

## KYSTE HYDATIQUE DU FOIE ROMPU DANS LA PAROI ABDOMINALE : À PROPOS D'UNE OBSERVATION RARE

H. BEDIQUI, S. AYADI, K. NOUIRA, M. BAKHTRI, M. JOUINI, F. FTÉRICHE, R. KSANTINI,  
F. CHEBBI, M. KACEM, Z. BEN SAFTA

*Med Trop* 2006; **66** : 488-490

**RÉSUMÉ** • Le kyste hydatique du foie (KHF) est une parasitose qui sévit à l'état endémique en Tunisie. Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 41 ans admise pour un KHF rompue dans la paroi abdominale. Le diagnostic a été établi sur les données de la radiologie. La patiente a été opérée avec des suites simples. La rupture dans la paroi abdominale reste une complication exceptionnelle. C'est le deuxième cas rapporté dans la littérature jusqu'à nos jours.

**MOTS-CLÉS** • Kyste hydatique - Foie - Rupture - Diagnostic - Traitement.

### SUBCUTANEOUS RUPTURE OF HYDATID CYST OF LIVER: DEALING WITH A RARE OBSERVATION

**ABSTRACT** • Hydatid cyst of liver is a parasitosis of endemic proportions in Tunisia. The purpose of this report is to describe a case involving subcutaneous rupture of a hydatid cyst of liver in a 41-year-old patient. Diagnosis was established by ultrasonography and CT-scan. The patient underwent surgical treatment and recovered uneventfully. Subcutaneous rupture remains an uncommon complication. This is only the second case reported in the literature up to now.

**KEY WORDS** • Hydatid cyst - Liver - Rupture - Diagnosis - Treatment.

Le kyste hydatique du foie (KHF) est une parasitose qui sévit à l'état endémique en Tunisie (1). Sa gravité tient essentiellement à ses complications dominées par l'infection et l'ouverture dans les voies biliaires. La rupture d'un KHF dans la paroi abdominale reste une complication exceptionnelle (2). Le but de cette observation est de préciser les mécanismes physiopathologiques de cette complication, d'insister sur l'apport de l'imagerie dans le diagnostic et de présenter les modalités du traitement chirurgical.

### OBSERVATION

Madame FG, âgée de 41 ans, sans antécédent pathologique notable, était hospitalisée pour une masse douloureuse et fébrile de l'hypochondre droit évoluant depuis une semaine.

A l'examen, la patiente était fébrile à 38,5°C, anictérique avec perception d'une masse de l'hypochondre droit de 8 cm de grand axe. Cette masse était douloureuse à la pal-

pation, de consistance fluctuante, fixe par rapport au plan superficiel, semblant dépendre de la paroi abdominale et sans signe inflammatoire en regard. Le reste de l'examen était sans particularités.

Le bilan biologique était sans anomalie en particulier pas d'hyperleucocytose ni de cholestase ni de cytolase.

L'échographie abdominale a montré une collection d'allure liquidienne de 10 cm de diamètre, développée au dépend de la paroi abdominale antérieure et contiguë à un kyste hydatique du foie type IV du segment IV à paroi partiellement calcifiée (Fig. 1).

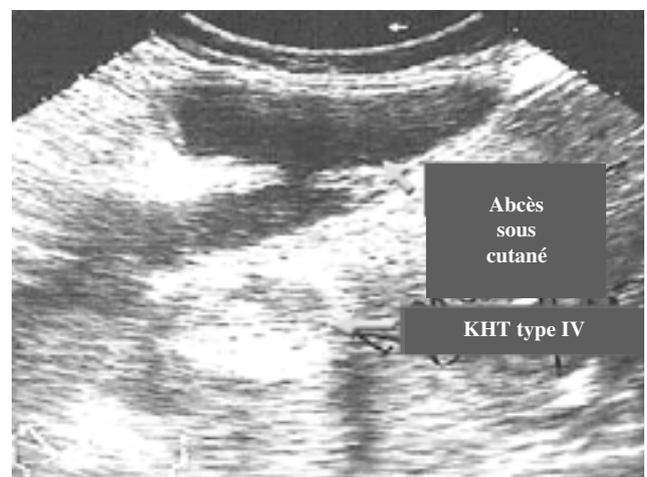


Figure 1 - Echographie abdominale : KHF pseudo tumorale communicant avec la collection pariétale.

• Travail Service de Chirurgie A H.B., S.A., M.B., M.J., F.F., R.K., F.C., M.K., Z.B.S., Médecins chirurgiens, Hôpital La Rabta, Tunis et du Service de radiologie (K.N., Médecin radiologue), Hôpital La Rabta, Tunis.

• Correspondance : H. BEDIQUI, 04 rue Youssef Jaiet El Menzah 6, 2091 Ariana, Tunisie

• Courriel : h\_bdioui@voila.fr •

• Article reçu le 13/01/2006, définitivement accepté le 14/09/2006.

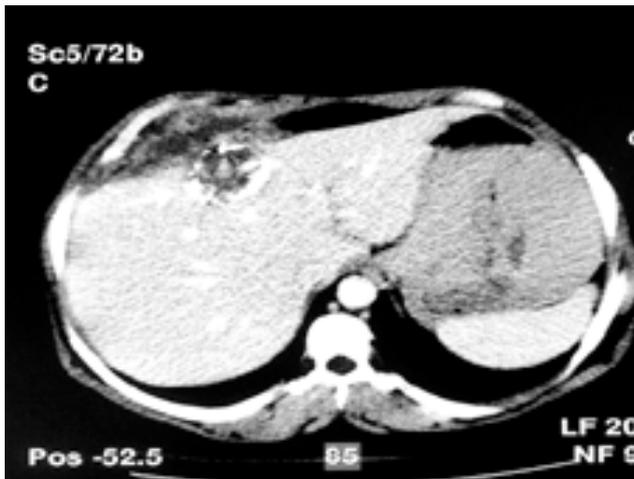


Figure 2 - TDM abdominale : KHF du segment IV de type IV à paroi calcifiée.

Le scanner abdominal a objectivé un kyste hydatique partiellement calcifié du segment IV du foie fistulisé à la paroi et compliqué d'un abcès sous cutané (Fig. 2, 3).

Le diagnostic retenu était celui d'un kyste hydatique du foie rompu dans la paroi abdominale.

Le traitement était chirurgical. La voie d'abord était une laparotomie médiane sus-ombilicale à distance de la collection pariétale. L'exploration de la cavité abdominale confirmait les données de l'imagerie (Fig. 4). Le premier temps a consisté en une protection de la cavité péritonéale par des champs imbibés de scolicide (eau oxygénée) suivie d'une mise à plat d'un abcès intermédiaire entre le kyste et la paroi qui était colmaté par l'épiploon. Il a été procédé par la suite à une déconnexion kysto-pariétale, avec résection du dôme saillant du kyste associé à une périkystectomie intra lamellaire. Le traitement de la collection pariétale a consisté en une mise à plat avec toilette au sérum bétadiné à travers l'orifice fistuleux sans ouverture cutanée suivi d'un drainage de la coque abcédée pariétale par deux drains de Redon à tra-



Figure 3 - TDM abdominale : Collection pariétale en regard du KHF.

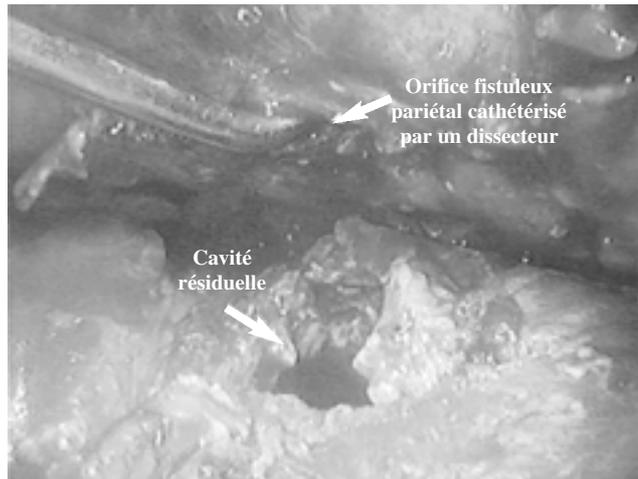


Figure 4 - Vue per-opératoire après déconnexion kysto-pariétale.

vers le même orifice fistuleux (kysto-pariétal) sorti par une contre incision pariétale au niveau du flanc droit.

Les suites opératoires étaient simples. Les drains ont été retirés au 4<sup>e</sup> jour postopératoire avec une sortie autorisée le lendemain. La patiente, revue quatre mois après l'intervention, était asymptomatique, avec une plaie propre cicatrisée.

## DISCUSSION

Le kyste hydatique est une parasitose fréquente en Tunisie due au ténia *Echinococcus granulosus* (1) dont la localisation hépatique est la plus fréquente. Les complications les plus fréquentes du KHF sont l'infection de son contenu et la rupture dans les voies biliaires (3).

La rupture dans la paroi abdominale est une complication exceptionnelle et notre observation représente le deuxième cas rapporté dans la littérature ces 50 dernières années (2).

Cette rupture dans la paroi abdominale antérieure n'intéresse que les kystes de siège antérieur. Elle peut s'expliquer, par analogie au mécanisme de rupture dans le thorax (5, 6), d'une part par l'infection du contenu du kyste entraînant l'inflammation de son périkyte et la symphyse de ce dernier avec la paroi abdominale, d'autre part par l'érosion progressive de la paroi abdominale par un KHF à périkyte épais souvent calcifié favorisée par les mouvements respiratoires. L'association de ces deux mécanismes (inflammatoire et mécanique) aboutit progressivement à la rupture du kyste dans la paroi.

La symptomatologie se résume à une masse douloureuse et fébrile de l'hypochondre droit associée ou non à un ictère cutanéomuqueux (2, 3). La biologie, exception faite de l'hyperleucocytose témoin de l'infection bactérienne, permet de prédire d'une complication biliaire du kyste en cas de perturbation du bilan hépatique.

Le diagnostic repose sur l'échographie et la tomodensitométrie abdominal précise les caractéristiques du

kyste, son siège, son type et ses dimensions, ainsi que la présence d'une éventuelle collection liquidienne sous cutanée contiguë et communiquant avec le kyste.

Le traitement est chirurgical et doit obéir à certaines précautions. La voie d'abord doit être large et surtout distante de la collection pariétale afin d'éviter l'ouverture cutanée en regard qui peut entraîner une fistule cutanée purulente dont la cicatrisation est difficile et longue et peut entre autres contaminer l'incision pariétale.

Comme pour toute cure chirurgicale d'un KHF, il faut veiller à la protection de la cavité péritonéale pour éviter la dissémination des scolex, elle sera suivie d'une déconnexion kysto-pariétale première avec évacuation de l'abcès intermédiaire puis du traitement du KHF, de la cavité résiduelle et d'une éventuelle complication biliaire (fréquente en cas de KHF infecté).

En dernier lieu, il faut procéder à la détersion de l'abcès pariétal à travers l'orifice interne toujours sans ouverture cutanée en regard avec un large drainage de la cavité pariétale.

### CONCLUSION

La rupture du KHF dans la paroi abdominale est exceptionnelle. Elle complique les KHF de siège antérieur,

à périkyste épais souvent calcifié et à contenu infecté. L'échographie et la TDM abdominales permettent de poser le diagnostic. Le traitement est chirurgical et doit obéir à certaines précautions. Le meilleur traitement reste préventif avec une prévention primaire de l'hydatidose et secondaire par un diagnostic et un traitement précoce du KHF à un stade non compliqué de la maladie.

### RÉFÉRENCES

- 1 - DZIRI C - Hydatid disease: continuing serious public health problem: introduction. *World J Surg* 2001 ; **25** : 1-3.
- 2 - HEMANT P, GANESH N, AVINASH S - Subcutaneous rupture of hepatic hydatid cyst. *Scand J Infect Dis* 2001 ; **33** : 870-2.
- 3 - GHARBI HA, CHEHIDA F, MOUSSA N *et Coll* - Kyste hydatique du foie. *Gastroenterol Clin Biol* 1995 ; **19** : B110-118.
- 4 - GOLEMATIS BC, KARKANIAS GG, SAKORAFAS GH, PANOUS-SOPOULOS D - Cutaneous fistula of hydatid cyst in liver. *J Chir* 1991 ; **128** : 439-40.
- 5 - SAKHIRI J, BEN ALIA A, LETAIEF R *et Coll* - Hydatid cysts of the liver ruptured into to the thorax. Diagnostic and therapeutic aspects. *J Chir* 1996 ; **133** : 437-41.
- 6 - SAKHIRI J, BEN ALIA A, LETAIEF R *et Coll* - Hydatid cysts of the liver ruptured into the thorax: which approach should be first choice ? *Ann Chir* 1996 ; **50** : 284.



## QUELLE POLITIQUE DE SANTÉ POUR LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT ?

Les dossiers de l'Institut d'Études des Politiques de Santé (IEPS)  
Sous la direction de Bernard Teisseire • Médecine-Sciences Flammarion, Paris 2005, 62 p.

Dans cette publication issue du colloque éponyme qui s'est tenu à Paris les 10 et 11 juin 2004, les participants se sont penchés sur les grands sujets soulevés par la mise en place des politiques de santé dans les pays du Sud. Autour d'une problématique centrée aussi sur des questions de gouvernance, les thèmes abordés ont été entre autres « les responsabilités des entreprises du médicament » et dans les interventions de ce thème, le problème de la production locale et de la production pharmaceutique dans les PED a particulièrement bien été développé. Dans la continuité, le débat a également porté sur les actions favorisant l'accès aux médicaments mettant en avant que le fait de former les professionnels est primordial avant de procurer des médicaments. Ce colloque a été l'occasion de la restitution de 3 ateliers : les politiques de santé, le médicament et le sida. Concernant le premier atelier, les principales conclusions qui en ressortent sont (i) qu'il ne doit pas exister de projet sans demande réelle du pays et des acteurs locaux, (ii) que le problème majeur de l'ensemble des PED concerne les ressources humaines et implique la mise à l'échelle en concordance avec les budgets apportés, (iii) qu'il est nécessaire d'analyser les contextes, (iv) qu'il faut poursuivre le développement des compétences locales. Pour l'atelier sur le médicament, les participants ont convenu que le médicament n'est que l'une des composantes des politiques de santé. Isolée de celles-ci, elle est moins efficace. Il faut trouver la bonne place qualitative et quantitative pour le produit. L'accès au médicament, en effet, n'est pas à lui seul garant de l'accès au soin. Le débat qui a suivi a été particulièrement animé et des aspects d'anthropologie médicale soulevés pour souligner qu'en Afrique « ... le soignant appartient à une société complexe et doit répondre à un ensemble d'obligations... » [ndlr : obligations familiales et socio-culturelles en dehors du cadre purement professionnel]. Le troisième atelier portait sur le sida et les participants

se sont très justement demandés comment la lutte contre le sida pourrait servir plus globalement le développement sanitaire et le développement en général. Les recommandations ont été adressées aux professionnels de santé et aux patients et communautés avec la nécessité de (i) réaffirmer la conjonction d'objectifs du millénaire, (ii) mettre en place des plans d'actions nationaux cohérents avec ces objectifs, (iii) de travailler aux synergies entre ces objectifs, (iv) de ne pas avoir peur de financer des demandes qui touchent aux renforcements des structures et des infrastructures, (v) de travailler à des projets qui concourent plus à développer une offre de soin de qualité que des réponses spécifiques au sida. Les deux jours de colloque se sont terminés par une table ronde de synthèse des sujets traités. Animées par Michèle Barzach, ancien ministre, et en présence de Pascal Lamy, alors Commissaire européen chargé du commerce [ndlr : depuis 2005, directeur général de l'Organisation mondiale du commerce], ces deux journées ont été riches en échanges, débats et confrontations de points de vue. Les propositions concrètes qui y ont été formulées sont plus que des pistes de réflexion. La lecture de cette publication de l'IEPS est un excellent moyen de se plonger dans les grandes questions soulevées par les enjeux de la santé dans les pays du Sud.

J.M. MILLELIRI