extracorporelle, et la tumeur correspondait à un kyste hydatique intra-myocardique vieilli et calcifié (Figure 2). L'exérèse de la tumeur a été complète et soigneuse afin d'éviter la dissémination de vésicules filles. L'étude anatomopathologique a confirmé les données de l'examen macroscopique. L'évolution post opératoire a été simple

Figure 2 : Le Kyste hydatique cardiaque
A- Avant l'exérèse
B- Après l'exérèse



Conclusion

Le kyste hydatique cardiaque est une pathologie grave et redoutable par ses complications. Il affecte une population relativement jeune. Les tableaux cliniques sont variables et non spécifiques. Le diagnostic est suspecté par les examens d'imagerie et confirmé par l'étude anatomopathologique. Le traitement est essentiellement chirurgical mais les mesures préventives à l'échelle de la population doivent être prioritaires afin de diminuer son incidence.

Références :

1. Haouala H, Rahal N, M'Henni H, Ben Hamadi F, Mechmech R, Guediche M. Hydatid cyst of the heart of multivesicle type. Apropos of a case. *Ann Cardiol Angeiol.* 1989; 38: 83-6.
2. Jerbi S, Romdhani N, Tarmiz A et al. Le kyste hydatique emboligène du cœur droit. *Ann Cardiol Angeiol.* 2008; 57: 62-5.

Abdeddayem Haggui, Imène saidi, Rana Dahmani, Nadhem Hajlaoui, Dakher Lahidheb, Thouraya Filali, Nadia Barakett, Mehdi Ghmodh, Wafa Fehri, Habib Haouala

*Service de cardiologie, Hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie
Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar, Tunis, Tunisie*

Actinomycose pelvienne pseudo-tumorale

L'actinomycose est une infection bactérienne, caractérisée par la formation, au sein des tissus infectés, de grains jaunes: les grains actinomycosiques (1). L'agent responsable ou actinomycète, bacille gram positif anaérobie stricte, est un saprophyte endogène des voies aérodigestives ou plus rarement du vagin. Il peut devenir pathogène en cas d'effraction de la muqueuse (2). Depuis l'utilisation croissante des dispositifs intra utérins, l'origine génitale semble être devenue l'origine croissante de cette affection qui reste rare (2, 3). Elle peut simuler dans ses localisations abdominales ou pelviennes une affection néoplasique ou inflammatoire. Affection grave en l'absence de traitement convenable. Son pronostic a été transformé par l'antibiothérapie, essentiellement la pénicilline G (1, 4).

Nous rapportons un cas d'actinomycose abdomino-pelvienne avec extension vésicale chez une femme de 39 ans illustrant la difficulté du diagnostic de l'actinomycose abdomino-pelvienne.

Observation

Mme KH, âgée de 39 ans, G3P4, diabétique sous insuline, ayant eu une contraception par DIU pendant 4 ans enlevé 1 an avant sa consultation, était hospitalisée dans notre service pour exploration d'une masse latéro-utérine. La masse a été découverte à une échographie pelvienne faite dans le cadre d'exploration de douleurs abdominales associées à des infections urinaires à répétition évoluant depuis 2 ans. La patiente était apyrétique, en bon état général. L'examen a objectivé un blindage sous ombilical mal limité adhérent au plan profond. L'ECBU était positif à E. COLI. L'échographie pelvienne a montré une image latéro-utérine de 5,5 cm de diamètre et une image inter vésico- utérine de 4,8 cm comprimant la vessie associées à un épaississement de la paroi vésicale avec bourgeons intravésicaux. La cystoscopie trouvait une lésion sessile de 4 cm de grand axe sur la face antérieure de la vessie dont l'examen anatomopathologique a conclu à une cystite interstitielle chronique sans signe de spécificité ni de malignité. Une IRM pelvienne a montré une lésion infiltrante au niveau de l'espace pré vésical envahissant la vessie et responsable de végétations endoluminales envahissant les muscles grand obliques. L'aspect était donc évocateur d'une actinomycose pelvienne (figures 1 et 2). Elle a bénéficié d'une coelioscopie diagnostique qui a montré un magma adhérentiel épiplo-utéro-vésical et un faux kyste de l'espace inter-utéro-vésical qu'on a ponctionné avec un utérus et des annexes sans anomalies. La patiente a eu un traitement symptomatique et