

Fistulisation Pleurale D'un Kyste Hydatique Du Foie Avec Atteinte Mammaire : A Propos D'un Cas

Kamilia Ouastarif, Rajae Azzeddine, Ferdaous Kasmi, Sohail Douni,
Mustapha Elfetouh, Leila Achachi

Service De Pneumologie, Hôpital Ibn Sina, Faculté De Médecine Et De Pharmacie De Rabat, Université Mohammed V, Rabat, Maroc.

Service De Chirurgie Thoracique, Hôpital Ibn Sina, Faculté De Médecine Et De Pharmacie De Rabat, Université Mohammed V, Rabat, Maroc.

Résumé

L'hydatidose est une zoonose qui est due à l'*Echinococcus granulosus*. Elle est endémique au Maroc et constitue un problème de santé publique. Cliniquement, elle est asymptomatique avec une évolution insidieuse devenant symptomatique en cas de complication comme la surinfection, la rupture ou bien la fistulisation ; cette dernière constitue une affection rare quand elle est hépatopleurale. L'imagerie joue un rôle important dans le diagnostic du kyste hydatique avec un aspect scannographique variable selon le stade évolutif. La confirmation est macroscopique en peropératoire associée à une sérologie hydatique positive. L'hydatidose mammaire est une affection rare qui représente moins de 0,2%. La chirurgie est le traitement de référence. L'albendazole est souvent administré en association avec la chirurgie ou seul, comme alternative en cas de patients inopérables. Nous rapportons un cas rare de kyste hydatique du foie fistulisé au niveau pleural avec une localisation mammaire.

Mots clés : kyste hydatique, fistulisation, albendazole, hépatique, mammaire.

Date of Submission: 04-08-2025

Date of Acceptance: 14-08-2025

I. Introduction

L'hydatidose est une zoonose due à l'*Echinococcus granulosus*, endémique dans le pourtour méditerranéen, l'Asie du Sud-Est, l'Amérique du Sud et Nouvelle-Zélande. Son incidence est de 12/100 000 habitants au Maroc [1, 2, 3, 4].

Elle se traduit par la formation de kystes dans le parenchyme, avec un risque potentiel de rupture ou de surinfection. Le foie constitue la localisation prédominante, suivi du poumon [1]. La localisation mammaire est exceptionnelle [1, 2].

Nous rapportons un cas rare de kyste hydatique du foie fistulisé dans la plèvre pulmonaire avec atteinte mammaire asymptomatique.

II. Observation Clinique

Mme E.F, âgée de 48 ans, avec des antécédents de contact avec des chiens errants et de chirurgie pour kyste hydatique hépatique il y a 12 ans, a présenté depuis 15 jours une dyspnée, une toux sèche, une douleur thoracique droite et de l'hypochondre droit, associées à une fièvre et une altération de l'état général. L'examen clinique retrouve une polypnée, un syndrome d'épanchement liquidien pleural droit et une hépatomégalie. Aux urgences, la patiente a bénéficiée d'une Tomodensitométrie (TDM) thoraco-abdominale (figure 1) décrivant un kyste hydatique volumineux du foie de 127*106*185 mm, fistulisé à la plèvre droite avec un empyème pleural homolatéral compressif et des formations liquidiennes mammaires homolatérales de 59*29 mm situées aux quadrants supéro/inféro-externes et à la région rétromamelonnaire en faveur des kystes hydatiques mammaires. Dans son bilan initial, une échographie mammaire (figure 2B) a été réalisée objectivant une formation hypoéchogène multivésiculaire du sein droit.

A la Biologie, on a noté une hyperleucocytose à 23 150/mm³ à prédominance de polynucléaires neutrophiles et une protéine C-réactive élevée à 394 mg/l. Les phosphatases alcalines (446 U/L) et la gamma glutamyl transférase (97 U/L) ont été augmentées, tandis que les transaminases et la bilirubine ont été normales. La sérologie hydatique par hémagglutination indirecte a été positive à 11.

La ponction pleurale a mis en évidence un liquide purulent, exsudatif à 37 g/l, à prédominance de polynucléaires neutrophiles. L'étude cyto bactériologique a isolé un *Streptococcus* spp et révélé la présence d'un scolex d'*Echinococcus granulosus* ; ce qui a permis de retenir le diagnostic du kyste hydatique hépatique surinfecté et fistulisé au niveau pleural.

La patiente a été drainée (figure 2A), mise sous une antibiothérapie pendant 3 semaines et sous albendazole à une dose de 13 mg/kg/jour. En parallèle, elle a bénéficié d'un lavage pleural régulier associé à la kinésithérapie respiratoire de réexpansion pleurale, avec une bonne évolution clinique, biologique et radiologique (régression de la pleurésie). La patiente a été ensuite adressée en chirurgie thoracique et a bénéficié d'une thoracotomie postérolatérale droite. Après la résection du dôme saillant, périkystectomie et capitonnage de la cavité résiduelle, une décortication a été réalisée, mais limitée au lobe inférieur pulmonaire vue l'adhérence et le risque hémorragique important. Les suites opératoires ont été simples. L'albendazole a été maintenu pour une durée totale d'un an avec une surveillance régulière du bilan hépatique.

Vu le caractère asymptomatique et multifocal des kystes hydatiques mammaires ; on a décidé de garder la patiente sous albendazole seule et de surveiller l'évolution. L'échomammographie réalisée au 6 mois du traitement antiparasitaire (figure 3) a objectivé une disparition de ces kystes ; ce qui confirme le diagnostic du kyste hydatique mammaire.

III. Discussion :

Au niveau pulmonaire, la localisation des kystes est lobaire inférieure droite dans deux tiers des cas [1,3].

L'ouverture des kystes hydatiques hépatiques dans le thorax est rare et grave (2,5 %) [5, 4]. Elle est responsable de lésions à trois niveaux : abdominale, diaphragmatique et thoracique. [4]

Sur le plan physiopathologique, les kystes du dôme hépatique, en contact étroit avec le diaphragme, peuvent traverser ce dernier et se rompre dans le thorax, notamment en cas d'infection locale [1]. La formation d'une fistule entraîne une aspiration intrathoracique du contenu kystique sous l'effet du gradient de pression, pouvant provoquer un hydropneumothorax. L'inflammation sous-phrénique favorise quant à elle l'adhérence entre le diaphragme et les lobes pulmonaires moyen et inférieur [5].

L'atteinte est souvent asymptomatique. La symptomatologie dépend du siège du kyste, sa taille, son stade évolutif et à la présence ou non de complications [6]. Le kyste hydatique est classiquement indolore [2].

La biologie est caractérisée par une hyperleucocytose, une protéine C-réactive élevée et une perturbation du bilan hépatique en cas de complication biliaire [6]. Ce qui concorde avec notre cas.

Le diagnostic immunologique repose sur la recherche d'anticorps spécifiques par des techniques quantitatives (immunofluorescence indirecte, ELISA, hémagglutination) et qualitatives (coélectrosynérèse, immunoelectrophorèse immunoempreinte ou western blot) [3]. En effet, il existe 45 % de faux négatifs [1].

L'imagerie permet de localiser, d'étudier la morphologie des kystes hydatiques et de guider l'acte chirurgical augmentant ainsi les chances de succès. [7]

A la radiographie thoracique, il a l'aspect d'une opacité homogène, grossièrement arrondie, en « boulet de canon ». La TDM thoracique retrouve une masse liquidienne, bien limitée à paroi lisse et régulière. Six stades évolutifs peuvent être décrits en TDM allant du kyste simple stade I au kyste d'aspect séquellaire stade VI. [3]

En l'absence de traitement curatif, les kystes hydatiques peuvent présenter des complications locales (compression, fistule, infection) ou générales, notamment une rupture intrapleurale avec risque de dissémination et de choc anaphylactique [1]. Dans notre cas, il s'agit d'une rupture intrapleurale du kyste hydatique, compliquée d'une pleurésie purulente et associée à une atteinte mammaire.

La chirurgie est le seul traitement radical, en préservant le maximum de parenchyme fonctionnel [1].

En post-opératoire, la mortalité est de 1 %. Les kystes rompus ont un taux de complications postopératoires plus élevé [1] ; les suites opératoires de notre cas ont été simples.

Le kyste hydatique mammaire représente moins de 0,2% [2]. Son évolution est lente, généralement sous forme d'une tumeur unifocale, rarement multifocale, sans préférence pour un sein. Le diagnostic repose sur la mammographie et l'échographie, avec des images variant selon le stade évolutif du kyste. Par la rareté de cette localisation, la certitude ne peut être obtenue qu'à l'examen macroscopique de la lésion [2]. Le kyste hydatique mammaire de notre cas a été multifocal au niveau du sein droit ; cette atteinte est probablement liée à une hydatidose secondaire métastatique suite à l'ouverture du kyste dans la circulation veineuse [8].

La sérologie hydatique est d'une grande valeur diagnostique [9]. Elle a été positive dans notre cas.

Le traitement médical est indiqué en cas de contre-indication au traitement chirurgical ou dans la forme multiple et bilatérale [7, 10]. L'albendazole a une efficacité partielle pour les kystes de plus de 5 cm [1]. Son efficacité est prouvée s'il est associé à un acte chirurgical. Utilisé seul, il peut constituer une alternative prometteuse dans la prise en charge des formes multifocales, comme a rapporté W. Bourekoua et al. [11] ; cependant sa durée d'administration reste à codifier. Ce qui justifie notre attitude de ne pas opérer le kyste hydatique mammaire, qui a disparu sous albendazole seul, une évolution exceptionnelle dans ce contexte.

IV. Conclusion :

Le kyste hydatique est un problème de santé publique qui doit être évoqué dans les pays de forte prévalence. Sa localisation mammaire et sa fistulisation au niveau pleural sont rares. L'imagerie joue un rôle important dans le diagnostic. Le traitement chirurgical est le seul traitement radical. L'albendazole seul peut présenter une alternative thérapeutique chez les patients inopérables. Le volet préventif est capital pour couper le cycle parasitaire.

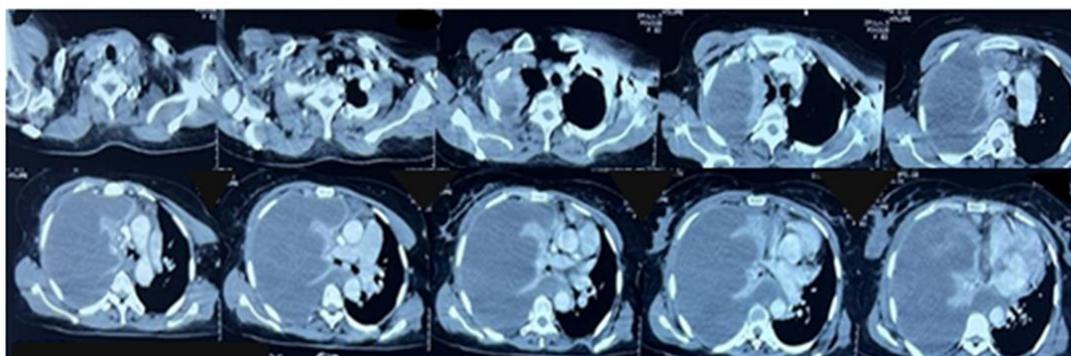


Figure 1 : TDM thoraco-abdominale objectivant un kyste hydatique du foie de 127*106*185 mm qui est fistulisé au niveau pleural droit avec des kystes hydatiques mammaires droit de 59*29 mm.

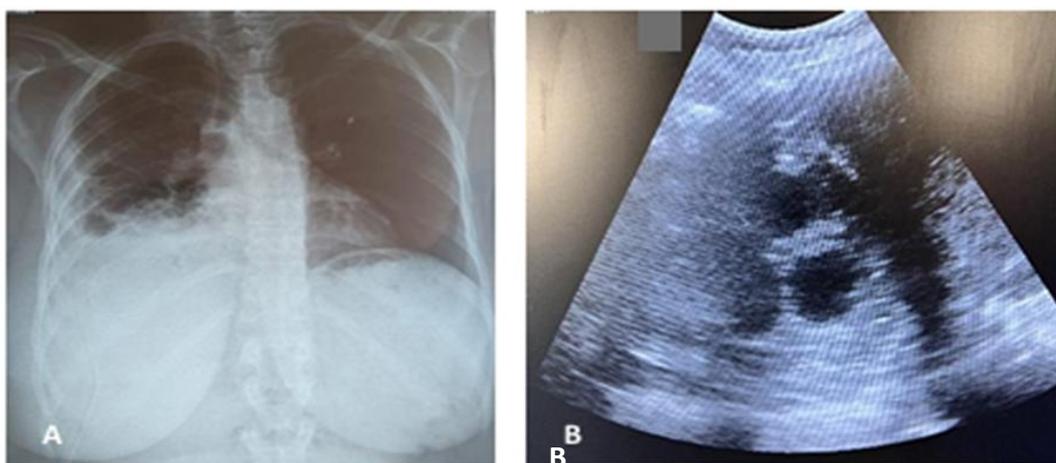


Figure 2 : A radiographie thoracique après drainage thoracique. B Echographie mammaire objectivant une formation hypoéchogène multivésiculaire du sein droit.

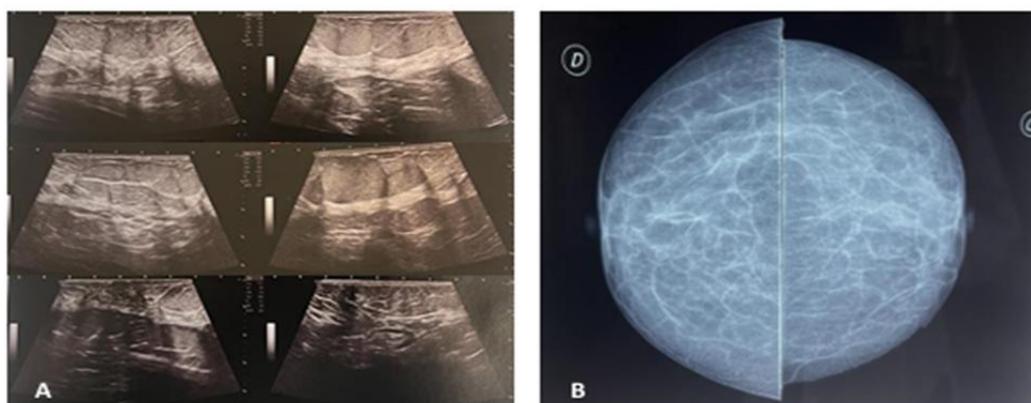


Figure 3 : échographie mammaire A et mammographie B de contrôle normales.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

- [1] J.-P. Avaro, X.-B. Djourno, El.-H. Kabiri, P.-M. Bonnet, R. Charpentier, C. Doddoli, P. Thomas. Traitement Chirurgical Des Kystes Hydatiques Du Poumon. *Traitement Chirurgical Des Kystes Hydatiques Du Poumon*. . Emc (Elsevier Masson Sas, Paris), Techniques Chirurgicales- Thorax, 42-432, 2007.
- [2] Houssine Boufettal, Naïma Samouh. Kyste Hydatique Mammaire Primitive. Service De Gynécologie –Obstétrique, Hopital Ibn Rochd, Université Hassan 2, Faculté De Médecine Et De Pharmacie, Casablanca, Maroc. *Pan African Medical Journal*. 2015; 20:385
Doi:10.11604/Pamj.2015.20.385.6318
- [3] Hafsa Sajjai, Mariam Rachidi, Salma Aitbatahar, Hind Serhane, Lamyae Amro. Kyste Hydatique Pulmonaire: Double Localisation Pulmonaire Apicale Inhabituelle. A Propos D'un Cas. *Pan African Medical Journal*. 2016; 25:159
Doi:10.11604/Pamj.2016.25.159.10357
- [4] S. Waguaf. Les Kystes Hydatiques Du Foie Rompus Dans Le Thorax (A Propos De 11 Cas).
<https://doi.org/10.1016/J.Rmr.2018.10.466>
- [5] S. Msaada, I. Yanguia, W. Ketataa, N. Abida, W. Fekia, H. Abidb, A. Hentatic, S. Kammouna. Kystes Hydatiques Du Foie Rompus Dans Le Thorax (A Propos De Cinq Cas). <http://dx.doi.org/10.1016/J.Pneumo.2015.03.002>
- [6] Issam En-Nafaa, Mountassir Moujahid, Abdelouahabe Alahyane, Touria Amil, Ahmed Hanine, Tarik Ziadi. Kyste Hydatique Du Foie Rompu Dans La Paroi Abdominale Et Dans Le Muscle Psoas : A Propos D'une Rare Observation. *Pan African Medical Journal*. 2011 10:3. Issn 1937-8688.
- [7] Karima Bouytse, Bouchra Daher, Jihane Achrane, Mohammed Aharmim, Jamal-Eddine Bourkadi. Embolie Pulmonaire Hydatique: Rare Complication Du Kyste Hydatique Du Poumon: A Propos D'Un Cas. *Pamj Clinical Medicine*. 2021;6(28). 10.11604/Pamj-Cm.2021.6.28.25637
- [8] Racil H, Ben Amar J, El Filali Moulay R, Ridenei, Et Al. Kystes Hydatiques Compliqués Du Poumon. *Rev Mal Respir*. 2009;26(7):727-34. Pubmed | Google Scholar
- [9] Ansari Mm, Haleem S, Ali Wm, Enzung Lj, Ali Ss, Meet Sk. Low Tension Breast Hydatid Cyst--A Case Report. *J Infect Public Health*. 2014;7(3):233-6. Pubmed |Google Scholar
- [10] Alamer A, Aldhilan A, Makanjuola D, Alkushi A. Preoperative Diagnosis Of Hydatid Cyst Of The Breast: A Case Report. *Pan Afr Med J*. 2013;14:99.. Pubmed | Google Scholar
- [11] W. Bourekoua, M.T. Makhloufi, S. Nafii. 566 L'albendazole Dans Le Traitement Du Kyste Hydatique Multifocal: Alternative Prometteuse: A Propos D'un Cas. <http://dx.doi.org/10.1016/J.Rmr.2013.10.612>