

Isolated double orifice tricuspid valve Valve tricuspide à double orifice isolée

Saoussen Antit¹, Lilia Zakhama¹, Elhem Boussabeh¹,
Younes Arous², Moez Thameur¹, Soraya Ben Youssef¹.

1-Service de cardiologie, Hôpital des FSI, La Marsa /
Faculté de Médecine de

Tunis, Université Tunis el Manar, Tunisie.

2-Service de Radiologie, Hôpital HMPIT / Faculté de
Médecine de Tunis, Université Tunis el Manar, Tunisie.,

Introduction

A Double-orifice tricuspid valve (DOTV) is a very rare

congenital anomaly [1,2]. The isolated form is extremely rare. In most cases, it is associated with other congenital cardiac anomalies including septal defects, mitral and pulmonary valve anomalies, Ebstein's anomaly, tetralogy of Fallot, and transposition of great arteries [2, 3].

Clinical case

A 28-year-old man without personal medical history admitted to our hospital with palpitations. The physical examination was normal. The electrocardiogram showed sinus rhythm with preexcitation (Figure 1A). Transthoracic echocardiography revealed the presence of two independent right atriums with two separate tricuspid valves (Figure 1B). The two atriums open into a unique

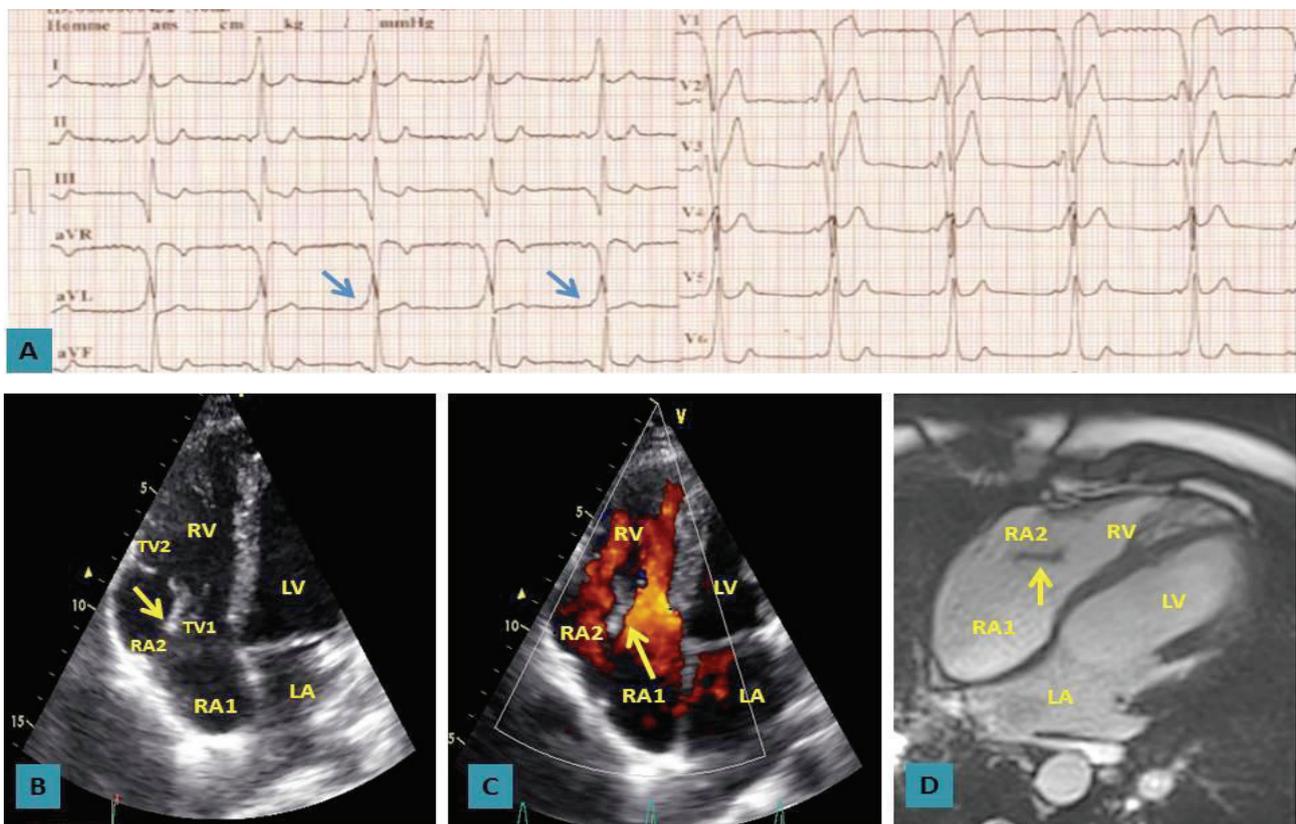


Figure 1: A-Patient's electrocardiogram on admission showing a sinus rhythm, a short PR interval, and broad QRS complex, delta wave (blue arrows) and dominant S wave in V1 indicating Wolff– Parkinson–White syndrome with a right-sided accessory pathway.

B-Transthoracic two-dimensional echocardiography in four-chamber view and color Doppler flow velocity (**C**) demonstrated duplicated RA chambers with the longitudinal wall (yellow arrow) between them and the two tricuspid valves. **D-** Cardiac magnetic resonance in long axis view showed 2 RA. LV = left ventricle; LA = left atrium; RV = right ventricle; RA = right atrium; TV = tricuspid valve.

non-dilated right ventricle with normal function. There was no tricuspid stenosis or regurgitation throughout the 2 orifices (Figure 1C). There was no other intracardiac anomaly. Cardiac magnetic resonance confirmed the echocardiographic findings (Figure 1D). Taking into consideration the normal functional status of the DOTV, the absence of major symptoms and of other associated cardiac anomalies, a regular clinical and echocardiographic monitoring was planned.

The duplication of an atrio-ventricular valve is a relatively rare congenital anomaly.

It is more commonly seen in the mitral rather than the tricuspid valve [1]. The isolated occurrence of DOTV is extremely rare [2,3] and in most cases is associated with other congenital anomalies including septal defects, mitral or pulmonary valve anomalies, tetralogy of Fallot, Ebstein's anomaly and transposition of great arteries [3]. These associate anomalies determine patient's morbidity and mortality. For patients with an isolated DOTV, clinical outcome is determined by the functional status of the double orifice [3].

References

1. Gajjar T, Desai N: Double-orifice tricuspid valve: a rare entity. *Eur J Cardiothorac Surg* 2012;41:1187–1189.
2. Tutarel O, Westhoff-Bleck M: The double-orifice tricuspid valve: a review. *J Heart Valve Dis* 2007;16:508–510.
3. Dabirian M, Nabati M : Double-Orifice Tricuspid Valve: A Case Report and Literature Review. *Echocardiography* 2016;33:479–483.

L'hydatidose pleurale primitive hétérotopique: cause exceptionnelle d'un poumon blanc **Primitive heterotopic pleural hydatidosis: an exceptional cause of an opaque hemithorax**

Layla Belliraj, Fatima Zahra Ammor, Hicham Harmouchi, Marouane Lakranbi, Yassine Ouadnoui, Mohamed Smahi

Service de chirurgie thoracique, CHU HASSAN II, FEZ, Maroc /

Faculté de médecine et de pharmacie, Université sidi Mohamed Ben Abedallah, Fes, Maroc,

Introduction

La pleurésie de grande abondance chez le patient jeune est une urgence diagnostique et thérapeutique. L'étiologie est dominée dans notre contexte par la tuberculose pleurale. Le kyste hydatique pleural primitif hétérotopique est une cause exceptionnelle qui cause un vrai problème diagnostique même dans les pays à forte endémie hydatique.

Observation

Il s'agit d'un jeune patient de 23 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui consulte pour des douleurs thoraciques gauches type pleurale installées depuis un mois, associées à une toux sèche, et une dyspnée d'effort sans notion de rejet de membrane ni de vomique hydatique .

L'examen clinique trouve un patient apyrétique, polypneïque avec un syndrome d'épanchement pleural liquidien gauche. La radiographie thoracique a objectivé une opacité évoquant une pleurésie de grande abondance libre dans la cavité pleurale responsable d'un aspect de poumon blanc avec refoulement de la trachée vers le côté controlatéral (figure1). Le bilan biologique était sans particularités.

Avant d'être adressé chez nous, le patient a bénéficié d'une ponction pleurale qu' avait ramené un liquide jaune citrin , exsudatif à PNN. Toutefois, vu la normalité du bilan biologique et l'état général du patient qui ne concordent pas avec le diagnostic d'un pleurésie purulente une échographie thoracique a été réalisée. Elle a conclu à un épanchement pleural enkysté multi cloisonné

Le complément par une TDM thoracique injectée a montré un aspect de pleurésie enkystée associée à une lésion kystique dans son sein (figure2). Les sérologies hydatiques

n'ont pas été faite par manque de disponibilité à l'hôpital. Le patient a eu d'une thoracotomie conservatrice postéro-latérale gauche, qui a permis de découvrir après libération pulmonaire extrapleurale, ouverture de la poche pleurale et l'aspiration d'environ 1000 ml de liquide jaune citrin la présence d'une formation kystique saine dans la cavité pleurale (figure 3). Après exploration, il s'agissait d'un KH du lobe inférieur gauche accouché dans la cavité pleurale (figure 4). L'extraction du kyste sain a été réalisée (figure 5). Le geste a consisté en une décortication pleuropulmonaire et une perikystectomie avec fermeture des fistules bronchiques. Les suites opératoires étaient simples. Un traitement à base d'albendazole à la dose de 10 mg/ kg/j pendant 6 mois était prescrit.

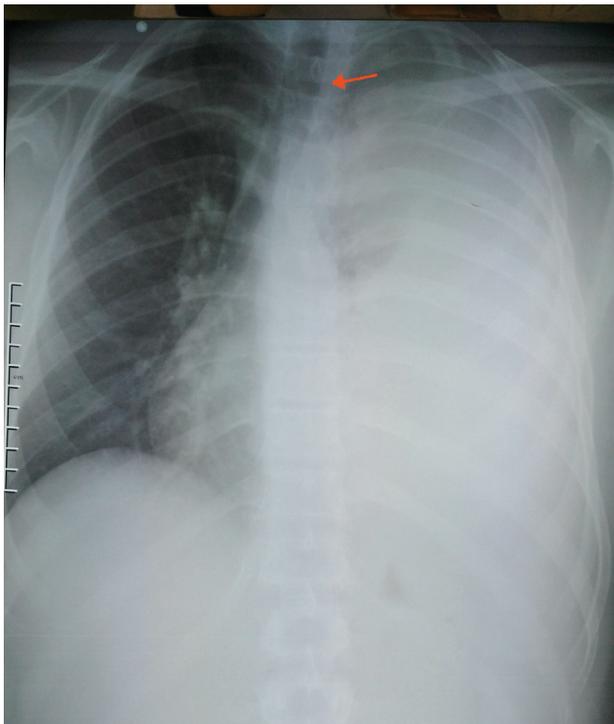


Figure 1 : Radiographie thoracique de face montrant un aspect d'un poumon blanc gauche, avec refoulement de la trachée vers la droite (flèche rouge).

Discussion

Les kystes hydatiques pulmonaires représentent 20 à 40% de l'ensemble des kystes hydatiques de l'organisme et 90% des hydatidoses intrathoraciques (1,2). La rupture dans la cavité pleurale est une complication rare estimée dans la littérature à 1,5 à 10,4 % (1,3). Cette complication peut se manifester de façon brutale et être responsable d'un tableau clinique bruyant fait de détresse respiratoire voir un choc anaphylactique suite à un déversement rapide et brutal du contenu du kyste dans la plèvre. Elle peut également se manifester par un tableau moins bruyant fait de manifestations cliniques plus discrètes (1,4,5). Exceptionnellement, la rupture est partielle n'intéresse que le périkyste aboutissant à l'accouchement de la vésicule hydatique intacte dans la cavité pleurale qui sera à l'origine d'une échinococcose pleurale primitive



Figure 2 : TDM thoracique injectée montrant la lésion kystique au sein d'une pleurésie enkystée.

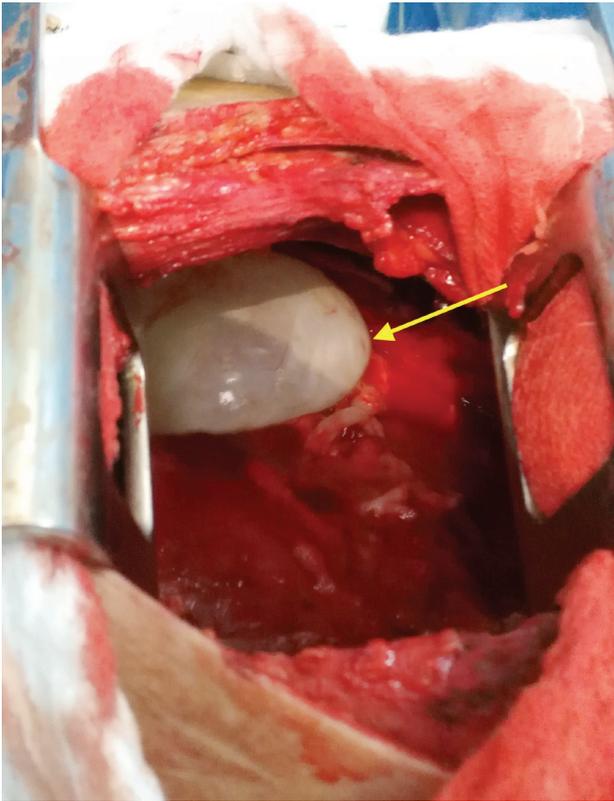


Figure3: Vue per-opératoire montrant le kyste hydatidique sain (flèche jaune)dans la cavité pleurale.



Figure4: Vue per-opératoire montrant la cavité résiduelle du lobe inférieur gauche après accouchement du kyste.

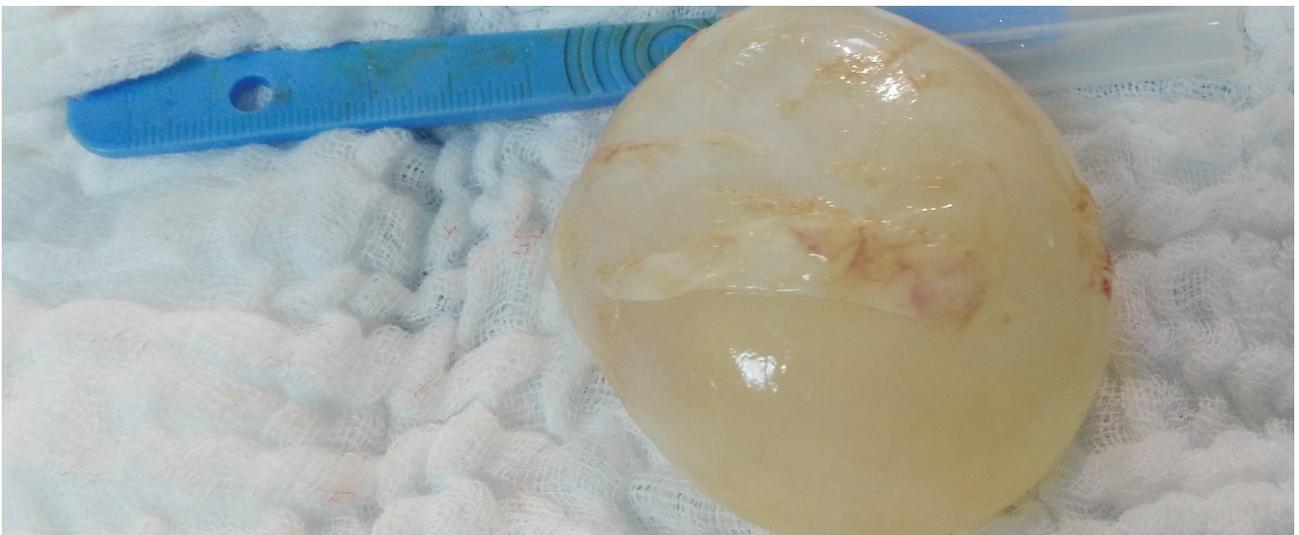


Figure5: Le kyste hydatidique sain après l'extraction.

hétérotopique(3,4,5). Il s'agit d'une migration de la vésicule suite à une rupture spontanée ou traumatique.

Le tableau clinique de cette rare entité est variable. À la phase aiguë, il s'agit d'un tableau brutal de douleur thoracique et dyspnée. Dans certains cas, cette nouvelle localisation peut rester longtemps asymptomatique et donc le diagnostic ne se fait que tardivement.

Chez notre patient une pleurésie réactionnelle à la rupture était révélatrice de la pathologie.

L'apport de l'imagerie dans l'hydatidose pleurale primitive hétérotopique est limité en cas d'épanchement pleural associé. La radiographie thoracique peut montrer une opacité à tonalité hydrique si l'épanchement est drainé. L'échographie thoracique oriente fortement le diagnostic en montrant une formation anéchogène avec renforcement postérieur. La TDM montre une lésion liquidienne, bien limitée, qui ne se rehausse pas après injection du produit de contraste.

La prise en charge est une chirurgie en urgence qui consiste en un traitement de la cavité résiduelle après extraction de la vésicule intacte afin d'éviter les complications de structure notamment le choc anaphylactique per-opératoire et l'hydatidose pleurale secondaire. Les résections parenchymateuses conservatrices sont privilégiées (6)

Le suivi à long terme doit être instauré pour détecter une éventuelle récidive ou dissémination pleurale qui semblent être prévenues par l'utilisation au long court des antihelminthiques(6)

Conclusion

L'hydatidose pleurale primitive hétérotopique est une entité pathologique exceptionnelle, de présentation radioclinique polymorphe, mais qui doit être évoquée dans les pays à forte endémie hydatique, et doit conduire à des meilleures mesures de prévention.

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Remerciements: Les auteurs remercient le service de parasitologie ainsi que le service de radiologie du CHU HASSAN II pour leur collaboration.

Références

1. Bouchikh M, A. Achir, M. Maida, F. Ouchen, H. Fenane, A. Benosman. La rupture intrapleurale des kystes hydatiques pulmonaires. Rev Pneumol Clin 2014, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pneumo.2013.12.006>.
2. M.H. Bouhaouala, L. Hendaoui, M. Charfi, I. Hasni-Bouraoui, O. Nassej, M.R. Charfi et all. Hydatidose thoracique. RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE : Cardiovasculaire - Thoracique - Cervicale 2018;13(3):1-25. Doi : 10.1016/S1169-7768(07)43738-9
3. A.Marghli, A.Ayadi-Kaddour, S.Ouerghi, M.S. Boudaya, S.Zairi, B.Smati et all . Le pneumothorax révélateur d'une hydatidose pleurale primitive hétérotopique. Rev Mal Respir 2011 ; 28 :344-347. Doi.org/10.1016/j.rmr.2010.07.010
4. H. Daghfous, I. Zendah, O. Kahloul, F. Tritar. Kyste hydatique du poumon ouvert dans la plèvre. Tunis Med 2014 ; 92: 6-11.
5. Deve.F. L'échinococcose primitive (Maladie hydatique). Masson et Cie, 1949 :295.
6. Issoufou I, Harmouch H, Belliraj L, Ammor F, Rabiou S, Younssa H et all. Quelle prise en charge pour les kystes hydatiques du poumon rompus dans la plèvre ?. Médecine et Santé Tropicales 2018 ; 28:292-296. Doi : 10.1684/mst.2018.0818