

Echocardiographie d'une compression extra-cardiaque d'origine tuberculeuse

Anzouan-Kacou JB, Konin C, Coulibaly I, Aké-Traboulsi E, Koffi J, Abouo-Ndori R

Institut de Cardiologie d'Abidjan, Abidjan, République de Côte d'Ivoire

Med Trop 2011 ; 71 : 236

MOTS-CLÉS • Tuberculose. Adénopathie. Echocardiographie. Côte d'Ivoire.

KEY WORDS • Tuberculosis. Adenopathy. Echocardiography. Côte d'Ivoire.

Les atteintes cardiaques de la tuberculose sont nettement dominées par les péricardites liquidiennes (1). Des atteintes plus rares, sources de manifestations cliniques déroutantes peuvent être observées (2, 3). L'écho-doppler cardiaque, par son approche non invasive autorise les diagnostics les plus inattendus.

Observation

Une femme âgée de 36 ans, était hospitalisée en service de pneumologie pour une miliaire tuberculeuse bacillifère, découverte dans un contexte de dyspnée au repos, de douleurs thoraciques, de fièvre et de toux. L'évolution était rapidement favorable dès l'instauration du traitement anti-tuberculeux, avec régression de la fièvre et de la toux et normalisation de la radiographie pulmonaire. Persistaient cependant des douleurs thoraciques mal systématiquement et une dyspnée d'effort qui motivaient la réalisation d'une échocardiographie trans-thoracique.



Figure 1. Echocardiographie trans-thoracique, incidence apicale 4 cavités. Masse dense, arrondi, centre vide d'échos.



Figure 2. Echocardiographie trans-thoracique, incidence apicale 4 cavités. Masse dense, arrondi, centre vide d'échos.



Figure 3. Doppler pulsé de la veine pulmonaire supérieure droite : flux avec onde S accélérée à 85,5 cm/s.

Celle-ci mettait en évidence, outre un cœur normal, une volumineuse masse très bien limitée, à centre hypoéchogène, mesurant 41 x 38 mm (figures 1 et 2). Cette masse était extra-cardiaque et comprimait l'oreillette gauche (OG) au niveau de sa face postérieure. La masse semblait également comprimer la veine pulmonaire supérieure droite, comme l'attestait l'accélération nette du flux en doppler pulsé dans cette veine (Fig. 3), mesuré à 85 cm/s (normale 46+/-10 cm/s). La pression artérielle pulmonaire systolique était modérément élevée, estimée à 47 mm Hg à partir du flux d'insuffisance tricuspidiennne.

La tomодensitométrie thoracique permettait de conclure à de volumineuses adénopathies médiastinales sous carénaires nécrotiques, l'une d'entre elles comprimant l'OG. La patiente, prise en charge en centre anti-tuberculeux était ensuite perdue de vue.

Discussion

Cette observation est originale du point de vue du mode de découverte de cette adénopathie compressive. En effet si la tomодensitométrie thoracique et l'imagerie par résonance magnétique nucléaire permettent d'identifier facilement les masses médiastinales paracardiales telles que les adénopathies, celles-ci ne sont que rarement mises en évidence en échocardiographie trans-thoracique (4). L'échocardiographie trans-oesophagienne, pour certains auteurs (5), permettrait de mieux détecter les adénopathies paracardiales.

Par ailleurs le caractère compressif de l'adénopathie sur les veines pulmonaires, notamment la veine pulmonaire supérieure droite, s'est traduit au plan hémodynamique par une probable élévation de la pression veineuse et capillaire pulmonaire, avec retentissement d'amont sur la circulation artérielle pulmonaire, source d'hypertension artérielle pulmonaire modérée. La traduction clinique en était une dyspnée, directement reliée à un désordre hémodynamique, alors que l'atteinte pulmonaire parenchymateuse avait régressé sous l'effet du traitement antibiotique. L'échocardiographie a ainsi permis d'expliquer la persistance de symptômes cliniques, malgré la maîtrise immédiate de l'infection tuberculeuse.

En conclusion, l'échocardiographie permet la détection de masses cardiaques et paracardiales en milieu tropical où la tomодensitométrie thoracique bien que d'un apport indéniable au diagnostic, n'est pas toujours disponible. ■

• Correspondance : jb_anzouan@yahoo.fr

• Article reçu le 26/10/2009, définitivement accepté le 21/03/2011

RÉFÉRENCES

1. Mayosi BM, Burgess LJ, Doubell AF. Tuberculous pericarditis. *Circulation* 2005 ; 112 : 3608-16.
2. Bertrand E, Loubière R, Barabe P, Aye H, Lebras M, Ette M. Tuberculose endomyocardique avec miliaire terminale. *Presse Med* 1969 ; 77 : 1951-2.
3. Anzouan-Kacou JB, N'Guetta R, Seka R, Kakou GM, N'Zi KP, Abouo-N' Dori R. Tumeur de l'oreillette gauche à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Med Trop* 2008 ; 68 : 179-81.
4. Schwartzman PR, White RD. Imaging of cardiac and paracardiac masses. *J Thorac Imaging* 2000 ; 15 : 265-73.
5. Sorrell VL, Atieh MK. Identification of intrathoracic lymph nodes by transesophageal echocardiography--a novel role of TEE. *Echocardiography* 2004 ; 21 : 275-7.