

Etiologie inhabituelle d'une opacité radiologique basithoracique gauche

Unusual etiology of left radiologic basithoracic opacity

سبب غير معتاد لكمدة للقاعدة الرئوية اليسرى

S. Hmamouche, M. Soualhi, R. Zahraoui, J. Benamour, JE. Bourkadi, GH. Iraqi.

Introduction

Les opacités radiologiques basithoraciques correspondent le plus souvent à une atteinte pleuro-pulmonaire. Les causes sous-diaphragmatiques en particulier spléniques sont rares [1] [4]. L'intérêt de l'observation rapportée est la localisation exceptionnelle du kyste hydatique (KH) splénique primitif et son mode de révélation inhabituel.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 45 ans sans antécédents pathologiques particuliers et notamment pas de contact avec les chiens. Elle a présenté depuis 1 mois une symptomatologie faite de toux sèche accompagnée de douleurs basithoraciques gauches à type de point de côté accentuées à l'inspiration. Ce tableau a évolué dans un contexte de conservation de l'état général et d'apyrexie. L'examen clinique était sans particularité en dehors d'un syndrome d'épanchement basal gauche.

La radiographie thoracique (figure 1) a montré la présence d'une opacité hétérogène de la base gauche avec un émoussement de cul-de-sac costo-diaphragmatique. Une cause pleurale, diaphragmatique ou sous diaphragmatique

était évoquée.

Le bilan biologique était sans anomalie (notamment pas d'hyperéosinophilie, pas de syndrome inflammatoire). Une échographie abdominale avec un balayage thoracique est réalisée et a montré la présence d'une formation kystique multicloisonnée au dépend du pôle inférieur de la rate (figure 2). Le complément tomodensitométrique a confirmé la présence de la masse kystique au niveau du pôle inférieur de la rate, sans autre localisation, notamment hépatique ou pulmonaire (Figure 3). La sérologie hydatique est revenue positive.

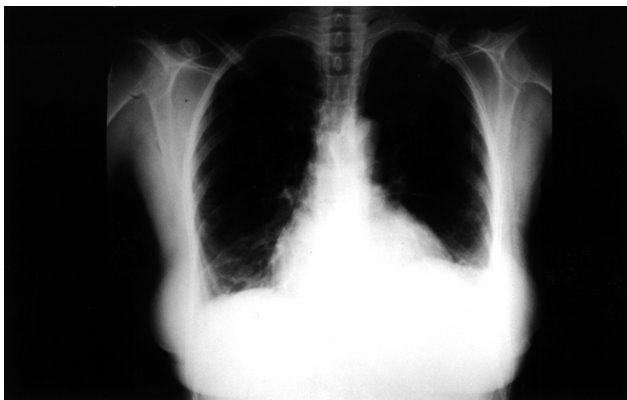


Figure 1 : Radiographie thoracique montrant une opacité hétérogène de la base gauche avec émoussement du cul de sac costo-diaphragmatique.

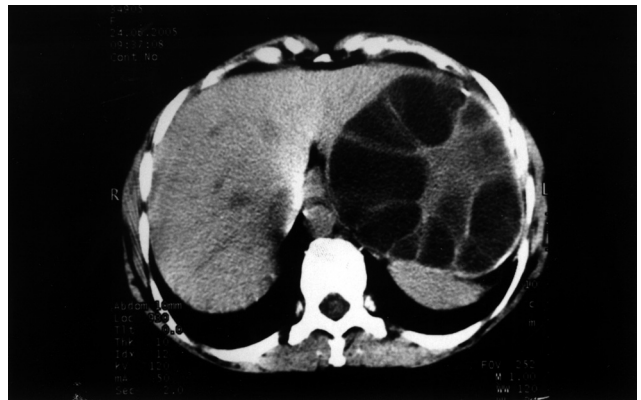


Figure 2 : TDM montrant la masse kystique au niveau du pôle inférieur de la rate.

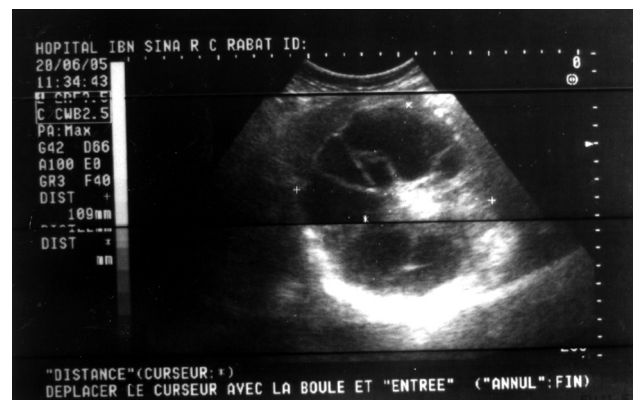


Figure 3 : Echographie abdominale montrant une formation kystique multicloisonnée au dépend du pôle inférieur de la rate

Tiré à part : S. Hmamouche : service de pneumologie - Hôpital Moulay Youssef, CHU de Rabat Maroc.

La patiente est adressée dans un service de chirurgie pour prise en charge de son kyste hydatique splénique.

Discussion

Le KH est une parasitose endémique due à l'échinococcus granulosus. Il peut siéger au niveau de n'importe quelle partie du corps avec une prédilection pour le foie et les poumons. La localisation splénique isolée reste très rare [1] même dans les pays endémiques, son incidence varie de 1,6% à 2,5% [1 – 3].

Sur le plan clinique, leur symptomatologie est fonction de leur taille. Pour les KH de petite taille, ils sont asymptomatiques ; ceux de grande dimension se manifestent par des signes d'empreint digestif tel des douleurs abdominales, une constipation ou des vomissements [4].

Sur le plan radiologique, ils peuvent mimer une pleurésie d'où l'intérêt de l'échographie devant un aspect de pleurésie atypique basale gauche. Cette échographie permet d'éviter une ponction pouvant être responsable de la rupture du KH avec possibilité d'un choc anaphylactique ou

de péritonite hydatique. Dans le cas de notre patiente, l'aspect clinique et radiologique était initialement en faveur d'une pleurésie gauche. Le diagnostic fut redressé grâce à l'échographie abdominale. En effet, l'échographie et la tomodensitométrie abdominales gardent une place privilégiée dans le diagnostic positif [5]. Le risque majeur est représenté par la rupture du kyste responsable d'hydatidose péritonéale dans 4,5 à 6,9% [6]. Le traitement est généralement chirurgical pour les grands KH symptomatiques.

Le traitement médical à base d'Albendazole à la dose de 10 à 12 mg/kg/j pendant 4 semaines suivies de 2 semaines d'abstention, pendant 8 cures constitue une alternative à la chirurgie en cas d'hydatidose disséminée [6].

Conclusion

Devant une opacité basale atypique, il faut toujours penser aux causes sous diaphragmatiques et au moindre doute demander une échographie thoraco-abdominale.

Références

1. Halkic N, Abdelmoumene A. Echinococcose splénique. *Schweiz Med Forum* 2001 ; 47 : 1180-81.
2. C çol, H Lafci. Unusual localizations of splenic cyst. *Acta Medica Austriaca*, 2003; 47: 61-64.
3. Kia Gharaibeh. Laparoscopic excision of splenic hydatid cyst. *Post grad Med J*, 2001; 77: 195-6.
4. Alkofer B, Lepennec V. Splenic cyst and tumors. *J Chir (Paris)* 2005 ; 142 : 6-13.
5. Dungun V, Kapen. Splenic hydatidosis. *Dig Surg* 2003; 20 : 38-41.
6. Benamr S, Mohammadine E, Belmahi A. Hydatidose péritonéale secondaire à propos de 50 cas. *Médecine du Maghreb* 2000 ; 82 : 15-20.