

Dyspnée trainante chez l'enfant : Quel diagnostic ?

Rejeb. M ^(1,2), **Kebaili. R** ^(1,2), **Soyah. N** ^(1,2), **Suissi. F** ^(2,3), **Cherif. T** ^(2,3),
Tilouche. S ^(1,2), **Tej. A** ^(1,2), **Ghorbel. S** ^(1,2), **Jerbi. S** ^(2,3), **Bouguila. J** ^(1,2),
Boughammoura. L ^(1,2)

⁽¹⁾ Service de Pédiatrie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

⁽²⁾ Faculté de Médecine de Sousse, Université de Sousse

⁽³⁾ Service de Chirurgie cardiovasculaire et thoracique, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

CAS CLINIQUE :

Un garçon âgé de 12 ans, issu de parents non consanguins et originaire d'une zone rurale de Sousse, consulte pour dyspnée.

Il a 2 sœurs en bon état de santé apparente et un frère opéré à l'âge de 2 ans pour une malformation kystique pariétale axillaire. Il n'avait pas d'antécédents personnels de pathologies chroniques.

Il se plaignait d'une dyspnée, de toux grasse, de douleur thoracique latéralisée avec altération de l'état général dans un contexte de fièvre non chiffrée. Cette symptomatologie évoluait depuis 3mois. Il rapportait un seul épisode d'hémoptysie de faible abondance 2 semaines auparavant. L'examen clinique a révélé une perte pondérale de 4 kg, un état subfébrile à 37.9°C, une dysphonie, une polypnée à 40C/mn, une SatO₂ à 98% à l'air ambiant. L'auscultation pulmonaire a trouvé une diminution du murmure vésiculaire à gauche et le reste de l'examen était sans anomalies. Une radiographie thoracique de face a été demandée (figure1).



Figure 1 : Radiographie thoracique de face a la biologie, nous avons trouvé un syndrome inflammatoire biologique.

A la biologie, nous avons trouvé un syndrome inflammatoire biologique.

Nous avons complété les explorations par une tomodensitométrie thoracique avec injection du produit de contraste (PDC) (figure 2 et 3).

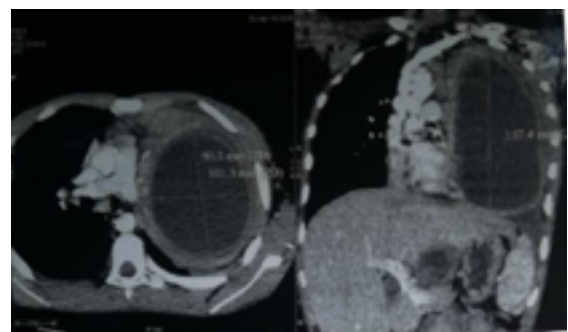


Figure 2 : Reconstruction scannographique abdomino-thoracique dans le plan frontal.

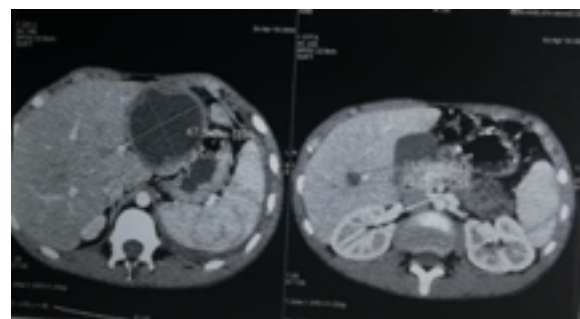


Figure 3 : Coupe axiale abdominale.

Devant ce tableau de dyspnée trainante depuis 3 mois chez un enfant de 12 ans avec syndrome inflammatoire et masse radiologique quels sont vos hypothèses diagnostiques ?



Kyste hydatique pulmonaire compliqué chez l'enfant

Complicated hydatid cysts of the lung

Rejeb. M ^(1, 2), Kebaili. R ^(1, 2), Soyah. N ^(1, 2), Suissi. F ^(2, 3), Cherif. T ^(2, 3),
Tilouche. S ^(1, 2), Tej. A ^(1, 2), Ghorbel. S ^(1, 2), Jerbi. S ^(2, 3), Bouguila. J ^(1, 2),
Boughammoura. L ^(1, 2)

⁽¹⁾ Service de Pédiatrie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

⁽²⁾ Faculté de Médecine de Sousse, Université de Sousse

⁽³⁾ Service de Chirurgie cardiovasculaire et thoracique, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

CAS CLINIQUE :

Un garçon âgé de 12 ans, sans antécédents pathologiques notables, originaire d'une zone rurale de Sousse, consulte pour dyspnée évoluant depuis 3 mois. Il a présenté récemment une altération de l'état général associée avec une et un épisode d'hémoptysie de faible abondance. L'examen clinique a révélé une perte pondérale de 4 kg, un état subfébrile à 37.9°C, une dysphonie, une polypnée à 40C/mn, une SatO₂ à 98% à l'air ambiant. L'auscultation pulmonaire a trouvé une diminution des murmures vésiculaires à gauche et le reste de l'examen était sans anomalies. Une radiographie thoracique de face a été faite (figure 1) et a montré une opacité de tonalité hydrique occupant les 2/3 supérieurs de l'hémi champs pulmonaire gauche refoulant le médiastin supérieur.



Figure 1 : Radiographie thoracique de face montrant une opacité de tonalité hydrique homogène arrondie occupant les 2/3 supérieurs de l'hémi champ gauche refoulant le médiastin supérieur.

Devant le tableau clinique de dyspnée trainante depuis 3 mois associée à une altération de l'état général et une fièvre avec un syndrome inflammatoire biologique et l'aspect radiographique sus décrit nous avons évoqué :

- 1- Kyste hydatique pulmonaire compliqué
- 2- Abscès pulmonaire
- 3- Tuberculose bronchopulmonaire (un tuberculome)
- 4- Séquestration pulmonaire
- 5- Kyste bronchogénique
- 6- Tumeur solide ou lymphome pulmonaire
- 7- Lymphangiome kystique pulmonaire

Nous avons complété par une tomodensitométrie thoracique avec injection du produit de contraste (PDC) (figure 2, 3) qui a montré une volumineuse formation liquidienne kystique à paroi fine rehaussée après injection du PDC siège d'une fissuration apicale, au dépend du lobe supérieur gauche (LSG) mesurant 8x10x14 cm. Elle comprimait totalement la bronche souche lobaire supérieur gauche induisant une atélectasie passive du LSG. Elle était responsable d'une déviation du médiastin à droite. Une coupe axiale abdominale a montré deux lésions kystiques des segments II et VII du foie mesurant respectivement 7 x 7 cm et 1.1x 1.2 cm.

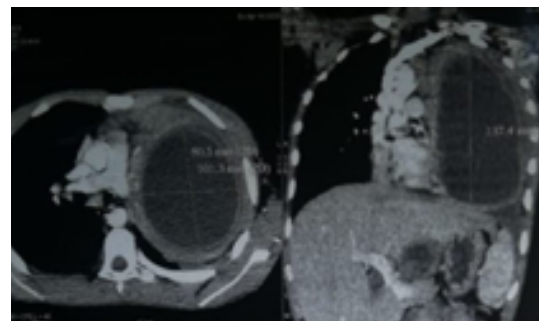


Figure 2 : Reconstruction scannographique abdomino-thoracique dans le plan frontal montrant une volumineuse formation liquidienne kystique à paroi fine rehaussée après injection du PDC siège d'une fissuration apicale, au dépend du LSG Elle comprime totalement la bronche souche lobaire supérieur gauche induisant une atélectasie passive du LSG.



Figure 3 : Coupe axiale abdominale montrant deux lésions kystiques des segments II et VII du foie.

Diagnostic retenu :

Il s'agit d'un kyste hydatique pulmonaire compliqué d'une fissuration avec surinfection et de compression des structures avoisinantes avec métastase hépatique multiple non compliquée chez un enfant de 12 ans.

Conduite à tenir et évolution :

Après le conditionnement du malade, il a été mis sous Albendazol et antibiothérapie en IV (cefotaxime, métronidazole et gentamicine). Le lendemain, il a bénéficié d'une cure chirurgicale de son kyste pulmonaire avec des suites opératoires simples. En effet, à travers une thoracotomie postéro-latérale gauche, il a eu un traitement conservateur du kyste avec le traitement de la cavité résiduelle par capitonnage et mise d'un drain thoracique lequel a été enlevé à J10 postopératoire. A J15 postopératoire, le malade a été mis sortant et référé à la chirurgie générale pour éventuel cure chirurgicale des kystes hépatiques.

DISCUSSION :

Le kyste hydatique est une anthroponose cosmopolite sévissant aux milieux d'élevage. Le kyste hydatique dont la localisation préférentielle est hépatique pour l'adulte et pulmonaire pour l'enfant, résulte de la transformation kystique de la forme larvaire du parasite. Le développement du kyste est lent, le plus souvent asymptomatique, ne permettant généralement qu'un diagnostic tardif [1,2]. L'hydatidose est une maladie encore endémique qui constitue un problème de santé publique dans notre pays avec un taux d'incidence annuelle le plus élevé au bassin méditerranéen à 15/100000 habitants [1].

Il s'agit d'une pathologie bénigne mais grave par ses complications mécaniques, infectieuses ou métastatiques. En effet, la rupture du kyste peut être partielle (une fissuration) ou complète dans les bronches (80%) ou dans la plèvre (7%) ou plus rarement dans le péricarde [3,4]. La surinfection représente la complication la plus fréquente de la rupture variant de 30 à 90% selon les études [3,4]. La symptomatologie du KHP, en dehors de toute complication reste relativement latente et peu bruyante.

L'apparition de quelques signes fonctionnels attirant l'attention vers l'appareil respiratoire (douleur thoracique, toux, dyspnée, hémoptysie...), associés ou non à des manifestations allergiques ou à des signes généraux (fièvre, asthénie...), constituent un bon signe d'orientation vers une atteinte pulmonaire mais sans préciser la nature [4]. Pour notre patient, c'était les signes respiratoires trainants non spécifiques associés à l'altération de l'état général qui ont orienté vers ce diagnostic. L'imagerie joue un rôle important dans le diagnostic et le bilan d'extension. Le KHP peut prendre différents aspects radiologiques selon le stade évolutif.

Le KHP sain est uni vésiculaire, de volume variable. A la TDM thoracique, on retrouve une masse liquidienne, de densité hydrique, bien limitée à paroi lisse et régulière [4]. Le KH fissuré prend l'aspect de pneumo kyste avec un croissant gazeux au pôle supérieur du kyste. Rompu, il prend l'aspect d'une image hydro-aérique avec soit un aspect en double arc soit un aspect de membrane flottante. Six stades évolutifs peuvent être décrits en TDM thoracique allant du kyste simple stade I au kyste d'aspect séquellaire stade VI [4].

Un volumineux KH peut comprimer les structures avoisinantes et ainsi, refouler le médiastin ou la coupole diaphragmatique. Il peut également être responsable de trouble de ventilation par compression des bronches [4]. Pour notre patient, le diagnostic a été porté devant plusieurs arguments ; notamment l'origine rurale, les signes fonctionnels et physiques (AEG, fièvre prolongée, dyspnée et toux...) associés aux signes radiologiques à savoir l'aspect en boule de canon à la radiographie thoracique. La TDM thoraco-abdominale a montré des signes de compression, fissuration et surinfection avec la présence de deux lésions kystiques hépatiques. La particularité de cette observation était la localisation apicale gauche vu que le KH est unique dans plus de 2/3 des cas et il siège préférentiellement dans le lobe inférieur droit [4, 5].

Le traitement de référence reste la chirurgie visant à éliminer le kyste et au traitement de la cavité résiduelle et des lésions parenchymateuses engendrées par le développement du parasite [3]. Ceci était le cas de notre patient qui a bénéficié d'un traitement conservateur avec traitement de la cavité résiduelle avec des suites opératoires simples. Un traitement médical par Albendazole est indiqué dans l'hydatidose disséminée où l'exérèse totale des éléments parasitaires est incertaine [3]. Le volet préventif est capital. Il est basé essentiellement sur la coupure du cycle parasitaire en traitant les chiens et en détruisant les cadavres de moutons infestés.

CONCLUSION :

Nous avons rapporté cette observation afin de mettre en évidence la grande diversité radio-clinique du kyste hydatique pulmonaire et de rapporter le cas d'une localisation pulmonaire rare mais non exceptionnelle, apicale gauche.

Devant la forte prévalence de l'hydatidose dans les pays méditerranéens dont la Tunisie ; la non spécificité des signes cliniques et la gravité de ses complications, le diagnostic du kyste hydatique doit être évoqué et sa prise en charge doit être adaptée surtout chez l'enfant.

Conflit d'intérêt :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt en relation avec cet article.

RÉFÉRENCES

- [1] Meghan M, Majorowski MM, Carabina H, Kilani M, Ben Salah A, : Echinococcosis in Tunisia ; a cost analysis. *Trans R sco Trop Med Hyg* 2005 ; 99 : 268-78.
- [2] S.M'rada, M.Oudni, M'rada, G.Boubaker, al.Bouazzia, M.Gorciia, et al.Étude rétrospective de la distribution et de la fertilité des kystes hydatiques chez l'enfant en Tunisie. *Pathologie Biologie* Volume 60, Issue 3, June 2012, Pages 166-169.
- [3] Kuzucu A, Soysal O, Ozgel M, Yogolu S : Complicated hydatid cysts of the lung :Clinical and therapeutic issues. *Ann Thorac Surg* 2004 ; 77 : 1200-4.
- [4] Racil. H, Ben Amar J. , El Filali Moulay R., Ridenr l, Cheikhrouhou S, Zarrouk M. et al.Kystes hydatiques compliqués du poumon. *Rev Mal Resp* 2009, 26 ;727-34.
- [5] Hafsa Sajjai¹, Mariam Rachidi¹, Salma Aitbatahar¹, Hind Serhane¹, Lamyae Amro¹ Kyste hydatique pulmonaire: double localisation pulmonaire apicale inhabituelle. A propos d'un cas. *Pan African Medical Journal*. 2016; 25:159 doi:10.11604/pamj.2016.25.159.10357.