

Hydatidose myocardique chez un patient atteint d'un rhumatisme psoriasique sous anti TNF.

Ralandison S¹, Basch A¹, Larbre JP¹, Issartel B², Llorca G¹.

1 : Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Lyon-Sud, 69310 Pierre-Bénite

2 : Maladies Infectieuses, Clinique du Tonkin, 69100 Villeurbanne

Cas :

Homme de 52 ans, atteint depuis l'âge de 17 ans d'un rhumatisme psoriasique. La maladie a conduit à une ankylose rachidienne. Il est mis en évidence une sacro-iliite bilatérale et des images de syndesmophytose. Il est porteur du HLA B27. Il est confronté depuis de nombreux mois à des cervicalgies et des lombofessalgies invalidantes, en dépit d'un traitement associant un AINS, prednisone, méthotrexate, morphine LP. La VS est à 50, la CRP à 50 mg/l.

Il est mis en place un traitement par etanercept 50 mg/semaine. Trois mois plus tard, le patient se dit amélioré mais décrit une gêne thoracique. Il est objectivé une cardiomégalie à la radiographie thoracique et à l'échographie cardiaque. Cette cardiomégalie n'existait pas une année auparavant. L'ECG trouve des signes d'ischémie antérieure et une IRM met en évidence une lésion kystique cloisonnée de la pointe du ventricule gauche faisant suspecter une néoplasie ou un abcès. Il est opéré ; il est constaté une masse myocardique dont l'excérèse ne peut être réalisée d'un seul bloc. L'anatomopathologie conclue à une formation kystique comprenant quelques structures anhistes faisant évoquer des structures parasitaires compatibles avec un kyste hydatique. La sérologie est positive pour une échinococcose (*E. granulosus*). Il n'est pas objectivé d'atteinte pulmonaire ni hépatique. Le patient est traité par albendazole, pour une durée de six mois compte tenu des difficultés chirurgicales. Etanercept est arrêté.

L'évolution de l'hydatidose est favorable. La sérologie échinococcose est négative. Mais le patient est gêné par la spondylarthrite psoriasique et son psoriasis cutané. Quatre ans après le traitement de ce kyste hydatique myocardique, etanercept est repris avec une surveillance cardiologique stricte. Le traitement est très efficace, et bien toléré avec 18 mois de recul. Il n'y a pas de réactivation de cette hydatidose. Le traitement AINS et corticoïde peut être arrêté. Il est donc poursuivi méthotrexate et etanercept.

Discussion :

La localisation cardiaque de l'hydatidose est rare (0,5 à 2%), avec une prédominance du ventricule gauche compte tenu de son volume et sa plus grande vascularisation. Les signes cliniques sont très divers avec au premier plan des douleurs thoraciques mais également des troubles de conduction, une dyspnée et des manifestations emboliques. Le diagnostic est évoqué sur l'échocardiographie transoesophagienne et sur l'IRM myocardique. La sérologie et surtout l'anatomopathologie confirment le diagnostic. Le traitement est chirurgical et doit enlever la lésion sans rupture de celle-ci. L'albendazole est instauré en post opératoire pour une durée minimale de 2 mois. Il peut être utilisé en préopératoire pour faciliter l'excérèse.

Les antécédents d'infection sont toujours pris en compte avant de prescrire une biothérapie anti TNF. L'imputabilité des anti TNF dans la survenue de l'hydatidose n'a pas été clairement établie d'autant qu'il n'existe pas de cas décrits dans la littérature. La réintroduction de l'etanercept ne s'est pas accompagnée de signe de réactivation de l'hydatidose. L'évolution dans ce cas de rhumatisme psoriasique, à distance de l'hydatidose, sous etanercept, a été favorable.