



CORRÉLATION ANATOMORADIOLOGIQUE / *Digestif*

Rupture spontanée d'un kyste hydatique et choc anaphylactique

Spontaneous rupture of a hydatid cyst and anaphylactic shock

R. Tonnelet*, F. Jausset, S. Tissier, V. Laurent

Service de radiologie adulte, CHU Nancy-Brabois, rue du Morvan, 54511 Vandœuvre, France

MOTS CLÉS

Choc ;
Anaphylactique ;
Kyste ;
Hydatique ;
Rupture

KEYWORDS

Shock ;
Anaphylactic ;
Cyst ;
Hydatid ;
Rupture

L'hydatidose est liée au développement d'*Echinococcus granulosus*, pour lequel l'homme constitue un hôte intermédiaire.

Les distributions préférentielles, hépatique (80% des cas) et splénique, s'expliquent par l'infestation digestive puis la progression portale des embryons. La phase d'invasion, notamment hépatique, est responsable d'importants remaniements parenchymateux, passant par la constitution du périkyte véritable interface hôte/parasite.

Observation

Nous rapportons un cas d'hydatidose exceptionnel, d'une part, par son caractère disséminé et, d'autre part, par son évolution sous traitement compliqué d'un choc anaphylactique.

Une jeune femme de 24 ans marocaine vivant depuis cinq ans en France bénéficie, durant la surveillance de sa grossesse, d'échographies pelviennes. Celles-ci mettent en évidence de volumineuses lésions kystiques ovariennes, paratubaires, et du cul-de-sac de Douglas. Compte tenu de leur topographie (de type praevia), l'accouchement est programmé par césarienne. Au cours de celui-ci, une annexectomie gauche et une kystectomie paratubaire droite sont réalisées. L'analyse anatomopathologique et parasitologique des pièces (Fig. 1) révèle une hydatidose.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : romain.tonnelet@gmail.com (R. Tonnelet).

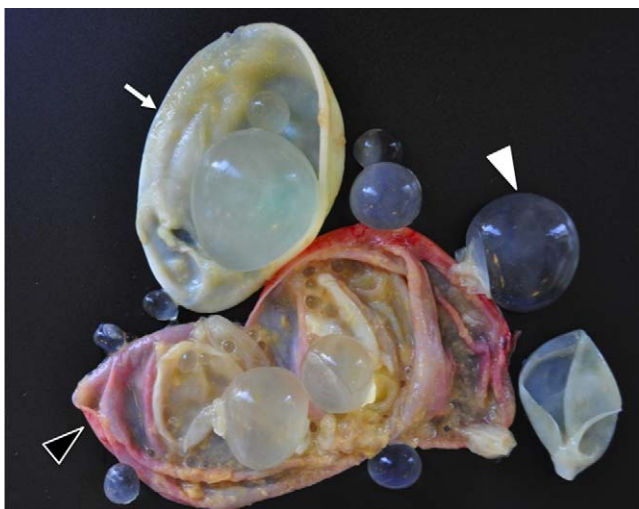


Figure 1. Pièce opératoire d'annexectomie gauche. Membrane prolifère (flèche pleine)/membrane cuticulaire (tête de flèche fond noir)/vésicules filles (tête de flèche fond blanc).

Une IRM abdominopelvienne (Fig. 2) et un scanner thoraco-abdominopelvien (Fig. 3a) permettent d'objectiver de multiples localisations de la maladie, disséminées dans l'ensemble de la cavité péritonéale, et au sein des parenchymes hépatique et splénique.

Le scanner thoracique et l'IRM encéphalique sont normaux.

Un traitement par albendazole (traitement séquentiel) est instauré avant une éventuelle prise en charge chirurgicale.

Quinze jours après le début du traitement, la patiente présente à son domicile de violentes douleurs abdominales, des céphalées et des vomissements suivis très rapidement d'un état de choc avec arrêt cardiorespiratoire à l'arrivée des secours.

Après réanimation, l'exploration scanographique thoraco-abdominopelvienne met en évidence l'apparition d'un décollement de la membrane d'un kyste hépatique du segment VII (Fig. 3b). Il s'y associe une hémorragie active du périkytique avec extravasation du produit de contraste visible à la phase portale (Fig. 3c et 3d).

La patiente décède quatre jours plus tard, en raison de l'importance des lésions anoxo-ischémiques cérébrales liées à l'arrêt cardiorespiratoire initial.

Discussion

L'observation que nous rapportons est tout à fait exceptionnelle en raison des localisations multiples de la maladie et de son évolution sous traitement médical.

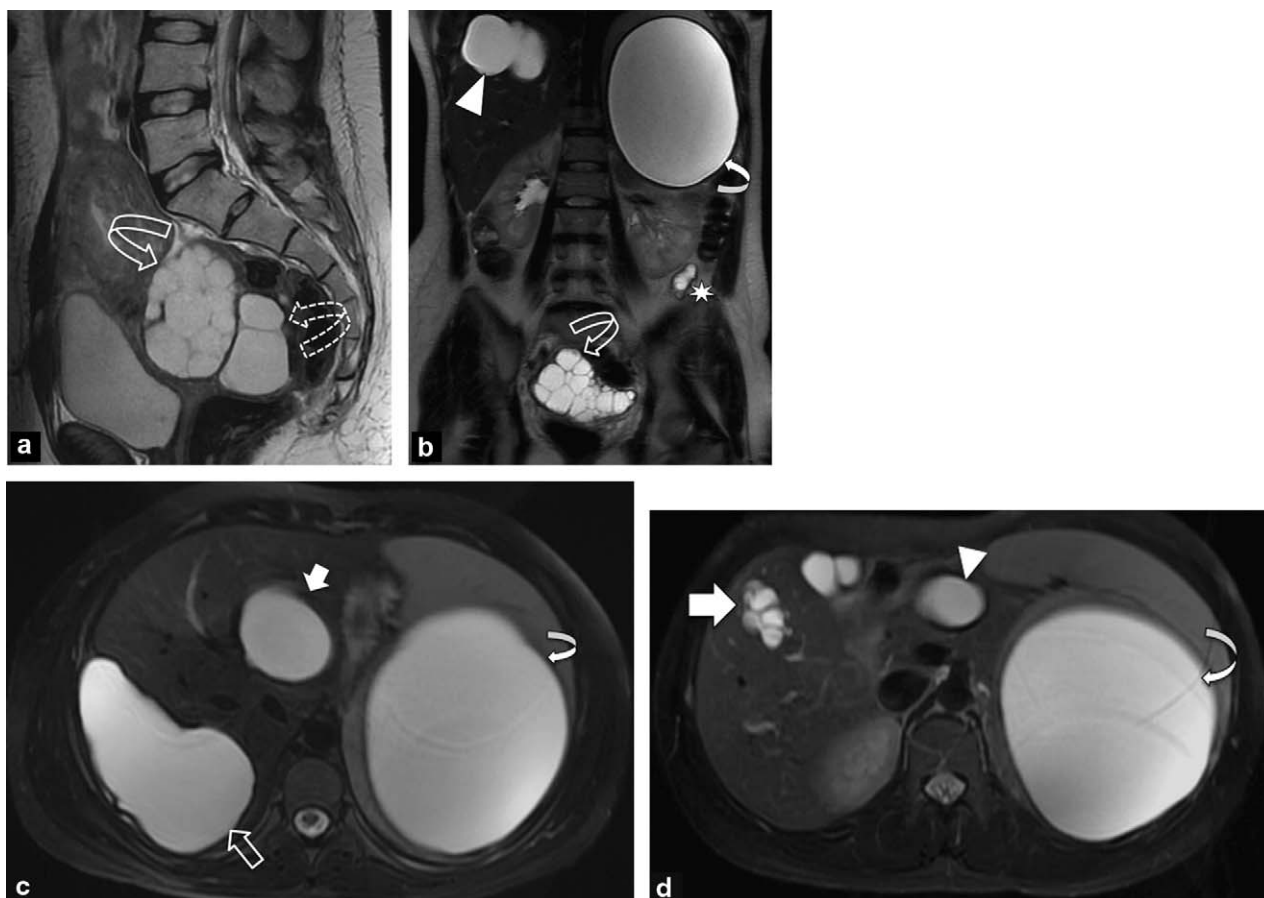


Figure 2. IRM. a : kyste annexiel type 3 selon Gharbi annexiel gauche (flèche creuse courbe)/kyste type I du cul-de-sac de Douglas (flèche courbe en pointillée); b : kyste type 1 hépatique segment 7 (tête de flèche pleine), splénique (flèche courbe pleine), péritonéal (gouttières pariétocoliques : étoile); c : kystes type 1 intrahépatiques : segment 7 (flèche creuse), segment 4 (flèche pleine); d : kyste type 1 péritonéal (petit omentum : tête de flèche pleine); kyste intrasplénique type 1 (flèche courbe pleine); kyste type 3 segment 5 hépatique (flèche pleine).

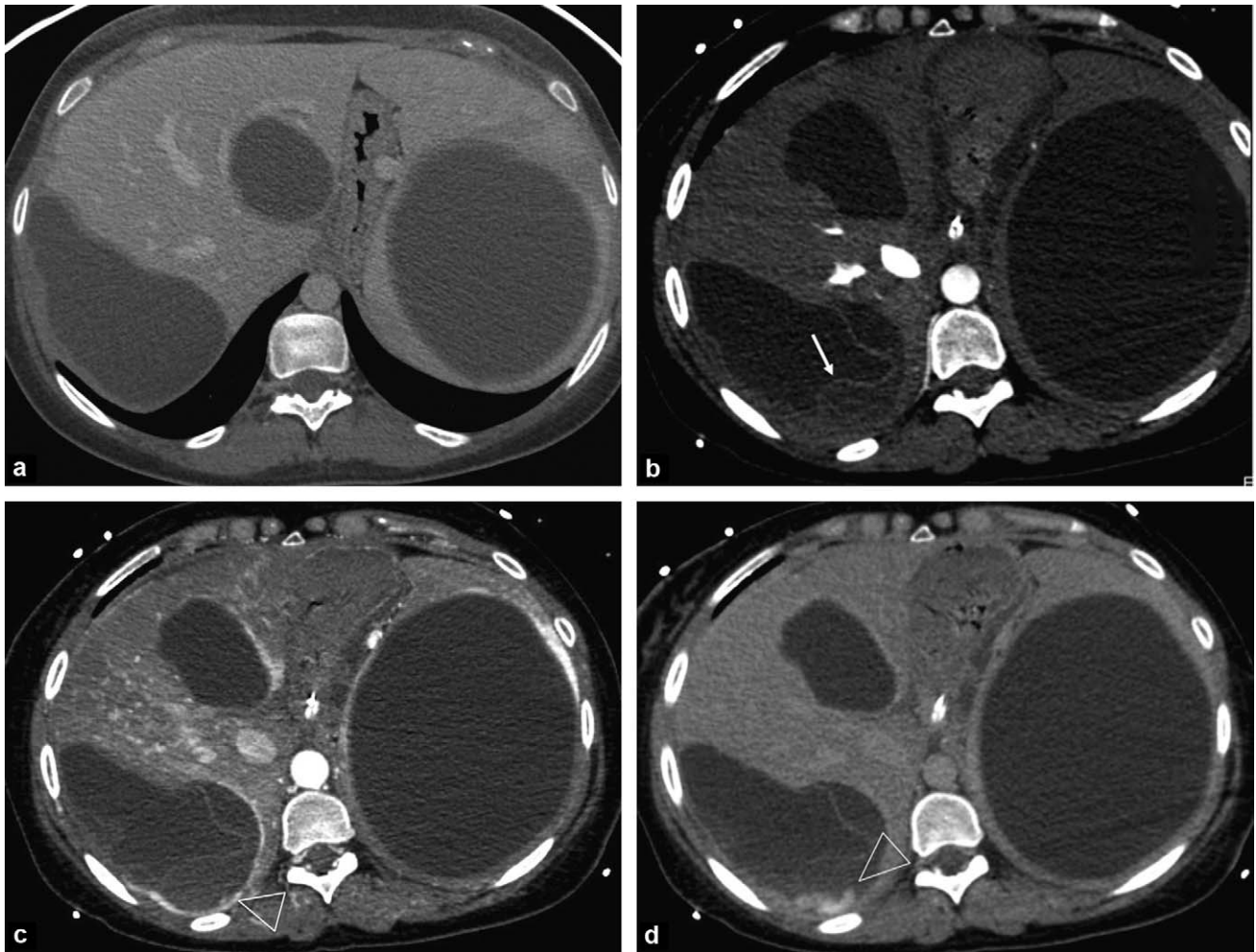


Figure 3. Scanner. a : scanner initial, après injection, phase de post-équilibre précoce. Coupe axiale TDM : kyste hydatique du segment VII de type 1 ; b : scanner réalisé au décours de l'état de choc. Coupe axiale TDM, phase artérielle : décollement de la membrane de la lésion kystique du segment VII ; c : foyer hémorragique du périkyte (tête de flèche) ; d : extravasation de produit de contraste à la phase portale signant l'effraction vasculaire (tête de flèche).

La dissémination péritonéale diffuse hydatique est exceptionnelle, la fréquence de l'hydatidose péritonéale variant entre 1,4 et 9,4% [1], avec une incidence rapportée de 0,2% à 0,9% dans la localisation pelvienne [2]. Dans notre observation les lésions sont non seulement péritonéales mais également parenchymateuses hépatiques, spléniques, ovariennes et paratubaires. Ces lésions kystiques sont d'aspects différents de type I et III. L'origine secondaire de ces localisations disséminées est la plus communément admise. Elles sont la conséquence de fissurations minimales ou à bas bruit d'un kyste hépatique ou splénique, ce qui semble être le cas de notre observation.

Au cours de l'évolution sous traitement médical de l'hydatidose, on observe habituellement le décollement initial de la membrane la plus interne (endokyste). Celui-ci se produit dans un délai de un à trois mois, signant la bonne réponse thérapeutique. À terme, l'ensemble des débris (membrane, vésicules filles, scolex détruits) constitue un dépôt intrakystique donnant l'aspect pseudosolide (type 4 ; Tableau 1) [3].

Tableau 1 Classification morphologique selon Gharbi (aspect échographique pouvant être étendu en tomodynamométrie).

Type	Aspect
1	Kyste uniloculé/contenu liquidien pur
2	Kyste uniloculé avec décollement de membrane (<i>water-lily sign</i>)
3	Multiplés vésicules (« filles ») intrakystique + composante liquidienne
4	Pseudotumoral : composante solide prédominante
5	Solide, lésion calcifiée

D'après [2].

Dans notre observation, on objective au cours du scanner réalisé en urgence l'apparition d'un décollement de la membrane du kyste hydatique situé dans le segment VII. Ce décollement s'accompagne d'une extravasation de produit de contraste en regard qui traduit une effraction vasculaire.

Celle-ci est responsable d'une communication entre le kyste et la circulation systémique. La complication redoutable est alors la survenue de manifestations anaphylactiques, s'il y a eu précédemment un contact. En effet, ces manifestations au cours de l'hydatidose sont bien connues car le contenu du kyste est riche en antigène hydatique [4].

D'un point de vue physiopathologique dans notre observation, le premier contact hôte-parasite s'est probablement produit lors de la fissuration initiale d'un kyste hépatique ou splénique, expliquant le tableau d'hydatidose diffuse péritonéale rencontré initialement chez cette patiente.

Puis sous traitement, le décollement de la membrane interne et l'effraction vasculaire secondaire ont été à l'origine du second contact entre le kyste et le système vasculaire. Cette réintroduction de l'antigène hydatique a été responsable du choc anaphylactique dont les manifestations cardiovasculaires ont été au premier plan au cours de notre observation.

Cette complication est grevée d'une mortalité de 2,9% [5]. La rupture aiguë est le plus souvent primitive, comme le souligne l'article de Beyrouti et al. [6] ; la douleur abdominale constante, les céphalées, vomissements et le collapsus cardiovasculaire constituent des signes d'alarmes non univoques.

L'observation de la communication du kyste avec la circulation systémique (Fig. 3) sur la tomодensitométrie est exceptionnelle et jusqu'alors jamais rapportée, constituant

le *primum movens* de l'état de choc chez notre patiente.

Nous insistons sur la connaissance de cette complication, certes rare, chez les patients connus pour être porteurs de kystes hydatiques.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Daali M, Hssaida R, Zoubir M, Hda A, Hajji A. Peritoneal hydatidosis: a study of 25 cases in Morocco. *Sante* 2000;10: 255–60.
- [2] Chelli D, Methni A, Gatri C, Boudaya F, Affes M, Chenoufi MB. Pelvic hydatid (echinococcal) disease. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;109:45–8.
- [3] Czermak BV, Unsinn KM, Gotwald T, Niehoff AA, Freund MC, Waldenberger P, et al. *Echinococcus granulosus* revisited: radiologic patterns seen in pediatric and adult patients. *AJR Am J Roentgenol* 2001;177:1051–6.
- [4] Horzic M, Bunoza D, Maric K. Anaphylactic shock in a female patient due to a spontaneous rupture of a hepatic hydatid cyst: a case report. *Hepatogastroenterology* 1996;43:1601–2.
- [5] El Moussaoui R, Faroudy M, Ababou A, Lazreq C, Sbihi A. Anaphylactic shock by peritoneum post-traumatic ruptured hydatid cyst of the liver. *JEUR* 2005;18:93–6.
- [6] Beyrouti MI, Beyrouti R, Abbes I, Kharrat M, Ben Amar M, Frihka F, et al. Acute rupture of hydatid cysts in the peritoneum: 17 cases. *Presse Med* 2004;33:378–84.