

L'IMAGE DU MOIS

KYSTE HYDATIQUE MÉDIASTINAL

ALI D (1), GORUR Y (2), CARDOS B (3)

RÉSUMÉ : Le kyste hydatique médiastinal est une pathologie exceptionnelle qui pose un problème de diagnostic avec les autres lésions kystiques du médiastin. Le diagnostic est suspecté sur l'échographie et le scanner et confirmé par les constatations chirurgicales et l'étude histopathologique.

MOTS-CLÉS : Kyste hydatique - Médiastin - Scanner - Histopathologie

MEDIASTINAL HYDATID CYST

SUMMARY : Mediastinal hydatid cyst is an exceptional pathology that poses a problem of diagnosis with the other cystic lesions of the mediastinum. Diagnosis is suspected on ultrasound and CT exams and confirmed by surgical findings and histopathological characteristics.

KEYWORDS : Hydatid cyst - Mediastinum - Computerized tomography - Histopathology

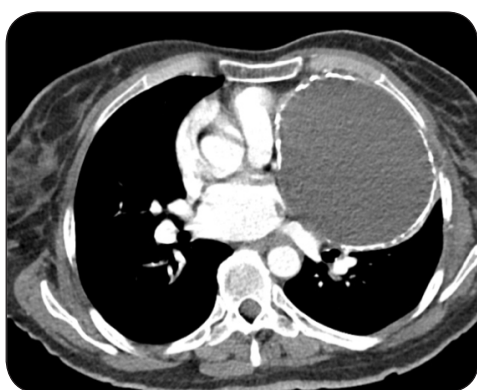


Figure 1. Un scanner amélioré démontre une grande lésion kystique de la partie antérieure du hile gauche et une répression sur le médiastin à gauche. Cette lésion a des parois calcifiées, l'UH du contenu est compatible avec le liquide séreux. Aucune amélioration, partition ou partie charnue ne se trouve à l'intérieur de la lésion.

L'hydatidose est une parasitose due au développement larvaire d'*Echinococcus granulosus*. La localisation médiastinale est très rare, le foie et les poumons sont souvent le siège de prédilection. Cette localisation pose le problème de diagnostic différentiel avec les lésions kystiques du médiastin. Nous rapportons le cas d'un kyste médiastinal découvert suite à des symptômes de compression médiastinale.

Une patiente de 58 ans se présente en consultation de cardiologie pour une douleur thoracique, une toux sèche accompagnée d'une dyspnée en majoration progressive depuis un mois. On note, dans les antécédents, un retard mental, des troubles de la déglutition, des troubles psychotiques, la présence d'une tho-

racotomie postéro-latérale gauche datant de quelques années mais la nature de l'intervention est inconnue. Elle a séjourné il y a deux mois en Tunisie.

L'examen clinique met en évidence une tachycardie sinusale à 96/min, une pression artérielle systolique à 110 mmHg, la saturation en oxygène est à 90 % à l'air ambiant. La température corporelle est de 37,3°C. Il existe une dyspnée de repos, avec une polypnée à 25/min, et une hypoventilation à gauche. L'auscultation cardiaque est sans particularité.

L'électrocardiogramme montre une altération diffuse des phases terminales. Le bilan biologique est banal. L'échographie cardiaque montre une formation kystique au niveau du médiastin sur le versant gauche, dont la paroi est partiellement calcifiée, et mesurant 11x13 cm; elle refoule le ventricule gauche, comprimant lui-même le ventricule droit. Il n'y a pas d'épanchement péricardique. Les valves aortique et mitrale sont normales.

(1) Service des Urgences, CHU Liège, Belgique.

(2) Service de Radiologie, Clinique André Renard, Herstal, Belgique.

(3) Service des Urgences, Clinique André Renard, Herstal, Belgique.

Devant la symptomatologie clinique de la patiente, un scanner thoracique est demandé en urgence. Ce dernier met en évidence une formation de densité liquidienne bien limitée, à paroi calcifiée, évaluée à 12x13 cm, non réhaussée après injection de produit de contraste; cette lésion exerce un effet de masse sur le médiastin et les vaisseaux pulmonaires (Figures 1 et 2).

L'hypothèse d'un kyste pleuropéricardique ou d'hématome enkysté est évoquée devant le siège et la morphologie. Compte tenu de la symptomatologie clinique, l'intervention chirurgicale est décidée. L'intervention consistait en une aspiration du contenu du kyste, brunâtre, avec exérèse partielle. Les suites opératoires ont été simples. L'étude anatomopathologique a plaidé pour un kyste hydatique.

Les lésions kystiques médiastinales sont rares et représentent 12 à 30 % des masses médiastinales qui sont essentiellement d'origine congénitale. Leur étiologies sont multiples, dominées principalement par les kystes bronchogéniques qui représentent 50 à 60 % de l'ensemble des kystes médiastinaux, symptomatiques dans 30 à 80 % des cas. Le diagnostic différentiel doit comprendre les kystes mésothéliaux issus de l'anomalie du cloisonnement coelomique, les kystes pleuropéricardiques, les kystes thymiques, les lymphangiomes kystiques (1, 2). Diagnostiqués chez l'adulte, ils sont le plus souvent acquis et asymptomatiques.

Le kyste hydatique est une parasitose due au développement larvaire d'*Echinococcus granulosus* et se localise préférentiellement au niveau pulmonaire et hépatique. La localisation médiastinale est exceptionnelle et varie entre 0,1 % dans les pays occidentaux et 4 % dans les pays d'endémie (Tunisie). Deux hypothèses peuvent expliquer cette localisation particulière : soit le parasite franchit le filtre hépatique et pulmonaire et se retrouve dans la circulation systémique, soit il atteint le médiastin par l'intermédiaire des voies lymphatiques.

La symptomatologie clinique est non spécifique, représentée par des signes de compression médiastinale. La douleur thoracique est retrouvée chez 75 % des patients, une compression veineuse chez 57 % des patients, et la dyspnée chez 43 % des patients (2, 3). L'imagerie joue un rôle essentiel dans le diagnostic positif et le bilan d'extension des lésions. La radiographie standard oriente le diagnostic en montrant une opacité médiastinale de tonalité hydrique, souvent arrondie ou ovalaire. L'échographie thoracique est un examen très performant car elle permet de reconnaître le caractère liquidien et la paroi fine du kyste et d'en préciser la topo-

graphie. Un décollement membranaire ou de vésicule est évocateur du diagnostic, mais est rarement retrouvé. Il permet parfois, à lui seul, d'affirmer le diagnostic. Cependant, le scanner permet une meilleure précision topographique et une étude des rapports du kyste avec les structures avoisinantes (4, 5). Le scanner thoracique montre généralement une masse de densité liquidienne, bien limitée, non modifiée par le produit de contraste. Cette masse est généralement univésiculaire, rarement multivésiculaires. La présence de calcifications périphériques représente un argument diagnostique en faveur du kyste hydatique. L'IRM a un intérêt anatomique. Ces différents examens (échographie, TDM, IRM), dans la plupart des cas, permettent de différencier le kyste hydatique médiastinal des autres masses kystiques du médiastin.

Le seul traitement radical et définitif est l'exérèse chirurgicale complète du kyste. Il permet la suppression des symptômes, l'obtention d'un diagnostic formel avec l'anatomopathologie, la prévention des complications. Ce traitement est classiquement indiqué pour tous les kystes symptomatiques, ceux de grosse taille même asymptomatiques, ou en cas de doute de diagnostic (5).

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier Madame Lena Andriollo, Licenciée en littérature et langue française, pour sa contribution à la réalisation et à la correction de cet article.

BIBLIOGRAPHIE

1. El Abbassi Skalli A, El Amraoui F, Chikhaoui N, Kadiri R.— Kyste hydatique du médiastin. A propos de 2 cas. *J Radiol*, 2000, **81**, 154-157.
2. Msougar Y, Afandi O, Ihfa N, et al.— Mediastinal hydatid cyst: a case report. *J Med Case Rep*, 2013, **7**, 236.
3. Gasmi M, Fitouri F, Sahli S, et al.— Hydatidose médiastinale primitive chez l'enfant: à propos de deux cas. *Rev Pneumol Clin*, 2010, **7**, 351-354.
4. Msaad S, Fouzi S, Ketata W, et al.— An anterior mediastinal mass of rare aetiology. *Rev Mal Respir*, 2009, **7**, 324-328.
5. Souhi H, Zegmout A, Janah H, et al.— A rare cause of posterior mediastinal tumors: mediastinal hydatid cyst. *Pan Afr Med J*, 2016, **25**, 122.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr B. Cardos, Service des Urgences, Clinique André Renard, Herstal, Belgique.

Email : Benoit.cardos@andrerenard.be