

KYSTE PÉRICARDIQUE, UNE LÉSION PEU FRÉQUENTE, PEU SYMPTOMATIQUE MAIS FACILE À TRAITER

BAJWA N (1), MINGA LOWAMPA E (1), MAWAIT N (1), VAZQUEZ C (2)

RÉSUMÉ : Le kyste péricardique est une lésion rare, bénigne et le plus souvent congénitale. Nous rapportons le cas d'une patiente de 35 ans admise aux urgences de notre institution dans le cadre d'une douleur thoracique associée à une dyspnée. La réalisation d'un scanner thoracique permet de mettre en évidence un kyste péricardique d'une grande taille. Une intervention par chirurgie thoracoscopique vidéo-assistée a été réalisée afin de mettre à plat le kyste et, ainsi, d'améliorer la symptomatologie de la patiente. Le diagnostic de ces lésions est le plus souvent fait de manière fortuite, sur une radiographie réalisée pour une autre raison. Il s'agit généralement de lésions asymptomatiques bien que des douleurs thoraciques, une toux chronique ou encore une dyspnée sont retrouvées dans certains cas. En cas de suspicion, un scanner thoracique avec produit de contraste permet de confirmer et localiser précisément la lésion. Une échographie trans-thoracique permet, en plus, de réaliser un diagnostic différentiel avec d'autres lésions (lipome, anévrisme aortique, tumeur solide, anévrisme du ventricule gauche, etc...). En cas de lésion symptomatique, une prise en charge chirurgicale est recommandée. Dans les cas asymptomatiques, un suivi par échographie trans-thoracique est recommandé.

MOTS-CLÉS : *Kyste péricardique - Thoracoscopie - Scanner thoracique*

PERICARDIAL CYST, A RARE, MINIMALLY SYMPTOMATIC LESION EASY TO TREAT

SUMMARY : A pericardial cyst is a rare and benign lesion, most commonly of congenital origin. A female patient of 35 years old was admitted to the emergency department of our institution, for non-irradiating thoracic pain associated with a dyspnea. A CT-Scan was performed, and a pericardial cyst of a large size was found. A surgical procedure through thoracoscopy was performed to enhance the symptomatology of the patient and to eradicate the cyst. The diagnosis of these lesions is most commonly sporadic after a radiography performed for other causes. Most of the time these lesions are asymptomatic (although thoracic pains, chronic cough and dyspnea amongst others may be observed). In case of suspicion (related to radiography or an eventual symptomatology) a thoracic scan is performed with a contrasting product for the confirmation and localization of the cyst. In addition to the diagnosis and the localization, it is best to perform a transthoracic ultrasound which enables a differential diagnosis with other lesions (lipoma, aortic aneurysm, solid tumour, and a left ventricle aneurysm etc.). A surgical treatment is recommended in symptomatic cases. In non-symptomatic cases, a transthoracic ultrasound is recommended.

KEYWORDS : *Pericardial cyst - Thoracoscopy - Thorax CT scan*

INTRODUCTION

Le kyste péricardique est une lésion rare et bénigne, le plus souvent d'origine congénitale. Des causes inflammatoires, infectieuses ou encore rhumatismales sont également décrites. Le diagnostic est généralement fortuit durant une radiographie thoracique réalisée pour une autre raison.

Ce manuscrit relate le cas d'une patiente qui a été diagnostiquée pour un kyste péricardique à la suite d'un scanner réalisé dans le cadre d'une douleur thoracique rétro-sternale.

L'objectif de cet article est de réaliser une revue de littérature de ces lésions kystiques.

CAS CLINIQUE

Une patiente de 35 ans se présente aux urgences en 2019, dans le cadre d'une douleur

rétro-sternale non irradiante associée à une dyspnée. Elle a bénéficié, en plus d'un examen clinique non contributif, d'une prise de sang, d'un électrocardiogramme (ECG), d'une radiographie thoracique, d'une échocardiographie transthoracique ainsi qu'un scanner thoracique. La prise de sang, l'ECG et l'échocardiographie sont sans particularité. Cependant, la radiographie thoracique suspecte une lésion basale droite et le scanner permet de confirmer la présence d'un large kyste pleuro-péricardique situé dans le sinus cardio-phrénique droit (**Figure 1**).

Une chirurgie thoracoscopique vidéo-assistée permet de réaliser une marsupialisation et résection partielle de la lésion kystique. (**Figures 2, 3 et 4**). Durant l'intervention, la présence d'une fistule entre le kyste et le péricarde est mise en évidence et a été refermée (**Figure 6**).

L'analyse anatomopathologique confirme le diagnostic d'un kyste péricardique, avec une inflammation chronique relativement importante. La bactériologie du liquide kystique reste négative. La patiente a été revue en consultation pour confirmer la disparition de la lésion.

(1) Service de Chirurgie cardio-vasculaire, CHC Montlégia, Liège, Belgique.

(2) Service de Chirurgie cardio-vasculaire, CHR Val de Sambre, Sambreville, Belgique.

Figure 1. Scanner préopératoire

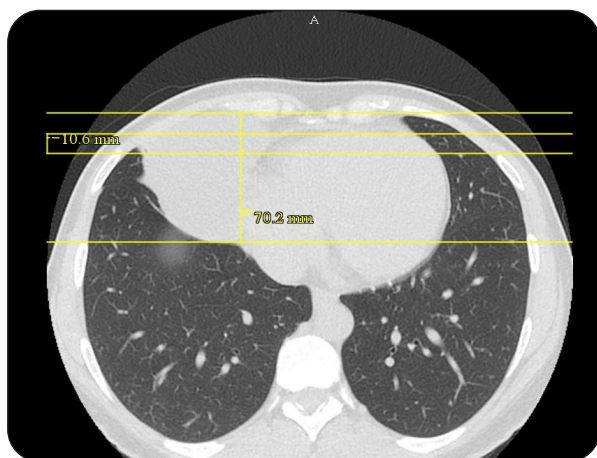


Figure 2. Image peropératoire sous thoroscopie

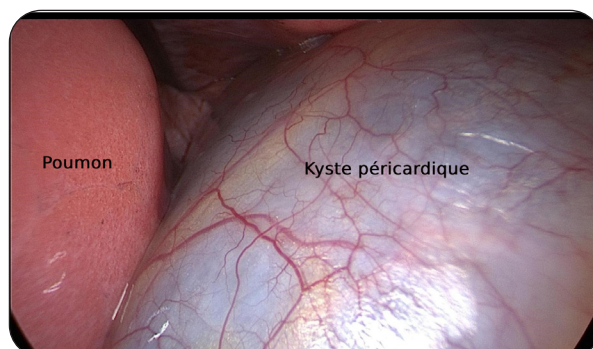


Figure 3. Image peropératoire sous thoroscopie, drainage kystique

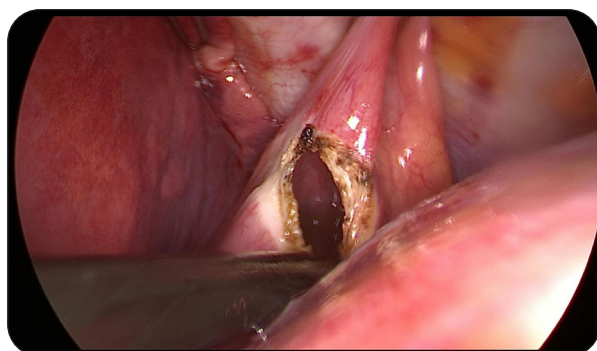


Figure 4. Image peropératoire sous thoroscopie, présence de communication avec le sac péricardique, et présence d'une lésion secondaire à droite de l'image

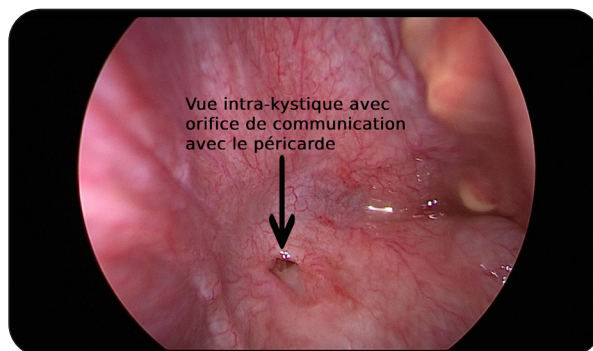


Figure 5. Image postopératoire immédiate, présence d'un drain thoracique visible à gauche de l'image (flèche rouge)

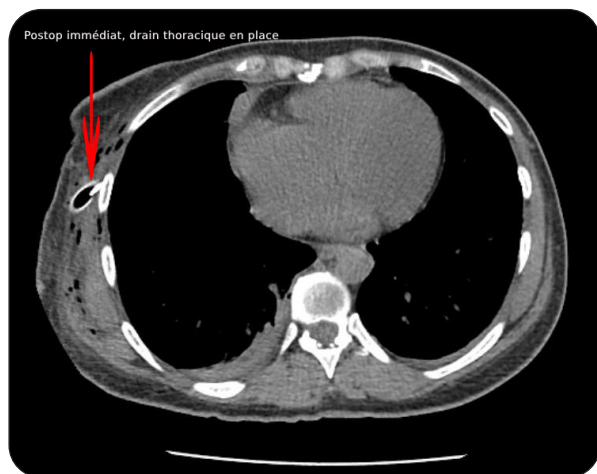
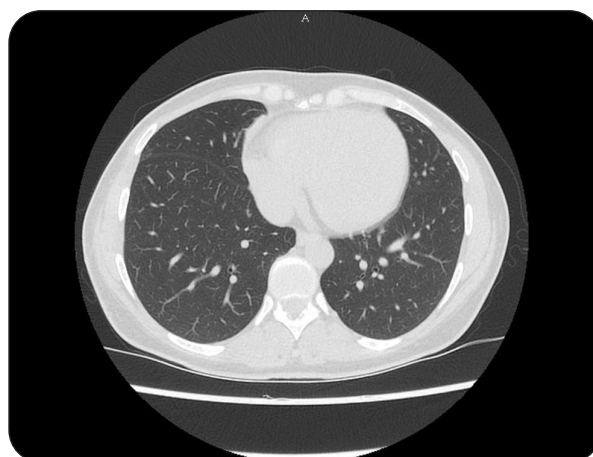


Figure 6. Image postopératoire, à 3 semaines de l'intervention



Après lecture rétrospective du dossier de la patiente, on remarque qu'elle a bénéficié d'un scanner abdominal, en mars 2018, dans le cadre d'une douleur épigastrique sur terrain de chirurgie bariatrique de type bypass gastro-jéjunal. Cet examen était sans particularité, excepté la mise en évidence d'un kyste péricardique droit de 62 x 38 mm. La patiente a donc été orientée vers un pneumologue qui a proposé la réalisation d'un scanner thoracique et d'une échocardiographie transthoracique. Le premier examen mettait en évidence une masse liquidienne homogène de 73 x 70 x 54 mm tandis que le second restait sans particularité. Au vu de l'absence de répercussion clinique, un simple suivi avait été proposé à la patiente.

DISCUSSION

Les kystes péricardiques sont des lésions le plus souvent asymptomatiques. La majorité des masses médiastinales sont des kystes (environ 61 % des cas) et correspondent à des kystes médiastinaux dans 21 à 33 % des cas (1–4). Il s'agit de lésions bénignes qui sont le plus souvent d'origine congénitale, mais peuvent également être acquises. Dans les causes acquises, on retrouve des lésions inflammatoires secondaires à une infection, des lésions rhumatismales ou encore des lésions traumatiques, y compris une iatrogénie après chirurgie cardiaque. Rarement, on peut retrouver une cause hémorragique. Histologiquement, on peut avoir, dans ces lésions, des cellules mésothéliales, du collagène et de l'élastine. Le plus souvent, il s'agit de lésions lisses, uniloculaires et de taille variable (pouvant aller de 2 à 28 cm) (5).

Dans la majorité des cas, ces lésions asymptomatiques sont découvertes de manière fortuite, à la suite d'une radiographie ou d'une échographie réalisée dans un autre contexte. Néanmoins, on peut observer, dans certains cas, une dyspnée, une toux aiguë, une toux chronique et/ou une douleur thoracique. Dans le cas rapporté, la lésion était devenue symptomatique. Rarement, on peut avoir des complications comme une rupture kystique, une fibrillation auriculaire, une tamponnade ou alors une compression bronchique. Une mort subite a également été rapportée dans la littérature où l'autopsie a permis de confirmer la présence de kystes péricardiques (2-4, 6-8).

Le diagnostic est souvent réalisé à la suite d'une radiographie thoracique. En cas de suspicion clinique ou radiographique, on réalise le plus souvent un scanner thoracique avec injection de

produit de contraste, même s'il n'y a aucune évidence d'une supériorité par rapport à l'échographie ou à la résonance magnétique nucléaire cardiaque (RMN). De plus, le diagnostic précis ainsi que la localisation de ces lésions peuvent être difficiles à évaluer au scanner. L'examen de choix reste l'échographie transthoracique qui permet la confirmation et la localisation de la lésion. Si cet examen est non contributif une échographie trans-œsophagienne peut être réalisée en cas de localisation atypique de la lésion (2, 5, 9, 10).

Le traitement dépend de la symptomatologie. Les patients symptomatiques ou ceux qui présentent une majoration en taille de la lésion peuvent être soignés par thoracoscopie ou par ponction kystique. Pour les patients asymptomatiques, un suivi par échographie peut être suffisant (2, 5).

IMPLICATION CLINIQUE

Le caractère bénin et paucisymptomatique de ces lésions complique leur identification. De plus, ces lésions étant peu connues, on peut très facilement manquer le diagnostic et, donc, retarder leur prise en charge. Ce retard peut parfois entraîner des conséquences dramatiques, au vu de certains cas rapportés dans la littérature, alors que le traitement de ces lésions reste relativement simple et efficace. L'évolution de la symptomatologie permet d'insister sur l'importance du suivi de ces lésions. La prise en charge, relativement facile, de ces lésions peut permettre une amélioration rapide de la symptomatologie et une guérison complète.

CONCLUSION

Les kystes péricardiques sont donc des lésions rares, bénignes et le plus souvent d'origine congénitale. Dans environ 75 % des cas, ils sont asymptomatiques.

Le diagnostic est alors une découverte fortuite à la suite d'une radiographie réalisée pour une raison autre. En cas de suspicion, un scanner thoracique avec injection de produit de contraste iodé est généralement réalisé. En cas de lésion symptomatique, un traitement soit par thoracoscopie, soit par drainage, est proposé. En cas de lésion asymptomatique, un suivi échographique peut être suffisant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gürsoy S, Ozturk A, Ucvet A, Erbaycu AE. Benign primary cystic lesions of mediastinum in adult: the clinical spectrum and surgical treatment. *Arch Bronconeumol* 2009;**45**:371-5.
2. Hekmat M, Ghaderi H, Tatari H, et al. Giant pericardial cyst: a case report and review of literature. *Iran J Radiol* 2016;**13**:e21921.
3. Adler Y, Charron P, Imazio M, et al. 2015 ESC guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: the task force for the diagnosis and management of pericardial diseases of the European Society of Cardiology (ESC) endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2015;**36**:2921-2964.
4. Oguri M, Ohguchi S, Takahara K, et al. Hemorrhagic pericardial cyst complicated with constrictive pericarditis. *Intern Med* 2018;**57**:3565.
5. Patel J, Park C, Michaels J, et al. Pericardial cyst: case reports and a literature review. *Echocardiography* 2004;**21**:269-72.
6. Fredman CS, Parsons SR, Aquino TI, Hamilton WP. Sudden death after a stress test in a patient with a large pericardial cyst. *Am Heart J* 1994;**127**:946-50.
7. Bin Liaquat H, Ali L, Ara J. Pericardial cyst: a rare congenital anomaly. *Pak J Med Sci* 2009;**25**:1018-20.
8. Makar M, Makar G, Yousef K. Large pericardial cyst presenting as acute cough: a rare case report. *Case Rep Cardiol* 2018;**2018**:4796903.
9. Schmitt ER, Burg MD. Pericardial cyst: unexpected finding on a chest radiograph. *West J Emerg Med* 2011;**12**:579.
10. Komanapalli C. Pericardial cyst. Available from: <https://www.ctsnet.org/article/pericardial-cyst>

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Bajwa N, Service de Chirurgie cardio-vasculaire, CHC Montlégia, Liège, Belgique.
Email : Noman.bajwa@student.uliege.be