



Hydatidose péritonéale secondaire à une rupture d'un kyste hydatique du foie : à propos d'un cas rare et revue de la littérature

Peritoneal hydatid disease secondary to the rupture of a liver cyst. A rare case report and literature review

Ouanassa Hamouda¹, Mohamed Mouhoub², Ammar Haouimi³

¹ Service de Parasitologie – Mycologie, CHU Batna – Algérie

² Service de Chirurgie Générale, EPH Ain Touta, Batna – Algérie

³ Centre d'Imagerie Médicale Aurès, Batna – Algérie

Correspondance à :

Ouanassa HAMOUDA

houdaange35@yahoo.com

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2016.3217>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

Le kyste hydatique est une parasitose qui sévit à l'état endémique en Algérie. Nous rapportons un cas rare d'une patiente de 16 ans, admise aux urgences chirurgicales pour des douleurs abdominales suite à un traumatisme. Le diagnostic d'hydatidose à la fois hépatique et péritonéale a été posé par la radiologie et confirmé par la sérologie hydatique et l'examen parasitologique du liquide péritonéal. Le traitement chirurgical a été instauré, avec bonne évolution. Nous essayons à partir de ce cas et à travers une revue de littérature, de préciser les difficultés diagnostiques et thérapeutiques rencontrées dans la prise en charge des kystes hydatiques, surtout compliqués suite à un traumatisme.

Mots clés : kyste hydatique ; Algérie ; liquide péritonéal.

ABSTRACT

The hydatid cyst is a parasitic disease that is at an endemic state in Algeria. We report a rare case of a 16 years old patient, admitted in emergency surgery for abdominal pain following trauma. The diagnosis of both hepatic and peritoneal hydatid disease was confirmed by the radiologist and by serology as well as the parasitological examination of peritoneal fluid. Surgical treatment was introduced, with good outcome. We try from this case and through a literature review, to clarify the diagnostic and therapeutic difficulties in the management of hydatid cysts, especially complicated forms, following trauma.

Keywords: hydatid cyst ; Algeria ; peritoneal fluid.

كيس العداري الصفافي الناتج عن تمزق واحد من الحويصلات المائية للكبد: تقرير حالة نادرة ومراجعة المنشورات العلمية

المخلص:

الكيس العداري هو مرض طفيلي مستوطن في الجزائر. نسرده في هذا التقرير عن حالة نادرة لمريضة ذات 16 عاما، أستقبلت على مستوى مصلحة الاستعجالات بسبب أوجاع على مستوى البطن نتيجة صدمة. تم تشخيص كيس العداري في كل من الكبد والصفاق بواسطة التصوير قدم العلاج الجراحي، مع تطور جيد. وتأكده عن طريق تحليل المصل الخاص بالحويصلات المائية والدراسة الطفيلية لسائل الصفاق. نحاول من خلال هذه الحالة وبعد مراجعة المنشورات العلمية تحديد صعوبات تشخيص وعلاج الحويصلات المائية، وخاصة المعقدة بعد الصدمة.

الكلمات المفتاحية: كيس عداري، الجزائر، السائل الصفافي.

INTRODUCTION

L'hydatidose péritonéale (HP) est une affection parasitaire secondaire à l'ensemencement de la séreuse péritonéale par les larves d'Echinococcus granulosus. Elle est souvent secondaire à la rupture ou à la fissuration des kystes hydatiques hépatiques. C'est une complication rare, qui réalise une véritable urgence, et représente un tournant évolutif péjoratif de l'hydatidose dans l'immédiat, par le risque de choc anaphylactique et par l'hydatidose péritonéale secondaire.

OBSERVATION

Il s'agit de la patiente A.C âgée de 16 ans, sans antécédents particuliers, admise aux urgences chirurgicales pour des douleurs abdominales avec des vomissements suite à un traumatisme abdominal.

L'examen physique a permis de retrouver une défense abdominale généralisée avec une hépatomégalie. Un scanner abdomino-pelvien a été demandé et il a objectivé un kyste hydatique hépatique stade 2, un hémopéritoine de petite abondance avec infiltration mésentérique (Figure 1)

Une sérologie hydatique était demandée, l'hémagglutination indirecte était positive avec un titre à 320 UI. La ponction échoguidée de l'hémopéritoine a ramené un liquide séro-hématique, l'examen direct a montré la présence des crochets d'*Echinococcus granulosus* (Figure 2).

Le traitement était chirurgical. Plusieurs gestes combinés ont été réalisés chez la patiente. La perikystectomie totale était la technique utilisée. Le traitement de la péritonite hydatique consistant en une évacuation de l'épanchement avec une toilette péritonéale

Pour citer l'article :

Hamouda O, Mouhoub M, Haouimi A. Hydatidose péritonéale secondaire à une rupture d'un kyste hydatique du foie : à propos d'un cas rare et revue de la littérature. *Batna J Med Sci* 2016;3(2):129-131. <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2016.3217>

Un traitement par Albendazole® est entrepris pendant trois mois.

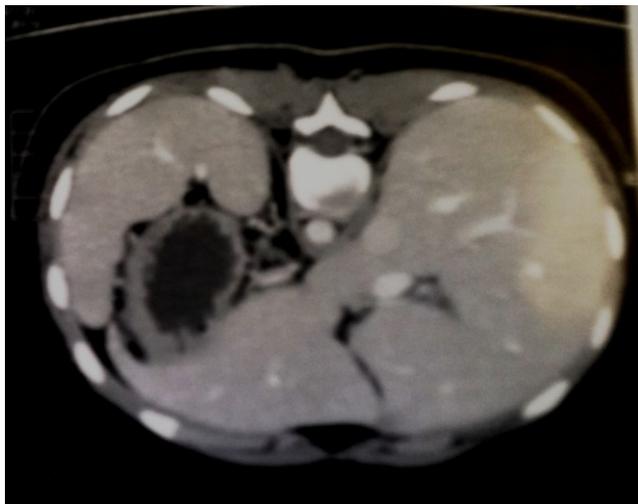


Figure 1. Tomodensitométrie abdomino-pelvienne de la patiente. Coupe transversale objectivant un aspect de kyste hydatique hépatique stade 2, associé à un hémopéritoine de petite abondance avec infiltration mésentérique.

DISCUSSION

L'hydatidose péritonéale est une complication rare, mais grave de la maladie hydatique [1-3]. Elle représente 5 à 16% de toutes les localisations confondues selon les séries européennes [4]. Plusieurs auteurs relèvent une nette prédominance féminine [5,6]. Dans la littérature, la répartition de l'hydatidose selon l'âge montre en général une prédominance de l'atteinte chez l'adulte jeune [7,8].

En effet, un traumatisme abdominal fermé est à l'origine de 12 à 35 % des KH rompus. Ce traumatisme peut être un accident de la voie publique, domestique, sportif ou autre. Le point d'impact peut être en regard du KH ou à distance et

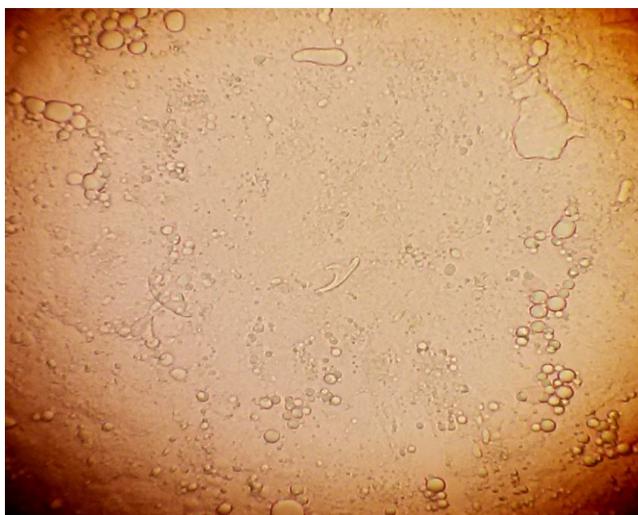


Figure 1. Examen parasitologique du liquide péritonéal ponctionné lors du geste opératoire. Mise en évidence des crochets d'*Echinococcus granulosus*.

c'est l'onde de choc qui sera transmise au KH sous tension. L'effort physique peut aussi déclencher la rupture [1].

Cliniquement, la rupture aiguë du KH dans le péritoine se caractérise par son début brutal et son polymorphisme allant du tableau de péritonite aiguë à un choc anaphylactique [1].

L'imagerie médicale est une étape essentielle dans le diagnostic de l'hydatidose péritonéale. Les techniques d'imagerie sont aujourd'hui nombreuses, performantes et les images obtenues sont souvent fortement suggestives. Elles permettent d'établir le diagnostic positif du kyste hydatique, d'en affirmer la localisation, de contribuer aux stratégies thérapeutiques et d'assurer la surveillance des sujets traités [9].

En matière d'échinococcose péritonéale, l'échographie permet le diagnostic des localisations hydatiques intrapéritonéales multiples et d'objectiver le KH primitif. Par ailleurs, l'échographie possède d'autres avantages. En effet, elle permet de faire une étude des rapports du KH avec la bifurcation portale, les veines sus-hépatiques, la veine cave inférieure et le haut appareil urinaire à la recherche d'une éventuelle compression.

La tomodensitométrie (TDM) a révolutionné l'approche diagnostique lésionnelle et topographique en matière d'hydatidose abdominale [10]. La TDM permet d'affirmer non seulement la maladie mais elle est capable de donner une cartographie des différentes localisations, extrêmement utiles pour le chirurgien. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet facilement de poser le diagnostic de rupture, mais aussi de surveiller l'évolution du kyste hydatique sous traitement médical [11-15].

La sérologie hydatique, l'une des principales investigations complémentaires dans le diagnostic des KH, perd de son intérêt vu son retard diagnostique par rapport à l'urgence de la décision thérapeutique. Cependant, ses résultats viennent confirmer rétrospectivement le diagnostic d'hydatidose et servir de moyen de surveillance [1].

Le traitement de l'hydatidose péritonéale reste avant tout chirurgical [10,16]. Il a pour but de traiter en même temps les kystes péritonéaux et le kyste hydatique primitif [10]. Il est associé au traitement médical, en préopératoire pour stériliser les kystes mais surtout en postopératoire pour éviter les récurrences qui sont assez fréquentes en matière d'HP [17,18], étant donné qu'on n'est jamais sûr d'avoir fait l'exérèse complète des kystes hydatiques [19].

Le traitement médical trouve sa place dans cette affection. Son but est de prévenir les récurrences.

Le suivi lointain se fonde sur des contrôles cliniques, sérologiques et échographiques tous les 3 mois la première année, puis tous les 6 mois pendant les 2 années suivantes. Enfin tous les ans jusqu'à la 5^{ème} année [20]. Si, à cette date, le bilan persiste négatif, la surveillance peut être arrêtée. En cas de discordance clinique, échographique et sérologique, l'examen tomodensitométrique doit être demandé. Néanmoins, le pronostic reste assez sombre et c'est la précocité du diagnostic et du traitement qui permet de l'améliorer.

Enfin, la prophylaxie demeure le véritable traitement. Elle repose principalement sur la prise en charge adéquate des kystes hydatiques intra-abdominaux notamment hépatiques. Elle nécessite l'instauration d'un programme de lutte contre l'hydatidose à l'échelle nationale.

CONCLUSION

Bien que l'hydatidose soit une affection endémique en Algérie, la rupture d'un kyste hydatique en intra péritonéal reste une situation rare. Elle pose à la fois un problème diagnostique et thérapeutique, d'où tout l'intérêt de la prévention dont le substratum essentiel est la lutte contre l'infestation de l'hôte définitif, la protection de l'hôte intermédiaire et la lutte contre la contamination de l'homme.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Beyrouti MI, Beyrouti R, Abbes I, Kharrat M, Ben Amar M, Frikha F et al. Rupture aigue du kyste hydatique dans le péritoine. A propos de 17 observations. *Presse Médicale* 2004 ; 33(6) : 378-384.
2. Gunay K, Taviloglu K, Berber E, Ertekin C. Traumatic rupture of hydatid cysts: a 12-year experience from an endemic region. *J Trauma* 1999 ; 46(1) : 164-167.
3. Kurt N, Oncel M, Gulmez S, Ozkan Z, Uzun H. Spontaneous and traumatic intraperitoneal perforation of hepatic hydatid cysts: a case series. *J Gastrointest Surg* 2003; 7(5): 635- 641.
4. Prousalidis J, Tzardinoglou K, Sgouradis L, Katsolis C, Aletras H. Uncommon sites of hydatid disease. *World J Surg* 1998; 22 (1): 17-22.
5. Barbier J, Carretier M, Kraimps JL. Péritonites aiguës. *EMC (Paris). Urgences* 1988 ; 24048B10, 2 ; 18 p
6. Haddad N, Tabbane S, Ellouze N. Aspects cliniques et problèmes de diagnostic des échinococcoses du péritoine. *Tunisie Médicale* 1976;54: 753-64.
7. Col C, Col M, Lafci H. Unusual localizations of hydatid disease. *Acta Med Austriaca* 2003 ; 30 : 61-64.
8. Tarcoveanu E, Dimofte G, Bradea C, Crumper F, Anton R, Moldovanu R. Multiple peritoneal hydatid disease after rupture of a multivesicular hepatic hydatid cyst. Case report. *J Gastrointest Liver Dis* 2006; 15: 301-305
9. Gharbi HA, Hammou A, Benchehida F, Bellagha I. Infections et parasitoses: Apport de la radiologie dans la maladie hydatique. *J Digit Imaging* 1999 ; 12 (2 suppl 1).
10. Daali M, Hssaida R, Zoubir M, Hda A, Hajji A. Hydatidose péritonéale. A propos de 25 cas marocains. *Santé* 2000 ; 10(4) : 255-260.
11. Kalovidouris A, Gouliamos A, Vlachos L, Papadopoulos A, Voros D, Pentea S, Papavasiliou C. MRI of abdominal hydatid disease. *Abdom Imaging*. 1994 Nov-Dec; 19(6):489-94
12. Albi A, Baudin F, Matmar M, Archambeau D, Ozier Y. Severe hypernatremia after hypertonic saline irrigation of hydatid cysts. *Anesth Analg*. 2002;95:1806-8
13. 14. Yol S, Kartal A, Tavli S, Sahin M, Vatansav C, Karahan O, Belviranli M. Open drainage versus over lopping method in the treatment hepatic hydatid cyst cavities. *Int Surg*.1999; 84:139-43
14. Placer C, Martin R, Sanchez E, Soletto E. Rupture of abdominal hydatid cysts. *Br J surg* 1988 75:157-9.
15. Jung G, Krug B, Zieren HU, Hemme A, Lackner K. Postoperative follow-up in hepatic echinococcosis. *Dtsch Med Wochenschr*. 1996;121:611-16.
16. Benamr S, Mohammadine E, Essadel A, Lahlou K, Taghy A, Chad B et al. L'hydatidose péritonéale secondaire. Mise au point à propos d'une série de 50 cas. *Médecine du Maghreb* 2000 ; 82 : 15-20.
17. Liu Y, Wanq X, Wu J. Continuous long-term albendazole therapy in intraabdominal cystic echinococcosis. *Chin Med J* 2000; 113: 827-832.
18. Horton RJ. Albendazole in treatment of human cystic echinococcosis : 12 years of experience. *Acta Tropica* 1997; 64: 79-93.
19. Couinaud C, Coddion AS. Rupture dans le péritoine des kystes hydatiques du foie. *EMC , Rev Prat* 1978 ; 28(37) : 2903-2908
20. Jung G, Krug B, Zieren HU, Hemme A, Lackner K. Postoperative follow-up in hepatic echinococcosis. *Dtsch Med Wochenschr*. 1996;121:611-16.

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « *l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna* »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- Open access : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com

ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.com

