



CASE REPORT

Surgery for a left intraventricular cardiac hydatid cyst in the context of multiorgan hydatid disease: a case report

Redha LAKEHAL, Radouane BOUKARROUCHA

ABSTRACT

We report the case of a 38-year-old man with a history of thrombophlebitis of the right lower limb and prior surgical treatment for a hepatic hydatid cyst in 2019. Living in an endemic area for hydatid disease, the patient underwent an echocardiographic evaluation as part of an extension workup, which revealed a cystic mass in the left ventricle. Given his rural origin, positive hydatid serology, and history of hepatic hydatidosis, the diagnosis of a cardiac hydatid cyst was established. Due to the potentially severe natural progression of cardiac hydatidosis, early surgical intervention is imperative, as surgery remains the only definitive treatment option. This case highlights a rare presentation of multivisceral hydatidosis, accounting for approximately 5 to 7.5% of all hydatid disease cases.

Faculté de médecine Constantine 3, Algérie

Received: 13 Jun 2025**Accepted:** 11 Jul 2025**Correspondance to:** Redha LAKEHAL

E-mail : lakehal.redha@gmail.com

Keywords: Cyst; Hydatid; Cardiac; Multiple location; Surgery; Prevention

1. INTRODUCTION

Le kyste hydatique est une pathologie parasitaire due au développement chez l'être humain de la forme larvaire d'un tænia du chien du genre *Echinococcus granulosus*. La maladie hydatique peut toucher tous les organes ; la localisation hépatique est la plus fréquente, suivie de la localisation pulmonaire. En revanche, la localisation cardiaque est exceptionnelle et constitue 0,5 à 2 % de l'ensemble des localisations viscérales [1]. Le kyste hydatique du cœur est rare, mais grave, d'une part en raison de sa localisation dans un organe vital, d'autre part par toutes les complications locales ou générales qui peuvent émailler l'évolution de cette pathologie. Le diagnostic clinique du kyste hydatique cardiaque est difficile : du fait du polymorphisme clinique de cette pathologie, l'examen clinique reste pauvre. Le développement de l'imagerie médicale a révolutionné la conduite diagnostique et thérapeutique, ainsi que le pronostic de cette affection. La gravité de l'évolution naturelle de l'hydatidose cardiaque impose une cure chirurgicale dans le plus bref délai. La chirurgie reste le seul moyen thérapeutique [1,3]. Le but de ce travail est de rapporter un cas d'hydatidose multiviscérale qui est une forme rare représentant 5 à 7,5 % des hydatidoses [2].

2. OBSERVATION

Nous rapportons l'observation d'un homme âgé de 38 ans aux antécédents de thrombophlébite du membre inférieur droit et opéré en 2019 pour Kyste hydatique hépatique ; vivant dans une zone endémique de maladie hydatique présentant un tableau de maladie hydatique cardiaque découverte lors d'une échocardiographie motivée pour le bilan d'extension de la maladie hydatique, hospitalisé pour découverte à l'échocardiographie d'une masse kystique intra VG. Devant l'origine rurale, la positivité de la sérologie hydatique et les antécédents d'hydatidose hépatique, le diagnostic du kyste hydatique du cœur a été retenu.

Sur le plan fonctionnel, il avait une dyspnée stade II de la NYHA. La radiographie pulmonaire en incidence de face révélait un ICT à 0,52 sans déformation des contours cardiaques avec opacité parahilaire gauche en rapport avec la localisation pulmonaire gauche (Figure 1). L'ECG montrait un rythme régulier sinusal avec des ondes T négative en antérieure. L'échocardiographie montrait un kyste hydatique à développement intraventriculaire gauche (Figure 2) avec péricarde sec, VG mesurant 52/37 mm + FE : 64 %. L'IRM thoracoabdominale montrait une masse intraventriculaire gauche mobile près de l'apex, arrondie, mesurant 22/26 mm (Figures 3 et 4). La sérologie hydatique était positive.

Le patient a été opéré sous circulation extracorporelle après une sternotomie médiane verticale, établie entre l'aorte et les deux veines caves avec clampage aortique. L'exploration per opératoire montrait un kyste hydatique intracavitaire du VG. Le geste consistait en ablation de vésicules filles et de la membrane prolifère avec stérilisation par du sérum salé hypertonique à 30% après une ventriculotomie gauche de deux cm (Figure 05) après échec de l'abord du kyste par voie transmitrale vu l'inaccessibilité de ce dernier par cette voie d'abord chirurgicale, mais sans capitonnage de la cavité résiduelle qui a été évité vu l'impossibilité chirurgicale de capitonnage.

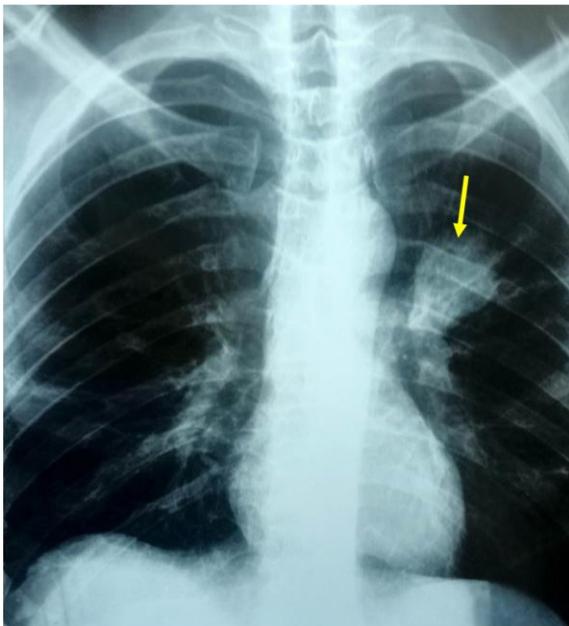


Figure 1. Radiographie pulmonaire de face montrant une opacité parahilaire gauche en rapport avec la localisation hydatique pulmonaire gauche.

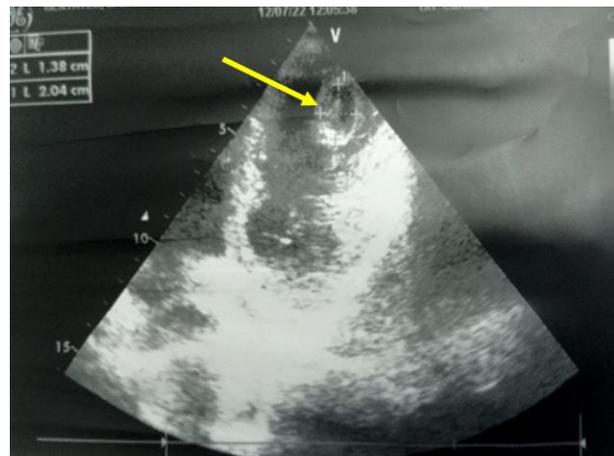


Figure 2. Image écho cardiographique d'un kyste hydatique intracavitaire du VG.



Figure 3. Image IRM thoracoabdominale ; coupe sagittale montrant une triple localisation hydatique hépatique, cardiaque et pulmonaire.

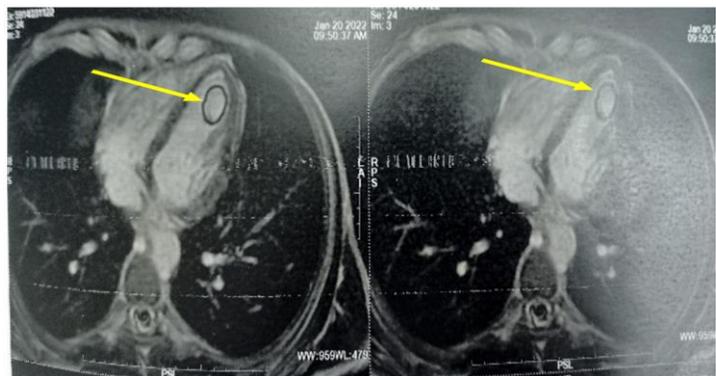


Figure 4. Image IRM thoracoabdominale ; coupe transversale d'un kyste hydatique intracavitaire du VG

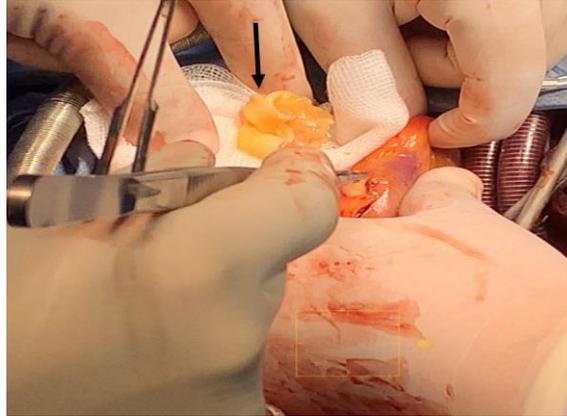


Figure 5. Image peropératoire à l'évacuation du contenu kystique intra cavitaire du VG.

Les durées de ventilation, de séjour en unité de soins intensifs et de séjour en postopératoire étaient respectivement de 6 heures, de 48 heures et de 8 jours. Les suites opératoires ont été relativement simples. Il a été mis à sa sortie sous Albendazol à raison de 1 cp/j pendant une année avec surveillance écho cardiographique régulière, d'autant plus que la malade séjourne toujours dans une zone endémique de maladie hydatique et avec localisation pulmonaire non encore opérée. L'étude anatomopathologique était revenue en faveur d'un kyste hydatique cardiaque. Les échocardiographies de contrôle faites le 1^{er}, le 3^e, le 6^e, le 9^e mois et à un an n'ont pas montré de récives cardiaques. Le patient a été adressé vers le service de chirurgie thoracique par la suite pour la cure de sa localisation hydatique pulmonaire.

3. DISCUSSIONS

En plus du risque de rupture de ces kystes cardiaques avec choc anaphylactique, il y a d'autres complications de kystes cardiaques comme la compression, l'infection et la rupture. L'hydatidose cardiaque se caractérise par un grand polymorphisme anatomoclinique; les signes cliniques sont très variables d'un patient à un autre et dépendent directement de la taille, le nombre et de la localisation des kystes hydatiques, ce qui explique la difficulté du diagnostic à la phase clinique [4]. L'origine géographique du patient, la notion de vie en milieu rural et de contact avec les chiens et les moutons sont des éléments d'orientation de grande importance. Le diagnostic est réalisé souvent de façon fortuite, à l'occasion d'un examen paraclinique systématique (radiographie pulmonaire ou échocardiographie) comme c'est le cas de notre patient ou le diagnostic était fait après réalisation d'une échocardiographie motivée par une dyspnée d'effort [5] et la sérologie hydatique [6] qui était positive pour ce patient. L'indication opératoire est formelle dès que le diagnostic est établi [7]. La chirurgie a permis d'éradiquer ce kyste hydatique cardiaque. L'objectif principal de l'intervention est d'éliminer le kyste et d'éviter toute lésion du tissu cardiaque. Il est préférable de réaliser en toute sécurité sur un cœur arrêté par cardioplégie avec CEC chez les patients présentant des kystes myocardiques mineurs (< 4 cm de diamètre) et superficiels [6]. Ce patient a été mis sous traitement médical à base d'Albendazol pendant une année pour éviter la récive de la maladie hydatique [8] qui a été rapportée dans la littérature [3,6] dans 10% des cas.

4. CONCLUSION

L'hydatidose multiple reste moins fréquente, mais peut être grave par ses localisations : hépatique, pulmonaire et cardiaque, d'où l'intérêt de la prévention primaire afin d'éviter la survenue de ces multiples localisations. La rupture du kyste est une complication très grave et peut réaliser des tableaux dramatiques avec le choc anaphylactique de cette pathologie. Les progrès de l'imagerie font de l'échocardiographie l'examen de choix dans la détection du kyste hydatique cardiaque. L'indication opératoire est formelle dans tous les cas du kyste hydatique cardiaque. Le véritable traitement de la maladie parasitaire est la lutte contre l'échinococcose avec des mesures de prévention qui visent à interrompre le cycle biologique de ce parasite, par une éducation sanitaire et par une législation.

Consentement : Un consentement éclairé écrit a été obtenu auprès du patient pour la publication de ce rapport de cas et des images qui l'accompagnent.

Conflits d'intérêts : aucun en rapport avec cet article.

REFERENCES

1. Aouame S, Ezzouak A, Lagziri A, Baya M, Badidi MM. Kyste hydatique cardiaque : de la suspicion diagnostique à la conduite thérapeutique. *Sanmt*. 2021;30(3):167–74. doi:10.1684/sanmt.2021.35
2. Mahboub FZ, Jabri H, Elkhatabi W, Afif H. L'hydatidose multiviscérale : une situation rare. *Rev Mal Respir*. 2018;35(Suppl 1):A248. doi:10.1016/j.rmr.2017.10.565
3. Lakehal R, Boukarroucha R, Aimer F, et al. Chirurgie du kyste hydatique cardiaque : à propos de 25 patients. *Batna J Med Sci*. 2016;3(2):94–7. doi:10.48087/BJMSoa.2016.3208
4. Benhamada K, Maajouk F, Benfarhaj M. Eighteen years' experience with echinococcosis of the heart: clinical and echocardiographic features in 14 patients. *Int J Cardiol*. 2003;91(2–3):145–51.
5. Thameur H, Chenik S, Abdelmoulah S, Bey M. Les localisations thoraciques de l'hydatidose : à partir de 1619 observations. *Rev Pneumol Clin*. 2000;56(1):7–15.
6. Lyazidi S, Abetti A, Abdellaoui A, El Adaoui A, Habbal R, Ettaoumi Y. Cardiac hydatid cyst in the right ventricle: a rare case report of echinococcosis presentation. *Ann Med Surg (Lond)*. 2021;66:102425. doi:10.1016/j.amsu.2021.102425
7. Tasdemir K, Akcali Y, Gunebakmaz O, et al. Surgical approach to the management of cardiovascular echinococcosis. *J Card Surg*. 2009;24(3):281–4. doi:10.1111/j.1540-8191.2009.00701.x
8. Cornil A, Reuter S, Jensen B, et al. Albendazole : utile en traitement adjuvant des échinococcoses. *Rev Prescrire*. 2000;20(207):416–9.