

Kyste hydatique mésentérique primitif

K.S. BOUK'HIL, D. BEKKAT-BERKANI,
W. MESSADI, H. REZKI,
N. CHERIF,
Service de Pédiatrie B,
CHU Issaad Hassani, Beni-Messous, Alger.

Résumé

L'hydatidose, parasitose provoquée par *Echinococcus granulosus*, est localisée le plus souvent au foie et au poumon (70 % et 20 % respectivement). L'hydatidose péritonéale, qu'elle soit secondaire ou primitive, reste rare, représentant 5 à 16 % des cas de kyste hydatique, en grande partie secondaires à la rupture (spontanée, traumatique ou iatrogène) d'un kyste hydatique hépatique. Le kyste hydatique primitif est très rare. Dans cet article, l'auteur présente un cas de kyste hydatique mésentérique primitif révélé par des douleurs abdominales chroniques.

>>> Mots-clés :

Échinococcose, hydatidose, kyste hydatique, hépatique, mésentérique.

Introduction

L'hydatidose ou échinococcose est une helminthiase provoquée par le développement accidentel chez l'homme de la forme larvaire d'un cestode, *Echinococcus granulosus*. Cette infection parasitaire sévit de façon endémique dans de nombreux pays du bassin méditerranéen dont l'Algérie.

Cette hydatidose est localisée le plus souvent au foie et au poumon (70 % et 20 % respectivement), mais la maladie peut affecter n'importe quel organe^[1] : rate, rein, pancréas, cerveau, ovaire, mésentère, vertèbres, tissus mous... Dans cet article, nous rapportons, une forme exceptionnelle de kyste hydatique mésentérique primitif chez un enfant, et précisons, à la lumière de cette observation, les caractéristiques épidémiologiques, les manifestations cliniques ainsi que la place des différentes modalités de prise en charge thérapeutique de l'hydatidose péritonéale.

Abstract

Hydatid disease, mostly caused by *Echinococcus granulosus* is a common parasitic infestation of the liver. Most common sites are liver (70%) and lungs (25%). Intraperitoneal hydatid cyst is found in 13% and it is usually secondary to rupture of primary hepatic cyst. Primary hydatid cyst in mesentery is very rare. In this article, the author presents a case of primary mesenteric hydatid cyst with chronic pain in lower abdomen.

>>> Key-words :

Echinococcosis, Hydatidosis, Hydatid cyst, Hepatic, Mesenteric.

Observation

G. Abdelmalek, âgé de 07 ans, demeurant en région rurale, a été admis le 22 mai 2012 pour des douleurs abdominales, évoluant depuis 02 mois, associées à une distension localisée au flanc droit.

Une notion de contact avec des chiens a été retrouvée à l'interrogatoire. L'examen a montré une masse ovoidale, mesurant 70 x 40 mm, siégeant au flanc droit, rénitente, mate à la percussion, indolore. Le reste de l'examen était sans anomalie.

L'échographie abdominale a révélé au niveau du flanc droit une masse bien limitée, grossièrement ovoidale, à paroi partiellement calcifiée, hétérogène par la présence d'un contenu hyperéchogène rubané délimitant quelques zones liquidiennes rappelant probablement des membranes décollées, évoquant un kyste hydatique au stade de décollement membranaire (figure 1).



Figure 1 : Échographie abdominale montrant une masse intra-péritonéale hétérogène

La tomodensitométrie abdominale a montré une formation kystique arrondie, mesurant 35 x 42 x 38 mm, entourée d'une paroi partiellement calcifiée, non rehaussée après le contraste, avec décollement membranaire antéro-externe. Son contenu est hétérodense, à prédominance liquidienne. Elle est limitée en arrière et en dehors par le psoas et les muscles iliaques avec un liseré de séparation, en avant et en dedans par la paroi abdominale et les anses digestives avec un angle de raccordement aigu.

La graisse péri-lésionnelle est respectée et le foie est homogène, de taille normale (figure 2).



Figure 2 : TDM abdominale révélant un kyste intrapéritonéal à contenu hétérogène

Les sérologies hydatiques étaient positives (1/160^{ème}). Le diagnostic de kyste hydatique mésentérique primitif a été évoqué.

Une laparotomie a permis l'excision d'une masse de 08 cm de grand axe, adhérente aux plans profonds. Le foie, le pancréas, la rate et les autres organes étaient sans anomalie.

Les suites opératoires étaient simples. L'étude anatomo-pathologique a confirmé le diagnostic de kyste hydatique. Aucun traitement médical n'a été administré.

Après un recul de 12 mois, on notait une nette amélioration de l'état général de l'enfant.

On ne notait pas de douleurs abdominales, ni de troubles du transit. L'abdomen est souple. Le contrôle échographique est sans anomalie.

Discussion

Le kyste hydatique est une infection parasitaire, fréquente dans les pays du bassin méditerranéen, due à une larve de tœnia du genre *Echinococcus*, notamment *E. granulosus granulosus*.

La maladie est provoquée par l'ingestion d'œufs du parasite provenant du chien, hôte définitif habituel du tœnia. Dans l'organisme de l'hôte intermédiaire, le plus souvent des herbivores comme les moutons, les œufs ingérés se transforment en larves puis passent la muqueuse jéjunale pour rejoindre les veinules et les lymphatiques pariétaux. Les deux tiers seront arrêtés au niveau du filtre hépatique, un quart au niveau du filtre pulmonaire et 10 % passeront dans la circulation systémique et pourront infecter d'autres organes.

Les larves qui auront survécu aux défenses de l'organisme se transformeront en kystes qui présentent deux couches : la membrane prolifère, interne à partir de laquelle apparaissent les vésicules filles et une couche fibroblastique externe correspondant à la réaction de l'organisme, qui se calcifie dans 40 % des cas. Lorsque l'hôte définitif ingère des viscères provenant d'un hôte intermédiaire, le cycle est achevé. L'homme, accidentellement, devient un hôte intermédiaire quand il entre en contact avec un hôte définitif (habituellement les chiens domestiques), ou s'il ingère des légumes ou de l'eau contaminée par les larves [2].

La localisation la plus fréquente du kyste hydatique est ainsi le foie (59-75 %), puisqu'il constitue le premier et le plus large filtre des embryons parasites migrant de l'intestin vers la circulation portale. Les autres localisations sont par ordre de fréquence : les poumons (27 %), les reins (3 %), les os (1-4 %) et le cerveau (1-2 %) [3]. L'hydatidose péritonéale, qu'elle soit secondaire ou primitive, reste rare, représentant 5 à 16 % des cas de kyste hydatique [4], en grande partie secondaire à la rupture (spontanée, traumatique ou iatrogène) d'un kyste hydatique hépatique ou splénique primitif [5].

Les kystes hydatiques péritonéaux primitifs ne représentent, quant à eux, que 2 % des localisations abdominales.

Balik et al ^[6], dans une étude rétrospective de 27 patients opérés entre 1981 et 1999 pour kyste hydatique abdominal, retrouvent 19 patients (70,4 %) présentant une double localisation hépatique et extra-hépatique.

Seuls 8 patients (20,6 %) avaient une localisation extra-hépatique isolée : rate (3 patients), pancréas (2 patients), glandes surrénales (4 patients), mésentère (1 patient), mésocôlon (5 patients), ovaire (1 patient).

Un kyste péritonéal peut être considéré comme primitif quand aucun autre kyste n'est retrouvé. Sa physiopathologie reste imparfaitement élucidée. Plusieurs hypothèses essaient d'expliquer ces atteintes péritonéales primitives : celle qui semble la plus convaincante est la diffusion de l'embryon du parasite directement au niveau péritonéal en court-circuitant le foie et le poumon du fait de l'existence d'anastomose ou shunt entre la circulation pré et post-capillaire ^[7], cela pouvant être à l'origine du développement d'un kyste unique ou multiple. La symptomatologie clinique est variable et le plus souvent non spécifique, liée à la localisation et à la taille du kyste. Dans une série de 27 cas, Balik et al ^[8] rapporte que 21 patients (77%) étaient asymptomatiques.

Pour El-Mansari ^[9], la douleur abdominale est le premier signe de l'hydatidose péritonéale, alors que pour Makni et al ^[10], l'affection peut se manifester par une augmentation du volume abdominal, une masse abdominale, un ictère rétionnel.

Pour établir le diagnostic, les tests sérologiques et l'imagerie sont les principaux outils. L'échographie et la tomodensitométrie sont les méthodes de choix.

Elles permettent de préciser la localisation, la taille, le nombre du ou des kystes avec une très bonne sensibilité et spécificité ^[11]. L'échographie semble être le gold-standard pour le diagnostic.

Les signes échographiques les plus caractéristiques du kyste hydatique sont la présence d'un ou plusieurs kystes péritonéaux, localisés préférentiellement en région déclive. Le contenu de ces kystes est anéchogène ou peu échogène, la membrane proligère pouvant être visualisée au sein du kyste quand elle est détachée (signe du serpent).

Des vésicules filles peuvent être visualisées et des localisations hépatiques, spléniques aideront à évoquer le diagnostic. La tomodensitométrie, néanmoins, devra toujours être réalisée avant tout acte chirurgical, particulièrement en cas de localisation inhabituelle de la maladie ^[9].

Elle permettra de visualiser un ou plusieurs kystes de densité habituellement hydrique. Les vésicules filles se

disposent en couronne à l'intérieur du kyste, pouvant lui donner une apparence multiloculaire. Si la membrane proligère se détache, elle peut être visible au sein du kyste (signe du serpent). L'IRM, pour sa part, est utile quand le kyste hydatique est localisé au niveau du pancréas ou en cas d'autres lésions kystiques (pseudo-kystes, cystadénome mucineux ...) de nature non-infectieuse ^[12].

Les examens biologiques se résument à la sérologie hydatique. Elle est d'un grand apport diagnostique en cas de positivité. L'association de deux techniques sérologiques complémentaires, l'une quantitative (immunofluorescence – ELISA), l'autre qualitative (immunoélectrophorèse – hémagglutination) a une sensibilité d'environ 90 % avec une spécificité satisfaisante.

Toutefois les localisations extra-hépatiques peuvent mettre la sérologie en défaut ^[13].

Le traitement reste avant tout chirurgical. En effet, selon les recommandations de l'OMS, les localisations péritonéales sont une indication chirurgicale de choix, notamment pour les kystes hydatiques volumineux et symptomatiques ^[16].

La voie d'abord doit être large et facilement agrandie à la demande suivant les constatations peropératoires. L'utilisation de solutions scolicides (sérum salé hypertonique, povidone iodine, eau oxygénée ...) doit être la règle pour éviter la dissémination des scolex dans la cavité péritonéale et stériliser les kystes. Après ponction et stérilisation du kyste hydatique, on traite la cavité résiduelle par kystectomie, périkysectomie, péri-kystorésection ou omentectomie chaque fois que possible. Le traitement médical, quant à lui, constitue un adjuvant utile au traitement chirurgical.

L'efficacité pré et/ou post-opératoire de l'albendazole ou du mébendazole a été soulignée par certains auteurs. Selon Gil-Grande et al ^[14], son utilisation préopératoire permettrait de réduire le risque de récurrence et simplifierait la résection du kyste. Polat et al ^[15], pour leur part, rapporte aussi que l'utilisation pré et post-opératoire de l'albendazole préviendrait le risque de récurrence, en particulier en cas de déversement du contenu du kyste dans la cavité abdominale lors de l'acte chirurgical.

Toutefois, jusqu'à récemment, aucun consensus précis n'a été établi pour ce qui est des modalités et de la durée du traitement médical de l'hydatidose péritonéale ^[16].

Conclusion

L'hydatidose péritonéale primitive est une infection parasitaire rare, même dans les pays d'endémie, le plus souvent secondaire à une hydatidose hépatique.

Facile à reconnaître à l'échographie et à la tomographie, son traitement est encore jusqu'à présent chirurgical. Le traitement chirurgical permet l'exérèse du kyste hydatique alors que le traitement médical est utilisé pour éviter les récurrences.

Date de soumission :

03 Juillet 2018.

Liens d'intérêts :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Ilica AT et al – Extra hepatic abdominal hydatid disease caused by *E. granulosus*: imaging findings – *Am J Roentgenol* 2001 ; 189 : 337-43
2. Pedrosa I et al – Hydatid disease : radiologic and pathologic features and complications – *Radiographics* 2000 ; 20 : 795-817
3. Kushwaka JK et al – Primary mesenteric hydatid cyst – *BMJ Case Reports* 2012; 10.1136/bcr.03.2012.5996, Published XXX
4. Prousalidis J et al – Uncommon sites of hydatid disease – *World J Surg* 1998; 22 : 17-22
5. Paramythiotis D et al – Simultaneous hepatic and mesenteric hydatid disease – A case report – *Front Surg* 2017; 4 : 1-5
6. Singh RK – A case of disseminated abdominal hydatidosis – *J Assoc Physicians India* 2008; 56 : 55
7. Versaci A et al – Rare localizations of echinococcosis: personal experience – *ANZ J Surg* 2005 ; 75 : 986-91
8. Balik A et al. Intra-abdominal extra-hepatic echinococcosis. *Surg Today* 2001; 31 : 881-4
9. El-Mansari O et al – L'hydatidose péritonéale: à propos de 12 cas – *Ann Chir* 2000 ; 125 : 353-7
10. Makni A et al – Extra-hepatic intra-abdominal hydatid cyst: which characteristic, compared to the hepatic location ? – *Updates Surg* 2013; 65 : 25-33
11. Ben Miled-M'rad et al – Apport de l'imagerie au diagnostic du kyste hydatique – *J Radiol* 2003 ; 84 : 143-6
12. Karavias DD et al – Peritoneal echinococcosis – *World J Surg* 1996; 20 : 337-40
13. Bouchaud O et al – Diagnostic et traitement des parasitoses digestives (sauf amibiase) – *Encycl Méd Chir Gastro-Entérologie* 1999; 9-062-A-40 (13p.)
14. Gil-Grande LA et al – Randomised controlled trial of efficacy of albendazole in intra-abdominal hydatid disease – *Lancet* 1993; 20 : 1269-72
15. Polat C et al – Dual treatment of albendazole in hepatic hydatidosis: new therapeutic modality in 52 cases – *J Gastroenterol Hepatol* 2005 ; 20 : 421-5
16. Majbar MA et al – Peritoneal echinococcosis: anatomoclinical features and surgical treatment – *World J Surg* 2012 ; 36 : 1030-35

Prochain dossier
Endocrinologie

Février 2019