

**CAS
CLINIQUE****Rupture intrapéritonéale du kyste hydatique du foie**

Hadj Omar EL MALKI, Yasser EL MEJDOUBI, Raouf MOHSINE, Lahcen IFRINE, Abdelkader BELKOUCHI

Clinique chirurgicale A de l'hôpital Ibn Sina, Rabat, Maroc.

RÉSUMÉ

La rupture kystique représente la principale complication du kyste hydatique du foie et intéresse 15 à 40 % des kystes. Dans de 2 à 7 % des cas le kyste hydatique du foie se rompt dans la grande cavité péritonéale. La survenue d'une péritonite encapsulante secondaire à la rupture du kyste hydatique du foie n'a été décrite, à notre connaissance, qu'une seule fois. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 43 ans chez qui le diagnostic de rupture péritonéale d'un kyste hydatique du foie est fait après 3 mois. La malade était mise sous traitement médical à base d'albendazole (10 mg/kg/j). Deux mois après le début de ce traitement, la malade était opérée. On a découvert d'une péritonite encapsulante. Les différents prélèvements réalisés pour étude parasitologique étaient négatifs. Le geste chirurgical a consisté en un lavage à l'eau oxygénée de la coque fibreuse de la péritonite encapsulante et un drainage sans aucune dissection. L'évolution a été satisfaisante sous traitement par l'albendazole pendant 14 mois. Actuellement, elle est en bonne santé sans récurrence et sans trouble du transit avec un recul de 2 ans. Nous pensons que l'albendazole est très efficace dans le traitement de la maladie hydatique à condition de l'administrer de façon continue le plus longtemps possible. La survenue d'une péritonite encapsulante est heureusement une situation exceptionnelle dont la prise en charge chirurgicale est très délicate.

SUMMARY**Intraperitoneal perforation of hepatic hydatid cyst**

Hadj Omar EL MALKI, Yasser EL MEJDOUBI, Raouf MOHSINE, Lahcen IFRINE, Abdelkader BELKOUCHI

(Gastroenterol Clin Biol 2006;30:1214-1216)

The incidence of the rupture of hydatid cyst of the liver is about 15 to 40% of the cases. In 2 to 7% of the cases the cyst can perforate into the peritoneum. The occurrence of a sclerosing peritonitis secondary to the rupture of the hydatid cyst of the liver was described, to our knowledge, only once. We report the observation of a 43 year-old woman in whom the diagnosis of peritoneal rupture of a liver hydatid cyst was made after 3 months. The patient was treated by albendazole (10 mg/kg/d). Two months after the beginning of this treatment, the patient was operated. A sclerosing peritonitis was discovered. The parasitologic studies of the different specimens were negative. The surgical treatment consisted of a good washing with H₂O₂ of the fibrous hull of the sclerosing peritonitis and drainage without any dissection. The evolution was satisfactory with albendazole treatment for 14 months. Currently, she is in good health without recurrence and without any abnormalities with a 2 years follow-up. We think that albendazole in the treatment of the hydatid disease is very effective in condition to give a continuous treatment for a long time. The occurrence of a sclerosing peritonitis is fortunately an exceptional situation whose surgical management is very delicate.

Introduction

Le kyste hydatique du foie est une affection le plus souvent asymptomatique de découverte fortuite [1-3]. Le diagnostic est fait généralement au stade de complication. La rupture kystique représente la principale complication et intéresse 15 à 40 % des kystes hydatiques du foie [4]. Cette rupture peut se faire aussi bien dans les voies biliaires (40 – 60 %), que dans les autres organes abdominaux ou thoraciques [5]. Dans de 2 à 7 % des cas, le kyste hydatique du foie se rompt dans la grande cavité péritonéale [2, 6, 7]. La survenue d'une péritonite encapsulante secondaire à la rupture du kyste hydatique du foie n'a été décrite, à notre connaissance, qu'une seule fois [8]. Le but de cet article est de rapporter l'évolution particulière d'un kyste hydatique du foie rompu dans le péritoine et de souligner l'intérêt de l'albendazole dans la prise en charge thérapeutique.

Observation

Il s'agissait d'une malade de 43 ans qui avait consulté pour des coliques abdominales et un ballonnement avec une augmentation du volume de l'abdomen accompagné de vomissements. Le début des symptômes remontait à 3 mois par l'installation de façon spontanée de douleurs abdominales violentes accompagnées d'un épisode régressif d'ictère sans fièvre. Aucune notion de traumatisme ni de manifestation allergique (pas de prurit, pas de rash cutané, pas de dyspnée) n'avait été retrouvée dans les antécédents. À l'examen clinique la malade était asthénique et apyrétique. Ses conjonctives étaient pâles et sans subictère. À la palpation abdominale, on n'avait pas décelé de défense, ni de contracture mais la malade avait un important épanchement de la cavité péritonéale. Un bilan biologique (NFS, ionogramme sanguin, transaminases, bilirubine, phosphatase alcaline, gamma glutamyl transférase) avait été fait. Aucune anomalie n'avait été décelée en dehors d'une anémie hypochrome microcytaire à 9,5 g/L. L'examen abdominal par tomodesitométrie et par échographie avait montré une ascite de grande abondance avec une image kystique de 6 cm du segment VI du foie fortement évocatrice d'un kyste hydatique de type II (dédoubllement de la membrane) dont la paroi était interrompue (figure 1). Il n'existait pas de dilatation des voies biliaires ni d'autres localisations hydatiques. La sérologie hydatique par immunofluorescence (IF) était positive à plus de 1/320°. Le diagnostic d'un kyste hydatique du foie rompu dans la grande cavité abdominale était posé. Devant l'absence de toute urgence chirurgicale, on avait prescrit à la malade un traitement médical préopératoire à base d'albendazole à la dose de 800 mg/j en deux prises (poids de la malade était de 73 kg). En attendant la date d'intervention, on avait

Tirés à part : H.O. EL MALKI, 10 rue Rif, Av Imam Malik, Rabat, Maroc.

E-mail : oelmalki@hotmail.com



Fig. 1 – Kyste hydatique du foie du segment VI avec un important épanchement liquidien du péritoine consécutif à la rupture du kyste.

Intraperitoneal perforation of hepatic subsegment VI hydatid cyst with ascites.

Fig. 2 – L'aspect de la cavité résiduelle du kyste 14 mois après l'intervention.

14 months postoperative aspect of residual cyst.



1 | 2

assisté, sous traitement quotidien d'albendazole, à une amélioration de l'état de la malade avec diminution du volume abdominal. La malade avait été opérée 2 mois après. Une laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic avait été réalisée. Treize litres d'un liquide trouble de couleur orange étaient aspirés. À l'exploration, toute la cavité péritonéale était tapissée par une épaisse coque fibreuse blanc orangée qui cachait tous les viscères intrapéritonéaux. Aucun organe n'avait été reconnu. L'aspect retrouvé était celui d'une péritonite encapsulante avec hydatidopéritoine. Un diverticule de cet énorme sac avait été retrouvé au contact de la région hépatique. Une membrane prolifère flétrie était retirée. Il n'y avait aucun signe de fuite biliaire. L'analyse parasitologique de cette membrane ainsi que celle du liquide aspiré et d'un fragment de la coque n'avait retrouvé aucun stigmata de parasite vivant. L'étude anatomopathologique d'un fragment de la coque avait objectivé la présence d'un tissu fibreux épais. Aucune tentative de débridement n'avait été tentée. Un lavage abondant au sérum salé à 9 ‰ de la cavité avait été réalisé après avoir laissé agir de l'eau oxygénée à 10 volumes pendant 10 minutes. L'intervention était terminée par la mise en place de 2 gros drains de drainage (Charrière 26) dont l'un était placé dans le diverticule intrahépatique qu'on suppose être le kyste du foie. L'autre drain était mis dans la partie la plus déclive de la coque. Les suites opératoires étaient simples. Les drains avaient ramené quelques sérosités non biliaires et étaient retirés au bout de 10 jours. La malade continuait à prendre l'albendazole à la même dose pendant 14 mois de façon ininterrompue. L'activité des transaminases était restée stable tout au long de la durée du traitement à une fois et demie la valeur supérieure de la normale. Aucune anomalie de la formule numération sanguine n'avait été décelée. On avait assisté à une négativation des sérologies hydatiques. Le test par immunofluorescence était négatif à 3 mois après l'intervention chirurgicale, celui par ELISA à 12 mois après la chirurgie. Devant la persistance des tests sérologiques négatifs durant 2 autres mois sous albendazole, le traitement antiparasitaire a été arrêté. Une tomodensitométrie de contrôle réalisée lors de l'arrêt de l'albendazole avait trouvé une image kystique du segment VI du foie compatible avec un kyste hydatique de type I sans ascite ni autre localisation (figure 2). Une ponction du kyste à visée diagnostique avait été réalisée et avait permis de retirer 30 cc d'un liquide bilio-hématique. Son analyse parasitologique était négative. Le contrôle par échographie après la ponction était satisfaisant. La malade était en bonne santé sans trouble de transit et sans récurrence biologique de l'infection parasitaire deux années après l'intervention chirurgicale.

Discussion

La survenue de complications intéresse un tiers des kystes hydatiques du foie [1]. La rupture dans le péritoine libre est une complication qui survient dans 2 à 7 % des cas [2, 6, 7]. Le cas que nous rapportons est un déversement brutal du contenu du kyste hydatique du foie dans le péritoine par rupture massive. Il ne

s'agit que d'un aspect clinique de l'hydatidose péritonéale. Cette dernière correspond à l'ensemble des phénomènes réalisés par l'ensemencement du péritoine, primitif (hématogène) ou secondaire (fissure), par les larves de *Echinococcus granulosus* [9].

Le cas que nous rapportons est particulier à plus d'un titre. Ce genre de rupture massive survient surtout à la suite d'un traumatisme direct ou indirect de l'abdomen [1, 4, 6, 7], après un effort de toux [3] ou simplement de façon spontanée sans qu'aucune cause ne soit retrouvée comme dans notre observation [2, 8]. Dans ce contexte, l'expression clinique est bruyante associant un syndrome douloureux aigu de l'abdomen et des manifestations d'anaphylaxie [1, 4, 7]. Pour certains, ces manifestations allergiques ne seraient présentes que dans 16,7 à 25 % des cas de rupture [1]. Devant cette symptomatologie, l'intervention chirurgicale s'impose d'emblée. L'aspect fruste des manifestations digestives [8] observées chez notre malade et surtout l'absence de réaction allergique [2, 3] peuvent être la cause du retard de la prise en charge thérapeutique et être d'issue fatale [3, 10]. Le diagnostic n'est fait chez notre malade que 3 mois après l'épisode de rupture. Lors de son examen clinique, la malade ne présentait aucun signe d'alarme qui aurait imposé une intervention d'urgence.

La deuxième particularité de notre observation est l'évolution de la malade sous traitement médical. L'efficacité de l'albendazole n'est plus à démontrer [11]. Au départ, le traitement médical était réservé aux formes diffuses et/ou non opérables et ses résultats étaient peu convaincants du fait d'un traitement sous forme de 4 à 6 cures de 28 jours avec des intervalles de 14 jours sans prise médicamenteuse [9, 12-14]. La tendance actuelle d'un traitement médical à base d'albendazole au long cours et non interrompu semble donner de très bons résultats [11, 12]. L'évolution observée chez notre malade paraît ne pas être isolée. L'absence de scolex vivant dans le liquide péritonéal, lors de l'intervention chirurgicale, suite au traitement médical préopératoire et le maintien négatif des tests sérologiques par la suite sous un traitement postopératoire de façon continue constituent de bons arguments de l'efficacité de l'albendazole. Certains auteurs affirment que l'albendazole n'est pas efficace en préopératoire [15]. Mais la durée du traitement préopératoire dans leur étude était très courte (4 jours). Nous pensons que les doses administrées ainsi que la durée du traitement par l'albendazole influencent les résultats du traitement [11, 12]. Pour notre malade, notre choix thérapeutique de base était la chirurgie. Le traitement médical n'était qu'une option d'attente d'une interven-

tion programmée. Pour des considérations personnelles à la malade, l'intervention opératoire a eu lieu 2 mois après le début du traitement médical.

La péritonite encapsulante constitue une complication habituelle des malades atteints d'une insuffisance rénale et sous dialyse péritonéale. D'autres étiologies de la péritonite encapsulante sont à citer telle la tuberculose et les traitements par certains bêtabloquants. Il semble qu'il s'agit d'une réaction inflammatoire exagérée de défense du péritoine. Les troubles de transit à type d'occlusion représentent les formes cliniques habituelles du diagnostic de la péritonite encapsulante. La découverte, comme dans notre cas, d'une péritonite encapsulante lors de l'intervention suite à la rupture du kyste hydatique dans le péritoine n'a été rapportée qu'une seule fois à notre connaissance [8]. Le diagnostic de la péritonite encapsulante chez notre malade est fait en peropératoire en l'absence de tout antécédent occlusif ou sub-occlusif. Lors de l'exploration chirurgicale, nous nous sommes abstenus de disséquer la coque fibreuse pour deux raisons : l'absence d'occlusion ou de syndrome sub-occlusif écartait l'éventualité d'une plicature ou torsion des anses digestives ; le risque d'un débridement était trop important et exposait à des plaies intestinales multiples dont la suture, en milieu d'inflammation intense et chronique, conduirait au lâchage. Même si l'examen parasitologique peropératoire n'avait pas révélé d'activité parasitaire, on ne pouvait écarter l'éventualité de la présence d'un kyste exclu. Nous avons pris le risque d'être confronté à une récurrence ultérieure. Le traitement médical continu administré à notre malade en postopératoire nous a probablement permis d'obtenir une sérologie hydatique négative. Certains auteurs [9] n'ont pas eu recours au traitement médical postopératoire vu son coût élevé (Au Maroc, 800 mg d'albendazole coûtent environ 8 euros). Ils ont eu de bons résultats sans récurrence. Cependant, ils ne rapportaient pas dans leur série de cas de rupture franche d'un kyste dans la cavité péritonéale. Les bons résultats que nous avons obtenus par le traitement médical préopératoire (absence de scolex vivant dans le liquide péritonéal lors de l'intervention chirurgicale) nous ont également incité à continuer à l'administrer après la chirurgie. Nous sommes à un peu plus de 24 mois après l'intervention sans récurrence hydatique ni épisode occlusif.

La découverte du kyste résiduel était prévisible lors du contrôle tomodensitométrique final. En effet, aucun traitement de la cavité résiduelle n'avait été réalisé lors de l'acte opératoire. La ponction du kyste avait pour but de vérifier la nature de son contenu. Il est certain que si le contenu du kyste avait montré l'existence d'une activité parasitaire, le traitement médical aurait été poursuivi et un traitement percutané du kyste résiduel aurait été réalisé [16-18].

Nous pensons que l'albendazole dans le traitement de la maladie hydatique est très efficace à condition de l'administrer de façon continue le plus longtemps possible. La survenue d'une péritonite encapsulante est heureusement une situation exceptionnelle dont la prise en charge chirurgicale est très délicate.

RÉFÉRENCES

1. Gunay K, Taviloglu K, Berber E, Ertekin C. Traumatic rupture of hydatid cysts: a 12-year experience from an endemic region. *J Trauma* 1999;46:164-7.
2. Di Cataldo A, Lanteri R, Caniglia S, Santangelo M, Occhipinti R, Li Destri G. A rare complication of the hepatic hydatid cyst: intraperitoneal perforation without anaphylaxis. *Int Surg* 2005;90:42-4.
3. Erdogmus B, Yazici B, Akcan Y, Ozdere BA, Korkmaz U, Alcelik A. Latent fatality due to hydatid cyst rupture after a severe cough episode. *Tohoku J Exp Med* 2005;205:293-6.
4. Karydakos P, Pierrakakis S, Economou N, Ninos A, Raitsiou B, Bobotis E, et al. Traitement chirurgical des ruptures des kystes hydatiques du foie. *J Chir* 1994;131:363-70.
5. Pedrosa I, Saíz A, Arrazola J, Ferreirós J, Pedrosa C.S. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications. *Radiographics* 2000;20:795-817.
6. Medarhri J, El Ounani M, Rachid K, Jaafar A, Echarrab M, El Amraoui M, et al. Rupture aiguë post-traumatique d'un kyste hydatique du foie dans le péritoine révélée par une péritonite aiguë généralisée. *Med Maghreb* 1997;62:28-30.
7. Larbi N, Hedfi S, Selmi M, Ben Salah K. La rupture aiguë du kyste hydatique du foie dans le péritoine. à propos de 15 cas. *Ann Chir* 2002;127:487-8.
8. Caroli J, Demirleau J. Deux cas de complications rares de kyste hydatique du foie. Hydatidopéritoine et hydatidocholopéritoine. Intérêt de la kystectomie. *Chirurgie* 1971;97:733-9.
9. Daali M, Hssaida R, Zoubir M, Hda A, Hajji A. Hydatidose péritonéale. À propos de 25 cas marocains. *Sante* 2000;10:255-60.
10. Maaoui A, Elalaoui M, Hamiani O, Benmansour A, Belkouchi A, Ahyoud F, et al. Chirurgie des kystes hydatiques du foie 581 patients. 952 kystes. *Chirurgie* 1989;115(Suppl 1):61-9.
11. Liu Y, Wang X, Wu J. Continuous long-term albendazole therapy in intraabdominal cystic echinococcosis. *Chin Med J* 2000;113:827-32.
12. Turkcapar AG, Ersoz S, Gungor C, Aydinuraz K, Yerdel MA, Aras N. surgical treatment of hepatic hydatidosis combined with perioperative treatment with albendazole. *Eur J Surg* 1997;163:923-8.
13. Gollackner B, Langle F, Auer H, Maier A, Mittlbock M, Agstner I, et al. Radical surgical therapy of abdominal cystic hydatid disease: factors of recurrence. *World J Surg* 2000;24:717-21.
14. Karmali S, Thompson SK, McKinnon G, Anderson IB. A 37-year-old woman with fever and abdominal pain. *CMAJ* 2005;172:1683.
15. Manterola C, Mansilla JA, Fonseca F. Preoperative albendazole and scolices viability in patients with hepatic echinococcosis. *World J Surg* 2005;29:750-3.
16. Smego RA Jr, Bhatti S, Khaliq AA, Beg MA. Percutaneous aspiration-injection-reaspiration drainage plus albendazole or mebendazole for hepatic cystic echinococcosis: a meta-analysis. *Clin Infect Dis* 2003;37:1973-83.
17. Saimot AG. Medical treatment of liver hydatidosis. *World J Surg* 2001;25:15-20.
18. Benazzouz M, Essaid E. Traitement percutané du kyste hydatique du foie. *Encycl Med Chir* 2004 (Paris-France), Hépatologie 7-023-A-12.